

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**BİR GRUP YETİŞKİNDE DEPRESİF SEMPTOMLAR, ANKSİYETE
SEMPTOMLARI VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Jülide BELGE

Tez Danışmanı
Prof.Dr. Ahmet Ertan TEZCAN

İSTANBUL – 2019

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Jülide BELGE
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Bir grup yetişkinde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin belirlenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 2019
- SAYFA SAYISI** : 89
- TEZ DANIŞMANLARI** : Prof. Dr. Ahmet Ertan TEZCAN
- DİZİN TERİMLERİ** : Belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete, depresyon, depresif bozukluklar
- TÜRKÇE ÖZET** : Belirsizlik kavramı her ne kadar günümüzde daha baskın hale gelse de insanlığın varlığı boyunca süregelen bir kavramdır. Belirsizliğe tahammülsüzlük ise belirsiz bir durum karşısında duygusal ve davranışsal olarak olumsuz tutumlar sergileme yatkınlığı olarak ifade edilmiştir. Anksiyete özgün ya da genel bir olay ya da duruma karşı şiddetli korkuyu ifade ederken, depresyon ise bireyin hayatta algıladığı tehditleri bilişsel olarak esnek karşılayamaması sonucunda ortaya çıkan bir semptomdur. Araştırmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete semptomları ve depresif semptomlar arasındaki ilişki incelenmiştir. SPSS analiz sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon semptomları

arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

DAĞITIM LİSTESİ : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Jülide BELGE



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**BİR GRUP YETİŞKİNDE DEPRESİF SEMPTOMLAR, ANKSİYETE
SEMPTOMLARI VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Jülide BELGE

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ahmet Ertan TEZCAN

İSTANBUL – 2019

BEYAN

Bu tezin/projenin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin/projenin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez/proje olarak sunulmadığını beyan ederim.

Jülide BELGE

..... /..... / 2019



JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Jülide BELGE'nin "**Bir Grup Yetişkinde Depresif Semptomlar, Anksiyete Semptomları Ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr. Ahmet Ertan TEZCAN
(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tuncay BARUT

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

... / ... / 2019

İmzası

Unvanı, Adı SOYADI

Enstitü Müdürü

ÖZET

Modernite sonrası hayatımızda giderek daha fazla yer almaya başlayan teknoloji ile birlikte insanların hayatına giren unsur ve bileşenlerin de sayısı artmış ve insanoğlunun bu yeni oluşumlara bilinirliğinin az olması, bunlarla ilgili tahminler yapılmasını da zorlaştırmıştır. Belirsizlik kavramı her ne kadar günümüzde daha baskın hale gelse de insanlığın varlığı boyunca süregelen bir kavramdır. Belirsizliğe tahammülsüzlük ise belirsiz bir durum karşısında duygusal ve davranışsal olarak olumsuz tutumlar sergileme yatkınlığı olarak ifade edilmiştir. Anksiyete özgün ya da genel bir olay ya da duruma karşı şiddetli korkuyu ifade ederken, depresyon ise bireyin hayatta algıladığı tehditleri bilişsel olarak esnek karşılayamaması sonucunda ortaya çıkan bir semptomdur. Araştırmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete semptomları ve depresif semptomlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nin 28 maddelik bir alt boyutu ile 12 maddelik Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 269 katılımcıya verilmiştir. SPSS analiz sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon semptomları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete, depresyon, depresif bozukluklar

SUMMARY

After modernism, technology has involved in our lives more in depth, and as a result, the number of new factors and components regarding the technology has increased and since individuals have less familiarity with those components, it became harder to make predictions about them. Even though the concept of uncertainty is more evident nowadays, it has been existing since the existence of humans. Intolerance to uncertainty is defined as tendency to display negative attitudes in terms of affect and behavior when experiencing uncertain situations. Anxiety is the exaggerated fear toward specific or general situations while depression is the symptom manifested when a person can't consider the life threats with cognitive flexibility. In our research, the relationship between intolerance to uncertainty and symptoms of depression and anxiety is investigated. Depresyon Anksiyete Stres Scale and Intolerance of Uncertainty Scale were handled 269 participants. According to SPSS analysis, a significant and positive correlation between intolerance to uncertainty and symptoms of depression and anxiety is found.

Keywords: Uncertainty, intolerance to uncertainty, anxiety, depression, depressive disorders.

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖZET.....	I
SUMMARY	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar LİSTESİ	VI
EKLER LİSTESİ.....	IX
ONSOZ.....	X
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	2
ANKSİYETE KAVRAMI.....	2
1.1.Anksiyetinin Tanımı	3
1.2.Anksiyete Belirtileri	5
1.2.2.Davranışsal Belirtiler	6
1.2.3.Fizyolojik Belirtiler	6
1.3 Normal Anksiyete ile Patolojik Anksiyetenin Ayrımı	7
1.4 Anksiyete Bozukluğunun Tanımı	8
1.5 Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması.....	8
1.5.1 Sosyal Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu.....	9
1.5.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	11
İKİNCİ BÖLÜM.....	13
DEPRESYON KAVRAMI.....	13
2.1.Depresyon Tanımı.....	13
2.2.Depresif Bozukluklara Sebep Olan Faktörler	15
2.2.1.Biyolojik Faktörler	15
2.2.2.Psikososyal Faktörler.....	15
2.3.Depresif Bozuklukların Belirtileri	16
2.4. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar	19
2.4.1. Psikanalitik Kuram	19
2.4.2. Bilişsel Kuram	22
2.4.3. Davranışçı Kuram	26
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	29
BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK KAVRAMI.....	29
3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Tanımı	29

3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Kökenleri	30
3.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Farkındalık ve Terapi Süreci	31
3.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Anksiyete, Yaygın Anksiyete ve Diğer Anksiyete Bozuklukları	31
3.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Depresif Bozukluklar	34
3.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	35
3.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikotik Rahatsızlıklar	35
3.8. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Yeme Bozuklukları	36
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	37
YÖNTEM	37
4.1. Araştırmanın Modeli	37
4.2. Araştırmanın Örneklemi.....	37
4.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	37
4.3.1. Bilgi Toplama Formu.....	37
4.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği.....	37
4.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği.....	38
4.4. Veri Analiz Teknikleri.....	38
BEŞİNCİ BÖLÜM	40
BULGULAR	40
5. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?.....	40
5.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile cinsiyet farklılıkları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?	40
5.2. Anksiyete ile cinsiyet farklılıkları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?	41
5.3. Depresyon ile cinsiyet farklılıkları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?	41
5.4. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile evli ve bekar bireyler arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık var mıdır?	42
5.5. Anksiyete ile evli ve bekar bireyler arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık var mıdır?	42
5.6. Depresyon ile evli ve bekar bireyler arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık var mıdır?	43
5.7. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	43
5.8. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	44

5.9. Bireylerin depresyon seviyeleri ile yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	45
5.10. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	45
5.11. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	46
5.12. Bireylerin depresyon seviyeleri ile eğitim seviyeleri arasında göre anlamlı bir farklılık var mıdır?	47
5.13. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile akademik başarıları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	48
5.14. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile akademik başarıları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	49
5.15. Bireylerin depresyon seviyeleri ile akademik başarıları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	50
5.16. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	51
5.17. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	51
5.18. Bireylerin depresyon seviyeleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	52
TARTIŞMA	54
KAYNAKÇA	61
EKLER	-

TABLolar LİSTESİ

TABLO	SAYFA
Tablo 1- Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu	40
Tablo 2- Belirsizliğe tahammülsüzlük açısından kadın ve erkek bireylerin cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi tablosu	40
Tablo 3- Anksiyete açısından kadın ve erkek bireylerin cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi tablosu	41
Tablo 4- Depresyon açısından kadın ve erkek bireylerin cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi tablosu	41
Tablo 5- Belirsizliğe tahammülsüzlük açısından evli ve bekar bireylerin medeni duruma göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi tablosu	42
Tablo 6- Anksiyete açısından evli ve bekar bireylerin medeni duruma göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi tablosu	42
Tablo 7- Depresyon açısından evli ve bekar bireylerin medeni duruma göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi tablosu	43
Tablo 8- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından yaş grupları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	43
Tablo 9- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından yaş grupları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	43
Tablo 10- Anksiyete düzeyleri açısından yaş grupları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	44
Tablo 11- Anksiyete düzeyleri açısından yaş grupları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	44
Tablo 12- Depresyon düzeyleri açısından yaş grupları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	45
Tablo 13- Depresyon düzeyleri açısından yaş grupları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	45
Tablo 14- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından eğitim durumları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	46
Tablo 15- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından eğitim durumları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	46
Tablo 16- Anksiyete düzeyleri açısından eğitim durumları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	46
Tablo 17- Anksiyete düzeyleri açısından eğitim durumları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	47
Tablo 18- Depresyon düzeyleri açısından eğitim durumları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	47
Tablo 19- Depresyon düzeyleri açısından eğitim durumları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	48
Tablo 20- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından akademik başarıları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	48
Tablo 21- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından akademik başarıları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	49
Tablo 22- Anksiyete düzeyleri açısından akademik başarıları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	49

Tablo 23- Anksiyete düzeyleri açısından akademik başarıları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu.....	49
Tablo 24- Depresyon düzeyleri açısından akademik başarıları farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	50
Tablo 25- Depresyon düzeyleri açısından akademik başarıları farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu.....	50
Tablo 26- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından gelir düzeyleri farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri	51
Tablo 27- Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri açısından gelir düzeyleri farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	51
Tablo 28- Anksiyete düzeyleri açısından gelir düzeyleri farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri.....	52
Tablo 29- Anksiyete düzeyleri açısından gelir düzeyleri farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	52
Tablo 30- Depresyon düzeyleri açısından gelir düzeyleri farklı bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri.....	52
Tablo 31- Depresyon düzeyleri açısından gelir düzeyleri farklı bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi tablosu	53

EKLER LİSTESİ

EK-A : DEMOGRAFİK BİLGİLER

EK-B : BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

EK-C : DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ



ÖNSÖZ

Tezimin yazım aşaması, planlanması ve yürütülmesinde ilgisini, emeğini ve yardımını esirgemeyen ve bilgileri doğrultusunda bana ışık tutan çok kıymetli hocam Prof. Dr. Ahmet Ertan TEZCAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Bütün eğitim hayatım boyunca ve hayatımın her aşamasında benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen babam Lütfi BELGE'ye, Aysel BELGE'ye, kardeşime, babaanneme ve anneanneme,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu dönemde de verdiği destek ile her daim yanımda olan eşim Şahin Mert ÖZGÜN'e,

Hayatım boyunca bana olan sevgisini ve desteğini asla esirgemeyen, yaşadığım bütün sıkıntılarda elimi tutan annem Sevilcan BELGE'ye,

Meslek hayatıma adım atmamı sağlayan, cesaret veren, yüreklendiren, her daim yanımda olan aileme minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Jülide ÖZGÜN

GİRİŞ

Belirsizlik, insan hayatının kaçınılmaz parçalarından biridir. İnsan her zaman her şeyi bilme yetisine sahip değildir. Ancak belirsizliğe karşı birtakım olumsuz tutumlar geliştirildiğinde insan hayatı daha da zor bir hal alabilir. Belirsizliğe tahammül, belirsizlik karşısında yaşanan duruma karşı olumsuz tutuma sahip olmayıp, belirsizliğin geçebileceğine dair bilişsel kapasiteye sahip olmakla ilgilidir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ise hayata dair herhangi belirsiz bir durumla karşılaşıldığında bu duruma gerek psikolojik gerekse de davranışsal olumsuz tutum sergileyerek olaydan kaçınma yatkınlığı olarak ifade edilmiştir. Anksiyete ise belirli bir durum, nesne ya da kişiye karşı gösterilen aşırı korkudur. Depresyon semptomları gündelik hayatta karşılaşılan tehditleri olduğundan daha olumsuz algılama ve bu tehditlere uygun olmayan savunma mekanizmaları ile başa çıkma olarak tanımlanmaktadır.

Araştırmamızın birinci bölümünde anksiyete kavramı incelenmiştir. Bununla birlikte anksiyete belirtileri, anksiyete bozukluklarının tanımı ve sınıflandırılması yapılmış; bu başlık altında sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu incelenmiştir.

İkinci bölümde ise depresyon kavramı incelenmiştir. Depresif bozukluklara yol açan unsurlar, depresif bozuklukların belirtileri, depresif bozuklukların sınıflandırılması, depresif bozukluklara kuramsal yaklaşımlar, depresif bozuklukların tedavisi incelenmiştir.

Üçüncü bölümde ise belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı araştırılmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün kökenleri ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün diğer psikolojik hastalıklar ile arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bunlar, kaygı, yaygın anksiyete bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları ile post-travmatik stres bozukluğu ve psikotik rahatsızlıklar ve yeme bozukluklarıdır.

Araştırmamızın dördüncü bölümünde yöntem kısmı yer almaktadır. Araştırmamızın modeli, örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, veri analiz teknikleri ve bulgulara yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ANKSİYETE KAVRAMI

Ruh sağlığı alanında en çok araştırılan ve göz önünde bulundurulmuş kavramlardan biri anksiyetedir. Anksiyetenin araştırıldığı çalışmalarda bu kavram ile bağlantılı olarak korku kavramı da göze batmaktadır.

Davis (1992)¹ korku ile anksiyetenin ana duygulardan olup, eski Mısır hiyerogliflerinde korkuyu ifade eden temaların resimlendirildiğini ifade etmektedir². Ortaçağdan günümüze kadar anksiyete ile ilgili tartışmalar süregelmıştır. Ortaçağ devrinde yaşayan Kurtubalı filozof İbn Hazm, anksiyete kavramının evrensel olduğunu ve insanların temel özelliklerinden biri olduğunu dile getirmiştir.

“Yunancadaki “angh” sözcüğü, daralma ya da gerginlik anlamına gelirken temelini bu sözcükten alan anksiyete kavramı, Almanca temelli ve belli olmayan korkunç bir geleceği ifade eden “anst” kelimesinde yola çıkarak gözle görülür ve sürekli bir korku hali ya da düşük seviyelerdeki düzenli korku anlamını ifade etmektedir. Freud’un anksiyete kavramını incelemesine kadar geçen sürede anksiyete kavramı daha çok felsefe, bilhassa da etik felsefesi ve din felsefesi tarafından incelenmekteydi³.

İnsanlığın varoluşla ilgili çatışmaları ve krizleri gibi olaylar filozofların anksiyete ve korku kavramlarını ele almadaki temellerini oluşturmaktaydı. Megna’nın aktardığına göre yalnızca felsefi değil dini açıdan da görüşleri olan Spinoza, Kierkegard ve Pascal gibi düşünürler anksiyete üzerine katkıda bulunmuşlardır. Spinoza’ya göre korku subjektif bir sorun iken umut ve korkunun bir bireyde aynı anda bulunduğu dikkat çekmektedir. Korkuyu belirli bir hedefi olmayan acı şeklinde ifade ederken umut çinse belirsiz bir haz demektir ve her iki kavramın da birbirinden ayrı bir şekilde bulunamayacağını altını çizmektedir. Bunun nedeni bu kavramların psikik bir temele dayanmasıdır⁴

¹ Michael Davis, “The role of the amygdala in fear and anxiety”, *Annual Review Neuroscience*, 1992; 15(1): 353-375.

² Şeref Özer, “Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihi” Raşit Tükel ve Tunç Alkın (ed.), *Anksiyete Bozuklukları*, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006, 3-15, s. 3.

³ Abdülkadir İlgaç, *Depresyon ve Dindarlık İlişkisi (Kastamonu Örneği)*, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri, 2015, s. 40 (**Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi**)

⁴ Paul Megna, “Better living through dread: medieval ascetics, modern philosophers, and the long history of existential anxiety”, *Publications of the Modern Language Association*, 2015; 130(5), 1285-1301.

İnsanlar hayatları boyunca belli dönemlerde yalnız kalmak ve sıkıntı getiren davranışları önlemeye çalışırken aklına gelen olumsuz fikirlerden de kaçınmış ve bu durum çoğunlukla filozoflar tarafından yakından incelenmiştir. Freud'a göre anksiyete, duygusal ve davranış hastalıklarındaki en büyük sorundur. Buna göre bebeğin hissettiği biyolojik çaresizlik bebekte zorunlu bir acıya ve yüksek seviyede gerilime neden olur ve Freud bunu doğum anksiyetesi olarak ifade eder. İnsanın yaşadığı ilk anksiyetenin de doğum anksiyetesi olduğunu vurgular⁵.

Bilişsel kurama göre ise bir durumun tehlikeli ya da zararlı olduğu ile ilgili eşzamanlı yargılar anksiyeteye neden olur. Anksiyete seviyesinin normalin üzerinde olması ile birey; davranışsal, bilişsel, fiziksel ve duygusal olarak etkilenir. İnsanın anksiyete seviyesinin yüksek olup olmadığı durumlar arasında düşünce, his ve davranış bakımından bireyin farkında olmadığı farklılıklar vardır. Anksiyetenin sürekliliğini belirleyen etmenin düşünce biçimi olduğunun farkına varmak tedavide de yarar sağlayabilir⁶.

1.1. Anksiyetin tanımı

Latince düşünülmemeyen fakat hissedilen ruh hali olarak geçen anx kelimesi anksiyete sözcüğünün temelini oluşturmaktadır. Geçerli bir sebebi bulunmayan, kaynaklarının dolaylı yollardan tespit edilebildiği korku ya da kaygı türüne anksiyete denir. Anksiyete, bireyin tepki gösterdiği obje ya da durumun ne kadar belirgin ve olumsuz algılandığına göre anksiyete seviyesini değiştirmektedir⁷. Daha derine inildiğinde, sorunun asıl sebebi ile gözle görülen sebebi arasında oldukça fazla fark olduğu gözlenebilir. Kişiyeye göre içinde bulunulan durum iç sıkıntısı, rahatsızlık hissi ve bunaltı gibi ifadelerle açıklanırken bu sorunlar yaşamının değişik alanlarında baş göstermektedir⁸. Anksiyete, diğer psikolojik hastalıklarla komorbidite de gösterebilir. DSM 5 göre anksiyete bozuklukları, ayrılma kaygısı bozukluğu, yaygın kaygı(anksiyete) bozukluğu, özgül fobi, seçici konuşmazlık (selektif mutizm), agorafobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu şeklinde sınıflandırılırken maddenin ya da ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık

⁵ Sigmund Freud, *The Problem of Anxiety*, Norton, New York, 1936; *aktaran* Engin Gençtan, *Psikanaliz ve sonrası*, Metis Yayınları, İstanbul, 2002, s. 48

⁶ Edmund J. Bourne, *Anxiety and Phobia Workbook*, MJF Books, New York, 1995, s. 2

⁷ Metin Pıçakçıefe, "Çalışma yaşamı ve anksiyete", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(4): 367-369.

⁸ Oğuz Karamustafaoğlu ve Hüseyin Yumrukçal, "Depresyon ve anksiyete bozuklukları", *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011; 45(2): 65-74.

durumuna bağılı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğere bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğu olarak tanımlanmaktadır⁹.

Anksiyete optimum düzeyde olduğu sürece insan hayatının normal bir şekilde devam edebilmesi ve tehdit ve risk gibi unsurlardan korunabilmesi için gerekli bir olgudur. Ufak düzeylerdeki anksiyete, bazı işlerin tamamlanması için insana motivasyon bile sağlamaktadır. Buna karşın, anksiyetenin belirli bir risk, tehdit ya da tehlike olmadan sergilenmesi kişinin bazı korku ve kaygı sorunlarının olduğunun açık bir göstergesidir. Anksiyetenin tedavi gerektiren patolojik bir durum olarak belirlenmesinde bireyin hayatındaki fonksiyonelliğın bozulması birinci kriterdir¹⁰. Korkuya neden olan obje, kişi ya da duruma karşı bireyin aşırı ve dengesiz tepkiler vermesi ile hayatındaki işlevleri olması gerektiği gibi sürdürülemezdir ve bu nedenle dışarıdan destek alması gerekmektedir. Bu bağlamda, semptomların kaynağına bakılarak anksiyetenin hangi sebeplerle ortaya çıktığı ve nelerin tetiklediği anlaşılabilir. Bu kaynak, beyindeki kimyasalların değışmesi, genetik faktörler ve nörobiyolojik nedenlerde ortaya çıkabilir. Biyolojik unsurların yanında bireyin gelişimi esnasında sosyalliği, çocukluğında yaşadığı tecrübeler, geçmişte yaşamış olduğu olumsuz anılar ve travmalar, kişilik özellikleri ile mizacı da etkili olmaktadır. Anksiyetenin tedavisinde genelde psikoterapi ve ilaçlardan faydalanılmaktadır. Psikoterapi tedavileri arasında bilişsel davranışçı model, en sık kullanılan yaklaşımdır.¹¹

Psikodinamik yaklaşım, bilişsel davranışçı yaklaşım, varoluşçu yaklaşım ve öğrenme kuramları, anksiyetenin nasıl oluştuğı ile ilgili açıklamalarda bulunan diğere yaklaşımlardandır. Erken çocukluk evresinde yaşanan olumsuz tecrübeler, güvensiz bağlanma modeli, genetik yatkınlık, hayatın anlamsız olması, stres, mizaç ve travma gibi unsurlar psikolojik savunmasızlığı artırmaktadır. Yaşamda tehdit kaçınılmaz bir olgu olmakla birlikte bu durumlara sahip kişi beklemediği bir durumla karşılaştığında bir kayba uğrama ya da korku ve kaygıya neden olan bir objenin bireye farkında olsun ya da olmasın hoşnutsuzluğın neden olması tedavide bazı aksaklıklara neden olabilir. Anksiyete bozukluklarının yüksek oranda tetiklenme oranı olduğu bilinmektedir. Nefes darlığı, mide bulantısı, kalp çarpıntısının olması, terleme, titreme, sosyal hayatta aksaklık yaşanması, somatik semptomlar ve gerçeğın ne

⁹ Pıçakçıfe, a.g.e., s. 368.

