

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI**

**ÖĞRETMENLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KİŞİSEL SAĞLIK
DAVRANIŞLARI VE DEPRESİF BELİRTİLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selen ÇAĞLAR BEKTAŞ

**TRABZON
Haziran, 2012**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI**

**ÖĞRETMENLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, KİŞİSEL SAĞLIK
DAVRANIŞLARI VE DEPRESİF BELİRTİLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Selen ÇAĞLAR BEKTAŞ

**Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nce Yüksek
Lisans Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**


**Tezin Danışmanı
Doç. Dr. Hikmet YAZICI**

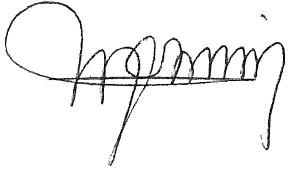
**TRABZON
Haziran, 2012**

KTÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Eğitim Bilimleri Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.29/06/2012

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Hikmet YAZICI 

Üye : Doç. Dr. Hatice ODACI 

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yasin ÖZTÜRK 

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Haluk ÖZMEN

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Tezimin içerdiği yenilik ve sonuçları başka bir yerden almadığımı ve bu tezi KTÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsünden başka bir bilim kuruluşuna akademik gaye ve unvan almak amacıyla vermediğimi; tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada kullanılan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yapıldığını, aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ediyorum.

Selen ÇAĞLAR BEKTAŞ

06.06.2012

ÖNSÖZ

Toplumların ruh ve karakterini şekillendirmede etkin rol oynayan öğretmenlerin bu işlevlerini yerine getirebilmesinde birçok faktör etkilidir. Günümüzde bireyleri yetiştirmekte önemli bir görev üstlenen öğretmenlerin çağın ilerisinde bir eğitim anlayışına sahip olmalarının yanı sıra fiziksel ve ruhsal yönden güçlü olmaları beklenmektedir.

Bu çalışmada öğretmenlerin kişilik özellikleri, kişisel sağlık davranışları ve depresif belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Lisans eğitimimden bugüne kadar bilgisinden ve tecrübesinden faydalandığım, insani değerleriyle örnek edindiğim, yaşamıma ve mesleğime farklı bir bakış açısı getiren değerli hocam, tez danışmanım, Doç. Dr. Hikmet YAZICI' ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Rehberlik ve Psikolojik Danışma programının değerli öğretim üyelerine, değerli öğretim görevlilerine ve sevgili araştırma görevlilerine,

Tez çalışmamın her aşamasında sabrını ve desteğini hep yanımda hissettiğim sevgili arkadaşım Arş. Gör. Fatma ALTUN'a,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi çalışmalarım sırasında da sevgi ve desteklerini esirgemedi her zaman yanımda olan, annem Fatma ÇAĞLAR, babam Akın ÇAĞLAR ve kardeşim Çağla ÇAĞLAR başta olmak üzere ailemin tüm üyelerine,

Çalışmamda her türlü destek ve yardımını benden esirgemedi, araştırma sürecindeki temel moral kaynağım olan sevgili eşim, Cem BEKTAŞ'a yürekten teşekkür ederim.

Haziran, 2012

Selen ÇAĞLAR BEKTAŞ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IV
İÇİNDEKİLER	V
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
TABLolar LİSTESİ	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ	XII
KISALTMALAR LİSTESİ	XIII
GİRİŞ.....	1-3

BİRİNCİ BÖLÜM

1.ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	4-6
1.1.Araştırmanın Amaçları	4
1.2.Araştırmanın Denenceleri	4
1.3.Araştırmanın Sayıltıları.....	4-5
1.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.5.Araştırmanın Önemi	5
1.6.Araştırmada Kullanılan Temel Kavramlar	6

İKİNCİ BÖLÜM

2.ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ YAYINLAR.....	7-51
2.1.Depresyon	7-8
2.1.1. Depresyonun Tarihçesi	9
2.1.2. Depresyon Kuramları	9
2.1.2.1. Klasik PsikanalitikGörüş	9-10
2.1.2.2. Bilişsel Görüş	10-14

2.1.2.3. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı1	5-16
2.1.2.4.Yükleme Kuramı.....	16
2.1.2.5. Umutsutluk Kuramı	16-17
2.1.2.6. Depresyonun Kişilerarası KuramıKuramı	17
2.1.2.7. Depresyonun Biyolojik Kuramları	18
2.1.3. Kalıtsal Veriler	18
2.1.4.Nörokimya ve Depresyon.....	18-19
2.1.5. Depresif Bozuklukların Tanınması.....	19-20
2.1.6. Depresyonda Sıklık ve Yaygınlık.....	20-21
2.1.7. Depresyonun Sınıflandırılması	21-26
2.1.8. Depresyon Tedavisi	27-32
2.1.8.1. Antidepresan İlaç Tedavisi	28
2.1 8.2. Elektro Konvülsif Tedavi	28-29
2.1.8.3. Işık Tedavisi	29
2.1.8.4. Psikoterapiler.....	29-30
2.1.8.4.1. Psikodinamik Psikoterapi ve Psikanaliz.....	30
2.1.8.4.2. Kişilerarası Terapi	30
2.1.8.4.3. Bilişsel Davranışçı Terapi	30-31
2.2. Kişilik	32-35
2.2.1. Kişilik Kuramları.....	35-45
2.3. Kişisel Sağlık Davranışları	45
2.3.1. Düzenli Fiziksel Aktivite.....	46
2.3.2. Düzenli Beslenme.....	46-47
2.3.3. Alkol Kullanımı.....	47-48
2.3.4. Sigara İçme	48
2.3.5. İnternet Kullanımı	49
2.3.6. Emniyet Kemerini.....	49
2.3.7. Güneş Kremi.....	50
2.3.8. Stresle Başa Çıkma.....	50
2.3.9. Uyku Düzeni.....	51

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.YÖNTEM	52-55
3.1. Araştırmanın Yöntemi	52
3.2. Araştırma Grubu	53
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	53
3.3.1. Bilgi Toplama Formu	53
3.3.2. Kişisel Sağlık Davranışları Formu	53
3.3.3. Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu	54
3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği	54-55
3.4. Araştırmanın İşlem Yolu	55
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Teknikleri	55

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR	56-61
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	56-57
4.2. Öğretmenlerin Depresif Belirtileri, Kişilik Özellikleri ve Kişilik Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler.....	57-59
4.3. Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinde Cinsiyete Dayalı Farklılıklar	60
4.4. Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinde İdari Göreve Göre Farklılıklar	61

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA VE YORUM	62-67
SONUÇ ve ÖNERİLER	68-69
KAYNAKLAR.....	70-80
EKLER	81-88
ÖZGEÇMİŞ	89

ÖZET

Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri, Kişisel Sağlık Davranışları ve Depresif Belirtileri Arasındaki İlişki

Depresyon çökkün duygu durum, düşük enerji, zayıf konsantrasyon, uyku ve iştahta değişiklik, değersizlik duygusu ya da umutsuzluk ve intihar fikirlerinden bir ya da daha fazlasının görülmesiyle karakterize edilen bir duygu durumudur. Depresyon bir duygu durum, bir belirti ya da sendrom anlamına gelebilir.

Bu çalışma öğretmenlerde kişisel sağlık davranışları, kişilik özellikleri ve depresif eğilimler arasındaki ilişkileri incelemektedir. Çalışmanın örneklemini oluşturan 433 öğretmen (Erkek=239, Kadın=194) sosyodemografik değişkenlerden oluşan bilgi toplama formunu, depresif belirtileri ölçen Beck Depresyon Envanterini, kişilik özelliklerini ölçen Eysenck Kişilik Envanterini cevaplamışlardır. Aynı zamanda öğretmenlerin 12 kişisel sağlık davranışı (sigara içme, alkol kullanma, düzenli kahvaltı yapma, uygun uyku düzeni, uygun çalışma temposu, düzenli fiziksel aktivite, uygun stres düzeyi, dengeli beslenme, emniyet kemeri kullanma, güneş kremi kullanma, mobil telefon ve internet kullanma) incelenmiştir.

Lojistik regresyon analizi uygun olmayan çalışma temposunun (OR=2.95, %95, CI=1.43-6.08), stresi uygun şekilde yönetememenin (OR = 2.14, %95 CI = 1.12-4.10) emniyet kemeri kullanmamanın (OR=2.59, %95, CI=1.37-4.88) dengeli beslenmemenin (OR=2.31, %95, CI=1.14-2.66) ve düşük dışa dönüklük kişilik özelliği puanlarının (OR=0.67, %95, CI=0.48-0.95) depresif belirtileri açıkladığını göstermiştir. Sonuçlar öğretmenlerin depresif bozukluklarının önlenmesi ve tedavi edilmesi açısından önemli unsurlar içermektedir.

Anahtar Sözcükler: Öğretmenler, Kişisel Sağlık Davranışları, Kişilik Özellikleri, Depresif Belirti.

ABSTRACT

The Association Between the Personality Traits of Teachers, Personal Health Behaviors and Depressive Symptoms.

Depression is an emotional state characterized by one or more of these symptoms: sad mood, low energy, poor concentration, sleep or appetite changes, feelings of worthlessness or hopelessness, and thoughts of suicide. Depression may signify a mood, a symptom, or a syndrome.

This study examines the association between personal health behaviors, personality traits and depressive symptoms among teachers. A sample of 433 teachers (Male=239, Female=194) answered a self-questionnaire including sociodemographic variables, depressive symptoms were measured by the Beck Depression Inventory, Personality traits were measured by the Eysenck Personality Inventory and 12 personal health behaviors (smoking, alcohol consumption, daily consumption of breakfast, appropriate daily duration of sleep, appropriate daily duration of work, regular physical activity, appropriate levels of stress, balanced diet, using seat belt, using sunscreen, using mobile phone and using internet) were also assessed.

Logistic regression analysis revealed that inappropriate daily duration of work (OR=2.95, 95%, CI=1.43-6.08), inappropriate stress management (OR = 2.14, 95% CI = 1.12-4.10) not using seat belt (OR=2.59, 95%, CI=1.37-4.88) not balanced diet (OR=2.31, 95%, CI=1.14-2.66) and low extroversion personality scores (OR=0.67, %95, CI=0.48-0.95) predicted depressive symptoms. Results have important implications for prevention and treatment of teacher's depression disorders.

Key Words: Teachers, Personal Health Behaviors, Personality Traits, Depressive Symptoms.

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo Nr.</u>	<u>Tablo Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1	Major Depresif Bozukluk İçin Tanı Ölçütleri.....	22
2	Bipolar Bozukluk İçin Tanı Ölçütleri.....	23
3	Distimik Bozukluk İçin Tanı Ölçütleri.....	24-25
4	Siklotimik Bozukluk İçin Tanı Ölçütleri	26
5	Araştırma Grubuna Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulguları.....	58-59
6	Öğretmenlerin Depresif Belirtilerini Yordayan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	60-61
7	Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkları.....	62
8	Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinin İdari Görev Yapma Değişkenine Göre Farklılıkları.....	63

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Sekil Nr.</u>	<u>Sekil Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1	Depresyonun Bilişsel Model	14

KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Pschiatric Association)
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
DSM	: Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EKA-GGK	: Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
MAO	: Mono Amin Oksidaz
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
MMPI	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

GİRİŞ

Eğitimin amacı, kişilerin yaşadığı toplumun ve toplumun bağlı olduğu çağdaş dünyanın uyumlu bir üyesi haline getirerek onları çağın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatmaktır. Bireylerin, toplum ve dünyadaki gelişmelere ayak uydurabilecek ve katkıda bulunabilecek bir biçimde yetiştirilmeleri gerekir. Bu da, iyi bir eğitim sisteminin yanında, nitelikli bir öğretmen kadrosu ile sağlanır (Dilaver, 1996: 119).