¹⁰ Bourne, a.g.e., s. 3.

¹¹ Ömer Saatçioğlı, "Yaygın anksiyete bozukluğının tedavisi ve yeni yaklaşımlar", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2001; 11(1): 60-77.

olduğunu belirlemede yaşanan güçlükler anksiyetenin belirtilerindedir¹². Eğer birey hayatında stres kaynaklarının yani stresörlerin normalin üzerinde olduğu bir dönemden geçiyor ise anksiyetenin ortaya çıkma olasılığı daha fazladır. Yapılan terapilerde asıl amaç, anksiyetenin kaynağını anlayıp nasıl düzeltilebileceği üzerine odaklanmalıdır.

Somatizasyon semptomları, depresif semptomlar ve hipokondriyak uğraşlar da, anksiyete hastalıkları ile ilişki içerisindedir. Buna ek olarak yapılan araştırmalara göre nörolojik hastalarda depresyon ile kıyaslandığında anksiyete ile somatik belirtilerin ilişkisi daha kuvvetlidir¹³. Psikolojik vakaların beraberinde somatik semptomların da olması bireyde anksiyete hastalığını olduğunu düşünmek için önemli bir işarettir. Temel kaynağı korku olan hastalıklar; panik bozukluk, ölüm anksiyetesi, depresyon ve hipokondriyasis olarak örneklendirilebilir¹⁴.

Anksiyete ile ilgili genel istatistiklere bakıldığında tüm yaşta bireyler analize katıldığında hayat boyunca anksiyete bozukluğuna yakalanma oranı %25 civarındadır. Bu kadar yaygın olmasından ötürü, anksiyete hastalıklarına daha fazla önem verilmelidir. Geçtiğimiz yıllarda yapılan araştırmalara göre panik bozukluğun görülme sıklığı %3, obsesif-kompulsif bozukluğun görülme sıklığı %2-3, sosyal anksiyete bozukluğunun görülme sıklığı %13, yaygın anksiyeteninki %5, özgül fobinin %11 ve travma sonrası stres bozukluğunun ise %3'tür. Çalışmalara göre çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu %5-18 arasında gözlenirken çocuklarda yetişkinlere kıyasla daha fazla ayrılma anksiyetesi olduğu saptanmıştır¹⁵.

1.2. Anksiyete Belirtileri

1.2.1. Bilişsel Belirtiler

Duyusal belirtiler: Bu semptomlar arasında gerçek olmayan hisler, bulanık bir zihin, uzakta ya da bulanık görünen objeler, aşırı uyanık olma, gerçekle uyumlu olmayan bir çevre görüntüsü.

¹² Pıçakçıefe, a.g.e., s. 368.

¹³ Hakan Türkçapar, "Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri", *Klinik Psikiyatri*, 2004; 4: 12-16.

¹⁴ Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, a.g.e, s.69

¹⁵ Olivia Remes vd., "The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews" *The Lancet*, 2014; 384(7): s. 66-69

Düşünce zorlukları: Birey için önem arz eden şeylerin hatırlanamaması, olaylar arasındaki nedeni anlamada zorluk, düşünce akışını denetleyememe, dikkatin dağılması ve bir şeye odaklanamama durumu, olaylara nesnel bakamama.

Kavramsal zorluklar: Bilişsel çarpıtmalar, ölüm ya da diğerlerinin zarar verebileceği korkusu, kontrolü kaybetme korkusu, korku veren görüntüler, olaylarla başa çıkamama endişesi.

Duygusal Belirtiler: Sinirli olma hali, sürekli gerginlik ve korku, çaresiz olma düşüncesi, düzenli olarak alarm durumunda olma¹⁶.

1.2.2.Davranışsal Belirtiler

Anksiyetede sergilenen eylemlere bakıldığında kişinin anksiyeteyi azaltmaya yönelik davranışları gözlemlense de bu davranışların anksiyeteyi giderek artırdığı söylenebilir. Davranışsal semptomlar arasında donakalma, davranışları inhibe etme, konuşma sırasında aksaklık, beden koordinasyon bozukluğu ve kaçınma davranışları sayılabilir¹⁷.

1.2.3.Fizyolojik Belirtiler

Bu belirtiler, genellikle bireyin kendini korumak için savunma haline geçtiğini ifade etmektedir. Fizyolojik semptomlar, hormonlara bağlı ya da sempatik/parasempatik sinir sisteminde meydana gelen değişiklikler neticesinde oluşur¹⁸. Bu belirtilere örnek olarak, kalp atış hızının artması, kan basıncı farklılıkları, bayılma hissiyatı ya da gerçekten bayılma durumu, kasların gergin olması, daha refleksif olma (erkeklerde cinsel yönden), çabuk yorulma ve genel yorgunluk hissi, karın ağrısı, kusma ya da bulantı, erkeklerde cinsel yönden erken boşalma sık sık idrar yapma ve cinsel isteksizlik verilebilir. Bu belirtilerin bazıları normal fonksiyonların abartılmış ya da baskılanmış hali olup, anksiyetenin en belirgin özelliklerindedir.

Birey anksiyete ile başa çıkma konusunda aşağıdaki eylemleri sergiler;

¹⁶ Aaron.T. Beck vd., *Anxiety Disorders and Phobias*, Basic Books, New York, 1985, s. 23

¹⁷ Pıçakçıefe, a.g.e., s. 368

¹⁸ Aaron vd., a.g.e., s. 26

- İçe-Dönme: Bireyin anksiyetesini tetikleyen durum ve objelerin psikolojik tehdit unsuru olduğu algılanarak birey kendi içine kapanır.
- Dışa Vurma: Bireyin anksiyetesini agresif eylemlerle dışarı boşaltmasıdır.
- Bedene yansıtma: Anksiyetenin hissettirdikleri bedeninin bir kısmına uygulanarak o kısımdaki bir sorunla ifade edilir.
- Kaçınma: Anksiyeteyi tetikleme ihtimali olan kişi, durum ya da objelerden kaçınarak anksiyete üzerinde kontrol elde edilmesidir.
- Problem Çözme: Anksiyetenin bireyde uyandırdığı duyguların yok edilmesinde doğru eylemlerin öğrenilerek uygulanmasıdır.

1.3 Normal Anksiyete ile Patolojik Anksiyetenin Ayrımı

Günümüzde pek çok teknolojik ve toplumsal değişimler yaşanmakla birlikte bireylerinde anksiyete oluşturabilecek çeşitli ortamlar içinde bulunduğu söylenebilir. Anksiyete kavramı günümüzde yeni ortaya çıkmamıştır. Tarihin ilk dönemlerinden beri çeşitli filozof, dini lider ve akademisyen anksiyetenin kökenini araştırırken yakın geçmişten itibaren de tıp ve sosyal bilimler alanındaki bilim insanları anksiyetenin nedenleri ve tedavisi için araştırmalarda bulunmuştur. Anksiyetenin dışa vurumunda farklı biçim ve seviyedeki yoğunluklar vardır. Orta seviyedeki anksiyetenin kişiyi işlerini başarması ve performansını artırması konusunda motive ettiği ve enerji kazandırdığı söylenirken, olası başarısızlıklar ve gündelik sıkıntılara karşı anksiyete hissedilmiyorsa da kişinin bazı sorunları olduğu söylenebilir¹⁹. Bu nedenle normal olan durumun karşılaşılan zorluk ve durum ile orantılı olacak şekilde anksiyete göstermektir.

Anormal davranışın tanımında bazı kriterler göz önünde bulundurulmalıdır: istatistiksel olarak farklı olma, bireysel rahatsızlık hissetme, fonksiyonların bozulması, toplumsal normlardan sapma, beklenmedik ve ani olma hali. Bununla uyumlu olarak "normal"i tanımlarken de bazı kriterler vardır ve bunların anormal tanısı alan bireylere kıyasla daha sıklıkla gerçekleştirildiği söylenebilir. Bunlar, eylemler üstünde gönüllü olarak denetim kurma yetisi, sevgiye bağlı ilişkiler kurabilme yetisi, üretken olma, gerçekliği olduğu gibi algılama ve gerçekçi değerlendirmelerde bulunabilme, özdeğer duygusuna sahip olup içselleştirebilme²⁰.

¹⁹ Aaron vd., a.g.e., s. 30

²⁰ Tahir Özakkaş, **Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi**, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul, 19, 2014, s. 8.

Anormal ve normal anksiyete arasında belirgin bir çizgi yoktur, ancak bu ikisi birbirinden bazı yönleri dolayısı ile farklılaşmaktadır. Anormal anksiyete sahip bireyler normal anksiyetesi olan bireylere kıyasla daha yoğun ve şiddetli bir şekilde semptomlar sergilerken bunları süresi de daha uzundur ve hayatın diğer alanlarını etkileyen fobilere ve obsesyonlara neden olabilirler. Anormal anksiyete ve anksiyete bozukluklarında bireyin kaygı duygusu yaşadığı durum karşısında orantısız iken birey korkusuna neden olan kaynak hakkında da bilgi sahibi değildir. Anksiyetede belirgin olan şema tehlike ve endişe şeması iken bunlar olumsuz otomatik düşüncelerde gözle görülebilir şekilde kendini göstermektedir. Anormal anksiyetede tehlikenin seviyesi abartılarak durumla başa çıkma yetisi küçümsenir ve bu durum neticesinde de tehlike şemaları aktive olabilmektedir. Anksiyetenin normal ve anormal olması konusundaki en büyük kıstas, bireyin sosyal ve mesleki fonksiyonelliğinin nasıl etkilendiğidir. Bu alanlarda fonksiyon kaybı görülüyorsa bireyin anksiyetesi anormal düzeylerde dir. Bu durumda birey, anksiyetesi ile başa çıkabilmek için gerekli yöntem ve müdahalelerle birlikte bir psikolojik tedavi olarak fonksiyonelliğini geri kazanabilir.

1.4 Anksiyete Bozukluğunun Tanımı

Anksiyete bozukluklarının olduğu kategori nevrotik bozukluklardır. Kişinin gerçeği nesnel bir şekilde değerlendirme kabiliyetinde aksaklık olmayan, antisosyal eylemlerin gerçekleştirilmediği ve psikososyal stres etmenlerinden dolayı ortaya çıkan ruhsal bozukluklar nevrotik bozukluklar olarak adlandırılmaktadır. Ayaktan doktora başvuran hastalarda genelde anksiyete bulunmaktadır. Anormal davranışlarla ilgili bazı sınıflandırma ve ölçüt yöntem bulunmaktadır. Her bireyin kendisine özgü dışa vurum şekli olmasına karşın²¹ bazı tanılama ölçütleri ve sınıflandırma yöntemlerinin olması psikoloji alanında çalışanlar için fonksiyonel ve faydalıdır. Bu tanı ölçütlerinin sıralanıp açıklandığı sınıflandırma sistemi DSM-5' (2013) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition) tir.

1.5 Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması

DSM-5 tanı kriterlerine göre dokuz çeşit anksiyete bozukluğu vardır: Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal fobi (toplumsal kaygı bozukluğu, madde-ilacın neden olduğu bozukluk, seçici konuşmazlık (selektif mutizm), agorafobi, başka bir

²¹ Tayfun Uzbay, "Anksiyetenin Nörobiyolojisi", *Klinik Psikiyatri*, 2002; Ek 1: 5-13.

sağlık durumundan kaynaklanan kaygı bozukluğu, özgül fobi, tanımlanmamış diğer kaygı bozukluğu ve ayrılma kaygısı bozukluğudur²². Yaygın anksiyete bozukluğu tanısında DSM-5'e göre en az altı aylık bir sürede genellikle bazı olay ya da etkinliklere karşı aşırı kaygı hissetme durumu bulunmaktadır. Bireyin kuruntularını denetlemede zorluk yaşadığı gözlenir ve yaşanan kaygıda da aşağıdaki semptomlardan görülür.

- 1) Sürekli alarm halinde olma ve huzursuz hissetme durumu.
- 2) Çabuk yorulma.
- 3) Zihni boşaltma ve konsantrasyon zorluğu yaşama.
- 4) Çabuk öfkelenme.
- 5) Kasların gergin olması.
- 6) Uyku sorunları²³.

Bedensel semptomlar ile aşırı kaygı ve kuruntu klinik olarak aşikar bir probleme ya da sosyal/profesyonel yaşantıda ciddi fonksiyon kaybına yol açmaktadır. Anksiyete bozuklukları diğer bir sağlık durumu ya da maddeye ait fizyolojik etkiye bağlı değildir.

Anksiyete bozukluklarında en sık karşılaşılan iki bozukluk türü yaygın anksiyete ve sosyal anksiyete bozukluğu olup, aşağıda ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

1.5.1 Sosyal Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu

Başkalarının kendisini denetleyeceği hissine kapılarak sosyal ortamlarda aktif olarak davranışlar sergilenmesinden dolayı duyulan korkuya sosyal kaygı denmektedir. Sosyal anksiyete sahibi bireylerde sosyal ortamlarda başlarına gelebilecek her türlü deneyimi önlemek için kaçınma davranışı hakimdir. Birey, korkulan ortamlardan kendisini korumak amacı ile tamamıyla kaçabilir²⁴.

²² Nurgül Özpoyraz, "Anksiyete Bozuklukları", *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları*, 20-27 s. 22, http://www.anadoluisagligi.com/img/file_1368.pdf (Erişim Tarihi: 10.04.2019)

²³ Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013, s. 53.

²⁴ Richard Swinson "Social Anxiety Disorder ", *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005; 50(6): 305-307.

Sosyal anksiyetesi olan bireylerin iletişimden de kaçındığı gözlenmektedir. Bunun altında yatan temel neden, başkalarında olumsuz intiba bırakma fikridir. Sosyal anksiyete kavramının alt boyutları kritize edilme endişesi, kaçınma ve değersizliktir.

Kaçınma: İletişim kurarken isteksiz olma, konuşurken zorluk yaşama, otorite kaygısı olması, herkesin kendisini izlediği düşüncesine kapılma gibi semptomları içermektedir.

Kritize Edilme Kaygısı: Yanlış davranışta bulunma hususunda endişe duyma, aşağılanma ve reddedilme korkusu, kendini aşırı şekilde kontrol etme durumu ile ifade edilmektedir.

Değersizlik: Kendini değersiz görme, hoşnutsuzluk, eleştirileri reddetme, kişisel niteliklerini kabul etmeme ve başarısızlık davranışlarını içermektedir.

Ergenlik dönemi sosyal kaygının en yaygın olduğu dönemdir. Bunun nedeni arkadaş ilişkilerinde ve diğerleri ile olan etkileşimde değerlendirilecek olduğu düşüncesinin çok yaygın olmasıdır. Sosyal anksiyetenin ergenlik evresinden sonra devam etmesi durumunda bunun izlerine üniversite döneminde de rastlanmaktadır. Üniversite, yeni dahil olunmuş bir ortam olarak bireyde tanışacağı bireylere, çekimser yaklaşması ve utangaç olması sebebi ile sorunlarının giderek artacağı ortadadır. Bu süreç neticesinde depresyon ve intihara eğilim artmaktadır²⁵.

Ümmet'e göre (2007) ülkemizde sosyal anksiyetenin en sık görülme yaşı 13-24 yaş arasındadır²⁶. Stein ve Stein (2008) sosyal anksiyetenin 11 yaşında başladığını ifade etmektedir²⁷. Baltacı'ya göre ise (2010) sosyal anksiyetenin başlama yaşı ergenlik çağı ile bağdaştırılmış olmasına karşın 35 yaş ve sonrasında da sosyal anksiyete yaşanabileceğinin altını çizmiştir. Yaşanan stres kaynakları ve bireyin gereksinimlerine göre sosyal anksiyete seviyesi değişiklik arz etmektedir²⁸.

²⁵ Katja Beesdo vd., "Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V", *Psychiatry Clinic of North America*, 2009; 32(3): 483-524.

²⁶ Durmuş Ümmet, "Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Kaygının Cinsiyet Roller ve Aile Ortamı Bağlamında İncelenmesi", Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007, s. 20-22. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

²⁷ Murray Stein and Dan Stein, "Social anxiety disorder", *Lancet*, 2008; 371(9618): 1115-1125.

²⁸ Önder Baltacı, "Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Kaygı, Sosyal Destek ve Problem Çözme Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2010, s. 12. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

1.5.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) a. En az altı ay süresince süregelen ve neredeyse her gün, hayatın birçok farklı alanında kendini gösteren yüksek seviyelerde kaygı hissetme durumu olarak ifade edilmektedir.

Yaygın anksiyete bozukluğu ile ilgili bazı paternler aşağıda sıralanmıştır.

b. Bu bozukluğun baş gösterdiği kişilerde kişi sürekli kaygı halindedir.
c. Yaygın anksiyete bozukluğuna sahip kişilerde aşağıdaki semptomlardan en az üçünü sergilemelidir:

1. Kasların gergin olması
2. Çabuk yorulma durumu
3. Düşüncelerin odaklanmasında zorluk yaşama
4. Bazı uyaranlara aşırı tepkili davranma
5. Uyku sorunları
6. Huzursuzluk, yüksek seviyelerde heyecanlı ya da endişeli olma

d. YAB, aşikar bir şekilde fonksiyon kaybına ve sıkıntıya yol açmaktadır.

e. Bu bozukluk, bir madde ya da tıbbi bir hastalığın neden olduğu fizyolojik semptomlarla direkt bir biçimde ilişki halinde değildir.

Yaygın anksiyete bozukluğu, DSM-5'e göre mesleki ya da sosyal fonksiyonlarda büyük derecelerde bozulma ve aşikar strese neden olan, farklı somatik semptomların kendini gösterdiği aşırı oranlarda yaygın endişe durumu olarak ifade edilmektedir²⁹. Endişe durumunun en az 6 ay süre ile neredeyse her gün kendini göstermesi gerekmektedir. Bu sürede birey, pek çok olay veya etkinlikle ilgili aşırı tepkiler gösterir ve kaygısını denetleyemez. Genellikle, huzursuzluk, düşüncelerini odaklamada sorun yaşama, kasların gergin olması, uyku sorunları, çabuk yorulma, aşırı heyecan veya endişe, irritabilite belirtilerinden en az üçü eşlik etmektedir³⁰. Yıllık prevalans oranı 3 ila 8 arasında olan YAB'ın kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazla yaygın olduğu belirtilmektedir. Hastalar genelde yirmili yaşlarda bu bozukluğun fizyolojik belirtileri için tedavi arayışı içinde olmaktadır. Etiyolojisine bakıldığında, biyolojik açıklamaların çoğu GABA, norepinefrin ve serotonin nörotransmitterleri bakımından incelenmiştir³¹. YAB'ın birincil belirtileri, motor gerginlik, bilişsel alarmda olma, otomatik hiperaktivite ve anksiyetedir. Kişinin

²⁹ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s. 59

³⁰ Deborah L. Hoffman vd., "Human and economic burden of generalized anxiety disorder", *Depression and Anxiety*, 2008; 25(1): 72-90.

³¹ Özakkaş, a.g.e., s. 19.

anksiyetesi yoğun seviyelerdedir ve bireyin hayatını engellemektedir. Gerginlik ise yaygın bir şekilde; titreme, baş ağrısı ve huzursuzluk olarak kendini göstermektedir.

Otomatik hiperaktivite ise aşırı terleme, çeşitli gastrointestinal semptomlar, çarpıntı ve nefes darlığı ile kendini göstermektedir. YAB ile komorbiditesi yüksek olan hastalıkların yaygın olması pragnoz ve klinik seyrin gidişatını tahmin etmeyi zorlaştırmaktadır. Hastaların 1/4'ünde panik bozukluk ve %50 ila 80'i arasında da majör depresif bozukluğa rastlanmaktadır. YAB'ın depresyonla birlikte gerçekleşmesi intihar riskini artırmaktadır. Hastaya sorulması gereken ilk sorular arasında son aylarda gergin olduğu bir durum ve kötü bir şeyin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği yönünde bir kaygı yaşayıp yaşamadığı, yaşamış ise bu kaygının neye yönelik olduğu ve kaygısını kontrol edip edemediğidir. Çoğu hasta, bir doktorla birlikte yaşadığı zorlukları tartışması ile birlikte semptomların azaldığını belirtmektedir. Klinisyenin yardımcı olabileceği konular, anksiyeteye neden olan dışsal durumların belirlenmesi, hasta ya da ailesinin yardımı ile ortamlarda değişiklik yapması, gündelik işler ve etkileşimlerinde etkin bir şekilde fonksiyonlarını yerine getirmesi şeklinde sıralanabilir.