Günümüzde öğretmenlik mesleği, eğitim sektörü ile ilgili olan sosyal, kültürel, ekonomik, bilimsel ve teknolojik boyutlara sahip, alanda özel uzmanlık bilgi ve becerisini temel alan akademik çalışma ve mesleki formasyonu gerektiren, profesyonel statüde uğraşı alanıdır (Hacıoğlu ve Alkan, 1997: 21). Öğretmenlik mesleği, eğitim ortamında kişilerin etkisinde kaldıkları özgün ve yoğun stres yaratan durumlar sebebiyle, bireylerin özellikle ruhsal sağlıklarının ve buna bağlı olarak da çalışma yaşamlarının kötü yönde etkilenmesinde önemli ölçüde risk taşıyan bir meslek olarak yorumlanmıştır (Işıkhan, 2004: 147).

Amerikan Stres Enstitüsü'nün öğretmenlik mesleği ile ilgili yapmış olduğu çalışmaların sonucunda, sağlığı tehlikeye sokma ve günlük yaşamsal problemler ile mücadeleyi zorlaştırma açısından öğretmenler, yüksek riskli meslek elemanları arasında gösterilmiştir (Baltaş ve Baltaş, 1998: 62).

Öğretmenlerin genel olarak diğer meslek çalışanlarına göre daha fazla stres yaşama nedenleri; eğitim-öğretim hizmetlerindeki öğrenci-öğretmen ve okul-aile çatışmaları, disiplin sorunları, kalabalık sınıflar, fiziki koşullardaki yetersizlik, bürokratik işlerin çokluğu, toplumun eleştirileri, eğitim kurumları üzerindeki sosyal ve politik baskılar, ödüllendirme ve karara katılımın yetersizliği gibi sorunlardır (Türk, 2004). Bunların yanı sıra öğretmenlerden gerçekleştirmeleri istenen çeşitli beklentiler vardır. Günümüzde öğretmenlerden beklenen, bireyleri, sürekli ve hızlı bir şekilde değişim gösteren teknolojik bir topluma hazırlamaları ve toplumun çeşitli problemleri ile uğraşmalarınıdır (Akçamete ve diğerleri, 2001).

Öğretmenlik mesleği, bazı stres kaynaklarından dolayı özellikle öğretmenlerin ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenebilmesi açısından da riskli bir meslektir. Bu tür etkilenmeler, öğrencileri için çok önemli olan öğretmenin, öğrencilerine, işine, diğer insanlara karşı ilgisini, sevecenliğini ve mesleki rolünün gerektirdiği sorumlulukları yerine getirmedeki etkililiğini azaltabilir. Her düzeydeki çalışanı etkisi altına alabilen bu durum, örgütsel anlamda performans düşüklüğü, işe devamsızlık, bireysel anlamda fizyolojik hastalıklar, davranışsal bozukluklar, kaygı (anksiyete) ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir (Cemaloğlu ve Şahin- Erdemoğlu, 2007: 466).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (Güler, 2006).

Depresyonun toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkileri çok önemli olmakla birlikte bu durum gerektiğinden az vurgulanmaktadır. Depresyonun ortaya çıkışında metabolik, duygusal, bilişsel ve davranışsal vb. birçok etken rol oynamaktadır (Ceylan ve diğerleri, 2003: 145). Bu etkenlerden biri olan kişilik özellikleri depresyon için önemli düzeyde risk oluşturmaktadır. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişilerarası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içe dönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özelliklerine bağlı olarak depresyonun daha çok gelişmekte olduğu bildirilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000: 42).

Depresif kişiliği olanların, yaşama olumsuz baktıkları, kendileri ve arkadaşları hakkında aşırı eleştirici, aşağılayıcı yargılara sahip oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca,

depresyonlu kişilerin, güvensizlik duygularına sahip olduklarından dolayı, küçük başarısızlıklardan, derinden etkilenerek, kendilerini zevk alma yetisinden mahrum bıraktıkları ifade edilmektedir (Koroğlu, 1993: 37).

Negatif bir duygulanım durumu olarak depresyon bireylerin kişisel yaşamlarını ve mesleki işlevlerini olumsuz yönde etkiler. Bu çalışmada öğretmenlik mesleğini sürdüren bireylerin depresif eğilimleri kişilik özellikleri ve kişisel sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilerek incelenmektedir. Araştırmada elde edilen sonuçların önemli bir işlevi yerine getiren öğretmenlerin ruhsal yapılarının anlaşılmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde araştırmanın amacı, denenceleri, sayıtlıları, sınırlılıkları, önemi ve araştırmada kullanılan temel kavramlar tanımlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı, öğretmenlerin kişilik özellikleri kişisel sağlık davranışları ve depresif belirtileri arasındaki ilişkileri incelemektir.

Araştırmanın diğer amaçları aşağıda sıralanmaktadır.

1. Kadın ve erkek öğretmenlerin depresif belirtileri arasındaki farkları incelemek.
2. Kadın ve erkek öğretmenlerin kişilik özellikleri arasındaki farkları incelemek.
3. İdari görev yapan ve yapmayan öğretmenlerin depresif belirtilerini incelemek.
4. İdari görev yapan ve yapmayan öğretmenlerin kişilik özelliklerini incelemek.

1.2. Araştırmanın Denenceleri

1. Öğretmenlerin kişilik özellikleri ve kişisel sağlık davranışları depresif belirtilerini anlamlı düzeyde açıklamaktadır.

2. Kadın öğretmenlerin depresif belirti düzeyleri erkek öğretmenlerin depresif belirti düzeylerinden daha yüksektir.

3. Kadın ve erkek öğretmenlerin kişilik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.

4. İdari görev yapan ve yapmayan öğretmenlerin depresif belirtileri arasında anlamlı fark vardır.

5. İdari görev yapan ve yapmayan öğretmenlerin kişilik özellikleri arasında anlamlı fark vardır.

1.3. Araştırmanın Sayıtlıları

1. Örnekleme grubu evreni temsil edecek niteliktedir.
2. Araştırma grubu ölçme araçlarını yansız bir şekilde cevaplamıştır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Örnekleme grubunun sadece bir ilden seçilmesi araştırmanın sonuçlarının genellenebilmesi açısından bir sınırlılıktır. Çünkü farklı illerde ya da bölgelerde çalışan öğretmenlerin stres kaynakları farklı olabileceği için depresif eğilim düzeyleri de farklı olabilir.

2. Ölçeklerin kişisel ifadelerle dayalı olarak cevaplandırılması, cevaplayıcılardan kaynaklanan önemli bir sınırlılıktır.

3. Uygulamanın farklı okullarda yapılması araştırmacının uygulama standartlarını oluşturması açısından sınırlılık olabilir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Öğretmenlerin, ihtiyaç ve talepler doğrultusunda insanların hayatlarını ve kaderlerini belli noktalarda değiştirmek gibi görevleri vardır. Bu görev için öğretmenler, yapılan işe inanç, yardım götürülen kişiye karşı duyarlılık gibi kaynaklardan beslenmek durumundadır. Bu kaynakların zayıflaması kişinin duygusal yönden kendini çökkün hissetmesine, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalmasına işi gereği hem öğrencilerine hem de çalışma arkadaşlarına karşı duyarsızlaşmasına neden olabilir.

Öğrenciler öğretmenin yalnızca bilgisinden değil, onun tüm kişiliğinden-tutumlarından, davranışlarından, ilgilerinden, ihtiyaçlarından, değerlerinden ve benzeri özelliklerinden etkilenmektedir. Sıkıntılı, gergin, uyumsuz, gelecekte kaygılı, öfkeli bir kişinin davranışları ve sözleriyle akademik bilgiden ziyade doğru davranış ve değerleri kazandırması bile mümkün değildir. Bu nedenle ülkemizin geleceğini emanet edeceğimiz gençlerimizi yetiştiren öğretmenlerimizin kişilik özellikleri, sergiledikleri tutumlar ve içinde buldukları psikolojik durumları önem arz etmektedir. Bu çalışmayla öğretmenlerin kişilik özellikleri, kişisel sağlık davranışları ve depresif eğilim düzeyleri

arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Buradan elde edilen bulguların öğretmenlerin kişisel, mesleki ve ruhsal gelişimlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.6. Araştırmada Kullanılan Temel Kavramlar

Kişilik: Bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları ve kişilik içi süreçler olarak tanımlanır (Burger, 2006: 23).

Depresyon: Derin üzüntülü bir duygu-durum içinde; düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk; değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Öztürk, 1985).

İKİNCİ BÖLÜM

2. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ YAYINLAR

2.1. Depresyon

Günlük dilde depresyon üzüntü, hayal kırıklığı ve karamsarlık gibi duyguların bir araya gelişini ifade eder (Blackburn, 1992: 9). Depresyon kişinin bilinen genel davranışları ve sahip olduğu değerleriyle tamamen uyumsuzluk yaratmakta ve kişiyi normal yaşantısından kopartacak kadar önemli bir durumun nedenini oluşturmaktadır (Beck, 2005: 103). Depresyon derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Erim, 2001).

En geniş anlamıyla depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Alper, 2001).

Depresyonu oluşturan özgül faktörlerin ne olduğuna dair kesin bir görüş birliği olmamakla birlikte, birçok araştırmacı ve klinisyen, depresyonun çok boyutlu doğasını kabul etmektedir. Depresyon kuramları duygusal, bilişsel, fizyolojik ve kişilerarası ilişkiler alanlarını kapsamaktadır. Depresyondaki bu alanların açığa çıkarılmasının birçok kuramsal ve pratik doğurguları olabilir (Arkar ve Şafak, 2004: 117-118).

İnsanı yeryüzünde yaşayan diğer canlılardan ayıran özelliklerinden biri duygusal tepkilerinin yoğun ve karmaşık olmasıdır. Kişinin yaşadığı mutluluk, sevinç, öfke gibi

duygular hayatının anlamını ve amacını oluşturur. Bireyin olaylara, düşüncelere, uyarılara bu tepkileri vermesi duygulanım, neşe, üzüntü ve öfke duyguları belli süreler içerisinde değişen seviyelerde yaşaması ise duygu durum (mood) olarak adlandırılır. Gün içinde bir bireyin duygu durumu belli sınırlar içerisinde kısa süreli dalgalanmalar gösterebilir. Bireyin duygulanımında anormallikten söz edebilmek için, gerçekten öfkelenecek, sevinilecek ya da üzülecek durumlara, bu durumlara uygun düşmeyecek derecede aşırı ve düzensiz tepkiler vermesi ya da tamamen tepkisiz kalması gerekir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 338). Kişinin duygularında, tepkilerinde, nedenlerle ilişkisiz, uygun olmayan aksamalar yaşanmaya; işlevselliğinde de bozulmalar meydana gelmeye başlar (Bulut, 1995). Yaşanan tüm ruhsal bozukluklarda duygulanım az ya da çok etkilenmektedir. Ancak bazı ruhsal bozukluklarda ana belirti duygulanım ve duygu durumla ilgilidir. Öztürk ve Uluşahin'e (2008) göre duygu durum şu şekilde sınıflandırılabilir:

Normal duygu durum (euthymia):Kişinin tepkilerinde aşırılık oluşturmayan, ancak belli düzeyde dalgalanmalar gözlenen duygusal durumdur. Normal duygu duruma sahip kişi kendisini iyi hissetmektedir; kızgınlık, sevinç, üzüntüsü olabilir; fakat bunlar davranışlarında, ne kendisince ne de bir başkası tarafından fark edilebilecek bir aşırılık sergilememektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 339).

Taşkın duygu durum (elatedmood, highmood, euphoria): Uzun zaman göremediğimiz arkadaşlarımızla bulduğumuzda ya da eğlendiğimiz bir mekânda her zaman olmadığımız kadar coşkulu ve neşeli olabiliriz. Ancak bu durum belli bir süre ve ölçüde gerçekleşir. Taşkın duygudurumda ise kendini aşırı iyi hissetme ve aşırı coşku kişinin günlük hayatının her alanına hâkimdir. Bu bağlamda kendimizi mutlu hissettiğimizde sergilediğimiz coşkudan farklılık gösterir.