İKİNCİ BÖLÜM

DEPRESYON KAVRAMI

2.1. Depresyon Tanımı

Depresyon; uzun süre devam eden ümitsizlik, aşırı suçluluk, karamsarlık, değersizlik, olaylarda sürekli kendisini suçlama, eskiden yapmaktan keyif aldığı hobilere karşı ilgisizlik, uyku ve yeme problemleri gibi belirtilerle birlikte ortaya çıkan ve kişinin hayatını olumsuz etkileyen bir çökkünlük halidir.³²

Dünyada psikolojik sorunlar arasında en yaygın olanı depresif bozukluklardır. En az iki hafta sürmesine ve gündelik fonksiyonelliği büyük oranda etkilemesine karşın tedavisi bulunmaktadır. Bireyde öz-saygı seviyesinin düşmesi ve çökkünlük gibi durumlara neden olmaktadır. Yaşa bağlı olarak belirtileri değişkenlik göstermektedir³³.

Tarhan (1989)³⁴ depresif bozuklukların insanın yaşamında kurduğu kuvvetli bağlardan kopmasına neden olan ya da bunları zayıflatan bir semptom sendromu olduğunu tanımlamıştır. Bireyi verimsiz ve etkisiz hale getirmesi, depresif bozukluğun en önemli özelliğidir. Nitekim iş yaşamında verimliliği ciddi oranlarda düşürmesi nedeni ile depresyon tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Aşağıda verilen semptomlardan en az ikisine sahip olmak klinik bir tedavi gereksinimini ortaya koymaktadır.³⁵

1. Karar vermede zorluk yaşama, bunaltı ve huzursuzluk hissetme,
2. Yaşlanmışlık hissiyatı, enerji bitkinliği ve iş veriminin azalması,
3. Hobilere karşı ilginin azalması,
4. Kilo seviyesinde ciddi değişiklikler,
5. Ölüm hakkında sık sık düşünme,
6. Keyfin kaçık olması, üzgün ve mutsuz olma hali,
7. Cinsel isteğin azalması,
8. Kendini yetersiz ve değersiz görme,
9. Odaklanmada zorluk yaşama,

³² Selçuk Budak, **Psikoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000, s.212

³³ Muhammed Yıldız, "Üniversite öğrencilerinde fonksiyonel olmayan tutumların ve olumsuz otomatik düşüncelerin depresyona etkisi", **Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi**, 2017; 1(1): 1-7.

³⁴ Nevzat Tarhan, **Stres ve Hastalıkları**, Gülhane Tıp Akademisi, İstanbul, 1989, s. 36

³⁵ Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, a.g.e., s. 66.

10. Uyku bozuklukları yaşama,

Depresif bozukluklar, karamsarlık, özgüven eksikliği, olaylar yüzünden kendini suçlama, fiziksel ağrı, hobilere karşı ilginin kaybolması, ümitsizlik, yeme ve uyku sıkıntıları şeklinde kendini gösteren ve belirli durumlar karşısında oluşan bir çöküntü durumudur. Normal koşullarda depresyonun geçici olarak ve yaygın bir şekilde yaşandığı söylenebilir. Genellikle bir tedaviye gerek kalmadan kendiliğinden yok olmaktadır.

Depresif bozukluklar her bireyde farklı etkilere neden olduğu gibi farklı kültürlere göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Belirtilerin uzunca bir süre kendini göstermesi ve gündelik fonksiyonları aksatacak seviyeye ulaşması ile birlikte psikolojik bir hastalık olarak tedavi edilmelidir. Depresif bozukluklar çok geniş bir inceleme alanına sahiptir, en ağır psikotik hastalıktan orta seviyelerdeki bozukluklara kadar klinik hastalıkları içermektedir. Depresif bozukluklara neden olan unsurlar ve tedavi metotları göz önünde bulundurulduğunda depresyonun çokça karışık bir yapıda olduğu anlaşılabilir.

Depresif bozukluk ile başa çıkmaya çalışan kişilere göre depresif bozukluklar, hüznün, çöküntü ve umutsuzluk duygularını içeren bir rahatsızlıktır. Bunlara ek olarak neredeyse tüm konulara karşı bir ilgisizlik hali baş göstermektedir. Enerji kaybı, dikkat ve odaklanmada zorluk yaşama, intihar düşünceleri, yeme bozuklukları ile kendini gösteren depresyon sürekli olarak kişiyi rahatsız ederek fonksiyonelliğini sekteye uğratmaktadır³⁶.

Çevreden gelen uyaranlar, bireylerde farklı ruhsal ve fizyolojik yapılarla neden olmaktadır. Bu nedenle de her insanın karşılaştığı bir durum karşısında sergilediği davranış da farklı olacaktır. Bu farklılıkların nedeni bireylerin yaşadığı olayları yorumlamasında kendi tecrübe ve bilinçlerine dayanması yatmaktadır. Olay karşısında kişinin hissettiği duygular, duruma alışma süresi üzerinde ciddi bir etkiye sahip ise depresyon kavramından söz edilebilir.

³⁶ Okan Taycan vd., "Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi", *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2006; 7(1): 100-108.

2.2. Depresif Bozukluklara Sebep Olan Faktörler

İnsan biyopsikososyal bir canlıdır. Bu sebeple Depresif bozuklukların sebeplerini açıklayan teoriler, biyopsikososyal faktörlerden yola çıkmaktadır. Her insanda depresif bozukluklara sebebiyet veren etmenler farklı olabileceği gibi depresyon şiddeti de değişkenlik göstermektedir³⁷. Depresif bozukluklara etki eden biyolojik ve psiko-sosyal faktörler aşağıda açıklanmıştır.

2.2.1. Biyolojik Faktörler

Genetik: Depresif bozukluk tanısı alan kişiler ile aralarında kan bağı olan bireylerde depresif bozukluk görülme oranı, genel nüfus ile kıyaslandığında 2-3 kat daha fazladır. Çift yumurta ikizleri ve tek yumurta ikizlerinin katıldığı araştırmalarda aynı genden gelmenin %37 seviyesinde depresif bozuklukla ilişkili olduğu saptanmıştır³⁸. Bu sonuca göre depresif bozuklukların yaşanmasındaki farklılığın %37'si genler ile açıklanabilmektedir. Daha şiddetli depresif bozukluk hastalıklarında ise genlerin etkisi daha fazladır. İkiz araştırmalarına ek olarak evlat edinerek çocuk sahibi olan ailelerde ise depresif bozuklukların genlerle daha az ilişkili olduğu saptanmıştır.

Nörotransmitter: Serotonin, dopamin ve nörepinefrin olmak üzere üç nörotransmitterin depresif bozukluklar üzerindeki etkilerini araştıran çok sayıda çalışma vardır. Depresif hastalıkların sebebinin açıklanmasında beyinde farklı bölgelerde yer alan nörotransmitterlerin mutlak düzeylerinin yüksek ya da düşük olmasına bağlı olarak çeşitli açıklamalar yapılmıştır. Buna göre serotonin seviyesinin düşük olduğu bireylerde depresyona sıklıkla rastlanmaktadır³⁹. Depresif bozukluğa sahip bireylerin dopamin düzeylerini arttıran ilaçlara, normal bireyler ile kıyaslandığında, daha az tepki vermeleri nedeni ile depresif bozuklukların oluşmasında düşük seviyelerdeki dopaminin etkisi olabileceği varsayılmaktadır.

2.2.2. Psikososyal Faktörler

Hayatta bir kayıp ya da küçük düşürülme gibi olumsuz olayların yaşanması ile depresyonun başlangıcı tetiklenebilmektedir. Depresif bozuklukların psikososyal

³⁷ Süheyla Ünal vd., "Depresif bozukluklarda risk etkenleri", *Klinik Psikiyatri*, 2002; 5(1): 8-15.

³⁸ Kathleen R. Merikangas vd., "Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring", *Journal of Affective Disorders*, 1988; 15(2): 279-290.

³⁹ Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, a.g.e., s. 66.

nedenleri arasında en belirgin olan semptomlardan bazıları ansızın baş gösteren stresli hayat olayları, kronik stres ve yoksulluk olarak sıralanmaktadır. Depresif bozuklukların başlamasında aile içerisindeki çatışmalar ve kişiler arası sorunlar da etkili olabilmektedir. Araştırmalara göre kişiler arası sorunlarla başa çıkma ve çözme konusunda yeterli beceri geliştiremeyen ergenlerde depresif bozuklukların görülme sıklığı da artmaktadır.

Depresif bozuklukların ortaya çıkmasında dolaylı bir şekilde rol oynayan unsurlar arasında kişilik bozukluğu da bulunmaktadır. Depresif bozukluklar ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalar bulunmaktadır. Kraepelin (1992) ciddi olma, suçluluk duyma, kendine güvenmeme ve inkâr etme gibi özelliklerin depresif mizaç ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür⁴⁰. Bowlby'ye (2000) göre ise erken yaşlardaki bağlanma sürecinde yaşanan sorunların kişilik gelişimi üzerinde etkili olduğunu ve takıntılı bir şekilde bağlılık gösteren kişilerin ise depresyona yatkınlıklarının daha fazla olduğunu saptamıştır⁴¹. Bir diğer görüş ise depresif kişilerin erken yaşlarda birincil bakıcılarını kaybetme korkusundan ötürü bağımlı davranışlar sergilediğini ve yetişkinliğe geldiklerinde ise sevgi nesnelere bağlanarak sevildiklerini algılamadıkları durumlarda ise depresyon belirtileri göstermektedirler. Bazı bireyler olumsuz kişilik özelliklerinden ötürü daha çok sorunla karşılaşırken genetik bir yanı da olan kişiliğin çevre ile olumsuz etkileşimi dahilinde depresyona girebilmektedir.

2.3. Depresif Bozuklukların Belirtileri

Depresif bozuklukların çok çeşitli semptomu olmakla birlikte tanı ölçütleri de değişiklik göstermektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 senesinde yayınladığı DSM-V, (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders V) depresif bozuklukların semptomlarını şu şekilde sıralamaktadır;

A. Aşağıdaki semptomların en az beş tanesinin ardı ardına iki hafta süresinde devam etmesi ve bu belirtilerden en az bir tanesinin ilk iki maddedeki semptomlardan biri olması gerekir.

⁴⁰ Emil Kraepelin and Engstrom Eric J., "Psychiatric observations on contemporary issues", **History Psychiatry**, 1992; 3(10): 253–269.

⁴¹ John Bowlby "*The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory*", London, 1977; aktaran Süheyla Ünal, "*Depresyon ve Kişilik*", İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2000; 2(1): 72-76.

1. Gün boyu, dışarıdan kolayca gözlenebilen ve danışanın kendinin de dile getirdiği çökkün duygu durumunun hâkim olması.
2. Danışanda hemen hemen bütün faaliyetlere karşı ilgisinin azalması ve bunları gerçekleştirmekten zevk alamama durumu.
3. Kilo alma ya da vermede gözle görülebilir değişiklikler olması.
4. Hemen hemen her gün uykusuzluk yaşaması ya da normalden fazla uyuma durumu.
5. Hemen hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da reterdasyon durumu olması.
6. Neredeyse her gün enerji kaybı, yorgunluk ya da bitkinlik hissedilmesi.
7. Hemen hemen her gün değersiz ve suçluluk duygularının var olması.
8. Gündelik hayatta bir husus üzerine fazla kafa yorma ve konsantrasyon zorluğu ya da kararsız olma durumu.
9. Yineleyen bir biçimde intihar ya da ölümü düşünme veya intihara teşebbüs etme.

B. Bu semptomlar, klinik bakımdan gözle görülür seviyede problemlere, toplumsal ve mesleki alanlarda işlev kaybı sorunlarına neden olmaktadır.

C. Bu semptomlar, madde kullanımı, bir diğer tıbbi durum ya da nörolojik durumun fizyolojik etkileriyle bağlantılı değildir.⁴²

Majör depresyon teşhisi esnasında klinik olarak gözlenebilen semptomlar şu şekildedir:

- **Genel görünüm ve dışarıdan anlaşılabilen semptomlar:** Depresyondaki birey gözle görülür seviyelerde daha yavaş hareket eder ve genel bir durgunluk hali vardır.

- **Konuşma ve ilişki kurmayla ilgili semptomlar:** Kişi düşük ses tonunda ve yavaş yavaş konuşur. Depresyon seviyesi ağır olan hastalarla zor iletişim kurulur, sorulara kısa cevap verirler.

- **Duygularla ilgili semptomlar:** Bireyde süregelen bir suçluluk, derin üzüntü ve hoşnutsuzluk duyguları vardır. Eski durumlarına kıyasla daha fazla ağlama davranışında bulunurlar ve eskiden yaptıkları şeylerde artık zevk almadıklarını belirtirler.

⁴² Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s. 92.

- **Bilişsel yetilerle ilgili semptomlar:** Bireyde hafıza bozukluğundan kaynaklanmaya genel bir unutkanlık hali vardır. Karar verme konusunda eskisine kıyasla daha büyük güçlük çeker.

- **Düşünce akımı ve içeriği ile ilgili semptomlar:** Dışarıdan anlaşılabilir seviyede yavaşlamış bir düşünce akışı vardır. Gelecekle ilgili konularda ümitsiz ve çaresiz olduğunu düşünür. Düşünce içeriğine bakıldığında ise geçmiş tecrübeleri ile ilgili bazı pişmanlıklar ve acı yaşatan anıların sıklıkla bahsedildiği görülebilir. Kendilerini aşağılık ve işe yaramaz görmelerine bağlı olarak düşük öz-saygıları vardır. İntihar konusunda da düşüncelere sahiptirler.

- **Fizyolojik semptomlar:** Depresyondaki bireylerin iştahsız olduğu ve bu nedenle kilo kaybettiği gözlenebilir. Halsizlik, eskiye göre daha çabuk ve sık yorulma, güçsüzlük ve enerji kaybı yaygın fizyolojik belirtiler arasındadır. Ek olarak uykuya dalmada zorluk çekme, aşırı uyuma arzusu ya da uykunun bölünmesi gibi uyku problemleri de görülmektedir. Azalmış cinsel istek de depresyonun fizyolojik semptomlarındanıdır.⁴³

Hüzünlü duygular depresyonun temelini oluşturmaktadır. Depresyon, karamsar ve umutsuz düşünce yapısı, mutsuz ve umutsuz bir duygu hali içerisinde yalnız hissetme gibi belirtilere sahiptir.

Tarhan'a (1989) göre depresif bozukluk semptomları aşağıdaki gibidir:

- Aşırı veya az oranlarda yemek yeme
- Aşırı uyuma veya az uyuma gibi uyku bozuklukları
- Ağlama nöbetleri ve duygu sömürüsü
- Cinsel isteğin azalması veya aşırı oranlarda cinsel davranışlarda bulunma
- Karamsar, umutsuz bir ruh hali ve öz-güven eksikliği
- Çaresiz hissetme, problem çözme yeteneklerinde düşüş yaşama
- Ölümü düşünme ve intihar teşebbüsleri⁴⁴.

Depresif bozuklukların meydana gelme nedeni genelde bireylerin bir ya da birden fazla engelle karşılaşmasıdır. Bazen de depresif bozuklukların meydana

⁴³ Lut Tamam vd., "Depresyon kliniği", *Türkiye Klinikleri*, 2012; 5(2): 35-37.

⁴⁴ Tarhan, a.g.e., s. 51.

gelmesinde bir neden de olmayabilmektedir. Bedensel, toplumsal ve ruhsal olmak üzere belirtilere bütüncül yaklaşarak depresif bozukluk tanısı konmalıdır.

Köroğlu (2006) depresif bozukluklarda 4 belirti grubu olduğu belirtir, bunlar aşağıdaki gibidir:

Bedensel Semptomlar: Yemek yeme ve uyku alışkanlıklarında meydana gelen değişimlerdir, ortalamaya göre artış göstermesi ya da azalması ile tanılır.

Bel, karın ve baş ağrısı gibi bazı somatik ağrıların oluşması ve cinsel isteklikte azalma da bu semptomlar arasına eklenebilir.

Duygusal Semptomlar: Öz-saygı ve öz-güven duygularında azalma ve çaresiz, umutsuz hissetme gibi durumlar gelişir. Bunlara ek olarak birey kendisinin değersiz ve suçlu olduğunu düşünür. Duygusal semptomlar arasında çabuk öfkelenme, eksiden gerçekleştirilen ve keyif veren hobilerin artık ilgi çekici olmaması da gelmektedir.

Davranışsal Semptomlar: Özbakım becerilerinde düşüş, sorumluluklarında kaçınma ve çatışmalara da yatkın olma gibi semptomlar bu kategoridedir.

Düşünsel Semptomlar: Karar verme konusunda zorluk çekme ve konsantrasyon bozuklukları düşünsel semptomlara örnek olarak verilebilir.⁴⁵

2.4. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar

2.4.1. Psikanalitik Kuram

Psikoanalitik kuramlara göre gerçek ya da sembolik olarak sevgi duyulan bir nesnenin kaybı sonucunda depresif bozukluklar meydana gelmektedir.

Klasik psikanalizin en tanınan isimlerinde olan Freud'a göre oral evre başta olmak üzere psikoseksüel gelişim evrelerinde çözümlenememiş çatışmalar nedeni ile oedipus kompleksinin çözümlenmesinden önce narsistik yaralanmalar sonucunda manik-depresif psikoz meydana gelmektedir.

⁴⁵ Ertuğrul Köroğlu, "*Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir?*", 2.Basım, Hekimler Yayın Birliği Yayınları, Ankara, 2006, s. 106

Freud, bir bireyin sevdiğini kaybetmese dahi bu hisle aynı seviyede ya da daha fazla oranda bir depresyon geçirebileceğini belirtmektedir. Bu melonakolinin neden haz nesnesi olarak görülen veya sevilen varlığın yitirilmesidir. Kişinin yitirdiği bu nesneye karşı öfke duyması ancak öfkeyi yöneltebileceği bir sevgi objesinin olmamasından ötürü kendisine yönelttiği savunulur. Bu öfkenin neden olduğu suçluluk duygusu ile birlikte depresyonun etkileri de artış göstermektedir.

Diğer psikoanalistler gibi Carl Jung'a göre libidonun bloke edilmesi sonucunda depresyon meydana gelmektedir. Libido bloke edildiğinde enerji ve zevk alma seviyelerinde düşüş gerçekleşir. Jung bu görüşe yeni bir boyut kazandırarak depresyonun bireyin geçmişini yineleyerek yaşamasına neden olduğuna ve geçmişte yaşadığı olayları tekrar bilinç seviyesine getirdiğini savunur.

Horney, depresyonun nedeninin reddedici ebeveyn tutumu olduğunu ifade etmektedir. Bu tarz bir ortamda büyüyen çocuğun yalnız ve güvensiz hissedeceğini öne sürer. Çocuğun sevgi gereksinimi karşısında eleştirel ve reddedici bir tutumla karşılaşan çocuk, alıngan ve umutsuz olmakla birlikte depresyon da geliştirmektedir⁴⁶.

Klein'e göre sevgi kaybı korkusuna ek olarak nefret de duyulan objeye karşı hem arzu hem de suçluluk duymakla birlikte depresif pozisyon olarak isimlendirdiği ciddi ambivalans dönemi oluşur ve bu karmaşık duygudurumlarının çözüme erişmemesi ile birlikte de ilerleyen yaşlarda depresyona yatkınlık gözlenmektedir⁴⁷.

Bibring (1953) her insanın güçlü ve özgüvenli olarak kendisi ile uyumlu bir kişi haline gelebilmesi için çeşitli beklentiler içerisine girdiğini ifade etmektedir⁴⁸. Bu beklentilerin karşılık bulamaması neticesinde çaresiz ve güçsüz olarak tanımlanan depresyon meydana gelmektedir. Bu beklentiler 3 grup halinde aşağıdaki gibidir:

- 1- Değer gören, sevilen ve talep edilen bir birey olma ve değersiz görülmemek.
- 2- Diğerlerinden üstün ve güçlü olmak.
- 3- İyi biri ve seven biri olmak, saldırgan ve yıkıcı davranışlar göstermemek.

⁴⁶ Karen Horney, *Self-Analysis*, Routledge, London, 1949, s. 44

⁴⁷ Melanie Klein, "Envy and gratitude and other works 1946–1963" (ed.), Masud Khan, *The International Psycho-Analytical Library*, 1975; 104(2): 1-346.

⁴⁸ Edward Bibring, "The mechanism of depression", Phyllis Greenacre (ed.), *Affective Disorders*, International Universities Press, New York, 1953, 13-28, s. 97.