Çökkün duygu durum (lowmood, depressedmood): Bu duygudurumuna sahip kişinin yaşadığı duygular, normal bir bireyin çok sevdiği bir yakınını kaybettiğinde yaşadığı duygulara benzemektedir. Kişinin günlük yaşamındaki tüm etkinliklerine üzüntü ve hüzün egemendir.

2.1. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon çok eski çağlardan beri bilinen bir bozukluktur. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve mani dönemleri geçiren kişiler tanımlanmaktadır. Melankoli deyimini ilk olarak Hipokrat kullanmıştır (İ.Ö.V. yüzyıl). Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa “Hipokrat melankoli” adını vermiş ve bunu "kara safra"ya bağlamıştır. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbn-i Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. Ondokuzuncu yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini psikoz manik depresif (PMD) adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin (1896) başarmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 339-340). Freud ve Abraham da bu hastalığa dikkatleri çekip, psikodinamik açıdan açıklamaya çalışmışlardır. Gillespie 1929’da endojen ve eksojen depresyon sınıflamasını yapmış, 1960’larda “monopolar” ve “bipolar” kavramlarını ortaya atılmıştır. 1970’li yıllarda ise bipolar bozukluklar tip I ve tip II olarak sınıflandırılmıştır. DSM-IV- TR ‘de ağır çökkünlük durumuna "majör depresyon" denmiş ancak, bir "minör çökkünlük" tanımlanmamıştır. Bu nedenle tutarlı bir terim olmadığı düşünülebilir. Hem ICD-10, hem de DSM-IV-TR çökkünlükleri şiddetine göre hafif, orta, ağır olarak sınıflandırmakta; ağır depresyonları da psikotik belirtisi olan ve olmayan diye ikiye ayırmaktadır. Depresyon genel olarak dört paradigma kapsamında incelenmektedir (Akaran: Bulut, 1995).

2.1.2. Depresyon Kuramları

Depresyonla ilgili farklı kuramlar geliştirilmiştir. Bu kuramlar aşağıda kısaca özetlenmiştir.

2.1.2.1. Klasik Psikonaltik Görüş:

Freud depresyon potansiyelinin erken çocukluk döneminde oluştuğunu belirtmiş, çocuğun ihtiyaçlarının aşırı ya da az karşılanması durumunda bu dönemde kalmasına ve bu döneme ait içgüdüsel doyumlara bağımlı olmasına neden olabildiğini ileri sürmüştür. Oral dönemdeki bu saplanmaya bağlı olarak birey, benlik saygısının sürmesi için başka

insanlara aşırı düzeyde bağımlılık eğilimi geliştirebilir. Freud çocukluktaki bu durumun yetişkinlikte depresyonu nasıl ortaya çıkardığını kayıp analiziyle ilişkilendirerek açıklar (Davison ve Neale, 2004: 240). Sevilen kişinin kaybindan sonra yastaki kişinin ilk önce kayıp kişiyi içine alma (injection), kaybı bozma, geri getirme çabasıyla onunla özdeşim kurduğunu belirtmiştir. Birey, kaybedilen kişiye bilinçdışı olarak olumsuz duygular beslediği için kendi kızgınlığının nesnesi haline gelir. Ayrıca yas tutan birey, ölen kişiye karşı gerçek ya da gerçek dışı suçlardan dolayı suçluluk duyar. İçe alma döneminden sonra, yas tutan kişinin ölen kişiyle ilgili anılarını hatırladığı yas çalışması gelir. Böylelikle kendini ölen ya da onu hayal kırıklığına uğratan kişiden ayırır. Aşırı bağımlı kişilerde ise içe alınan kişiyle ilgili algılanan eksiklikler nedeniyle kendilerine yönelik kızgınlık yaşarlar ve bu durum yas çalışmasının işlenmesine engel olur. Bu kuram ‘depresyonun kendine döndürülmüş kızgınlıktır’ görüşünü temelini oluşturmaktadır (Davison ve Neale, 2004: 240).

Psikanalitik görüşe sahip başka bir araştırmacı Bibring'e göre kişi öz-saygısını koruyabilmek için birtakım emellere ulaşmak ister. Bunu yapamayınca depresyona girer (Aktaran: Bulut, 1995).

Jacobsen anne-baba ve çocuk ilişkilerinin ambivalans oluşu ile ego gelişiminin bozulduğunu savunur. Eğer; ilerdeki dönemlerde benzer durumlarla karşılaşırsa, kişide depresyon oluşabilmektedir. Erken çocukluk döneminde benzer nedenlerle denetim altına alınamayan saldırganlık duyguları, benlikte tutarsızlığa, ilişki ve özdeşimlerde bozukluğa, sonuçta da çeşitli benlik ve üst benlik işlevlerinin yerine getirilmesinde engellemelere neden olur (Davis ve diğerleri, 1986: 79).

2.1.2.2. Bilişsel (Cognitive) Görüş

Beck ve arkadaşları (Işık, 1991: 57-58) tarafından geliştirilen teoriye göre çökkünlüğün temelinde bilişsel bozukluklar vardır. Kişi kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar geliştirmiştir. Birey, çocukluğundan itibaren, öğrenme yolu ile buna benzer şema olarak adlandırılan temel varsayımları ortaya çıkarmıştır. İlerleyen zamanlarda buna benzer durumlarla karşılaşıncaya bu olumsuz şemalar ortaya çıkar.

Böyle bir durumda tepkisel olarak harekete geçen negatif otomatik düşünceler vardır. Keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, küçümseme veya abartma, kişiselleştirme, hep ya da hiç biçiminde düşünme gibi durumlar örnek olarak verilebilir (Davis ve diğerleri, 1986: 79). Bu durumda depresif duygu durum oluşmakta, ancak kişi bu otomatik düşüncelerin değil depresif duygu durumunun farkına varmaktadır.

Bilişsel depresyon kuramları kişilerin ne yaptıkları değil, kendilerini ve dünyayı nasıl algıladıkları üzerinde yoğunlaşır. Aaron Beck'in geliştirdiği bilişsel kuram, depresyondaki hastalarla yaşanan kapsamlı bir tedavi deneyiminden türetilmiştir. Beck bu hastaların olayları tutarlı biçimde olumsuz ve özeleştirel bir bakış açısıyla değerlendirmeleri karşısında şaşırmıştır. Bu hastalar başarıdan çok başarısızlık beklentisi içinde olup, başarısızlıklarını abartmakta, başarılarını ise küçümsemektedirler. İşler kötüye gittiğinde koşullardan çok kendilerini suçlama eğilimi gösterilmektedirler (Öztürk, 2004). Beck'e (2004) göre, depresyon sendromunun ayırıcı özelliklerine hastanın kişiliğinde olduğu gibi yeni bir teknik biçim vermek, depresyona ilişkin önceki yaklaşımlardan çok daha etkili olmaktadır. İyi planlanmış, probleme yönelik yaklaşımlar daha acil çözümler içermektedir.

Beck'in depresyonla ilgili bilişsel kuramı dört temel ögeden oluşmaktadır. Bu ögeler aşağıda kısaca özetlenmiştir.

1.Olumsuz Üçlü: Üçlünün birinci bileşeni, bireyin kendisiyle ilgili olumsuz görüşleridir. Birey kendini kusurlu, yetersiz, hasta ve yoksun olarak görmektedir. Yaşadığı olumsuz deneyimlerini kendisindeki birtakım psikolojik, ahlaki ya da fiziksel kusurlara atfetme eğilimindedir. Birey kendisinde olduğunu varsaydığı bu kusurlardan ötürü değersiz ve istenmeyen bir birey olduğuna inanmaktadır. Bunlardan dolayı kendisini küçük görme ve eleştirme eğilimindedir. Kendisine göre kusurlu olan yanlarının, mutluluk ve hoşnutluk elde etmek için gerekli olduğuna inanır. Üçlünün ikinci bileşeni, bireyin sürmekte olan deneyimlerini olumsuz biçimde yorumlama eğiliminde olmasıdır. Dünyanın, kendisi üzerinde aşırı taleplerle ve kendisi için aşılmaz engellerle dolu olduğuna dair bir bakış açısı geliştirmiştir. Canlı ve cansız çevresiyle olan etkileşimlerini, engellenme ve yoksunluğu temsil eder şekilde yanlış yorumlama eğilimindedir. Üçüncü bileşen ise, bireyin geleceğiyle ilgili olumsuz görüşleridir. Depresif birey, uzun vadeli tasarımlar yaptığı için, şu andaki probleminin ya da çektiği acının sonsuz dek devam edeceğini tahmin etmektedir. Zorlukların, düş kırıklıklarının ve yoksunluğun hiç bitmeyeceğini sanmaktadır. Birey için

gelecek karanlık ve başarısızlıklarla doludur (Beck ve diğeri, 1979; Savaşır ve Batur, 2003).

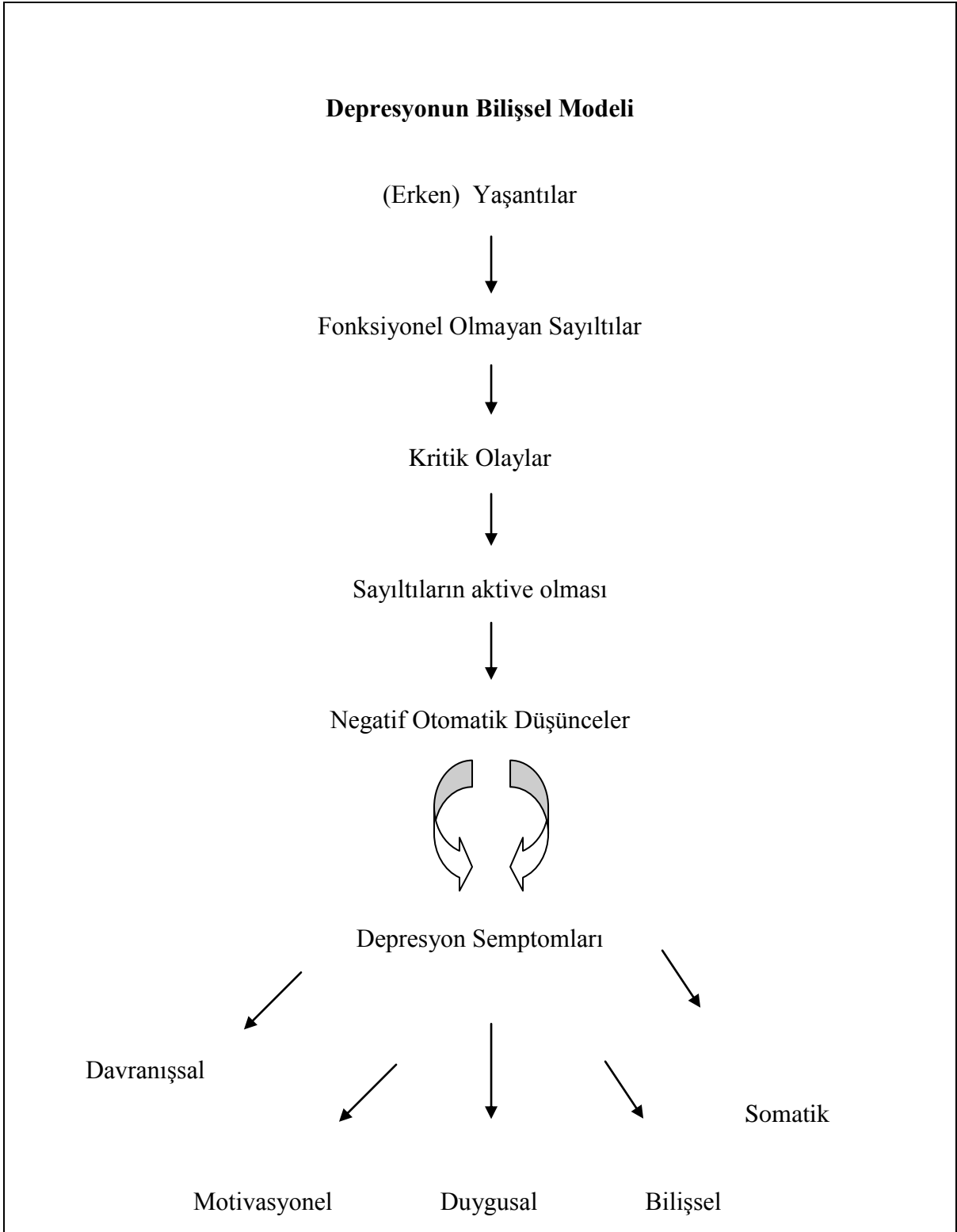
2. Şemalar ya da Fonksiyonel Olmayan Varsayımlar: Beck'in depresyona ilişkin bilişsel kuramı, bireylerin deneyimlerinin, onların dünyaya ve kendilerine ilişkin varsayımlar ya da şemalar oluşturmalarında etken olduğunu öne sürmektedir. Bu varsayımlar ya da şemalar algıyı organize etme; davranışı kontrol etme ve değerlendirmede kullanılmaktadır. Bazı varsayımlar katı, aşırı, değişime dirençli ve dolayısıyla da fonksiyonel olmayan yani zarar vericidir. Bu gibi varsayımlar insanların mutlu olmak için neye ihtiyaç duydukları (örnek: eğer birisi hakkımda kötü düşünürse, mutlu olamam) ve kendilerini değerli görmeleri için ne yapmaları gerektiği (örnek: girdiğim her işte başarılı olmalıyım) ile ilgili olabilirler. Fonksiyonel olmayan varsayımlar tek başlarına klinik depresyona neden olmazlar. Problemler bireyin inanç sistemiyle ilişkili kritik olayların meydana gelmesiyle ortaya çıkar. Öz değerinin tamamen başarıya dayandığı inancı, başarısızlık durumunda depresyona neden olur. Mutlu olmak için başkalarınca onaylanmanın gerekliliği inancı, reddedilme durumunda depresyonu tetikler (Fennel, 1996: 169-235).

3. Olumsuz Otomatik Düşünceler: Fonksiyonel olmayan varsayımlar aktif hale geldiklerinde, olumsuz otomatik düşünceler üretirler. Olumsuz duygularla ilişkili oldukları için "olumsuz", bilinçli bir mantıksal çözümleme sürecine tabi tutulmadan, ani olarak ortaya çıktıkları için de "otomatik" olarak değerlendirilirler. Bunlar şu anki deneyimlerin yorumlanması, gelecekteki olaylara ilişkin kestirimler ya da geçmişte olan şeylerin anımsanması biçiminde olabilir (Fennel, 1996). Bu düşünceler birey tarafından daha fazla analiz edilmeye gerek kalmadan çoğunlukla doğru olarak kabul edilirler. Bireyin duygusal durumunu bozar; umutsuzluğun giderek kötüye giden sarmalı içinde başka düşüncelere ve imajlara neden olurlar (Williams, 1997: 259-283).

4. Sistemik Hatalar: Depresyonun bilişsel kuramına ilişkin bir başka durum ise, depresif bireylerin düşünce sistemindeki sistemik hataların varlığıdır. Depresif bireyin düşünce sistemindeki bu hatalar, danışanın aksi kanıtlar olduğu halde negatif kavramların geçerliliğine ilişkin inancını sürdürmesine neden olur. Bu sistemik hatalar; keyfi çıkarımlar, seçici soyutlama, aşırı genelleme, abartma ya da küçültme, kişiselleştirme, mutlakiyetçi düşünme olarak kategorize edilmektedirler (Beck ve diğeri, 1979). Bu tip sistemik hatalar, sağlıklı insanlarda da görülmektedir. Ancak depresyondaki hastalar, bu

hataları çok sık ve yaygın olarak yapmakta ve onları değiştirmenin ellerinde olmadığını algılamaktadırlar. Bu hatalar aynı zamanda danışanın kendini olumsuz algılayışının devam etmesinde, sürdürücü bir rol üstlenmektedirler (Savaşır ve Batur, 2003: 17-23).

Depresyonun bilişsel kuramını değerlendirirken, en az iki noktanın göz önünde bulundurulması gerekir. Birincisi, depresyonda olmayanlara oranla, depresif kişilerin kendilerini yanlış değerlendirmelidir. Depresyonun bilişsel kuramları için en büyük eleştiri belki de ikinci önemli noktayı, yani depresif kişilerin olumsuz inançlarının depresyonlarını takip etmediğini, aslında depresif duygu durumuna neden olması oluşturmaktadır. Bunun yanında Beck'in kuramı test edilebilir olma avantajına sahiptir ve bu şekilde depresyon üzerine yapılan araştırmaların artmasını ve genişlemesini sağlamıştır (Davison ve Neale, 2004: 242-243).



Şekil 1: Depresyonun Bilişsel Modeli (Fennel, 1996).

2.1.2.3. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı

Bu kuram başlangıçta elektrik şokuna maruz kalan köpeklerin davranışını açıklamaya yönelik bir öğrenme kuramı olarak geliştirilmiştir. Köpeklere bir yandan elektrik akımı vererek onu bir kaçınma davranışına sokarken, bir yandan da kaçabilmesi önlenirse, bir süre sonra köpek, kaçma çabalarını bırakmakta, teslim olmakta, üzüntülü, durgun, çaresiz bir görünüme girmeye başlamaktadır. Bu, insanlardaki çökkünlüğe benzemektedir. Bu görüşe göre çökkünlük; çocukluktan beri, acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, mücadele etmeyi başaramama ve çaresiz kalma durumudur (Aktaran: Bulut, 1995).

Öğrenilmiş çaresizlik modeli (Abramson ve diğerleri, 1978) son yıllarda pek çok araştırmaya konu olan ve depresyonun açıklanmasında önemli doğurguları bulunan bir modeldir. Modele göre çaresizlik davranışlarının üç önemli özelliği bulunmaktadır. Bunlar, davranış ile sonuç arasındaki bağımsızlık, pasif davranış örüntüsü ve bilişsel yapıdaki değişimlerdir (Peterson ve Seligman, 1987). Davranış ile sonuç arasındaki bağımsızlık, çaresizliğin ortaya çıkması için önkoşuldur. Ancak bu koşul, insanlarda çaresizliğin gözlenmesi için tek başına yeterli olmamaktadır. Çaresizlik modeli, bu noktada, çaresizlik yaşantısından geçen bireyin yaptığı nedensel yüklemelerin de önemli olduğunu vurgulamaktadır. Modele göre davranış-sonuç bağımsızlığı yaşantısından geçen bireyin çaresizlik davranışları göstermesi için üç tür yükleme de bulunması gerekmektedir. Bunlardan bir tanesi, bireyin, davranış-sonuç bağımsızlığını bireysel çaresizlik olarak algılamasıdır. Diğer bir deyişle, bu koşuldaki birey, sonuçları kontrol etme yönünden yalnız kendisinin başarısız olduğuna; ilgili diğer bireylerin sonuçları başarıyla kontrol ettiğine inanması gerekir. Buna ek olarak, modelin, çaresizlik için öngördüğü ikinci koşul, davranış-sonuç bağımsızlığı yaşantısından geçen bireyin, sonuçları kontrol etmede yeteneksiz olduğuna karar vermesi gerekmektedir. Sonuçları kontrol etme yönünden yeteneksiz olduğuna karar veren birey, bu yeteneksizliğinin birçok durum için geçerli olduğuna inandığı takdirde genellenmiş çaresizlik davranışı gösterecek ve kontrol algısındaki bozulmanın düzeyine bağlı olarak, çaresizliğin ciddiyet derecesi de değişecektir.

Bu model, çaresizlik yaşantıları sonucu ortaya çıkan depresyonun kendilik değeriyle yakından ilişkili olduğunu ileri sürmekle birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalar, depresif davranışların, depresif yükleme biçimi (depressive attributional style) adı verilen bir eğilimle de yakından ilişkisi olduğuna işaret etmektedir (Peterson ve Seligman, 1987).

2.1.2.4. Yükleme (Atıf) Kuramı

Frieze ve Weiner (1971) yüklemeyi, kişinin davranışı için olan açıklaması olarak kabul etmektedir. Weiner'ın (1985), yükleme kuramında, bireylerin yaşamlarında kendilerine ve başkalarına ilişkin olayları bir neden sonuç ilişkisi içinde algıladıkları ve bu yolla içinde yaşadıkları dünyalarını yordanabilir ve kontrol edilebilir kılmaya çalıştıklarını savunmaktadır. Depresyonun yeterince açıklanamadığını düşünen Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) var olan kuramın eksiklerini gidererek yeni bir kuram önermişlerdir.

Abramson ve arkadaşları depresif kişilerin de yaşamlarında ki önemli olayları bir neden sonuç ilişkisi içinde algıladıklarını ve bu olaylara yaptıkları nedensel yüklemelerin depresif bozuklukların gelişmesinde önemli rol oynadıklarını öne sürmüşlerdir. Abramson ve arkadaşlarının öne sürdükleri bu yeni formulasyonda depresif bozuklukların gelişebilmesi için, davranışlarla sonuçları arasındaki bağımsızlık ilişkisinin yeterli olmadığı bu ilişkiyi açıklarken kişilerin yaptıkları nedensel yüklemelerin depresif belirtilerin gelişmesini sağlayan esas etken olduğu belirtilmiştir (Uzunöz, 1990: 30-41).

2.1.2.5. Umutsuzluk Kuramı

Umutsuzluk kavramını bilişsel kuram çerçevesinde ele alan ve umutsuzluğu kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentileri olarak değerlendiren Beck (1963), bu kuramı geliştirirken depresyon belirtilerinden karamsarlık için önemli bir kavram olan umutsuzluk üzerinde durmuş ve umutsuzluğun ölçümü konusunda çeşitli çalışmalar yapmıştır. Araştırmacı psikoterapi gören ve intihar girişiminde bulunmuş 80 depresif hasta ile yaptığı çalışmalar sonucunda bu hastaların sorunlarının çözümü olmadığına ve hiçbir zaman çözüm bulamayacaklarına olan inanışları ile intihar girişimleri arasında bir bağ olduğunu belirtmektedir. Beck'e göre hasta objektif ve gerçekçi bir nedeni olmadığı halde

deneyimlerine yanlış anlamlar yüklemekte ve amacına ulaşmak için çaba sarf etmediği halde bunlardan negatif sonuçlar beklemektedir. Beck (1963) hastaların bu durumunu “umutsuzluk” olarak adlandırmıştır (Durak ve Palabıyıkoglu, 1994).

Abramson ve arkadaşları (1978), depresyon ve çaresizlik kavramını yeniden düzenleyerek umutsuzluk depresyonu teorisini ortaya koymuşlardır. Bu teoriye göre kişi kontrol edemediği olumsuz sonuçlarla karşılaştığında, olayları yalnız kendisinin kontrol edemediğine inanıp, bireysel çaresizlik durumuna girmektedir. Bu yaşantının sonucu olarak da, içsel-dışsal, değişmez-değişebilir, genel-özel olmak üzere üç değişik nedensel boyutta umutsuzluk yaşamaktadır. Bu modele göre, her kişide var olan nedensel yüklemelerde bulunma eğilimi önemli bireysel ayrılıklar göstermekte ve her birey kendine özgü bir yükleme biçimine sahip bulunmaktadır. Bu tür yüklemeler, gelecekteki olumsuz sonuçların da kontrol edilemeyeceği beklentisinin gelişmesine ve kontrol algılamasında bozulmalara yol açmaktadır. Kontrol algısındaki bu bozulma sonucunda kişi, kontrol edebileceği sonuçlarla karşılaştığında gerekli çaba yerine, çaresizlik belirtileri göstermektedir. Kişi kontrol edememe konusunda, kişisel özelliğe bir yükleme yaptığında kendilik algısında bir bozulma olmaktadır. Model, kendilik algısındaki bu bozulmayı depresyonun en önemli belirtisi olarak değerlendirmektedir (Hovardoglu 1986, Teğın 1987).