Bireyin güçsüz kalmasında ve özsaygısının azalmasında bu beklentilerin karşılanmaması büyük rol oynamaktadır. Bireyin bu durumlar sonucunda kendini çaresiz hissetmesi ile depresyon meydana gelmektedir.

Fenichel'e göre çocukluk dönemlerindeki obje yitişinin neticesinde bu duruma sonucundaki etkilerden dolayı depresif bireyin erken çocukluk döneminden süregelen bir narsistik yarası vardır⁴⁹.

Depresyondaki bireyin kendisine güvenmediği gibi diğerleri tarafından sürekli olarak beğenilme gibi bir ihtiyacı da olduğu söylenebilir. Depresyondaki bir bireyin sevdiği bir objeyi yitirmesi ile verdiği ilk tepki isyancıl bir öfke olarak nitelendirilmektedir. Depresyondaki birey saldırgan olmaya yatkın olması nedeni ile bu obje kaybında ilk önce kendisini suçlarken hemen sonrasında ise egosunun getirdiği özelliklerden ötürü yitirilen objedeki kötü tarafları suçlamaktadır. Freud'un bu mekanizmasını tekrar düzenleyen Jacobson'a göre depresyondaki bireyler içselleştirdikleri nesnelere tüm özelliklerini kabullenmemekle birlikte sevgi objelerini yitirmiş veya kendileri değersiz gibi eylemlerde bulduklarını ifade etmektedir. Bunun neticesinde de bireyin benliği kendisini kötü olarak algılar ve bu kötü olan iç obje ya da kaybedilen dış sevgi objesi sadistik süperegoya dönüşür. İlerleyen zamanlarda egonun süperegoya kurban düştüğü gözlenmektedir. Depresyondaki bireylerin psikolojik rahatsızlıklarını öz-saygı kaybı olarak değerlendiren Jacobson depresyonun özgül ego güçsüzlüğü olarak abartılan bir bağımlılık olduğunu ifade etmektedir. Jacobson depresyona sadece ego perspektifinden bakılmayacağını ifade etmektedir ve ona göre öfkenin altındaki çatışmalar sonucunda benlik imajına yöneltilmesi neticesinde depresyonun meydana geldiğini savunmaktadır.⁵⁰

Kohut'un öne attığı kendilik psikolojisinde kendiliğin kritik seviyede hasara uğraması ile dürtülerin daha yoğun hale gelerek güçlendiğini ve çocuğun depresyonun belirtilerinden uzaklaşmak için empatik olmayan ve daha yoğun tecrübelerin yaşandığı oral, anal ve fallik evrelere bir geri dönüş yaptığını belirtir. Kendilik psikolojisi, depresyondaki bireyin kendiliğini temsil eden olumlu yönleri ile duygudurumları arasındaki bağlantıyı kurmada başarısız olduklarını belirtmektedir. Kendilik psikolojisine göre kendilik temsillerinin olumlu duygular ile ilişkilendirilmesi

⁴⁹ Otto Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Routledge, New York, 1999, s. 356

⁵⁰ Edith Jacobson, "The self and the object world", *The Psychoanalytic Study of The Child*, 1954; 9(1): 75-127.

ya da bunun devamlılığının sağlanması yetisinde genetik veya gelişime bağlı bir eksiklik ya da fonksiyon bozukluğu olması ile birlikte depresyon gelişmektedir⁵¹.

Koptagel'in aktardığına göre Freud depresyonu, bireyin oral olarak doyumsuz olması, oral objenin yokluğundan dolayı öfkeli olması ve yas duyması ile açıklamaktadır. Bireyin sevgi nesnesine karşı duyduğu öfke, yas ve kıskançlığı ilk olarak kendisine yönlendirirken depresyonun da meydana geldiği savunulmaktadır. Depresif bozukluklar ile narsistik ve obje ilişkileri açısından empati eksikliğinden kaynaklı olarak bir etkileşim doğmaktadır. Freud'a göre melankoli ve yas olmak üzere iki türde depresyon semptomları bulunmaktadır. Her iki semptom için de başlangıç nedeni sevgi nesnesinin yitilmesi ya da sevilen birinin kaybıdır. Libidonun bağlı olduğu objeden git gide uzaklaşmasına yas tutma adı verilirken zaman alan bir süreç olduğu belirtilmektedir. Aşırı oranlarda eleştirel olan süperego'nun neticesinde ise melankoli semptomu meydana gelmektedir. Yas tutmaya kıyasla daha kritik olan bu bozukluğun yitirilen bir nesneye karşı duyulan çifte değere sahip duyguların özdeşleşmesi ile ego'nun bir kısmını oluşturduğu söylenebilir. Bu sebeple objeye duyulan öfke süper ego tarafından ego olarak dönüştürülür. Freud'a göre melankoliklerin kendileri ile ilgili olan tüm düşünceleri aslında sevdiği ancak kaybettiği bireye karşı hissettiği duyguları kapsamaktadır⁵².

2.4.2. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuramın kurucusu olarak bilinen Beck'e göre depresyon bir grup bilişsel sorunun bir araya gelmesi ile oluşmaktadır. Depresyona neden olan en büyük unsurlar olumsuz düşünceler, inançlar ve şemalardır⁵³.

Bilişsel terapide temel hedef hatalı bilgi işleme aşamalarını tespit edip değiştirerek depresyona neden olan inanç ve düşünceleri daha kabul edilebilir olarak değiştirmektir. Terapide odaklanılan unsurlar otomatik düşüncelerdir. Otomatik düşüncelerin irdelenmesi ile hastanın temel inanç ve şemaları da saptanır. Bilişsel terapidaki temel amaç, bireylere yaşadıkları olaylar karşısında en uygun uygulanabilir başa çıkma tekniklerini gösterip pratik yaptırmaktır. Hatalı ana inançları

⁵¹ Heinz Kohut, *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, University Of Chicago Press, Chicago, 2009, s. 60.

⁵² İlal Günsel Koptagel, *Psikodinamik Açıdan Depresyon*, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık, İstanbul, 1999, s. 53-58.

⁵³ Aaron T. Beck, *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, London, 1967; *aktaran* Elif Kabakçı vd., *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, 3. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2003, s. 18-22.

ve şematik bozuklukları değiştirmek, hastalığın tekrarlamasını engeller. Terapi esnasında bilişsel terapistler danışanlara sorgulayıcı birçok soru sorarlar ve danışanların bu sorular karşısında ifade etikleri problemlere göre çeşitli görevler verirler.

Beck tarafından geliştirilen “depresyonda bilişsel bozukluklar modeli” ne göre, depresyon ve anksiyete gibi duygulanım bozukluklarının başlıca belirleyici unsurları bilişler ve inançlardır. Biliş, insanın bilişsel seviyesinde, zihninde yer alan davranış modelleridir. Bu modeller bireyin düşüncelerini, duygularına ve davranışlarına yön verir. Bilişler kişinin belirli bir durumda sözel ve imgesel olarak düşündüklerini kapsamaktadır. Beck depresyonun psikolojik alt yapısında etken olan 4 temel öğeyi şöyle sıralamıştır:⁵⁴

- A. Olumsuz üçlü
- B. Olumsuz Otomatik Düşünceler
- C. İşlevsel Olmayan Şemalar
- D. Sistemik Hatalar

A. Olumsuz üçlü:

Kişinin kendisi, çevresi ve geleceği hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması ile birlikte olumsuz üçlü meydana gelmektedir.

- 1- Kişinin Kendine İlişkin Olumsuz Düşünceleri: Birey kendisinin yeterli olmadığını düşünür. Kendini istenmeyen, değersiz, umutsuz ve mutsuz biri şeklinde algılamaktadır. Hoş olmayan yaşantılarını kendi fiziksel, ruhsal ve moral kusurlarına bağlama yatkınlığı vardır. Kendini eksik farz ettiğinden değersiz algılar ve kendi kendini kabul etmez.
- 2- Kişinin Çevresi ve Genel Olarak Yaşamına İlişkin Olumsuz Düşünceleri: Birey gelecekle ilgili hedeflerine erişme konusunda ve etrafı ile olan ilişkilerinde problemler olduğunu algılamaktadır. Dünyanın ondan aşırı taleplerde bulunduğunu ve hayat gayelerine ulaşacağı yola aşılabilir engeller koyduğunu algılar. Çevresiyle olan etkileşimlerini yanlış yorumlamaktadır.

⁵⁴ Beck, a.g.e., 1967, s. 20-22.

- 3- Kişinin Geleceğine İlişkin Olumsuz Düşünceleri: Bireyin geleceğe tamamıyla olumsuz baktığı söylenebilir. Depresyondaki birey yaşadığı güçlükler ile acıların sürekli devam edeceğini düşünürken geleceğinde de sürekli başarısız olacağını ve kaybeden taraf olacağını düşünmektedir.

B. Olumsuz Otomatik Düşünceler:

Olumsuz otomatik düşünceler, birey önceden planlamadan, yargılamadan, düşünmeden çabuk ve otomatik olarak ortaya çıkarlar. Bu düşünceler doğrudan daha temel işlevsel olmayan şemaları ya da sayıltıları yansıtırlar ve kişi tarafından doğru kabul edilirler.

Beck'e göre depresyondaki temel tema maddi ya da manevi bir kayıp hissidir. Hasta bu kaybı kendisinde bulunan bir eksiklik ya da bir bozukluğa atayarak, "onu kaybettim, çünkü ben eksik ve kusurluyum" olarak düşünür. Kayıptan dolayı acı duymakla yetinmez, aynı zamanda kendinde bir "eksiklik" ya da "bozukluk" yaratır. Zamanla bu düşünce tüm kişiliğini kaplar. Her tecrübesini bu bozukluk çerçevesinde değerlendirir ve en basit olumsuz yaşantıyı bu bozukluğun kanıtı olarak yorumlar. Hasta bu noktada kendine dönerek suçu kendisinde arar. Kendini o kadar suçlar ki bu suçlama tıpkı başka bir insanı reddeder gibi kendini reddetmeyi seviyesine kadar gelir.

C. İşlevsel Olmayan Şemalar:

Şema kişinin daha önceki yaşantılarının ve öğrenmelerinin neticesinde belirlenen, kişinin karşılaştığı uyaranları ayıklama, ayırt etme ve kodlama yoluyla şekillenerek bilişleri oluşturan zihinsel faaliyetler paternidir. Şema oldukça yerleşik bir yapıdır ve biliş ya da düşünce süreçlerine şekil vermektedir. Kişi dış dünyadan gelen uyaranlara bu belli şemalar çerçevesinde yanıtlar. Bu yolla çevreden gelen uyaranları seçerek ve dış çevreyle uyumlu bir ilişki sağlamaya çabalar.⁵⁵

Depresif birey, olumsuz şemaları aşırı kullanması nedeniyle çevresiyle bu uzlaşmayı sağlamakta zorlanır. Depresyon ilerledikçe bilişsel çarpıtmalar da artar. Birey dış uyaranları olduklarından daha farklı algılayarak kendisi hakkında olumsuz düşünmeye ve bununla uyumlu bir biçimde davranır.

⁵⁵ Elif Kabakçı vd., *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, Türk Psikologlar Derneği, 3.Baskı, Ankara, 2003, s. 21.

Bilişsel şemaların özellikleri şunlardır:

- 1- Herhangi bir akıl yürütme süreci başlamadan otomatik olarak meydana gelirler.
- 2- Kontrolsüzdürler.
- 3- Çarpık ya da bozuk inanç ve düşünceler depresif kişi tarafından mantıklı ve makul şeyler olarak algılanırlar.
- 4- Sürekli, kalıcı ve ısrarlı özelliğe sahiptirler.

İnsanda bu bilişsel şemalar ne kadar aktive olmuşsa, kişinin karşılaştığı uyaran, durum ve koşullar tarafından bu şemaların uyandırılma sıklığı da o derece artış gösterir.

Bilişsel şemalar altında incelenen “Bilişsel Çarpıtma” ise kişinin çeşitli uyaranları olumsuz olarak algılaması, düşünmesi ve yorumlamasıdır⁵⁶. Bilişsel çarpıtmaların başlıca temaları aşağıdaki gibidir:

- 1- Kendine saygının azalması,
- 2- Yoksunluk düşünceleri,
- 3- Kendini eleştirme,
- 4- Kendini suçlama,
- 5- İntihar düşünceleri.

D. Sistematik Hatalar:

Beck (1967), depresyona yatkın olan insanların bilişsel düzeylerinde, zihinlerinde çarpıtılmış, gerçek dışı davranış modelleri ve bilişler bulunduğu ve bunların duygulanımı bozup depresyona neden olduğunu belirtir. Bu bilişsel hatalar, normal bireylerde de gözlenmesine karşın depresiflerde bu bilişler normal bireylere oranla daha abartılmış olarak sergilenir. Karşıt kanıtlar olmasına karşın kendi olumsuz kavramlarının geçerli olduğuna karşın inanmaya devam ederler. Bu bilişsel hatalar aşağıdaki gibidir:⁵⁷

⁵⁶ Susan M. Andersen vd., “Future-Event schemas and certainty about the future: automaticity in depressives' future-event predictions”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1992; 63(3): 723-911.

⁵⁷ Beck, a.g.e., 1967, s. 20-22.

- 1. Keyfi Çıkarsama:** Herhangi bir olay ya da yaşantıda, belirli ve somut bir kanıt olmaksızın bireyin bundan olumsuz ve kötü anlam elde etmesidir.
- 2. Seçici Soyutlama:** Bir bütünün içinde yalnız önemsiz sayılabilecek bir detaya takılarak, hayatı bu kritere göre ölçmektir.
- 3. Aşırı Genelleme:** Tek bir sebep veya olaydan yola çıkarak kişinin kendi yetersizliği ve değeri konusunda bir yargıda bulunması, bu yargıyı pek çok başka duruma genellemesi durumudur.
- 4. Abartma ya da Küçümseme:** Birey küçük bir başarısızlığı abartırken olumlu bir durumu da küçümseyip sanki olumsuzmuş gibi algılar.
- 5. Kişileştirme:** Bireyin kendisi ile ilgili olmayan olaylarla kendisi arasında bağlantılar olduğunu düşünmesidir.
- 6. İkili Düşünme:** Bireyin bütün anılarını olumlu ya da olumsuz kategorilerinden birisine koyma yatkınlığıdır.

Bu kurama göre depresyondaki birey kendini değer, yeterlilik bakımından eksik hisseder ve olumsuz olaylardan dolayı kendisini sorumlu tutarak başkalarının kendisini beğenmediğini algılar. Çevresi ile olan ilişkilerini ve etkileşimini olumsuz bir şekilde algılar, dünyanın aşılamayacak zorluklarla kaplı olduğunu varsayar. Geleceği karanlık görür, başarısızlık beklentisi içinde ve ümitsiz bir durummuş olarak algılamaktadır. Bilişsel kurama göre, depresif kişiliğin en belirgin özelliği olumsuz düşüncelerin yaygın olmasıdır. Depresif kişiye göre, dünya kötü bir yerdir ve geleceğin ümitsizliklerle doludur. Hayata karşı olan bu olumsuz tutumun başka bir tarafı olarak kendine karşı da olumsuz bir tutuma sahiptir. Bu nedenle depresyondaki bireyler düşük benlik saygısına sahiptir⁵⁸.

2.4.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı kurama göre psikolojik olarak sağlıklı olan uyumlu davranışa sahip olmaktır. Uyumlu davranışlar bireyin hayatta kalmasına yardım eden ve çevresi ile ilişkisinde belirleyici rol oynamaktadır. Davranışçı kuramcılar depresyonun bireyin uyumsuz hareket ve davranışlarının çeşitliliğinden dolayı oluşan bir problem olduğunu öne sürmektedir. Pasif davranışların fazla kullanılması ile aktif uyumlu davranışta azalma yaşanması ile birlikte depresyon meydana gelmektedir. Depresyonu olan kişinin, kendine dönük doğru olmayan algılamaları ve sorumluluk ile ilgili abartılı düşünceleri sebebiyle çarpıtılmış algılaya sahiptirler. Bu

⁵⁸ Ann Marie Roepke and Martin E. P. Seligman, "Depression and prospection", *British Journal of Clinical Psychology*, 2016; 55(1): 23-48.

yanlış algılar pozitif pekiştireçlerin oranında düşüşe ve depresyonda artışa yol açmaktadır.

Abramson ve arkadaşlarına göre depresyonun gelişiminde öğrenilmiş çaresizlik kuramı etkili olmaktadır⁵⁹. Bu teoriye, kişinin çocukluk döneminden itibaren karşılaştığı olumsuz uyarılardan kaçmaya çalışmasına rağmen bunlardan kurtulamaz ve çaresiz kalması ile depresyon meydana geldiğini belirtmektedir. Depresyondaki kişinin, genelde başarısızlık nedeni ile içsel, nedensel ve değişmeyen atıflarda bulunurken yaparken, başarılı durumda ise dışsal ve değişebilir atıflarda bulunmaktadır. Bu noktada önemli olan kişinin dünyayı ne derece kontrol ettiği ile ilgili algısına dayanmaktadır

Davranışçı terapide önemli olan unsurlardan biri değerlendirmedir. Bireydeki kişilik özelliklerinden ziyade sergilenen davranışa odaklanılır. Davranışçı terapide asıl hedef, uyumsuz eylemlerin azaltılarak ortadan kaldırılması ve uyumlu davranışların artırılması ya da öğrenilerek pekiştirilmesidir.

Davranışçı teorilere göre depresyonun kaynağında, bireyin çevresindeki olumlu pekiştireçlerin azalması, olumsuz koşulların çoğalması yatmaktadır. Depresyonun davranışçı analizini yapan Skinner'e göre, sosyal çevrenin olumlu olarak pekiştirdiği davranışlar için pekiştireci kesmesi ile birlikte davranış da azalarak depresyona neden olmaktadır. Ferster'a (1973) göre ise depresyona neden olan unsurlar ani çevre değişiklikleri, cezalandırılma, itici denetleme ve pekiştirmedeki değişiklikler olarak sıralanmıştır⁶⁰.

Lewinsohn'a (1980) göre depresyonun mekanizmasında pekiştirme süreçleri etkili olmaktadır. Buna göre:

- 1- Tepkiye yönelik düşük seviyelerdeki olumlu pekiştirme,
- 2- Düşük düzeylerde pekiştirme,
- 3- Yüksek düzeydeki cezalandırıcı yaşantılar, depresyona yol açmaktadır⁶¹.

⁵⁹ William R. Miller and Martin E. P. Seligman, "Depression and learned helplessness in man", *Journal of Abnormal Psychology*, 1975; 84(2): 228-238.

⁶⁰ Charles Ferster, "A Functional analysis of depression", *American Psychologist*, 1973; 87(2): 857-870.

⁶¹ Peter M. Lewinsohn vd. "Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1980; 17(1): 322-334.

Seligman ve diğçerlerinin formüle ettikleri öğrenilmiş çaresizlik modelinin sosyal, klinik ve öğrenme psikolojisi alanlarındaki kuramsal gelişme ve araştırmaların da göz önünde bulundurularak oluşturulduğu söylenebilir. Bu modele göre depresyonun nedeni kişilerin geçmiş yaşantılarında olumsuz uyarıcıları kontrol edemeyeceklerini öğrenmiş olmalarıdır. Bir başka deyişle kişinin davranışları ile sonuçları arasında ilişki kuramaması sonucunda depresyon meydana gelmektedir.

Abramson ve arkadaşlarının (1978) yeniden formüle ettiği kurama göre depresyona yatkın olan bireyler olumsuz sonuçları içsel, bütünsel ve dengeli faktörlere yükleme yatkınlığına sahip olurken bunun neticesinde de düşük kendilik değerine sahip olurlar ve çaresiz olduklarını algırlar. Yine bu bağlamda, depresyondaki bireylerin olumlu neticeleri dışsal belirli özgül ve değışken unsurlarına atfetme yatkınlıkları da olduğu söylenebilir. Depresyondaki bireylerinde kendi kusur ve eksikliklerinin çaresizliklerine neden olduğunu düşünerek uzun zaman boyunca çaresiz olacaklarını düşündüklerinden dolayı depresyonun oluşumuna zemin hazırlarlar⁶².

⁶² Lyn Abramson vd. "Learned helplessness in humans: critique and reformulation", *Journal of Abnormal Psychology*, 1978; 87(1): 49-74.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK KAVRAMI

3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Tanımı

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramını ilk kez kişilik özelliği olarak tanımlayan kişi Frenkel-Brunswick (1949)'dir⁶³. Daha sonra Budner'ın (1962) belirsizliğe tahammülsüzlüğü, belirsiz durumları tehlike kaynağı olarak algılama şeklinde tanımlaması ile literatüre yeni bir bakış açısı gelmiştir⁶⁴. Ancak bu tanımlamaların, daha çok şüpheye tahammülsüzlük kavramı ile yakın anlamda olduğu söylenebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün kapsamlı olarak ilk ve gerçek tanımını yapan Freeston ve arkadaşları (1994) belirsizliğe tahammülsüzlüğü endişe açısından değerlendirmiştir⁶⁵. Buna göre başa çıkmanın güçleştiği, yüksek tehdit ve hatalı değerlendirmelerin yol açtığı ve önyargılı bilgi işlemlerden oluşan bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiye belirsizliğe tahammülsüzlük denmektedir.