2.1.2.6. Depresyonun Kişilerarası Kuramı

Depresyon yaşayan kişinin sosyal ağı gelişmemiştir ve bu ağ, kişiyi daha az destekleyici olarak algılanır. Bu azalmış sosyal destek olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkma becerisini azaltır (Billings ve Moos, 1981: 139-158). Araştırmalar sonucu elde edilen veriler, depresif kişilerin itici kişilerarası tarzları olduğunu ve başkalarının reddini kolaylaştırdıklarını göstermiştir. Depresif ana babaların ilkökul çağındaki çocuklarının davranışlarının hem arkadaşları hem de öğretmenleri tarafından daha olumsuz olarak ifade edilmesi, depresyondaki kişilerin kişilerarası ilişkilerdeki olumsuz özelliklerinin önceden de var olduğunun kanıtıdır (Davison ve Neale, 2004: 248). Sosyal beceri bozuklukları ve kişilerarası ilişkilerdeki başarısızlıklar depresyonun nedeni olabildiği gibi sonuçları da olabilmektedir.

2.1.2.7. Depresyonun Biyolojik Kuramları

Depresyonun kalıtsal olmasıyla ilgili veriler bu bozukluğun biyolojik bir dayanağı olduğu görüşüne destek vermektedir. Bazı nörotransmitterlerin düzeyini arttıran ilaç terapilerinin olumlu etkisi, depresyon tedavisinde biyolojik faktörlerin de önemli olduğunu göstermektedir (Davison ve Neale, 2004: 249). Depresyonun biyolojik açıklamasını yaparken bazı faktörler de dikkate alınır. Aşağıda kısaca bu faktörler üzerinde durulmuştur.

2.1.3. Kalıtsal Veriler

Depresyonla ilgili kalıtsal faktörlerin araştırılmasında aile, ikiz ve evlat edinme yöntemleri kullanılmıştır. Gershon (1982), tek uçlu ve iki uçlu depresyonla ilgili araştırmalarda iki uçlu hastaların birinci derece akrabalarında depresyon sıklığının %10 ile 25 arasında olduğunu ve iki uçlu hastaların birinci derece akrabalarında tek uçlu depresyon vakalarının iki uçlu bozukluktan daha fazla olduğunu belirtmiştir. Ebmeier ve arkadaşları (2006), depresyon hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riskinin genel nüfusa oranla iki üç kat fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Yine aynı araştırmacılar, kalıtımla geçiş oranının %31-42 arasında olduğu görüşündedirler.

Elde edilen veriler kalıtsal faktörlerin tek uçlu depresyonun, iki uçlu depresyonda olduğu kadar etkili olmadığını göstermiştir. Tek uçlu depresyon için artmış risk altında olmalarına rağmen, riskleri iki uçlu hastaların akrabalarından daha azdır.

Yeni Zelanda'da yürütülen geniş çaplı bir araştırmada iki uçlu hastaların akrabalarında hastalık riskinin iki uçlu bozukluk için %6.4, tek uçlu depresyon için %13.2 olduğunu bulmuşlardır. Genelde, tek yumurta ikizlerinde iki uçlu bozukluğun eş hastalanma oranı %72, çift yumurta ikizlerinde ise %14 olarak bulunmuştur (Kendler ve diğerleri, 1995). Kanıtlar iki uçlu depresyonun kalıtsal bir yönü olduğunu desteklemektedir.

2.1.4. Nörokimya ve Depresyon

Biyolojik açıdan, noradrenalin, serotonin, dopamin gibi maddeler duygu durum bozukluklarının fizyopatolojisinde en fazla düşünülen biyolojik aminlerdir. Duygu durum bozuklukları, troid eksen ve büyüme hormonu gibi nöroendokrin eksenlerle bağlantılı

olarak ortaya çıkmıştır. Bunun yanında duygu durum bozuklukları uyku anormallikleri ile ilişkili olarak bulunmuşlardır. Nörepinefrinle ilgili kuram, en çok iki uçlu bozukluk ile ilgili olup, düşük seviye nörepinefrinin depresyona, yüksek düzeyin ise maniye yol açtığını öne sürmektedir. Serotonin kuramı ise düşük seviyedeki serotoninin depresyona neden olduğunu vurgulamaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004).

2.1.5. Depresif Bozuklukların Tanınması

Depresyonun tanınması her zaman kolay değildir. Bazen danışanlar depresyonu anlatmakta güçlük çeker, ağrılardan, çarpıntı ya da bulantıdan yakılarak kederlerini ve yaşamdan tat almadıklarını anlatmaya çalışabilirler. Danışan keder, isteksizlik duygularını tanıyamayabilir ya da bunları söylemekten utanma ve bu belirtilerin ciddiye alınmayacağı endişesi ile hekime bedensel yakınmalarla, çarpıntı, nefes alamama, uyuşma, karıncalanmalar, yaygın ağrılar, bayılmalar ve bulantı gibi mide barsak sorunları ile başvurabilir.

Depresyon belirtileri soyut olduğu için depresif bireyler bu durumu gayret etmeme, yetersizlik ya da tembellik gibi algılayabilir. Bu kişiler, yakınlarının bunlara inanmayacağını, küçümseyeceğini düşünerek sıkıntılarını bedenleri ile ifade edebilirler. Alkol, hap, esrar ve ağrı kesici kullanımı altta yatan depresyonu gizleyebilir. Depresyonun tanılanabilmesi için tıbbi disiplinler arası işbirliği önemlidir (Murray ve Couper, 2003).

Kişilik özellikleri ve duygulanım arasındaki ilişkiye ilişkin çalışmalarda gelinen noktalardan birisi de DSM-IV (APA, 1994)'de belirtilen "depresif kişilik bozukluğu" tanımıdır.

1. Neşesizlik, sıkıntı, mutsuzluğun baskın olduğu duygulanım,
2. Yetersizlik, değersizlik, benlik saygısı azlığı çevresinde oluşan bir benlik kavramı,
3. Kendini eleştirme, suçlama, aşağılama eğilimi,
4. Derin düşüncelere dalma ve kaygı verme,
5. Başkalarına karşı negativistik, eleştirel ve yargılayıcı olma,
6. Karamsarlık,
7. Suçluluk ve pişmanlık duygularına sahip olma gibi özelliklerden en az beşini majör depresif atak dışında taşıma ile karakterize olan bu tablonun bir kişilik bozukluğu mu

yoksa duygulanım bozukluğumu olduğu konusu net değildir. Her iki bozukluğun bir bileşkesi olduğunu düşünmek uygun bir çözüm gibi görünmektedir (Phillips ve diğerleri, 1990: 835).

2.1.6. Depresyonda Sıklık ve Yaygınlık

Araştırma yöntemlerinin farklılığından dolayı depresyonun sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler değişiklik göstermekle birlikte, yaygınlık genel olarak %9 ile %20 arasında bildirilmektedir. Yaşam boyu depresyon riski ise erkeklerde %8 ile %12 arasında değişirken, kadınlarda % 20 ile % 26 arasında değişmektedir (Öztük, 2004). Depresyonla ilgili bulguların tam sıklığını saptamak oldukça zordur (Creed, 1997). Epidemiyolojik çalışmalarda depresyon sıklığı yaklaşık olarak toplumsal örneklemelerde (%2-4), birinci basamakta (%5-10) ve yatan hastalarda (%6-14) şeklindedir (Sutor ve diğerleri, 1998). Kaplan ve Sadock'a göre majör depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %15'tir ve kadınlarda %25'e kadar çıkabilmektedir. Bipolar bozukluğuna yaşam boyu yakalanma sıklığı % 1'dir. Kültür ya da ülkeden bağımsız olarak majör depresif bozukluğun kadınlarda erkeklerin iki katı fazla görüldüğü hemen hemen evrensel olan bir gözlemdir. Duygu durum bozukluklarının görülme sıklığı ırklar arasında farklı değildir. Evlilik durumu açısından, majör depresif bozukluk hiç yakın ilişkisi olmayan, boşanmış ya da ayrı yaşayan bireylerde en sıktır. Sosyo-ekonomik durum ve majör depresif bozukluk arasında hiçbir bağlantı bulunamamışken, üst sosyo-ekonomik düzeyde belki de ön yargıdan dolayı ortalamadan daha yüksek oranda bipolar bozukluğu görülmektedir.

Son 30-40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre çökkünlüklerde kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı sanılmaktadır. Bu, gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve kadını rolündeki değişmeye bağlı olabilir. Çökkünlükler kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (Aktaran: Öztürk ve Uluşahin, 2008: 366).

Son yıllarda çökkünlüklerin temel sağlık hizmetlerindeki önemi giderek daha çok anlaşılmış ve bu alanda epidemiyolojik araştırmalar artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülkede temel sağlık hizmeti veren merkezlere başvuran hastalarda yapılmış olan geniş bir araştırmanın verilerine göre DSM-

III-R'ye ya da ICD-10'a göre tanı konulabilen çökkünlüklerin 14 ülke için ortalama yaygınlık (prevalans) oranı %10.4, Ankara-Gölbaşı Sağlık Merkezi için %11.6 bulunmuştur. Bölüm XV: Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi'nde özetlenen Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda çökkünlük oranı %20 olarak belirlenmiştir (Aktaran: Öztürk ve Uluşahin, 2008: 366).

Toplumdaki her altı kişiden birinin yaşamı boyunca ruhsal çökkünlük geçirmesine karşın bu hastaların ancak yaklaşık %40'ı çökkünlük nedeniyle tedavi görmektedir (Ebmeier ve diğerleri, 2006: 153-167). Gelişmiş ülkelerde bile toplumun ruhsal sorunlara karşı önyargıları ve ailelerin hastalarını saklama eğilimleri yüzünden tedavi görme olanağı daha da düşmektedir. Sıklığı, ağır iş gücü yitimine neden olması, sağaltılabilir bir hastalık olmasına karşın, sağaltım (tedavi) olanaklarının yetersiz kalması gibi nedenlerle çökkünlüklerin önemli ve yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğundan kuşku yoktur.

2.1.7. Depresyonun Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen DSM IV ve ICD 10 depresyon için geçerli sınıflandırılma yöntemleridir.

2.1.7.1. Duygu Durum Bozuklukları

a. Majör Depresif Bozukluk: İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte hemen her gün şu semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) varlığıyla karakterize edilen psikiyatrik bir bozukluktur: Depresif duygu durum, anhedoni (etkinliklerden zevk alamama), kilo kaybetme ya da kilo alma, uykusuzluk ve aşırı uyuma, psikomotorajitasyon (huzursuzluk) ve retardasyon (gerileme), yorgunluk ve enerji kaybı, değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları, düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık, yineleyici ölüm düşünceleri (Kaplan ve Sadock, 2004).

Tablo 1: Major depresif bozukluk için tanı ölçütleri (DSM-IV-TR)

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depresif duygu durum yada ilgi kaybı yada artık zevk alamama olması gerekir.
1. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum,
2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma yada artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması,
3. Kilo alımı ya da kilo kaybı,
4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması,
5. Hemen her gün, psikomotorajitasyon ya da retardasyonun olması,
6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,
8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da karasızlık,
9. Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen intihar etme düşünceleri ve intihar etmeye yönelik tasarılarının olması.
B. Mixtepozod dışlanmalı,
C. Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması.
D. Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri ekarte edilmiş olmalı,
E. Yas'a bağlı durum ekarte edilmeli.

b.Bipolar Bozukluklar: Bipolar I bozukluğu tanısı, hasta genellikle majör depresif nöbetlerle dönüşümlü olarak bir ya da daha fazla manik ve karışık nöbet geçiriyorsa ya da geçirmiş ise konulmaktadır. Sakin zamanları boyunca, bipolar hastaları, diğer depresif hastalarla aynı semptomları gösterirler. Bipolar II bozukluğu tanısı ise hasta bir ya da daha fazla majör depresif ve hipomanik nöbet geçiriyor yada geçirmiş; fakat hiç manik ya da karışık nöbet geçirmemişse konulmaktadır (Wilson ve diğerleri, 1996).

Tablo 2: Bipolar bozukluk için tanı ölçütleri (DSM-IV-TR)

A. En az bir hafta (hastaneye yatırılmayı gerekiyorsa herhangi bir süre) süren, olağan dışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl (hassas), ayrı bir duygu durumun olması
B. Duygu durum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomların üçü (yada daha fazlası, duygu durum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:
1. Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite (kendini beğenmişlik),
2. Uyku gereksiniminde azalma,
3. Çok konuşma,
4. Fikir uçuşmaları, düşüncede hızlanma,
5. Disrakitibilite (dikkat dağınıklığı)
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (kalkamayacağı işlerin altına girmesi, cinsel performans artışı) ya da psikomotorajitasyon,
7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.
C. Bu semptomlar Mixt epizodun tanı ölçütlerini karşılamamalı.
D. Bu duygu durum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde yada başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak yada kendisine yada başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmaya gerektirecek denli ağırdır yada psikotik özellikler gösterir.

c. Distimik Bozukluk: Bu bozuklukta genel olarak en az iki yıl süren, çok ağır olmayan çökkünlük belirtileri arasında uyku bozukluğu, süreğen mutsuzluk ve karamsarlık, halsizlik, istek ve ilgi azlığı, güvensizlik, süreğen yakınmalar, sızlanmalar ve değişik somatik sıkıntılar görülür (Öztürk, 2004). Sinsi başlangıçlı, eşik altı şiddet ve kronik seyir gösteren bir depresyon türü olan distimik bozukluk sık görülmesine karşın, tanısı nadir koyulan ve bu nedenle uygun biçimde tedavi edilemeyen bir klinik tablodur.

Majör depresyonla ortak yönleri olmakla birlikte, majör depresyonda gözlenen objektif semptomlardan çok kişi tarafından ifade edilen subjektif depresif özellikler taşırlar. Distimi depresyonun hafif biçimi olmakla birlikte, semptomların kronikleşebildiği durumlar da sergileyebilir (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2001).

Tablo 3:Distimik bozukluk için tanı ölçütleri (DSM-IV-TR)

A. Kişinin, ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az iki yıl, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygu durum içinde olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde duygu durum irritabl olabilir ve süresi en az bir yıl olmalıdır.
B. Depresyodayken aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur:
1. İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyku
3. Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk
4. Düşük benlik saygısı
5. Düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük
6. Umutsuzluk duyguları
C. Bu bozukluğun 2 yıllık bir dönemi sırasında (çocuklar ve ergenler için bir yıl) kişide bir seferde iki aydan daha uzun süren A ve B maddelerindeki semptomların olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.
D. Bu bozukluğun ilk iki yılı (çocuklarda ve ergenlerde ilk bir yılı) boyunca Major Depresif Epizod geçirilmemiştir; yani bu bozukluk kronik Major Depresif Bozukluk ya da kısmi remisyonda Major Depresif Bozukluk olarak daha iyi açıklanamaz.
Not: Distimik Bozukluğun gelişmesinden önce tam remisyona girmiş olması koşuluyla (iki

Tablo 3'ün devamı

ay süreyle belirgin belirti ya da bulguların olmaması) daha önce bir Major Depresif Epizod geçirilmiş olabilir.
Bunun yanı sıra, Distimik Bozukluğun ilk iki yılından sonra (çocuklarda ve ergenlerde bir yıl) üzerine Major Depresif Bozukluğun eşlik ettiği epizodlar da olabilir, Major Depresif Epizodun tanı ölçütlerinin karşılandığı bu durumlarda her iki tanı birlikte konur.
E. Daha önce bir Manik Epizod, bir Mixt Epizod ya da bir Hipomanik Epizod geçirilmemiştir ve Siklotimik Bozukluk için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.
F. Bu bozukluk sadece, Şizofreni ya da Sanrısız Bozukluk gibi kronik Psikotik bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.
G. Bu semptomlar bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.
H. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Distimiklerin ısrarcı özellikleri ve çektikleri sıkıntıları gösterişli bir şekilde ortaya koymaları tanı ve tedavilerinde bipolar bozukluk mu, kişilik bozukluğu mu ikilemini yaratabilir. Çektikleri sıkıntıları abartılı bir şekilde ifade etmeleri ve depresyon belirtilerinin objektif olarak gözlenememesi, manipülatif davranışlar sergiledikleri izlenimini oluşturur (Karamustafalıoğlu, Karamustafalıoğlu; 2001).

d. Siklotimik Bozukluk: DSM-IV-TR' ye göre siklotimik bozukluk tanısı için ilk 2 yıllık sürede major depresyon, mani ya da mixt epizod ölçütlerini karşılayan bir atak bulunmaması gerekmektedir. İlk iki yıldan sonra bu tür bir atak gözlenir ise siklotimik bozukluk ve bipolar bozukluk tanılarının birlikte kullanılması önerilmektedir (APA, 1994). En az iki yıldır devam etmekte olan duygu durumdaki rahatsızlığı ifade etmektedir. Siklotimik bozuklukta, hipomanik semptomlar ve nöbetler, majör depresif bozuklukta olduğundan daha az şiddetli depresif semptomlarla dönüşümlü olarak ortaya çıkar, bu nedenle bu bozukluğa Bipolar I tanısı koyulamamaktadır (Wilson ve diğerleri, 1996).

Tablo 4:Siklotimik bozukluk tanı ölçütleri (DSM-IV-TR)

A. En az iki yıl süreyle çok sayıda hipomanik dönemlerin ve major depresif nöbet ölçütlerini karşılamayan depresif dönemlerin olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde bu süre en az bir yıl olmalıdır.
B. Bir yıl boyunca (çocuk ve ergenlerde bir yıl), A maddesinde söz edilen belirtilerin bulunmadığı, iki aydan uzun süren semptomsuz bir dönem yaşanmamıştır.
C. Bu bozukluğun ilk iki yılında major depresif epizod (nöbet), manikepizod ya da mixtepizod geçirilmemiştir.
D. A tanı ölçütündeki belirtiler, şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreni form bozukluk, sanrısız bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan bozukluk üzerine binmiş değildir.
E. Bu belirtiler bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılan ya da tedavi için alınan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin; hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
F. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Siklotimik bozukluğu olanların yaşamları karışık ve ilginç davranış bozuklukları ile doludur. Çok heveslidirler, birçok alanda birden uğraş gösterme çabasındadırlar. Gelecekleri parlak olduğu izlenimi uyandırırılar ancak sonuca ulaşım, başarılı olmaları enderdir. İlgileri genellikle geçicidir. Sık sık iş ve ortam değiştirirler. Bir görüşte aşık olur, aynı hızla vazgeçerler. Sonuçlarını düşünmeden önüne gelenle birlikte olma, inançlarda değişiklikler gibi tutarsızlıklar gösterirler (Cansever ve Özşahin, 2001). Siklotimik bozuklukta önemli bir sorun alanı da alkol ve madde kullanımımıdır. %50'sinde çoklu madde kötüye kullanımı, %30'unda madde bağımlılığı vardır (Sadock ve Sadock, 2000: 1361-1364).

2.1.8. Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisinde 1950'lerin ortasından 1960'ların sonuna kadar psikoanalitik yönelimli tedaviler daha hakimken ilaçların kullanımı söz konusu olduğunda yeni psikofarmakolojik ilaçların etkinliklerinin değerlendirilmesinde randomize klinik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalara plasebo kontrollü çalışmalar ilave edilmiş ve plasebo kontrollü çalışmaların çoğunda antidepresanların plasebodan daha etkili olduğu ortaya çıkmıştır (Nierenberg, 1999).

Son yirmi yıl içerisinde psikiyatristlerde depresyonun akut bir hastalık olup psikoterapi ya da antidepresanla tedavi edilebileceği algısı gitgide değişmiş ve yineleyen bir hastalık olduğu, hatta %10-20 kronikleştiği algısı ile yer değiştirmiştir. Toplumda depresyon tarayan birinci basamak temelli çalışmalar depresyon tanısı alan hastaların genelde %70'inin daha öncesinde iki ya da fazla depresyon atağı geçirdiğini ve yaklaşık %10-20'sinin iki yıl ya da daha uzun süredir depresif olduğunu göstermiştir (Katon ve diğerleri, 2009).

Günümüzde depresyon tedavisi ilaç tedavileri, psikoterapiler, elektro konvülsif tedavi ve ışık tedavisi olarak dört bölümde gerçekleştirilebilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından önerilen tedavi kılavuzuna göre, tedavi seçimi, hastanın iyileşmesi ve uygulanan yöntemin güvenilirliği göz önüne alınarak yapılmalıdır.

Son yıllarda depresyon tedavisinde başarı oranları artmakla birlikte ABD'de bir yıllık dönem içerisinde major depresyon olanların ancak %57'si tedavi olmuştur (Mauskopf ve diğerleri, 2009). Literatüre göre depresyon hastalarının sadece belki %25 ila %40'ı ilk tedavide tam düzelmeye ulaşmaktadır (Greden, 2001). Tedavi akut dönemde iyilik halinin sağlanması, sürdürme döneminde iyilik durumunun devamı, idame döneminde yeniden hastalanmanın engellenmesi amaçlıdır.

Bir araştırmada diyabet ve kalp yetmezliği olan 890 yetişkin telefonla aranarak depresif belirtiler açısından taranmış ve %51 oranında anhedoni ve depresif mizaç pozitif bulunmuş daha sonra eczane kayıtları taranarak son üç ay antidepresan reçetelenmesi araştırılmıştır. Araştırılan her dokuz kişiden ikisi depresif bulunmuştur (Ackermann, 2005)

2.1.8.1. Antidepresan İlaç Tedavisi

Depresyon tedavisinde ilaç etkinliği ile ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalarda hastaların ancak %30 ila %40'ının tam remisyona ulaştığı (belirtilerin tümüyle ya da tamamına yakın kaybolması), %60 ila %70'inin halen depresif belirtilerinin devam ettiği, hatta %10-15 hastada hiç yanıt (en az %50'lik düzelme) olmadığı gösterilmiştir (Rush ve arkadaşları, 2006).

Çeşitli antidepresan ilaçlar hastanın depresyon döneminden çıkmasını hızlandırır da, ilaçlar kesildikten sonra bozukluğun tekrarlama olasılığı fazladır. Depresyon üzerine yapılmış biyolojik araştırmalarda, antidepresan ilaçların (1) Imipramin (Tofranil) ve Amitripty (Elavil) gibi trisiklikler; (2) Fluoksetin (Prozac) gibi seçici serotonin geri alım engelleyicileri ve (3) Parnate gibi mono aminoksidaz (MAO) engelleyicileri, içerdiklerini belirtmiştir. MAO engelleyicilerinin oldukça ciddi yan etkileri olması nedeni ile diğer iki sınıf ilaç daha yaygın kullanılmaktadır. İlaç tedavisinde etkinin üç-dört hafta içinde başlayacağı ve ilk 7-10 gün bazı yan etkilerinin olabileceği hastaya anlatılmalıdır. Tedavi süresi hastanın iyileşme süresi, daha önce depresyon geçirip geçirmediği, geçirdiyse kaç depresyon epizodu olduğu ile ilgilidir. En az altı ay olmak üzere bu etmenlere göre bir tedavi süresi belirlenip hasta ile bir tedavi sözleşmesi yapılması ve bu konuların netleştirilmesi tedaviye uyum açısından önemlidir (Mete, 2008).