Belirsiz durumlara ve olaylara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak olumsuz reaksiyon göstermeye olan yatkınlık olarak tanımlanan belirsizliğe tahammülsüzlük, bu konuda hassas olan bireylerin belirsizlikle karşılaştıkları durumlar için keyif kaçıran ve stresli durumlar olarak ifade ettikleri, belirsizlik içeren durumlardan kaçındıkları ve belirsizliğin hâkim olduğu durumlarda bazı fonksiyonlarını yerine getiremedikleri saptanmıştır.⁶⁶

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilgili yapılan araştırmaların bir kısmı belirsizliğe tahammülsüzlüğü bilişsel süreçler üzerinde tanımlamışlardır. Yüksek seviyelerde kaygı ile birlikte içinde bulunulan durum, tehdit edici ya da tehlikeli olarak algılanırken bilgi işleme süreçlerinde, bilişsel bir yanlılık gözlenmektedir. Yapılan çalışmalara göre belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişilerde belirsiz durumlar karşısındaki algıları ve yorumlarının olumsuz yönde bir yanlılık içerdiğini

⁶³ Else Frenkel-Brunswick, "Intolerance of ambiguity as an educational and perceptual personality variable", *Journal of Personality*, 1949; 18(1): 108-143.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1949.tb01236.x>

⁶⁴ Stanley Budner, "Intolerance of ambiguity as a personality variable", *Journal of Personality*, 1962; 30(1): 29-50. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1962.tb02303.x>

⁶⁵ Mark H. Freeston, vd., "Why do people worry?", *Personality and individual differences*, 1994; 17(1): 791-802.

⁶⁶ Nicholas Carleton vd., "Fearing the unknown: a short version of the intolerance of uncertainty scale.", *Journal of Anxiety Disorders*, 2007; 21(1), 150-117.

saptanmış olup bundan kaynaklı olarak, bu bireylerin belirsiz durumları tehdit edici olarak yorumlamaya daha eğilimli oldukları bulgulanmıştır ⁶⁷.

Koerner ve Dugas'a (2008) göre ise belirsizliğe tahammülsüzlüğü bilişsel yatkınlık unsuru olarak düşünerek kişisel bir özellik şeklinde kavramsallaştırmışlardır. Bu bağlamda, bu bilişsel yatkınlığı yüksek olan kişilerin belirli bilişsel yanlılıkları göstermeye daha eğilimli oldukları düşünülmüş ve dolayısıyla, belirsiz durumları tehlikeli ya da olumsuz olarak yorumlamaya neden olan faktörün belirsizliğe tahammülsüzlüğün kendisi olduğu ileri savunulmuştur ⁶⁸. Kişisel bir özellik olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsizlik ve onun çağrışımları ve sonuçları hakkındaki olumsuz inançlarla kendini göstermektedir ve belirsiz durumların olumsuz olarak yorumlanmasında önemli bir belirteçtir.

3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Kökenleri

Belirsizliğe tahammülsüzlük modelinin, aşırı ve kontrol edilemeyen endişe olarak sınıflandırılan yaygın anksiyete bozukluklarına neden olan bir olgu olarak geliştirildiği söylenebilir⁶⁹. Bununla birlikte son senelerde, belirsizliğe tahammülsüzlük kavramının kaygı bozuklukları ve depresyon semptomlarının devam etmesine katkıda bulunan tanılararası bir yöntem olabileceği konuşulmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün pek çok içselleştirilmiş bozuklukla ilişkili olduğu düşünülürse, yenilikçi tedavi protokollerinin geliştirilmesinde önemli yere sahip olduğu söylenebilir.

Belirsizliğin nedeni, tahmin edilemeyen çok karmaşık ya da çelişkili bir durum olabilir. Belirsizlik durumu tehdit olarak algılandığında kişinin genelde sergilediği iki tüp davranış vardır; boyun eğme ya da inkâr. Boyun eğmede kişinin, gerçekliği değiştiremeyeceğine inanarak kabul ettiği; inkâr tepkisinde ise gerçekliğin, algılayan kişi tarafınca değiştirildiği gözlenmektedir. Günlük yaşamda birçok belirsizlikle karşılaşılacağı düşünüldüğünde, belirsiz durumları tehdit edici olarak algılamanın kişide olumsuz duygulara yol açması ve sıklıkla endişeye neden olması kaçınılmazdır. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen pek

⁶⁷ Robert Ladouceur vd., "Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry.", *Behaviour Research And Therapy*, 2000; 38(1), 933-941.

⁶⁸ Naomi Koerner ve Michel J Dugas, "An Investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty.", *Cognitive Therapy and Research*, 2008; 32(2): 619-638.

⁶⁹ Kristin Buhr and Michael J Dugas, "The Intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the english version.", *Behaviour Research and Therapy*, 2002; 40(8): 931-945.

çok araştırma yapılmakla birlikte kaygının gelişimi ve devamlılığı bakımından temel bir rol oynadığı savunulmaktadır⁷⁰.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlam delillere dayalı olası belirsizliğe tahammülsüzlük ve engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük olmak üzere iki boyuttan meydana gelmektedir. Her boyutun temsil ettiği unsurlar çeşitli anksiyete bozuklukları ile bağdaştırılmaktadır. Özellikle olası belirsizliğe tahammülsüzlük karşı gelişen tahammülsüzlük boyutu, endişe ve obsesif-kompulsif bozuklukla bağdaştırılırken engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük, daha çok sosyal anksiyete, panik bozukluk, agorafobi ve depresyonla ilişki içerisindedir.

3.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Farkındalık ve Terapi Süreci

Tedavi bakımından, belirsizliğe tahammülsüzlük sürecindeki aşamaları değiştirmeye yönelik çok az sayıda çalışma olmasına karşın yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi kapsamında, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinde de azalmanın görülmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapide, belirsizliğe tahammülsüzlüğe yol açan esneklikten yoksun düşünce kalıpları hedeflenerek değiştirilip ve belirsizliğe karşı perspektifin değiştirilebilmesi bakımından, farkındalık temelli çalışmalarla belirsizliğe verilen tepkilerin incelenmesi ve tahammül seviyesinin artırılması mümkündür⁷¹.

3.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Anksiyete, Yaygın Anksiyete ve Diğer Anksiyete Bozuklukları

Belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete için bilişsel yatkınlık unsurlarından biridir. Belirsizliğe tahammülsüzlük sistematik biçimde anksiyete ile bağdaştırılmakla birlikte olumsuz meta-inançlar, sorun yönelimi, bilişsel kaçınma, algılanan kontrol seviyesi ve kuşkululu durumlara karşı tahammülsüzlük de dahil olmak üzere birçok değişkenden daha çok belirleyiciliğe sahip olduğu düşünülmektedir. Deneysel çalışmalara göre de belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete arasında güvenilir bir bağlantı olduğu ifade edilmektedir.

⁷⁰ Michel J. Dugas vd., "Intolerance of uncertainty and information processing: evidence of biased recall and interpretations.", *Cognitive Therapy and Research*, 2005; 29(1): 57-70.

⁷¹ Melisa Robichaud, "Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: application to a clinical case of generalized anxiety disorder", *Cognitive and Behavioral Practice*, 2013; 20(3), 251-263.

Ladouceur ve arkadaşlarına göre (2000) belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi yüksek olan bireylerin; kazanma ile ilgili şanslarında daha tahammülsüz söylemlerde buldukları ve kaygı düzeylerinin de daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Bundan yola çıkarak kaygının oluşumu ve gelişiminde belirsizliğe tahammülsüzlüğün kritik bir rolü olduğu söylenebilir⁷².

Emily'nin aktardığına göre Garber ve Hollon (1991), belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete arasındaki nedensel ilişkiyle ilgili sonuçlar bakımından genel olarak üç unsur kritik rol oynadığını bildirmektedir⁷³:

- 1) Ortak değişim (yani, problemin şu anda olması sürecin olmasını da gerektirmektedir)
- 2) Öncelik sırası (yani, problem gelişmeden önce süreç meydana gelmelidir)
- 3) Diğer muhtemel nedenleri değerlendirme

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygı arasındaki en belirgin olan unsur ortak değişimdir. Buna dayalı olarak Dugas ve arkadaşlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygı arasında ilişkinin kuvvetli olduğunu savunmaktadır⁷⁴. Öncelik sırası düşünüldüğünde ise yaygın anksiyete bozukluğuna yönelik bilişsel davranışçı tedaviler kapsamında, belirsizliğe tahammülsüzlük oranının azalması kaygıya olan yatkınlığın azalmasından önce gelmektedir. Buna karşın, belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygıdan önce oluştuğunu bulgulayan bir çalışma yoktur. Fakat kaygı seviyesini düşürme odaklı yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde ana hedef belirsizliğe tahammülsüzlük olmaktadır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyeteyi açıklamada kullanılan yaygın bir olgudur ve gerçekleşme potansiyeline bakılmaksızın tehdit edici ve kabul edilemez olarak olumsuz bir olayın gerçekleşeceğini düşünme yatkınlığı olarak ifade edilmektedir. Buna ek anksiyete düzeyinin belirlenmesinde belirsizliği tolere etme yetisindeki bireysel farklılıklar da rol oynamaktadır. Belirsizliğe tahammülü olmayan bireylerin sonucu belli olmayan süreçlerle fazla meşgul olmaları nedeni ile anksiyete düzeylerinde artış görülmektedir. Ayrıca belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan

⁷² Ladouceur (2000) vd., a.g.e., s. 939.

⁷³ Emily L. Gentes and Ayelet Meron Ruscio, "A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder", *Clinical Psychology Review*, 2011; 31(6): 923-933.

⁷⁴ Michel J. Dugas vd., "Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry", *Cognitive Therapy and Research*, 1997; 21(6), 593-606.

kişinin, şüpheli bilgiyi tehdit olarak yorumladığı ve bu durum karşısında uyarılmanın arttığı (örn., hızlı kalp atışı, terleme) gözlenmektedir⁷⁵.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, tüm anksiyete bozukluklarını kapsayan genel bir kavramdır. Bu durumun, özellikle felaket odaklı yanlış yorumlama ve uzun uzadıya düşünceler için birçok bilişsel-davranışçı modelin geliştirilmesi bakımından önem arz ettiği söylenebilir. Otomatik düşünce ve sosyal sonuçlar bakımından anksiyete hassasiyetliği bakımından incelenen fiziksel duymalara ilişkin belirsizlik kaygısının, panik bozukluğu ve agorafobi geliştirilmesi ve devamlılığının olması gibi hastalıklar üzerinde etkili olduğu bilinen anksiyete hassasiyeti ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişki kapsamında gerek teorik gerekse klinik bakımdan önemli olduğu savunulmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete ilişkisinin temelinde belirsizliğe karşı hissedilen korku yatmaktadır. Bu nedenle korku ile anksiyete arasında bir ayırım yapılmalıdır. Korku, şimdiki zamanda ifade edilebilir bir tehdidin savaş ya da kaç psikolojik tepkisine yol açan koruyucu, temel ve uygun bir tepkidir⁷⁶. Tanımlanmamış ya da henüz gerçekleşmemiş potansiyel tehdit hakkında (örn., herhangi bir yer ve zamanda muhtemel bir saldırı) endişeyi içeren daha karmaşık bir hazırlık tepkisine ise anksiyete denmektedir. Korku objektif bir tehdit olgusu ile bağlantılıyken anksiyete ise tehdit eden durumun gerçekleşmemiş olmasından kaynaklanan belirsizlikle ilgili pek çok boyutu kapsamaktadır. Ek olarak tek başına belirsizlik, tehdit algısını artıran ve anksiyetenin devamlılığına ya da artışına sebebiyet veren bir tehdit faktörü olarak da algılanmaktadır.

Son zamanlardaki çalışmalara göre, belirsizliğe tahammülsüzlük diğer anksiyete bozuklukları ile de ilişkilidir. Holaway ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, anksiyeteli olmayan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yaygın anksiyete bozukluğu olan ve OKB semptomları sergileyen bireylerin eşit oranlarda belirsizliğe tahammülsüz olduğunu bildirmişlerdir⁷⁷. Özellikle, belirsizliğe tahammülsüzlük boyutunda obsesif-kompulsif bozukluklar, kompulsiyon ve ritüel davranışlarla arasında bağlantı bulunmaktadır. Bu kişilerin, korkulan sonuca ilişkin sorunları azaltmak adına geçerli bir strateji olarak sadece kompulsiyon ve ritüel davranışlardan faydalandıkları gözlenmektedir.

⁷⁵ Debbie Sookman and Gilbert Pinard, "Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder", Randy O. Frost and Gail Steketee (eds.), **Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions**, Pergamon, Boston, 2002, 63-89, s. 72.

⁷⁶ Robichaud, a.g.e., s. 252.

⁷⁷ Robert Holaway vd., "A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder", **Anxiety Disorders**, 2006; 20(2): 158-174.

Steketee ve arkadaşlarına (1998) göre, obsesif-kompulsif bozukluğa sahip bireylerin diğer anksiyete bozukluğuna sahip ve normal kişilerle kıyaslandığında belirsizliğe tahammülsüzlük oranlarının daha fazla olduğu bulunmuştur⁷⁸. Tolin ve arkadaşlarının (2003) yürüttüğü araştırmada ise, obsesif-kompulsif bozukluğa sahip danışanların anksiyeteli olmayan gruptan daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olmaları ile beraber obsesif-kompulsif bozukluklar grubundaki, kompulsif olanların olmayanlara kıyasla daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olduklarını öne sürmektedirler⁷⁹.

Pleva ve Wade'e (2006) göre, obsesif-kompulsif semptomlar üzerindeki tavrının etkisi kısmen mükemmeliyetçilikle bağlantılıdır⁸⁰. Lind ve Boschen (2009), kişinin kendisini felaketten sorumlu tutması ile ilgili inançtan ötürü bireyin denetimci davranışlarda bulunduğunu ifade etmektedir. Bireyin, kontrol davranışını belirsiz olan ve daha rahatsız edici tecrübelerinde daha sıklıkla uyguladığı gözlenmektedir. Kuşkuya neden olan deneyimler, kontrolcü davranışla daha yakından ilgilidir⁸¹.

3.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluklar ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişki net ve tutarlı değildir. Bazı yapılan çalışmalarda belirsizliğe tahammülsüzlük depresif bozukluklar ile güçlü ilişkiye sahipken; diğerlerine göre ise bu iki değişkenin birbirleriyle ilişkili değildir. Bu nedenle belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesinde etkili olabilecek diğer etmenler göz önünde bulundurulmuştur. Mahoney ve McEvoy'un (2012) araştırmasında göre belirsizliğe tahammülsüzlük duruma özgüdür ve depresyon semptomları ile ilişki içindedir⁸². Buna ek olarak belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon arasındaki ilişkide aracı olarak saptanan ruminasyon için de bazı bulgular bulunmaktadır. Bu nedenle belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon arasında direkt bir bağlantı

⁷⁸ Gail Steketee vd., "Beliefs in obsessive-compulsive disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, 1998; 12(6): 525-537.

⁷⁹ David F. Tolin vd., "Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder", *Anxiety Disorders*, 2003; 17(2): 233-242.

⁸⁰ Jessica Pleva ve Tracey D. Wade, "The mediating effects of misinterpretation of intrusive thoughts on obsessive-compulsive symptoms", *Behaviour Research and Therapy*, 2006; 44(10): 1471-1479.

⁸¹ Christian Lind ve Mark Boschen, "Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking", *Journal of Anxiety Disorders*, 2009; 23(4): 1047-1052.

⁸² Peter McEvoy ve Alison Mahoney, "To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression", *Behavior Therapy*, 2012; 44(10): 533-545.

olmamakla birlikte yüksek seviyelerde ruminasyonun olmasının bu iki değişken bakımından da yordayıcı olduğu saptanmıştır ⁸³.

3.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmatik bir yaşantıya maruz kaldıktan sonra meydana çıkan, yeniden yaşantılama, küntleşme, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve yabancılaşma semptomları ile kendini belirten bir sendrom olan Travma Sonrası Stres Bozukluğuna (TSSB) ait ilk belirtileri 2. Dünya Savaşı sonrasında toplama kamplarında yaşayan kişilerde görülmüştür. 1900-1970'li senelerde travmaya bağlı bozuklukların savaş tecrübesi olan kişilerde askerlerde rastlandığına inanılırken, 1970-1980 yılları arasında başta feminist hareketler olmak üzere sivil örgütlerin, cinsel saldırıların ve aile içindeki şiddetlerin gün yüzüne çıkması sonucunda ile cinsel saldırıya ve şiddete maruz kalan kişiler ile savaş deneyimi olan bireylerde aynı semptomlar sergilendiği gözlenmiştir.

Belirsizlik ile travma arasındaki ilişkinin boyutu oldukça fazladır. Travmaların neredeyse tümü, bireyin beklemediği an, koşul, kişi ve zamanda oluşmaktadır. Bu nedenle travma tecrübesi olan bireylerde belirsizlikten kaynaklı olarak daha yoğun duygular hissedeceği ve TSSB belirtilerini de daha yoğun sergileyeceği beklenmektedir⁸⁴.

3.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikotik Rahatsızlıklar

Bipolar bozukluk, psikotik özellikli majör depresyon ve şizofreni psikotik hastalıklardan bazılarıdır. Şizofreni bunlardan en önemli ve belirgin olanıdır.

Bazı çalışmalar belirsizliğin psikotik hastalıkların başlangıcında gözlenen sanrı yani düşünce bozuklarına ve daha sonra da varsanı denilen algı bozukluklarına neden olacağını öne sürmektedirler. Bu çalışmacılara göre belirsizliğe tahammül oranlarında düşüş olan bireylerde çevreye uyum ve fonksiyonellik düzeylerinde de düşüklükler gözlenmektedir. Bu belirtilere ek olarak

⁸³ Dugas vd., a.g.e., 2005, s. 59.

⁸⁴ Mathew Fetzner vd., "Intolerance of uncertainty and PTSD symptoms: exploring the construct relationship in a community sample with a heterogeneous trauma history", *Cognitive Therapy and Research*, 2013; 37(4): 725-734.

kişinin kaybolmuş gerçeklik algısı nedeni ile belirsizliğin etrafındaki gerçeklik penceresini de nesnel bir şekilde değerlendiremeyeceği söylenebilir⁸⁵.

3.8. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları; yeme davranışı ve yemekle ilgili duyguların ve düşüncelerin bireye ciddi rahatsızlık vermesiyle rastlanan şiddetli bozukluklardır. Bozukluğa ait örüntüler şu şekilde sıralanabilir; olağan vücut ağırlığında kalmayı reddetme nedeniyle sınırlı yeme ve/veya aşırı egzersiz yoluyla kilo vermek için aşırı uğraşın var olduğu, kilo alımına yönelik yoğun kaygıların yaşandığı, kilo almaktan sakınmak için kendini kusturma, laksatif ve diüretiklerin yanlış kullanımı gibi uygunsuz dengeleyici davranışların sergilendiği bozulmuş yeme alışkanlıkları ya da bunların zıttı, yeme üzerinde kontrol sağlayamama hissi ile benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazlasının yenmesi ve totalde beden ağırlığının kişinin kendisini değerlendirmesinde çarpıtılmış etkisi ile gözlemlenen bozulmuş yeme alışkanlıklarıdır.

Yeme bozukluğunun oluşumu ile ilgili birçok etmen etkili olmakla birlikte etiyojisi hala kesin olarak bilinmemektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkide ise belirsizliğe daha fazla tahammülsüz olan bireylerin daha fazla yeme bozukluğu gösteren çalışmalar bulunmaktadır⁸⁶.

⁸⁵ Ross G. White and Andrew Gumley, "Intolerance of uncertainty and distress associated with the experience of psychosis", *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2010; 83(3): 317-324.

⁸⁶ Sternheim Lot, "An experimental exploration of behavioral and cognitive-emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients", *Journal of Anxiety Disorders*, 2011; 25(6): 806-812.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, “karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak düzenlenmiştir. İki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma desenlerinin tümü “ilişkisel tarama modelleri” olarak tanımlanır (Karasar, 2005)⁸⁷.

4.2. Araştırmanın Örnekleme

Bu araştırmanın örneklemini İstanbul ilinin Esenyurt ilçesinden farklı kurumlarından çalışan ve uygun örnekleme yöntemiyle seçilen 269 birey oluşturmaktadır. 154’ü kadın ve 115’i erkek bireyden oluşan örneklemin yaşları 20 ile 60 yaş arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 38’dir. 195’i evli, 74’ü bekar olan bireylerin 48’i ilkokul-ortaokul mezunu, 105’i lise mezunu, 116’sı lisans-lisansüstü mezunudur.

4.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veriler üç ölçme aracı ile toplanmıştır.