2.1.8.2. Elektro Konvülsif Tedavi (EKT)

Ruhsal hastalıkların tedavisinde EKT kullanımı ilk kez 1930'larda gerçekleştirilmiştir. Son yıllarda pek fazla kullanılmamasına karşın belli tip depresyonlar için son derece etkili olduğu görülmüştür. Ciddi depresyon hastalarında bazı çarpıtılmış, temeli olmayan inançlar (delüzyonlar) vardır. Hareketleri ciddi biçimde ağırlaşmış ya da aşırı derecede artmıştır. Bu hastalar uykusuzluk çekmekte, özellikle sabahları çok erken saatte uyanmakta, mutluluk veren olaylar karşısında bile donuk ve tepkisiz kalabilmektedir. Antidepresan ilaç tedavisinde hiçbir yanıt alınmadığında ya da ciddi kalp rahatsızlığından dolayı hastaya ilaç vermek mümkün olmadığında EKT başvurulabilen bir tedavi yöntemidir (Blackburn, 1995). EKT uygulanırken hastayı uyutmak için anestezi verilir. Hastanın hareket etmesi engellendikten sonra vücuda yerleştirilen elektrotlar

yoluyla başına elektrik akımı uygulanır. Çok kısa süre verilen bu elektrik akımı sayesinde beyinde kriz ya da nöbete benzer bir elektrik boşalması yaşanır. Haftada bir ya da iki kez uygulanır Tedavisi için 5–10 seans gereklidir. Kısa süreli anestezi altında yapılan EKT gerekli koşullar sağlandığında güvenli bir uygulamadır (Mete, 2008).

2.1.8.3. Işık Tedavisi

Gündüz periyotlarının kısaldığı ilkbahar, sonbahar gibi mevsimlerde görülen depresyonlarda kullanılır. Tedavide parlak güneş ışığı üreten florasan lambalar kullanılır. Depresyon geçirmekte olan kişi lambanın bulunduğu odada, ışık şiddetine ve lambaya olan uzaklığına göre belirlenen bir süre kalır ve bu süre boyunca dakikada birkaç kez ışığa göz atması istenir. Çünkü depresyonun iyileşmesinde rol oynayan mekanizmanın göz yoluyla alınan ışığa da gerek duyduğu gösterilmiştir (Doğan, 2011).

Bazı depresyon türlerinde parlak beyaz ışığın depresyon belirtilerine iyi geldiği gözlemi ile sabah ya da akşamları hastaya 30 dakika ışık uygulanmasını içermektedir. Işığın hastaya uygulanması sırasında ilaç tedavisine herhangi olumsuz bir etkisi rastlanmamıştır (Mete, 2008).

2.1.8.4. Psikoterapiler

Depresyonda ilaç tedavileri ile uygun psikoterapinin kullanılması tedavinin başarısını artırır.

Kronik hastalık ve depresyonda psikoterapötik yaklaşımlar yalnızca ruhsal sorunlara değil hastalıkla ilgili endişeler, hastalığın yol açtığı kısıtlamalar gibi sorunlara da odaklanmalıdır. Bilgilendirme programları kronik hastalıklarda hemen her zaman ilk adımdır. Tüm çalışmalar hastaların yeteri kadar bilgi alamamaktan yakındıkları yönündedir.

Hastalıkları, tedaviler, beslenme, egzersiz programlarının tanıtımı hastaların uyumunu artırır, başa çıkmayı kolaylaştırıp hastayı edilgen rolden çıkartıp etkin konuma getirir. Hastalıkla ilgili sorumluluk almayı geliştirir (Keefe, 2000).

2.1.8.4.1 Psikodinamik Psikoterapi ve Psikanaliz

Erken dönemde sevgi yoksunluğu ve bağlanmanın gerçekleşmemesi sonucu yetersizliklerin oluşması, katı bir üst benlik ve çocukluk isteklerine bağlı çatışmaların sonucu suçluluk duyguları ve kendini cezalandırma isteğinden söz edilir. Yüksek benlik ideallerine ulaşamayan kişinin hayal kırıklarıyla ilgili bilinç dışı çatışmaların nedensel önemi vurgulanır.

Derinlemesine yaklaşımla kişideki depresyona neden olan mekanizmalar anlaşılmalı ve değiştirilmeye çalışılır. Uzun süreli ve pahalı bir tedavi olmakla birlikte geniş bir kullanım alanı vardır (Smith, 2000).

2.1.8.4.2. Kişilerarası Terapi

Depresyon ne şekilde gelişmiş olursa olsun, kişilerarası ilişkiler bağlamında sorun yaratır. Özellikle yineleyici depresyonda terapistin kişilerarası ilişkilerde söz konusu olan temel sorunları ele alması uygun bir yaklaşım olacaktır. Terapistin hasta ile birlikte, patolojik yas, rol değişimi, kişilerarası ilişkilerde çatışmalar ya da yetersizlik durumları gibi konular arasında bir seçim yaparak sorunun çözümüne yönelik yaklaşım uygulaması yararlı olmaktadır (Reynolds, 1997).

2.8.4.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

Kişinin kendisi, çevre ve gelecekle ilgili inanç ve tutumlarının değiştirilmesini hedefleyen bir terapi modelidir. Belli bir düşünce biçiminin egemen olduğu ve hafif, orta düzeyde depresyon hastaları için kullanılması uygundur. Bu terapi modelindeki bilişsel stratejiler açık bir şekilde danışanın yapıcı bir şekilde problem çözmesi yerine stresinin artmasına neden olan derin düşüncelerini azaltmanın bir yolu olarak kullanılmaktadır.

Depresyonun bilişsel-davranışçı terapisi, davranışçı profile sahip olması nedeniyle danışanın aktif hale gelmesini sağlayan stratejilerle başlar. Davranışsal etkinliğin genel başlangıç noktası, danışanların günlük aktivitelerini izleyerek kaydetmeleri ve günün aktif geçen her saati için duygu durumlarını değerlendirmeleridir. Danışanın günlük

aktivitelerini izlemesi, ona günlük hayatıyla ilgili net ve kapsamlı bir görüntü sağlar ve duygu durumundaki değişimlerin danışanın yaşamındaki rutinlerle ilişkili olabileceğini kavramasını kolaylaştırır. Bu süreç boyunca danışan duyguları ve aktiviteleri arasındaki yakın ilişkiyi kavramaya başlar (Dozois ve Bieling, 2010).

Depresyonun bilişsel davranışçı tedavisinin etkililiğiyle ilgili araştırmalar genel olarak gruplandırıldığında, araştırmaların zaman açısından tedaviye çabuk bir şekilde cevap verilmesi ve yaklaşımın tedavi sonrasındaki etkililiği, tedavinin standart ilaç tedavisi ve diğer psikoterapi yaklaşımlarıyla karşılaştırılması üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bilişsel davranışçı tedavinin, tedavinin başlangıç dönemlerinde hem danışanların tedaviye daha hızlı cevap vermeleri (Fennel ve Teasdale, 1987), hem de depresif belirtilerdeki ani azalma üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Gaynor ve diğerleri, 2003). Tedavi sonrası etkililiğinin incelendiği araştırmaları incelediğimizde, tedavi sonrasında altı yıllık bir sürece kadar bilişsel- davranışçı yaklaşımla tedavi edilen hastalardaki nüks (belirtilerin tekrar ortaya çıkması) oranlarının incelenmesiyle terapinin uzun süreli etkilerinin araştırıldığını görüyoruz. Bu izleme çalışmalarında bilişsel davranışçı tedavi alan gruplardaki nüks oranının ve beliren rezidüel(arta kalan) semptomların, sadece ilaç tedavisi gören gruplardan neredeyse yarı yarıya daha düşük olduğunu görmekteyiz (Blackburn ve diğerleri, 1986; Fava ve diğerleri, 1998; Fava ve diğerleri, 2004; Kovacs ve diğerleri, 1981; Rush ve diğerleri, 1977).

Tedavinin etkililiği, diğer bazı psikoterapi yaklaşımlarıyla karşılaştırılması yoluyla da ortaya konmaktadır. Dobson'un (1989), tedavinin etkililiğine ilişkin 28 araştırmayı ele aldığı bir meta analiz çalışmasında, bilişsel davranışçı tedavinin, davranışçı tedaviden daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonucu destekleyen araştırma sonuçları mevcut olduğu gibi (Brown ve diğerleri, 1997), her iki terapi yaklaşımı arasında etkililik yönünden anlamlı bir farklılığın ortaya çıkmadığı araştırmalar da vardır (Reynolds ve Koats, 1986). Tedavinin etkililiğinin psikodinamik yaklaşımla karşılaştırıldığı bir çalışmada, iki yaklaşım arasında etkililik açısından anlamlı düzeyde bir fark bulgulanmamıştır (Leichsenring, 2001).

Araştırma sonuçlarından edindiğimiz genel izlenim, depresyonun bilişsel-davranışçı terapisinin özellikle ilaç tedavisiyle birlikte depresyon üzerinde hem kısa

sürede, hem de uzun süreli olarak oldukça etkili olduğudur (Gerric ve Zimbardo, 2005: 228). Burada yapabileceğimiz öneri, terapinin diğer pek çok terapi yaklaşımıyla etkililik açısından karşılaştırılmasına dayanan daha fazla araştırma yapılması; bunun yanında terapinin etkililiğini belirleyen unsurların (bilişsel stratejiler, davranışçı stratejiler, bilişsel-davranışçı stratejiler ve özellikle terapötik ilişkiyle ilgili noktalar) daha spesifik biçimde araştırılması ve ortaya konulmasının faydalı olabileceği yönündedir.

2.2. Kişilik

Sosyal yaşamın bir parçası olarak yüzyıllar boyunca ilgi görmesine karşın kişilik kavramının bilimsel gelişimi, 1930'lu yıllarda kişilik psikolojisinin diğer sosyal bilim alanlarından ayrı bir bilimsel disiplin olarak ortaya çıkmasıyla başlamıştır (Yelboğa, 2006: 198). Kişilikle ilgili yapılan tanımlamalar hem psikoloji alanı içinde hem de günlük yaşantı da farklılıklar gösterebilmektedir. Kişiliğin birçok kavramı kapsayacak kadar geniş anlamları ifade etmesi, onun farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur. Psikolog Gordon W. Allport (1937), bir incelemesinde kişilik kavramının birbirinden ayrı olarak tam 48 türde tanımlanabildiğini saptamıştır. Bu farklı tanımlamaları Getzel üç bölüme ayırmaktadır (Baymur, 2004: 271-289).

Kişiliğin davranışsal tanımları: Kişiliğin bireylerin incelenebilir ve ölçülebilir davranışları dikkate alınarak yapılan tanımlamalar.

- a) Sosyal uyarıcı olarak davranışlar: Bireyin, kişiliğinin toplumsal açıdan incelenmesi
- b) Derinlik psikologlarına göre incelenmesi: Bu görüşe göre bireylerin kişilikleri hayatlarındaki dinamik güçlerin kendine özgü önceliklerini ele alıp açıklamakla mümkün olabilir.