4.3.1. Bilgi Toplama Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi toplama formu katılımcılar hakkında sosyo-demografik bilgiler elde etmek için kullanılmıştır. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumunu belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

4.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12 maddelik bir ölçme aracıdır. Ölçek 5’li bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır⁸⁸. Ölçeğin yapı

⁸⁷ Niyazi Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005

⁸⁸ Hakan Sarıçam vd., “Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ-12) türkçe formu: geçerlik ve güvenirlik çalışması”, *Route Educational and Social Science Journal*, 2014; 1(3): 148-157.

geçerliği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde orijinal formla tutarlı olarak 12 maddenin iki boyutta (ileriye yönelik kaygı, engelleyici kaygı) toplandığı görölmüştür ($\chi^2= 147.20$, $sd= 48$, $RMSEA=.073$, $CFI=.95$, $IFI=.95$, $GFI=.94$, $SRMR=.046$). Ölçeğin faktör yükleri .55 ile .87 arasında sıralanmakta olup; Cronbach alfa iç tutarlık katsayı ölçeğin bütünü için .88; ileriye yönelik kaygı alt boyutu için .84, engelleyici kaygı alt boyutu için .77 olarak bulunmuştur. Ölçüt geçerliği çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlük ile başa çıkma esnekliği arasında negatif ($r= -.43$); eğitim stresi ile .41 pozitif ilişki olduğu görölmüştür. Test-tekrar test korelasyon katsayısı .74 olarak bulunmuş; ayrıca ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarının .42 ile .68 arasında sıralandığı görölmüştür.

4.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği alt boyutu olan 28 maddelik tek boyutlu bir ölçme aracıdır. Ölçek 4'lü bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Akın ve Çetin (2007) tarafından yapılmıştır⁸⁹. Ölçeğin yapı geçerliği için yapılan açımlayıcı faktör analizinde sonucunda ölçeğin orijinal formda olduğu gibi üç faktörden oluştuğu ve faktör yüklerinin. 39 ile .88 arasında değiştii görölmüştür. Ayırdedici geçerlik sonuçları ölçeğin klinik ve normal örnekleme geçerli biçimde ayırt edebildiğini göstermiştir. DASÖ'nün dilsel eşdeğerlik ve uyum geçerliği puanlarının sırasıyla .99 ve .87, .84 olduğu görölmüştür. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .89, madde-toplam korelasyonları .51 ile .75 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar ve iki yarı güvenilirlik puanları .99 ve .96 olarak belirlenmiştir.

4.4. Veri Analiz Teknikleri

Kullanılan ölçme aracıyla elde edilen veriler, alt amaçlar uygun istatistiksel tekniklerle analiz edilmiştir. Katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler kodlanarak, SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 11,5 windows paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel işlemlere tabi tutulmuştur. Örneklemin normal dağılım sergileyip sergilemediğini belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerlerin incelenmiş ve belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının çarpıklık katsayısı ,53, basıklık katsayısı 2,72; anksiyete puanlarının çarpıklık katsayısı ,89, basıklık katsayısı ,09, depresyon puanlarının çarpıklık

⁸⁹ Ahmet Akın ve Çetin Bayram, "Depression, anxiety and atress acale (DASS): the study of validity and reliability." *Educational Science: Theory & Practice*, 2007; 7(1): 241-268.

katsayısı 1,15, basıklık katsayısı ,67 olarak bulunmuştur. Buna göre verilerin normal dağıldığı söylenebilir. Katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiler korelasyon analiziyle incelenmiştir. Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki farklılıklar *t* testi ile incelenmiştir. Katılımcıların yaş, eğitim durumu ve gelir düzeyine göre belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki farklılıklar ise ANOVA (F testi) ile incelenmiştir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmış olan korelasyon analizi sonucunda anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu

Faktör	Belirsizliğe tahammülsüzlük	Anksiyete	Depresyon
Belirsizliğe tahammülsüzlük	—		
Anksiyete	.34**	—	
Depresyon	.29**	.85**	
Ortalama	38,06	10,35	8,61
Standart Sapma	10,14	8,11	8,46

Tablo incelendiğinde bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete ($r = .34$, $p < .01$) ve depresyon ($r = .29$, $p < .01$) arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Anksiyete ile depresyon arasında ($r = .85$, $p < .01$) pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.

5.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile cinsiyet farklılıkları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Belirsizliğe tahammülsüzlük yönünden cinsiyet farklılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 2: Belirsizliğe tahammülsüzlük ile cinsiyet farklılıklarının karşılaştırılmasına yönelik t testi tablosu

Değişken	Cinsiyet	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
Belirsizliğe tahammülsüzlük	Kadın	154	38,62	10,66	1,050	267	,295
	Erkek	115	37,30	9,40			

Tablo 2'ye bakıldığında cinsiyet farklılıklarının, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerine yönelik ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir. Bu tabloya göre; cinsiyet farklılıklarının, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($t_{0.05: 267} = 1,050$).

5.2. Anksiyete ile cinsiyet farklılıkları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Anksiyete yönünden cinsiyet farklılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 3: Anksiyete ile cinsiyet farklılıklarının karşılaştırılmasına yönelik t testi tablosu

Değişken	Cinsiyet	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
Anksiyete	Kadın	154	11,51	8,48	2,748	267	,006
	Erkek	115	8,79	7,35			

Tablo 3'e bakıldığında cinsiyet farklılıklarının, anksiyete seviyelerine ilişkin ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir. Bu tabloya göre, cinsiyet farklılıklarının anksiyete seviyeleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($t_{0.05: 267} = 2,748$). Bu sonuç kadınların anksiyete puan ortalamalarının (ort: 11,51) erkeklerin anksiyete puan ortalamalarından (ort: 8,79) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple kadınların anksiyete seviyelerinin erkeklere oranla daha yüksek seviyede olduğu söylenebilir.

5.3. Depresyon ile cinsiyet farklılıkları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Depresyon yönünden cinsiyet farklılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4: Depresyon ile cinsiyet farklılıklarının karşılaştırılmasına yönelik t testi tablosu

Değişken	Cinsiyet	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
Depresyon	Kadın	154	9,40	8,88	1,772	267	,078
	Erkek	115	7,56	7,77			

Tablo 4'e bakıldığında cinsiyet farklılıklarının, depresyon seviyelerine ilişkin ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir. Bu tabloya göre, cinsiyet

farklılıklarının, depresyon seviyeleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($t_{0,05; 267} = 1,772$).

5.4. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile evli ve bekar bireyler arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile evli ve bekar bireyler arasındaki farklılıklarının incelenmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 5: Belirsizliğe tahammülsüzlük ile evli ve bekar bireylerin medeni hale göre karşılaştırılmasına yönelik t testi tablosu

Değişken	Medeni durum	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
Belirsizliğe tahammülsüzlük	Evli	195	38,26	9,82	,539	267	,590
	Bekar	74	37,51	11,00			

Tablo 5'e bakıldığında evli ve bekar bireylerin, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerine ilişkin ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir. Bu tabloya göre, evli ve bekar bireylerin, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($t_{0,05; 267} = ,539$).

5.5. Anksiyete ile evli ve bekar bireyler arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Anksiyete yönünden evli ve bekar bireyler arasındaki farklılıklarının incelenmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 6: Anksiyete ile evli ve bekar bireylerin medeni hale göre karşılaştırılmasına yönelik t testi tablosu

Değişken	Medeni durum	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
Belirsizliğe tahammülsüzlük	Evli	195	10,30	8,25	-,141	267	,888
	Bekar	74	10,46	7,81			

Tablo 6'ya bakıldığında evli ve bekar bireylerin, anksiyete seviyelerine ilişkin ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir. Bu tabloya göre, evli ve bekar bireylerin, anksiyete seviyeleri arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($t_{0,05; 267} = -,141$).

5.6. Depresyon ile evli ve bekar bireyler arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Depresyon yönünden evli ve bekar bireyler arasındaki farklılıklarının incelenmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi olan “t” testi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 7: Depresyon ile evli ve bekar bireylerin medeni hale göre karşılaştırılmasına yönelik t testi tablosu

Değişken	Medeni durum	N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Belirsizliğe tahammülsüzlük	Evli	195	8,30	8,31	-,967	267	,335
	Bekar	74	9,42	8,83			

Tablo 7'ye bakıldığında evli ve bekar bireylerin, depresyon seviyelerine ilişkin ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir. Bu tabloya göre, evli ve bekar bireylerin, depresyon seviyeleri arasında medeni hale göre anlamlı bir farklılık olmadığı sonucu görülmektedir ($t_{0,05:267} = -,967$).

5.7. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Yapılan araştırmada yaş aralıkları ile bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri yönünden anlamlı bir ilişkinin var olup olmadığını saptamak amacı ile yapılmış olan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 8 ile tablo 9'da belirtilmektedir.

Tablo 8: Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile yaş aralıkları farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Yaş aralıkları	N	Ortalama	Std. Sapma
20-30 yaş	140	37,16	8,96
31-40 yaş	102	38,91	11,61
41 yaş ve üzeri	27	39,48	9,91
Toplam	269	38,06	10,14

Tablo 9: Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile yaş aralıkları farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	242,674	2	121,337	1,181	,309
Grup içi	27323,489	266	102,720		
Toplam	27566,164	268			

Tablo 8'e bakıldığında yaş aralıkları 20-30, 31-40 ve 41 ve üzerinde olan bireylerin puan ortalamaları ve standart sapmaları, tablo 9'da ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Yaş aralıkları farklı olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = 1,181, p > .05$).

5.8. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Yapılan araştırmada yaş aralıkları ile bireylerin anksiyete seviyeleri yönünden anlamlı bir ilişkinin var olup olmadığını saptamak amacı ile yapılmış olan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 10 ile tablo 11'de belirtilmektedir.

Tablo 10: Anksiyete seviyeleri ile yaş aralıkları farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Yaş grupları	N	Ortalama	Std. Sapma
20-30 yaş	140	10,31	8,29
31-40 yaş	102	9,62	7,85
41 yaş ve üzeri	27	13,30	7,78
Toplam	269	10,35	8,12

Tablo 11: Anksiyete seviyeleri ile yaş aralıkları farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	289,337	2	144,668	2,217	,111
Grup içi	17359,511	266	65,261		
Toplam	17648,848	268			

Tablo 10'a bakıldığında yaş aralıkları 20-30, 31-40 ve 41 ve üzerinde olan bireylerin puan ortalamaları, standart sapmaları; tablo 11'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Yaş aralıkları farklı olan bireylerin anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elden edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = 2,217, p > .05$).

5.9. Bireylerin depresyon seviyeleri ile yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Yapılan araştırmada yaş aralıkları ile bireylerin depresyon seviyeleri yönünden anlamlı bir ilişkinin var olup olmadığını saptamak amacı ile yapılmış olan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 12 ile tablo 13'de belirtilmektedir.

Tablo 12: Depresyon seviyeleri ile yaş aralıkları farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Yaş grupları	N	Ortalama	Std. Sapma
20-30 yaş	140	8,34	8,38
31-40 yaş	102	8,43	8,66
41 yaş ve üzeri	27	10,70	8,08
Toplam	269	8,61	8,46

Tablo 13: Depresyon düzeyleri ile yaş grupları farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	132,144	2	66,072	,923	,399
Grup içi	19039,871	266	71,578		
Toplam	19172,015	268			

Tablo 12'ye bakıldığında yaş grupları 20-30, 31-40 ve 41 ve üzeri olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 13'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Yaş aralıkları farklı olan bireylerin depresyon puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = ,923, p > .05$).

5.10. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Yapılan araştırmada belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişkinin var olup olmadığını saptamak amacı ile yapılmış olan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 14 ile tablo 15'de belirtilmektedir.

Tablo 14: Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Eğitim seviyesi	N	Ortalama	Std. Sapma
İlkokul-ortaokul	48	38,67	10,64
Lise	105	38,15	11,00
Üniversite	116	37,72	9,16
Toplam	269	38,06	10,14

Tablo 15.Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	32,323	2	16,161	,156	,856
Grup içi	27533,841	266	103,511		
Toplam	27566,164	268			

Tablo 14'e bakıldığında eğitim seviyeleri ilkokul-ortaokul, lise ve üniversite olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 15'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = ,156, p > .05$).

5.11. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin anksiyete seviyeleri yönünden eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmış olan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 16 ile tablo 17'de belirtilmektedir.

Tablo 16: Anksiyete seviyeleri ile eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Eğitim durumu	N	Ortalama	Std. Sapma
İlkokul-ortaokul	48	14,79	9,17
Lise	105	9,40	7,23
Üniversite	116	9,36	7,86
Toplam	269	10,35	8,12

Tablo 17.Anksiyete düzeyleri ile eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	1154,938	2	577,469	9,313	,000
Grup içi	16493,910	266	62,007		
Toplam	17648,848	268			

Tablo 16'ya bakıldığında eğitim seviyeleri ilkokul-ortaokul, lise ve üniversite olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 17'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($F_{2-266} = 9,313, p < .05$). Bu farklılık eğitim seviyesi ilkokul-ortaokul olan bireylerin anksiyete puan ortalamalarının (Ort: 14,79), eğitim durumu üniversite olan bireylerin anksiyete puan ortalamalarından (Ort: 9,36) yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Elde edilmiş olan bu sonuca göre eğitim seviyesi ilkokul-ortaokul olan bireylerin anksiyete seviyelerinin, eğitim seviyesi üniversite olan bireylerin anksiyete seviyelerinden daha yüksek olduğu söylenebilir.

5.12. Bireylerin depresyon seviyeleri ile eğitim seviyeleri arasında göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin depresyon seviyeleri yönünden eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmış olan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 18 ile tablo 19'da belirtilmektedir.

Tablo 18: Depresyon seviyeleri ile eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Eğitim seviyesi	N	Ortalama	Std. Sapma
İlkokul-ortaokul	48	12,35	9,96
Lise	105	8,13	7,82
Üniversite	116	7,49	7,98
Toplam	269	8,61	8,46

Tablo 19: Depresyon seviyeleri ile eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	841,911	2	420,955	6,109	,003
Grup içi	18330,104	266	68,910		
Toplam	19172,015	268			

Tablo 18'e bakıldığında eğitim seviyeleri ilkökul-ortaokul, lise ve üniversite olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 19'a bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Eğitim seviyeleri farklı olan bireylerin depresyon puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($F_{2-266} = 6,109, p < .05$). Bu farklılık eğitim seviyesi ilkökul-ortaokul olan bireylerin depresyon puan ortalamalarının (Ort: 12,35), eğitim seviyesi üniversite olan bireylerin depresyon puan ortalamalarından (Ort: 7,49) yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Elde edilmiş olan bu sonuca göre eğitim seviyesi ilkökul-ortaokul olan bireylerin depresyon seviyelerinin, eğitim seviyesi üniversite olan bireylerin depresyon seviyelerinden daha yüksek olduğu söylenebilir.

5.13. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile akademik başarıları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri yönünden akademik başarılarına göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 20 ile tablo 21'de belirtilmektedir.

Tablo 20. Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile akademik başarıları farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Akademik başarı	N	Ortalama	Std. Sapma
Başarılı	110	37,67	11,19
Orta	145	38,92	9,30
Başarısız	14	32,14	8,13
Toplam	269	38,06	10,14

Tablo 21.Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri yönünden akademik başarıları farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	613,224	2	306,612	3,026	,050
Grup içi	26952,939	266	101,327		
Toplam	27566,164	268			

Tablo 20'ye bakıldığında akademik başarı seviyeleri; başarılı, orta ve başarısız olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 21'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Akademik başarı seviyeleri farklı olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = 3,026$, $p = .05$).

5.14. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile akademik başarıları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin anksiyete seviyeleri yönünden akademik başarılarına göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 22 ile tablo 23'de belirtilmektedir.

Tablo 22: Anksiyete seviyeleri ile akademik başarıları farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Akademik başarı	N	Ortalama	Std. Sapma
Başarılı	110	9,31	8,35
Orta	145	11,14	7,78
Başarısız	14	10,21	9,30
Toplam	269	10,35	8,12

Tablo 23.Anksiyete seviyeleri yönünden akademik başarıları farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	211,041	2	105,520	1,610	,202
Grup içi	17437,807	266	65,556		
Toplam	17648,848	268			

Tablo 22'ye bakıldığında akademik başarı seviyeleri; başarılı, orta ve başarısız olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 23'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Akademik başarı seviyeleri farklı olan bireylerin anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = 1,610, p > .05$).

5.15. Bireylerin depresyon seviyeleri ile akademik başarıları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin depresyon seviyeleri yönünden akademik başarılarına göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 24 ile tablo 25'de belirtilmektedir.

Tablo 24: Depresyon seviyeleri ile akademik başarıları farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Akademik başarı	N	Ortalama	Std. Sapma
Başarılı	110	7,43	8,40
Orta	145	9,38	8,25
Başarısız	14	9,93	10,41
Toplam	269	8,61	8,46

Tablo 25: Depresyon seviyeleri yönünden akademik başarıları farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	264,030	2	132,015	1,857	,158
Grup içi	18907,985	266	71,083		
Toplam	19172,015	268			

Tablo 24'e bakıldığında akademik başarı seviyeleri; başarılı, orta ve başarısız olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 25'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Akademik başarı seviyeleri farklı olan bireylerin depresyon puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = 1,857, p > .05$).

5.16. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri yönünden gelir seviyelerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 26 ile tablo 27’de belirtilmektedir.

Tablo 26: Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ile gelir seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Gelir seviyeleri	N	Ortalama	Std. Sapma
Düşük	17	40,00	15,97
Orta	223	37,83	9,55
Yüksek	29	38,62	10,64
Toplam	269	38,06	10,14

Tablo 27: Belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri yönünden gelir seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	84,475	2	42,237	,409	,665
Grup içi	27481,689	266	103,315		
Toplam	27566,164	268			

Tablo 26’ya bakıldığında gelir seviyeleri; düşük, orta ve yüksek olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 27’ye bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Gelir seviyeleri farklı olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılmış olan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = ,409, p > .05$).

5.17. Bireylerin anksiyete seviyeleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin anksiyete seviyeleri yönünden gelir seviyelerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 28 ile tablo 29’da belirtilmektedir.

Tablo 28: Anksiyete seviyeleri ile gelir seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Gelir düzeyleri	N	Ortalama	Std. Sapma
Düşük	17	12,47	9,41
Orta	223	10,08	7,81
Yüksek	29	11,17	9,59
Toplam	269	10,35	8,12

Tablo 29.Anksiyete seviyeleri yönünden gelir seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar arası	112,770	2	56,385	,855	,426
Grup içi	17536,077	266	65,925		
Toplam	17648,848	268			

Tablo 28'e bakıldığında gelir seviyeleri; düşük, orta ve yüksek olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 29'a bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Gelir seviyeleri farklı olan bireylerin anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2,266} = ,855, p > .05$).

5.18. Bireylerin depresyon seviyeleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Bireylerin depresyon seviyeleri yönünden gelir seviyelerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonucunda elde edilmiş olan bulgular tablo 30 ile tablo 31'de belirtilmektedir.

Tablo 30: Depresyon seviyeleri ile gelir seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının betimsel istatistikleri

Gelir seviyeleri	N	Ortalama	Std. Sapma
Düşük	17	12,65	10,95
Orta	223	8,17	8,06
Yüksek	29	9,59	9,42
Toplam	269	8,61	8,46

Tablo 31: Depresyon seviyeleri yönünden gelir seviyeleri farklı olan bireylerin puanlarının karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi tablosu

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplar arası	346,919	2	173,459	2,451	,088
Grup içi	18825,096	266	70,771		
Toplam	19172,015	268			

Tablo 30'a bakıldığında gelir seviyeleri; düşük, orta ve yüksek olan bireylerin puan ortalamaları ile standart sapmaları görülmektedir. Tablo 31'e bakıldığında ise bu değerlere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Gelir seviyeleri farklı olan bireylerin depresyon puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizi sonucunda, elde edilmiş olan puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($F_{2-266} = 2,451, p > .05$).

TARTIŞMA

Belirsizlik günümüz yaşantısının olmazsa olmaz parçalarından biridir, nitekim her olay ya da durumun sonucunu önceden kestirmek imkansızdır. Belirsizlik, insanların yaşamaya alışkın olduğu bir durum olması gerekirken, bazı durumlarda insanlar bu duruma karşı olumsuz tutumlar geliştirerek belirsizliğe daha az tahammülleri olur. Bir bireyin belirsiz bir duruma karşı psikolojik ve davranışsal olarak olumsuz tutumlar sergilemesi belirsizliğe tahammülsüzlük olarak adlandırılmıştır. Anksiyete ise hayatta birtakım birey, olay ya da nesnelere karşı aşırı oranlarda korku duymak olarak ifade edilmiştir. Karşılaşılan tehditleri gereğinden fazla algılayıp uygun olmayan savunma mekanizmaları ile yanıt vermeye ise depresyon adı verilmektedir.

Çalışmamız sonucunda belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon arasında beklenildiği gibi pozitif bir ilişki bulunmuştur. Dugas ve arkadaşları (2004) yaptığı çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyeteye özgü olduğunu ve anksiyeteyi oluşturan çekirdek duygu olduğunu öne sürmüşlerdir⁹⁰. Tolin ve arkadaşları (2006) da anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerin anksiyete bozukluğu yaşamayan bireylere göre belirsizliğe tahammülsüzlük ve diğer obsesif inançlara olan yatkınlıkları açısından yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir⁹¹.

Cinsiyet değişkeni göz önüne alındığında elde ettiğimiz bulgular, cinsiyetin belirsizliğe tahammül üzerinde bir etkisi olmadığını göstermektedir. Freeston ve arkadaşları (1997)⁹² kadınların erkeklere kıyasla belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin daha fazla olduğunu belirtirken, Buhr ve Dugas (2002)⁹³ cinsiyet değişkeninin belirsizliğe tahammül üzerinde etkisi olmadığını saptamıştır. Sarı (2007)⁹⁴ ise kadınların erkeklerden daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olduklarını ifade

⁹⁰ Richard G. Heimberg vd., "**Generalized anxiety disorder: advances in research and practice**", Guilford Press, New York, 2004; aktaran Michael J. Dugas vd., "The role of intolerance of uncertainty in the etiology and maintenance of generalized anxiety disorder", **Cognitive Therapy and Research**, 2004; 13(1): 143-163.

⁹¹ David F. Tolin vd., "Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders.", **Behaviour Research and Therapy**, 2006; 44(4), 469-480.

⁹² Mark H. Freeston vd., "Cognitive– behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1997; 65(3): 405–413.

⁹³ Kristin Buhr ve Michael J. Dugas, "The Intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version", **Behaviour Research and Therapy**, 2002; 40(8): 931-45.

⁹⁴ Sevda Sarı, "Sürekli kaygının yordayıcıları olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ile ilgili inançlar ve kontrol odağının incelenmesi", Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, s. 45. (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

ederken, Barahmand (2008)⁹⁵ erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olduklarını saptamıştır. Boelen ve arkadaşları (2014)⁹⁶ ise cinsiyet ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün cinsiyet ayırmamasına karşın; anksiyete, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Ulaştığımız bu sonuç literatürdeki araştırmalar ile uyuşmaktadır. Kendler ve arkadaşları (1992)⁹⁷, kadınlarda sosyal fobi dışındaki anksiyetenin erkeklere göre daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Lewinsohn ve arkadaşları (1993)⁹⁸ ve Norton ve arkadaşları (1980)⁹⁹ kadınlarda erkeklere oranla daha ciddi anksiyete belirtilerinin olduğunu ortaya koymuşlardır.

Çalışmamızda depresyonun cinsiyet değişkeninden etkilenmediği belirlenmiştir. Elde ettiğimiz sonucu destekleyecek çalışmalar bulunduğu gibi¹⁰⁰¹⁰¹, kadınların erkeklere oranla daha depresif olduğunu çalışmalar da mevcuttur¹⁰²¹⁰³¹⁰⁴.

Medeni durum ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilgili elde ettiğimiz bulgular, medeni durumun belirsizliğe tahammülsüzlük arasında bir bağlantı olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, Ersöz ve arkadaşları (2016)¹⁰⁵ da medeni durum ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve belirsizlikle başa çıkma değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Bu bulgumuz medeni durum ile belirsizliğe tahammülsüzlük

⁹⁵ Usha Barahmand, "Age and gender differences in adolescent worry", *Personality and Individual Differences*, 2008; 45(8): 778-783.

⁹⁶ Paul A. Boelen vd., "Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety", *Cognitive Behaviour Therapy*, 2014; 43(2): 133-144. doi: 10.1080/16506073.2014.888755

⁹⁷ Kenneth Kendler vd., "Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study.", *Archives General Psychiatry*, 1993; 49(4): 267-272.

⁹⁸ Peter M. Lewinsohn vd., "Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students", *Journal of Abnormal Psychology*, 1993; 102(1): 133-44.

⁹⁹ G. Ron Norton vd., "The growth of research on anxiety disorders during the 1980s." *Journal of Anxiety Disorders*, 1995; 9(1): 75-85.

¹⁰⁰ Ömer Aydemir vd., "Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997; 8(1): 280-287.

¹⁰¹ Zehra Yaşar Dökmen, "Çalışma, cinsiyet ve cinsiyet rolleri ile evişleri ve depresyon ilişkisi", *Türk Psikoloji Dergisi*, 1997; 12(39): 39-56.

¹⁰² Füsün Çuhadaroğlu Çetin ve Birsen Sonuvar, "Adolesanlarda depresyon", *Nöropsikiyatri Arşivi*, İstanbul, 1992; 3: 145-150.

¹⁰³ Larissa Smith ve Steven Reise, "Gender differences on negative affectivity: An IRT study of differential item functioning on the multidimensional personality questionnaire stress reaction scale" *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998; 75(5): 1350-1362.

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1350>

¹⁰⁴ Benjamin Hankin ve Lyn Abramson, "Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory", *Psychological Bulletin*, 2001; 127(6): 773-796.

¹⁰⁵ Filiz Ersöz vd., "Belirsizlikle başa çıkmada etkili olan kriterlerin araştırılması: Bir üniversite uygulaması", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016; 25(3): 215-232.

ve belirsizlikle başa çıkma değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirleyen Ersöz ve arkadaşlarının çalışmasını desteklemiştir.

Çalışma bulgularımıza göre anksiyetenin de belirsizliğe tahammülsüzlük gibi medeni durum üzerinde etkisi bulunmamaktadır. Bahar ve Taşdemir (2008)¹⁰⁶ dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmalarında medeni halin anlamlı bir şekilde anksiyeteye etkisi olduğunu, evli hastaların bekar hastalara kıyasla daha çok anksiyeteye sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. Gürbüz ve arkadaşları (2011)¹⁰⁷ evli bireylerin dul ve bekar bireylere göre daha çok yaygın anksiyete bozukluğu teşhisi aldığını belirlemiştir.

Çalışmamızda depresyonun medeni durumdan etkilenmediği bulunmuştur. Ensel (1982) medeni hal, yaş, cinsiyet ve depresyon arasındaki ilişki üzerine yaptığı araştırmada bekar kadınların diğer tüm cinsiyet ve medeni hal gruplarına göre en çok depresyona sahip grup olduğu bulmuştur¹⁰⁸. Önceki araştırma sonuçlarına göre evli bireyler bekar bireylere kıyasla daha az depresyona yakalanırken bu bulgu sadece erkekler için anlamlı şekilde bulunmuştur (Scott ve arkadaşları 2010)¹⁰⁹. Bir diğer araştırmada ise evli öğrencilerin psikolojik problem yaşama olasılığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Ersöz ve arkadaşları 2016)¹¹⁰.

Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon yaş değişkeninden etkilenmemektedir. Dugas ve arkadaşları (2001)¹¹¹ da yaşın belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde etkisi olmadığını bulmuştur. Ersöz ve arkadaşları (2016)¹¹², yaşın belirsizliğe tahammülü etkileyen bir faktör olarak olmadığını, buna karşın 18,5-20,5 yaş aralığındaki orta ve alt sosyoekonomik konumdaki öğrencilerin belirsizlikle daha iyi başa çıkarken 22 yaşından büyük ve kırsal kesimde yaşayan gençler belirsizlikten daha çok etkilendiklerini bildirmişlerdir.

¹⁰⁶ Aynur Bahar ve Serap Taşdemir, "Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11(2): 9-17.

¹⁰⁷ Turgut Gürbüz vd., "Anksiyete bozukluğu ile izlenen hastalarda anksiyete şiddeti ve serum lipid profili ilişkisi", *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2011; 21(3): 119-27.

¹⁰⁸ Walter Ensel, "The role of age in the relationship of gender and marital status to depression", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982; 170(9), 536-543.

¹⁰⁹ Kate Scott vd., "Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders", *Psychological Medicine*, 2010; 40(9), 1495-1505.

¹¹⁰ Ersöz vd., a.g.e., s. 223.

¹¹¹ Michel J. Dugas vd., "Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample", *Cognitive Therapy and Research*, 2001; 25(5), 551-558.

¹¹² Ersöz vd., a.g.e., s. 223.

Çalışmamızda farklı yaş grupları anksiyete açısından incelendiğinde anksiyete ve yaş arasında bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir. Benzer olarak Dugas ve arkadaşları (2001)¹¹³ yaş ve anksiyete arasında bir bağlantı olmadığı belirtilmiştir. Anksiyete ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer araştırma da ise genç katılımcıların daha yaşlı katılımcılara kıyasla daha yüksek anksiyete puanlarına sahip olduklarını belirtmiştir¹¹⁴. Buna karşın Ök (1990) yaş arttıkça anksiyetenin yükseldiğini ileri sürmüştür¹¹⁵.

Depresyon da diğer değişkenler gibi yaşla bağlantılı bulunmamıştır. Fakat, Ross ve Mirowsky'nin (1992) 2000 üzerinde katılımcı ile yaptığı araştırmasına göre depresyon diğer yaş gruplarına kıyasla 80 yaş ve üstü bireylerde en yüksek seviyelerdeyken 45 yaş ve civarındaki kişilerde en düşük seviyede olduğu bulunmuş¹¹⁶, yaşlı bireylerdeki depresyon, ekonomik zorluklar, fiziksel engeller ve dini inançlar gibi değişkenlere bağlı olarak değişiklik gösterdiği gözlemlenmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda genellikle depresyon ve anksiyetenin birlikte bulunduğunu ve yaş arttıkça depresyon ve anksiyete puan seviyelerinin arttığını bildirmektedir¹¹⁷¹¹⁸¹¹⁹.

Eğitim seviyesi değişkenini göz önüne aldığında elde ettiğimiz bulgular, eğitim seviyesinin belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde etkisi olmadığını göstermiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenine karşın depresyon ve anksiyete değişkenleri ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Üniversite düzeyindeki bireyler en düşük anksiyete puanlarına sahipken lise ve takiben ortaokul-ilkokul eğitim seviyesindeki bireyler daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Hemşireler üzerinde yapılan araştırmalarda daha yüksek eğitim alan hemşirelerin daha az eğitim alan hemşirelere kıyasla daha az anksiyete düzeyleri olduğu saptanmıştır¹²⁰¹²¹. Bu bulgu

¹¹³ Dugas vd., a.g.e., 2001, s. 552.

¹¹⁴ Dugas vd., a.g.e., 1997, s. 598.

¹¹⁵ Muharrem Ök, 13-15 Yaş grubu ortaöğretim öğrencilerinde kaygı düzeyi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1990 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

¹¹⁶ John Mirowsky ve Catherine E. Ross., "Age and depression", *Journal of Health and Social Behavior*, 1992; 33(3), 187–205. JSTOR, www.jstor.org/stable/2137349.

¹¹⁷ Nevzat Yüksel, **Ruhsal Hastalıklar**, 2. Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001, s. 37.

¹¹⁸ Demet Ünalın vd., "Determining of the effects of depression on quality of life in patients with tuberculosis in active, inactive and control groups." *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007; 10(3): 113-124.

¹¹⁹ Aynur Bahar vd., "Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009; 4(11): 97-112.

¹²⁰ Gülay Görak ve Suzan Yıldız, "Hemşirelikteki deneyimin anksiyete düzeyine etkisi.", *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, 1992, 488-494.

eğitim düzeyi arttıka yetersizlik azalır, yetersizlik azaldıkça da anksiyete azalır Şeklinde yorumlanmıŐtır. Benzer Şekilde psikolojik rahatsızlık Őikayetiyle askeri hastaneye gelen askerlerin eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi yüksek olan askerlerin daha az eğitim düzeyi olan askerlere kıyasla daha az anksiyeteye düzeyine sahip oldukları gzlemlenmiŐtir¹²². Eğitim durumu ile anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, eğitim durumunun anksiyete üzerindeki etkisine bakıldığında ise daha düşük seviyede eğitim durumuna sahip insanların daha yüksek anksiyete puanlarına sahip oldukları gzlemlenmiŐtir¹²³.

Araştırma bulgularımız depresyon ve eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki göstermiştir; niversite mezunu bireyler daha düşük depresyon ortalamalarına sahipken sıralamayı lise ve takiben ortaokul-ilkokul mezunları takip etmektedir. Lorant ve arkadaşları (2003)¹²⁴ yaptıkları meta-analizde ve Fryers ve arkadaşları (2003) yaptıkları çapraz karşılaştırmalı araştırmada eğitim durumunun depresyon ve anksiyete üzerindeki etkileri konusunda bulgularımıza benzer sonuçlar elde etmiŐlerdir¹²⁵. Ülkemizde; 1. Basamak tedavi hizmetlerine kronik hastalık sebebi ile başvuran bireyler üzerinde yapılan araştırmada ise eğitim düzeyinin arttıka depresyon seviyelerinin azaldığı belirlenmiŐtir¹²⁶.

AraŐtırmamız sonucunda belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon gelir durumuna göre değişkenlik göstermemiŐtir. Ersöz ve arkadaşları (2016)¹²⁷ ekonomik durumun hem belirsizliğe tahammül hem de belirsizlikle başa çıkma da etkili bir faktör olmadığını, düşük gelirli bireylerin psikolojik sorunları yaşama olasılığının daha fazla olduğunu öne sürmüşlerdir.

Elde ettiğimiz bulgulara göre anksiyete, farklı gelir dağılımdaki bireylerde anlamlı bir farklılık sergilememiŐtir. Bu bulgumuz daha önce hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılmış araştırmalarda gelir durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir

¹²¹ Refia Selma Görgülü, Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İŞ Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1998, s. 43. (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**)

¹²² Kemal Sayar vd., "Hopelessness and alexithymia in young turkish soldiers suffering from Alopecia Areata.", **Dermatology and Psychosomatics**, 2001; 2(1): 12-15.

¹²³ Ingvar Bjelland vd., "Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The hunt study", **Social Science & Medicine**, 2008, 66(6): 1334-1345.

¹²⁴ Vincent Lorant vd., "Socioeconomic inequalities in depression: A Meta-Analysis", **American Journal of Epidemiology**, 2003; 157(2): 98-112.

¹²⁵ Tom Fryers vd., "Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence", **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 2003; 38(5): 229-237.

¹²⁶ Rabia Hacıhasanoğlu vd., "Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2010; 9(3): 209-216.

¹²⁷ Ersöz vd., a.g.e., s. 223.

ilişki bulunduğunu bildiren çalışmaları desteklememektedir¹²⁸¹²⁹. Okyay ve arkadaşları (2012) kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada gelir düzeyi düşük olan kadınların, daha yüksek gelire sahip kadınlara oranla daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğunu bildirmişlerdir¹³⁰.

Araştırmamızda depresyon ve farklı gelir düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Elde ettiğimiz bu bulgu diğer araştırma sonuçları ile uyuşmaktadır¹³¹¹³². Buna karşın, Güney (1985) çalışmasında gelir düzeyinin depresyonu etkilediğini bildirmiştir¹³³.

Bir başka değişken olan akademik başarı çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlüğü, anksiyeteyi ve depresyonu etkilememektedir. Vitasari ve arkadaşları (2010) endişenin akademik başarıyı tahmin etmede en büyük faktör olduğunu ve yüksek düzeyde anksiyete ile düşük akademik başarı arasında anlamlı bir ilişkiden söz etmişlerdir¹³⁴. Williams (2013) istatistik eğitimi alan öğrenciler üzerinde yaptığı belirsizliğe tahammül araştırmasında test öncesi ve test sonrası belirsizliğe tahammül değişkeninde anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir¹³⁵.

Araştırma bulgularımıza göre, anksiyete ve akademik başarı oranlarına bakıldığında ise anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir. Benzer çalışmalar da anksiyete ve akademik başarı arasında benzer ilişki bulmuşlardır¹³⁶¹³⁷.

Araştırmamızda depresyonun farklı akademik başarı düzeyleri üzerinde bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Aydın (1988), akademik başarısı düşük olan bireylerin

¹²⁸ Aynur Bahar vd., "Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam", *Anadolu Psikiyatri Servisi*, 2007; 8(4): 287-292.

¹²⁹ Halil Coşkun Çelik ve Tarık Acar, "Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi", *Fırat Tıp Dergisi*, 2007; 12(1): 23-27.

¹³⁰ Pınar Okyay vd., "Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012; 23(3): 178-188.

¹³¹ Ferhan Soyuer ve Ali Soyuer, "Kronik dönem inme hastalarında depresyon ve fonksiyonel sonuç arasındaki ilişki", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 14(3): 167-170.

¹³² Fatmagül Helvacı Çelik ve Çiçek Hocaoğlu, "'Major Depresif Bozukluk Tanımı', Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme", *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2016; 6(1): 51-66.

¹³³ Melike Güney, *Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon ve Problem Alanlarının Akademik Başarı ile İlişkisi*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1985, s. 54.

¹³⁴ Prima Vitasari "The relationship between study anxiety and academic performance among engineering students", *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010; 8: 490-497.

¹³⁵ Amanda Williams, "Worry, intolerance of uncertainty and statistics anxiety", *Statistics Education Research Journal*, 2013; 12(1), 48-59.

¹³⁶ Jolyn D. Whitaker Sena, Patricia A. Lowe and Steven W. Lee, "Significant predictors of test anxiety among students with and without learning disabilities", *Journal of Learning Disabilities*, 2007; 40(4): 360-376.

¹³⁷ Luigi Mazzone vd., "The Role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents", *BioMed Central Public Health*, 2007; 7(347), doi: 10.1186/1471-2458-7-347.2007.

daha depresif olduğu bulgusuna ulaşmıştır¹³⁸. Yapılan araştırmalarda depresyonun sadece akademik sıkıntılarla değil, sosyal ve genel sıkıntılarla da bağlantılı olduğu bulunmuřtur¹³⁹. Aydın (1990) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada ise depresyon ve akademik ortalama arasında ters yönde anlamlı bir ilişki saptamıştır¹⁴⁰. Eisenberg ve arkadaşları (2009) anksiyetenin ve depresyon belirtilerinin aynı anda ortaya çıktığını ve düşük akademik başarı ile bağlantılı olduğunu gözlemlemişlerdir¹⁴¹.

Sonuç olarak araştırmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte anksiyete ile cinsiyet ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile depresyon arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

¹³⁸ Gül Aydın, “Üniversite öğrencilerinde depresyon, açıklama biçimi ve akademik başarı ilişkisi”, *Psikoloji Dergisi*, 1988; 6(22): 6-12.

¹³⁹ David Dunkley ve Kirk Blankstein, “Self-Critical perfectionism, coping, hassles and current distress: a structural equation modeling approach”, *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 2000, 713-730. <https://doi.org/10.1023/A:1005543529245>

¹⁴⁰ Betül Aydın, “Üniversite öğrencilerinde depresyon, bilişsel çarpıtmalar ve akademik başarı”, *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1990; 2: 27-36.

¹⁴¹ Daniel Eisenberg vd., “Mental health and academic success in college”. *The Berkeley Electronic Press Journal of Economic Analysis & Policy*, 2009; 9(1): 1–35. <https://doi.org/10.2202/1935-1682.2191>

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Ertuğrul Köroğlu Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- BECK Aaron T., EMERY Gary and GREENBERG Ruth L., Anxiety Disorders and Phobias, Basic Books, New York, 1985.
- BİBRİNG Edward, The Mechanism of Depression, Phyllis Greenacre (Ed.), Affective Disorders, International Universities Press, New York, 1953.
- BOURNE Edmund J., Anxiety and Phobia Workbook, MJF Books, New York, 1995.
- BUDAK Selçuk, Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000.
- FENİCHEL Otto, The Psychoanalytic Theory of Neurosis, Routledge, 1999.
- GENÇTAN Engin, Psikanaliz ve sonrası, Metis Yayınları, İstanbul, 2002.
- GÖRAK Gülay, YILDIZ Suzan, Hemşirelikte Deneyimin Anksiyete Düzeyine Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas, III. Hemşirelik Kongresi Kitabı, 1992.
- GÜNEY Melike, Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon ve Problem Alanlarının Akademik Başarı ile İlişkisi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1985.
- HORNEY Karen, Self-Analysis, Routledge, London, 1949.
- HEIMBERG Richard G., TURK Cynthia L., MENNIN Douglas S., Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice, Guilford Press, New York, 2004
- KABAĞÇI Elif, SAVAŞIR Işık, SOYGÜT Gonca, Bilişsel Davranışçı Terapiler, 3. Baskı, Türk Psikologlar Derneği, Ankara, 2003.
- KOHUT Heinz, The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders, University Of Chicago Press, Chicago, 2009.
- ÖZAKKAŞ Tahir, Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul, 2014.
- ÖZER Şeref, Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi, 3-15, Raşit Tükel ve Tunç Alkın (ed.), Anksiyete Bozuklukları, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006.
- SOOKMAN Debbie and PINARD Gilbert, Overestimation of Threat and Intolerance of Uncertainty in Obsessive Compulsive Disorder, 63-89, Randy O. Frost and Gail Steketee (eds.) Cognitive Approaches to obsessions and compulsions, Pergamon, Boston, 2002.

TARHAN Nevzat, Stres ve Hastalıkları, Gülhane Tıp Akademisi, İstanbul, 1989
YÜKSEL Nevzat, Ruhsal Hastalıklar, 2. Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001.

MAKALELER

- ABRAMSON Lyn Y., SELİGMAN Martin E., and TEASDALE John D., Learned helplessness in humans: critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 1978; 87(1): 49-74.
- ANDERSEN Susan M., SPIELMAN Lisa and BARGH John A., Future-event schemas and certainty about the future: automaticity in depressives' future-event predictions, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1992; 63(3): 911-723.
- AYDEMİR Ömer, GÜVENİR Taner, KÜEY Levent, KÜLTÜR Savaş, Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997; 8(1): 280- 287.
- AYDIN Gül, Üniversite öğrencilerinde depresyon açıklama biçimi ve akademik başarı ilişkisi, *Psikoloji Dergisi*, 1988; 6(22): 6-13.
- AYDIN Betül, Üniversite öğrencilerinde depresyon, bilişsel çarpıtmalar ve akademik başarı, *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1990; 2: 27-36.
- BAHAR Aynur ve TAŞDEMİR Serap H., Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11(2): 9-17.
- BAHAR Aynur, vd., Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009; 4(11): 97-112.
- BAHAR Aynur, SAVAŞ Haluk A., YILDIZGÖRDÜ Emine ve BARLIOĞLU Halide, Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam, *Anadolu Psikiyatri Servisi*, 2007; 8(4): 287-292.
- BARAHMAND Usha, Age and gender differences in adolescent worry, *Personality and Individual Differences*, 2008; 45(8): 778-783.
- BECK Aaron, *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, London, 1967; *aktaran* Elif Kabakçı vd., *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, 3. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2003, s. 18-22.
- BEESDO Katja vd., Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V, *Psychiatry Clinic of North America*, 2009; 32(3): 483-524.

- BJELLAND Ingvar, KROKSTAD Steinar, MYKLETUN Arnstein, DAHL Alv A., Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The hunt study, ***Social Science & Medicine***, 2008, 66(6): 1334-1345.
- BOELEN Paul A., REIJNTJES Albert, CARLETON Nicholas R., Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety, ***Cognitive Behaviour Therapy***, 2014; 43(2): 133-144.
- BOWLBY John, ***The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory***, London, 1977; aktaran Süheyla Ünal, ***Depresyon ve Kişilik***, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2000; 2(1): 72-76.
- BRUNSWİK Else Frenkel, Intolerance of ambiguity as an educational and perceptual personality variable, ***Journal of Personality***, 1949; 18(1): 108-143.
- BUDNER Stanley, Intolerance of ambiguity as a personality variable, ***Journal of Personality***, 1962; 30(1): 29-50.
- BUHR Kristin ve DUGAS Michael J., The Intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the english version, ***Behaviour Research and Therapy***, 2002; 40(8): 931-45.
- CARLETON Nicholas R., NORTON Peter J., ASMUNDSON Gordon, Fearing the unknown: a short version of the intolerance of uncertainty scale, ***Journal of Anxiety Disorders***, 2007; 21(1), 150-117.
- ÇELİK Fatmağül Helvacı ve HOCAOĞLU Çiçek, Majör depresif bozukluk tanımı”, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme, ***Çağdaş Tıp Dergisi***, 2016; 6(1): 51-66.
- ÇELİK Halil Coşkun, ACAR Tarık, Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, ***Fırat Tıp Dergisi***, 2007; 12(1): 23-27.
- ÇUHADAROĞLU ÇETİN Füsün, SONUVAR Birsen, Adolesanlarda depresyon, ***Nöropsikiyatri Arşivi***, İstanbul, 1992; 29(3): 145–150.
- DAVIS Michael, The role of the amygdala in fear and anxiety, ***Annual Review Neuroscience***, 1992; 15: 353-375.
- HOFFMAN Deborah L., DUKES Ellen M., WITTCHEN Hans-Ulrich, Human and economic burden of generalized anxiety disorder, ***Depression and Anxiety***, 2008; 25(1): 72-90.
- DÖKMEN Zehra Yaşar, Çalışma, cinsiyet ve cinsiyet rolleri ile evişleri ve depresyon ilişkisi, ***Türk Psikoloji Dergisi***, 1997; 12(39): 39-56.

- DUGAS Michel J., GOSELIN Patrick, LADOUCEUR Robert, Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry, ***Cognitive Therapy and Research***, 1997; 21(6), 593-606.
- DUGAS Michel J., GOSELIN Patrick, LADOUCEUR Robert, Intolerance of uncertainty and worry: investigating specificity in a nonclinical sample, ***Cognitive Therapy and Research***, 2001; 25(5), 551-558
- DUGAS Michel J., GOSELIN Patrick, LADOUCEUR Robert, Intolerance of uncertainty and information processing: evidence of biased recall and interpretations, ***Cognitive Therapy and Research***, 2005; 29(1): 57-70.
- DUNKLEY David, BLANKSTEIN Kirk, Self-Critical perfectionism, coping, hassles and current distress: a structural equation modeling approach, ***Cognitive Therapy and Research***, 24(6), 2000, 713-730.
- EISENBERG Daniel, GOLBERSTEIN Ezra, HUNT Justin B., Mental health and academic success in college, ***The Business and Economics Journal of Economic Analysis & Policy***, 2009; 9(1): 1–35.
- ENSEL Walter, The role of age in the relationship of gender and marital status to depression, ***Journal of Nervous and Mental Disease***, 1982; 170(9), 536-543.
- ERSÖZ Filiz, ERSÖZ Taner, KONUŞKAN Özlem, Belirsizlikle başa çıkmada etkili olan kriterlerin araştırılması: bir üniversite uygulaması, ***Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi***, 2016; 25(3): 215-232.
- FERSTER Charles, A Functional analysis of depression, ***American Psychologist***, 1973; 87(2): 857-870.
- FETZNER Mathew, HORSWILL Samantha C., BOELEN A. Paul, CARLETON Nicholas R., Intolerance of uncertainty and PTSD symptoms: exploring the construct relationship in a community sample with a heterogeneous trauma history, ***Cognitive Therapy and Research***, 2013; 37(4): 725-734.
- FREESTON Mark H., RHEAUME Josee, LETARTE Helene, LADOUCEUR Robert, BUJOLD Annie, GAGNON Fabien, THIBODEAU Nicole, Cognitive– behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study, ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 1997; 65(3): 405–413.
- FREESTON Mark H., RHEAUME Josee, LETARTE Helene, DUGAS Michael J., LADOUCEUR Robert, Why do people worry?, ***Personality and Individual Differences***, 1994; 17(6): 791-802.
- FRYERS Tom, MELZER David, JENKINS Rachel, Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence, ***Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology***, 2003; 38(5): 229-237.

- GENTES Emily L., RUSCIO Ayelet Meron, A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder, ***Clinical Psychology Review***, 2011; 31(6): 923-933.
- GÜRBÜZ Turgut, KARA Selami, ÖNGEL Kurtuluş, Anksiyete bozukluğu ile izlenen hastalarda anksiyete şiddeti ve serum lipid profili ilişkisi, ***Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi***, 2011; 21(3): 119-27.
- HACIHASANOĞLU Rabia, KARAKURT Papatya, YILDIRIM Arzu, USLU Seval, Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon”, ***TAF Preventive Medicine Bulletin***, 2010; 9(3): 209-216.
- HANKIN Benjamin, ABRAMSON Lyn, Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory”, ***Psychological Bulletin***, 2001; 127(6): 773-796.
- HOLAWAY Robert, HEIMBERG Richard G., COLES Meredith E., A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder, ***Anxiety Disorders***, 2006; 20(2): 158-174.
- JACOBSON Edith, The self and the object world, ***The Psychoanalytic Study of The Child***, 1954; 9(1): 75-127.
- KARAMUSTAFAOĞLU Oğuz ve YUMRUKÇAL Hüseyin, Depresyon ve anksiyete bozuklukları, ***Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni***, 2011; 45(2): 65-74.
- KENDLER Kenneth, PRESCOTT Carol, HETTEMA John, Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study, ***Archives General Psychiatry***, 1993; 49(4): 267-272.
- KLEIN Melanie, Envy and gratitude and other works 1946–1963, (Ed) Masud Khan, ***The International Psycho-Analytical Library***, 1975, 104(2), 1-346, s. 14.
- KOERNER Naomi, DUGAS Michel J., An Investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty, ***Cognitive Therapy and Research***, 2008; 32(2): 619-638.
- KOPTAGEL İlal Günsel, ***Psikodinamik Açıdan Depresyon***, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık, İstanbul, 1999, 53-58.
- KOVACS Maria, BECK Aaron T., Maladaptive cognitive structures in depression, ***The American Journal of Psychiatry***, 1978; 135(1): 525-533.
- KRAEPELİN Emil, Engstrom Eric J., Psychiatric observations on contemporary issues, ***History Psychiatry***, 1992; 3(10): 253–69.

- LADOUCEUR Robert, GOSSELIN Patrick, DUGAS Michael J., Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry, *Behaviour Research And Therapy*, 2000; 38(1), 933-941.
- LEWINSOHN Peter M., HYMAN Hops, ROBERTS Robert E., SEELEY John R., ANDREWS Judy A., Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students, *Journal of Abnormal Psychology*, 1993; 102(1): 133-144.
- LEWINSOHN Peter M., SULLIVAN Michael J., GROSSCUP Sally J., Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1980; 17(1): 322-334.
- LIND Christian, BOSCHEN Mark, Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking, *Journal of Anxiety Disorders*, 2009; 23(4): 1047-1052.
- LORANT Vincent, DELIEGE Denise A., EATON William, PHILIPPOT Pierre, ANSSEAU Marc, Socioeconomic inequalities in depression: A Meta-Analysis, *American Journal of Epidemiology*, 2003; 157(2): 98-112
- LOT Sternheim, An experimental exploration of behavioral and cognitive–emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients, *Journal of Anxiety Disorders*, 2011; 25(6): 806-812.
- MAZZONE Luigi, DUCCI Francesca, SCOTO Maria Cristina, PASSANITI Eleonora, D'ARRIGO Valenina Genitori, VITIELLO Benedetto, The Role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents, *BioMed Central Public Health*, 2007; 7(347): 1471-2458.
- MEGNA Paul, Better Living through Dread: Medieval ascetics, modern philosophers, and the long history of existential anxiety, *Publications of the Modern Language Association*, 2015; 130(5), 1285-1301.
- MERIKANGAS Kathleen R., PRUSOFF Brigitte A., WEISSMAN Myrna M., Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring, *Journal of Affective Disorders*, 1988; 15(2): 279-290.
- MILLER William R., SELIGMAN Martin E. P., Depression and learned helplessness in man, *Journal of Abnormal Psychology*, 1975; 84(2): 228-238.
- MIROWSKY John, ROSS Catherine E., Age and depression, *Journal of Health and Social Behavior*, 1992; 33(3), 187–205.
- MCEVOY Peter, MAHONEY Alison, To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression, *Behavior Therapy*, 2012; 44(10): 533-545.

- NORTON G. Ron, COX Brian J., ASMUNDSON Gordon J. G., MASER Jack D., The growth of research on anxiety disorders during the 1980s., **Journal of Anxiety Disorders**, 1995; 9(1): 75-85.
- OKYAY Pınar, ATASOYLU Gonca, ÖNDE Mete, DEREBOY Çiğdem, BEŞER Erdal, Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2012; 23(3): 178-188.
- ÖZPOYRAZ Nurgül, Anksiyete Bozuklukları, **Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları**, 20-27.
- PIÇAKÇIEFE Metin, Çalışma yaşamı ve anksiyete, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2010; 9(4): 367-369.
- PLEVA Jessica, WADE Tracey D., The mediating effects of misinterpretation of intrusive thoughts on obsessive-compulsive symptoms, **Behaviour Research and Therapy**, 2006; 44(10): 1471-1479.
- REMES Olivia, BRAYNE Carol, LAFORTUNE Lois, The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews, **The Lancet**, 2014; 6(7): 66-68
- ROBİCHAUD Melisa, Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: application to a clinical case of generalized anxiety disorder, **Cognitive and Behavioral Practice**, 2013; 20(3), 251-263.
- ROEPKE Ann Marie, SELİGMAN Martin E. P. Seligman, Depression and prospection, **British Journal of Clinical Psychology**, 2016; 55(1): 23-48.
- SAATÇIOĞLU Ömer, Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 2001; 11(1): 60-77.
- SAYAR Kemal, KÖSE Osman, EBRİNÇ Servet, ÇETİN Mesut, Hopelessness and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from Alopecia Areata., **Dermatology and Psychosomatics**, 2001; 2(1): 12-15.
- SCOTT Kate vd., Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders, **Psychological Medicine**, 2010; 40(9), 1495–1505.
- SENA Jolyn D. Whitaker, LOWE Patricia A., LEE Steven W., Significant predictors of test anxiety among students with and without learning disabilities, **Journal of Learning Disabilities**, 2007; 40(4): 360-376.
- SMITH Larissa, REISE Steven, Gender differences on negative affectivity: An IRT study of differential item functioning on the Multidimensional Personality Questionnaire Stress Reaction scale, **Journal of Personality and Social Psychology**, 1998; 75(5): 1350-1362.

- SOYUER Ferhan ve SOYUER Ali, Kronik dönem inme hastalarında depresyon ve fonksiyonel sonuç arasındaki ilişki, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 14(3): 167-170.
- STEİN Murray, STEİN Dan, Social anxiety disorder, *Lancet*, 2008; 371(9618): 1115-1125.
- STEKETEE Gail, FROST Randy O., COHEN Iris, Beliefs in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 1998; 12(6): 525-537.
- SWINSON Richard, Social anxiety disorder, *Canadian journal of psychiatry*, 2005; 50(6): 305-307.
- TAMAM Lut, NAMLI Zeynep, KARAYTUĞ Mahmut Onur, Depresyon kliniği, *Türkiye Klinikleri*, 2012; 5(2): 35-37.
- TAYCAN Okan, KUTLU Leman, ÇİMEN Selma, AYDIN Nurcan, Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2006; 7(1): 100-108.
- TOLİN David F., WORHUNSKY Patrick, MALTBY Nicholas, Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders., *Behaviour Research and Therapy*, 2006; 44(4), 469-480.
- TOLİN David, ABRAMOWITZ Jonathan S., BRIGIDI Bartholomew D., FOA Edna B., Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder, *Anxiety Disorders*, 2003; 17(2): 233-242.
- TÜRKÇAPAR Hakan, Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri, *Klinik Psikiyatri*, 2004; 4: 12-16.
- UZBAY Tayfun, Anksiyetenin Nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri*, 2002; Ek 1: 5-13.
- ÜNAL Süheyla, KÜEY Levent, GÜLEÇ Cengiz, BEKAROĞLU Mehmet, EVLİCE Yunus Emre, KIRLI Selçuk, Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, *Klinik Psikiyatri*, 2002; 5(1): 8-15.
- ÜNALAN Demet, BAŞTÜRK Mustafa, SOYUER Ferhan, CEYHAN Osman, ÖZTÜRK Ahmet, Determining of the effects of depression on quality of life in patients with tuberculosis in active, inactive and control groups, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007; 10(3): 113-124.
- VITASARI Prima, WAHAB Muhammed Nuri Abdul, OTHMAN Ahmad, HERAWAN Tutut, SINNADURAI Suriya Kumar, The relationship between study anxiety and academic performance among engineering students, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010; 8: 490–497.

- WHITE Ross G., GUMLEY Andrew, Intolerance of uncertainty and distress associated with the experience of psychosis, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2010; 83(3): 317-324.
- WILLIAMS Amanda, Worry, intolerance of uncertainty and statistics anxiety, *Statistics Education Research Journal*, 2013; 12(1), 48-59.
- YILDIZ Muhammed, Üniversite öğrencilerinde fonksiyonel olmayan tutumların ve olumsuz otomatik düşüncelerin depresyona etkisi, *Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi*, 2017; 1(1): 1-7.

TEZLER

- GÖRGÜLÜ Selma R., Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1998. **(Yayımlanmamış Doktora Tezi).**
- ILGAZ Abdülkadir, Depresyon ve Dindarlık İlişkisi (Kastamonu Örneği), Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri, 2015. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**
- ÖK Muharrem, 13-15 Yaş Grubu Ortaöğretim Öğrencilerinde Kaygı Düzeyi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 1990. **(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi)**
- SARI Sevda, Sürekli Kaygının Yordayıcıları Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Endişe ile İlgili İnançlar ve Kontrol Odağının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**
- ÜMMET, Durmuş, Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Kaygının Cinsiyet Rollerini ve Aile Ortamı Bağlamında İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007. **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

EKLER

EK-A

Demografik Bilgiler

Değerli katılımcı,

Aşağıdaki her bir madde de kendinizle ilgili bir durum sorulmaktadır. Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Jülide BELGE

1. **CİNSİYETİNİZ :** E () K ()
2. **YAŞINIZ:**
3. **MEDENİ DURUM:** BEKAR () EVLİ ()
4. **EĞİTİM DURUMUNUZ:** İlk okul-orta okul () Lise () Üniversite ()
Lisans Üstü ()
5. **KENDİNİZİ AKADEMİK BAŞARI AÇISINDAN NASIL GÖRÜYORSUNUZ?**
Başarısız () b. Orta Düzeyde () c. Başarılı ()
6. **SOSYO EKONOMİK DÜZEYİNİZ NEDİR?**
Düşük () b. Orta () c. Yüksek ()

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12)

Sayın İlgili,

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. **(1)** Bana hiç uygun değil, **(2)** Bana çok az uygun, **(3)** Bana biraz uygun, **(4)** Bana çok uygun ve **(5)** Bana tamamen uygun. Formla ulaşılan bilgiler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır.

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. **(1)** Bana hiç uygun değil, **(2)** Bana çok az uygun, **(3)** Bana biraz uygun, **(4)** Bana çok uygun ve **(5)** Bana tamamen uygun.

1	Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2	Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozular.	1	2	3	4	5
3	İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4	En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5	Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6	Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7	Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8	Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.					
9	Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10	Belirsizlik yaşadığımda pek iyi çalışmam.					
11	En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12	Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği

Lütfen her bir ifadeyi bugün dâhil son bir haftayı dikkate alarak size ne kadar uygun olduğuna göre işaretleyiniz. Her sorunun karşısında bulunan; 0 bana hiç uygun değil, 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun anlamına gelmektedir.

		Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana genellikle uygun	Bana tamamen uygun
1	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
2	Hiç olumlu duygu yaşamadım.	0	1	2	3
3	Nefes alıp vermede güçlük yaşadım (örneğin; fiziksel egzersiz yapmamama rağmen çok hızlı nefes alma veya nefes alamama)	0	1	2	3
4	Hiçbir işime başlayamadım.	0	1	2	3
5	Kendimi takatsiz hissettim (örneğin; bacakların tutmaması)	0	1	2	3
6	Beni sıkıntıya sokan öyle zamanlar oldu ki, onlar bitince kendimi rahat hissettim.	0	1	2	3
7	Beklediğim veya umduğum hiçbir şey olmadığını hissettim.	0	1	2	3
8	Kendimi üzgün ve karamsar hissettim	0	1	2	3
9	Kendimi yorgun ve zayıf hissettim.	0	1	2	3
10	Neredeyse her şeye olan ilgimi kaybettiğimi hissettim.	0	1	2	3
11	Bir insan olarak değerli olmadığımı hissettim.	0	1	2	3
12	Herhangi bir fiziksel çaba harcamama veya fazla sıcak olmamasına rağmen yoğun biçimde terledim (örneğin; ellerin terlemesi)	0	1	2	3
13	Herhangi bir neden olmamasına rağmen korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
14	Hayatın değerli olmadığını hissettim.	0	1	2	3
15	Yutkunmakta güçlük yaşadım.	0	1	2	3
16	Yaptığım hiçbir şeyden zevk almadığımı farkettim.	0	1	2	3
17	Herhangi bir fiziksel çaba harcamadığım halde kalbimin hareketlerini fark ettim (örneğin; kalp atışlarımın hızlanması veya düzensizleşmesi)	0	1	2	3
18	Kendimi perişan ve kederli hissettim.	0	1	2	3
19	Kolayca paniğe kapıldığımı hissettim.	0	1	2	3
20	Basit fakat alışılmadık şeylerin üstesinden gelemeyeceğim diye kaygılandım.	0	1	2	3
21	Herhangi bir şeyi yapmak için heyecanlı ve coşkulu olamadım.	0	1	2	3
22	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
23	Dehşete kapıldığımı hissettim.	0	1	2	3
24	Gelecekte ümit verici hiçbir şey göremedim.	0	1	2	3

25	Yaşamın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3
26	Gölünç duruma düşme ve paniğe kapılma riski olan durumlardan dolayı endişelendim.	0	1	2	3
27	Vücudumun titrediğimi hissettim (örneğin; ellerimin titremesi)	0	1	2	3
28	Yapacağım şeylere başlamakta güçlük yaşadım	0	1	2	3