Kişiliğin tanımlanmasına ilişkin farklılıklar kişiliği ifade etmeye çalışan kişilerin algılama ve ilgi alanlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Kişilik psikolojisi alanda yapılan çalışmalar bu karmaşık yapıyı oluşturan faktörlerin bir kısmının süreklilik bir kısmınınsa süreksizlik gösterdiği şeklindedir (Gardiner ve Garden, 1995). Çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanan kişilik yapısı içinde, bireyin zihinsel süreçlerinin, duygusal örüntülerinin ve fizyolojik görünümünün önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Zaten kişilik tanımlanmaya çalışılırken diğer bütün tanımlamaları da içine alacak bir şekilde tanımlama yapılırsa birçok faktöre değinmek gerekir. Gürün'ün (1991) yaptığı

tanımlamaya göre kişilik zihinsel duygusal bedensel ve fizyolojik görünümünün dinamik örgütlenmesi olarak ifade edilebilir. Buna göre bireyin kişiliği biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkisiyle oluşursa bireyin kendine özgü diğerlerinin ayrılabilen farklı yapısını belirler.

Erkuş da (1994) kişiliği tanımlarken bu kavramın bir insanı başkalarından ayıran bilişsel, duygusal ve davranışsal özelliklerinin tümünü içerdiğini vurgular. Çok karmaşık bir yapıya sahip olan kişiliğin tanımlanmasında birçok farklılığın ortaya çıkması yanında kişilik kavramının zaman zaman başka kavramlarla da karıştırıldığı hatta bu kavramların bazılarıyla aynı anlama geldiği bilgilerinin varlığına rastlanabilmektedir. Özellikle psikoloji alanı dışında günlük yaşam içinde bu tür durumlarla sık sık karşılaşıldığı bilinmektedir. Toplum içinde “ kişilikli- karakterli”, “ huysuz- kişiliksiz” gibi tanımlamalar zaman zaman bu kavramların birbirlerinin yerine kullanıldığını göstermektedir. Kişilikle aynı anlamda kullanılan kavramlardan biri olan karakter, kişiye özgü davranışların bütünü olup, insanın bedensel, duygusal ve zihinsel etkinliğe çevrenin verdiği değerdir (Eren, 2000: 68; Köknel, 1995: 19-20). Karakter, kişiliğin iskeleti durumundadır. Belirli bir zaman dilimi içinde kişinin devam ettirdiği kişilik özellikleri karakterin bir görünümüdür (Zel, 2001: 416). Karakteri kişilikten ayırabilecek en önemli nokta, bu kavramın ahlaki bir niteliğinin olmuş olmasıdır. Yani toplumsal yaşam içinde çoğu kez ahlaklı olma ile karakterli olma eş değer kabul edilmektedir.

Kişilikle eş anlamda kullanılan diğer kavramlar mizaç ve huydur. Araştırmacılar mizacı, değişik şekillerde ifade edilebilen ve bireyin yaşam deneyimlerine bağlı olarak farklı kişilik özelliklerine dönüşebilen, genel davranış ve duygu durum kalıpları olarak tanımlar. Bu eğilimlerin kararlı kişilik özelliklerine nasıl dönüşeceği, kişinin kalımsal eğilimlerinin ve içinde yetiştiği çevrenin karmaşık bileşkesine bağlıdır (Burger, 2006: 352). Hem çocuklara hem de yetişkinlere uygulanabilen bir mizaç modeline göre, üç mizaç modeli vardır: duygusallık, etkinlik ve sosyallik. Bu modelde duygusallık, duygusal tepkilerin yoğunluğunu anlatır. Sıklıkla ağlayan, korkan ve öfkelenen çocukların bu boyutu yüksektir. Yetişkinler arasında morali çabuk bozulan ve sinirlenen kişiler genel duygusallığı yüksek kişilerdir. İkinci boyut olan etkinlik ise kişinin genel enerji düzeyini açıklamak için kullanılır. Bu boyutu yüksek olan çocuklar hep hareket eder, bir süre oturmaları istendiğinde hemen kıpırdanmaya ve huzursuzlaşmaya başlarlar. Yetişkinlerde

ise bu durum kendini sürekli ayakta durma, zamanlarının çoğunda hep meşgul olma ve boş zamanlarında hareketli şeylerle ilgilenme olarak gösterir. Son olarak sosyallik boyutu kişinin başkalarıyla yakınlık kurma ve etkileşime girme eğilimini anlatır. Bu durum çocuklarda oyunlarını paylaşacak arkadaşlar arama, yetişkinlerde geniş bir sosyal çevreye sahip olma durumuyla açıklanır (Akt: Burger, 2006: 353).

Yapısı oldukça karmaşık olan, birçok farklı boyuttan incelenebilen kişiliğin oluşumunda ve gelişiminde de elbette birçok farklı faktörün etkisi vardır. Zaten hem kişiliğin oluşumunda hem de kişiliğin oluşumunda etkili olan faktörlerle ilgili birçok farklı anlayış ortaya konmuştur. Kişilikle ilgili tartışmalar davranışın sadece bir boyutunun üzerinde odaklaştığında kişilik gelişiminin doğasının anlamı tam olarak ifade edilememektedir. Günümüzde yapılan çoğu kişilik araştırması, bilişsel yetenek genetik miras, fiziksel gelişim ya da kültürel etki gibi bireyin diğer özelliklerini göz önüne almada istenilen düzeyde başarılı olamamaktadır (Grotevant,1995). Buna rağmen kişilik yapısının oluşumuyla ilgili yapılan çalışmalarda bu faktörlere de değinilmektedir. Örneğin Köknel'e (1983) göre kalıtım, iç salgılar, zekâ, içgüdüler gibi biyolojik ve fizyolojik etkenler kişiliğin maddi temelini bir başka ifadeyle alt yapısını oluşturur. Bunun yanında ailesi ait olduğu toplumsal kesim, ulus gibi kavramlarda bireyin manevi yapısını yani üst yapısını oluştururlar. Öztürk'e(1994) göre de kişilik oluşumunu değerlendirirken nörobiyolojik bilişsel, duygusal, nesne ilişkileri, yaşam sorunları engellemeler, savunma düzenekleri gibi boyutları biyopsikososyal bir bütün olarak dikkate almak gerekmektedir. Her ne kadar kişilik oluşumu ve gelişimi üzerinde hangi faktörlerin ne düzeyde etkili olduklarına ilişkin farklı görüşler ortaya konulsa da bireyin içinde doğup büyüdüğü toplumsal ortamın ve çevrenin rolünün önemli derecede etkili olduğu ve anneyle kurulan ilişkinin büyük önem taşıdığı genelde kabul edilen bir görüştür (Köknel, 1994: 191). Kişiliğin oluşmasında ayrıca patolojik yönelimlerin, anlatım ve davranış şeklinin, sosyal tutumların da önemli role sahip olduğu kabul edilmektedir (Öztabağ,1983).

Birçok faktörün etkisiyle şekillenen, çok değişik boyutları olan ve tanımlanmasında farklılıklara rastlanan kişilik yapısının içeriğinde de çok farklı özelliklere rastlamak mümkündür. Kişilik özellikleri olarak tanımlanabilen kavramlar genelde birbirine zıt sıfatlar halinde ifade edilebilir. İyi-kötü, faal-durgun, atılgan-çekingen, güvenli-şüpheli, gergin-rahat, hırslı-kalender gibi yüzlerce sıfat çifti ifade edilebilir. Türkçede 10–15 birim

üzerinde kişilik özelliği olduğu kesindir. İngilizcede yapılan araştırmalar bu rakamın 20 birim üzerinde olduğunu ortaya koymuştur (Cüceloğlu, 1992: 17).

İnsan kişiliği üzerinde çok farklı görüşler ortaya konmuştur. Bu görüşler kişiliğin oluşumu, gelişimi ve özellikleri gibi farklı süreçleri ele almıştır. Karmaşık kişilik yapısını sistematik bir şekilde ifade edebilme ve belli dinamiklere dayalı olarak açıklayabilme çabaları, kişilikle ilgili farklı anlayışların geliştirilmesine neden olmuştur. Kişilik yapısı ve bu yapıyı oluşturan süreçler değişik çağlardan farklı yöntemlere dayalı olarak ele alınmıştır. Kişilik yapısını ilk olarak açıklamaya çalışanlar filozoflar olmuştur. Filozofların ifadeleri deneysel tecrübelerle dayalı olmamıştır. Daha sonraki yıllarda psikiyatri alanıyla uğraşan uzmanlar klinik ve deneysel yöntemlere dayalı olarak kişilik yapısı konusunda araştırmalar yapmışlar ve görüşlerini ortaya koymuşlardır.

Kişiliğin farklı boyutlardan ele alınması bu alanla ilgili geliştirilen anlayışların da farklılaşmasına neden olmuştur. Bu farklı anlayışlar kişilik yapısını incelerken ve bunun sonuçlarını açıklamaya çalışırken sistematik bir yapının ortaya çıkmasını gerekli hale getirmiştir. Kişilik kuramları kişiliğin oluşmasında etkili olan faktörlerin birleşmesine yönelik olarak ne, nasıl, niçin gibi soruları sorarak bunların cevaplarını aramaya çalışır (Arkonaç,1993: 360).

2.2.1. Kişilik Kuramları

Kişilikle ilgili birçok kuram geliştirilmiştir. Ancak gerek kuramların birbirleriyle benzeyen yönleri gerekse kuram geliştirirken değer verilen faktörlerin aynı oluşu, kuramların da belli görüşler altında toplanmasını gerekli hale getirmiştir.

Kişilikle ilgili geliştirilen kuramlardan biri psikodinamik yaklaşımdır. Bu yaklaşımın kurucusu Freud'dur. Freud'a göre kişiliği oluşturan üç temel birim vardır. İd, ego, süper ego. İd kişiliğin en ilkel ve en kaba kalıtsal dürtü ve isteklerini taşır. İd 'in içerdiği temel dürtüler, saldırganlık ve cinselliktir. İd davranışların altında yatan psikolojik enerjinin kaynağı olarak da ifade edilebilir. Ego id'in isteklerini dengeleyip çevreye uygun bir şekilde getirmeye çalışan birimdir. Bir bakıma id'i denetim altında tutar. Gerçeklik

ilkesine göre hareket etmeye çalışır. Süper ego toplumsal kavramları içerir. Ego, id ile süper ego arasında bir denge oluşturma çabası içerisinde (Rycklakj, 1981: 49-50).

Freud kişiliğin gelişimini açıklarken psikoseksüel gelişim aşamalarından söz eder. Ona göre bu gelişim dönemlerini sağlıklı atlatamayan, bu dönemlere saplanıp kalan kişilerin yetişkinlik döneminde bazı sorunlar yaşaması beklenir. Freud kişiliğin özellikle içgüdüsel ve biyolojik yönleri üzerinde durur.

Freud'un kişilikle ilgili ortaya koyduğu anlayışlar önemli ölçüde eleştirilmiştir. Başta Adler ve Jung, olmak üzere Horney, Fromm, Sullivan gibi Freudyanlar ona karşı çıkmış ve kendi anlayışlarını geliştirmişlerdir (Arkonaç, 1993: 368). Freud'a karşı çıkanlar biyolojik ihtiyaçlardan ziyade, kişiliğin çevre, toplum ve kültür tarafından şekillendiğini ileri sürmüşlerdir. Adler'e göre kişilik bireyin kendisine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların ürünü olarak gelişir (Geçtan, 2006: 116). Adler'in kişilik kuramının çekirdeği, amaca dönük yaratıcı bir benlik anlayışına dayanmaktadır. Bu tutum sağlıklı olduğu zaman çevreyle iyi bir ilişki sürdürebilme ve bütünlük içinde hareket edebilme gücü ortaya çıkar. Adler, kişilik yapısının önemli bir boyutunun kişiler arası ilişkilere dayalı olarak oluştuğunu savunmuştur. Bu açıdan sosyal ilişkilerin, kişiliğin şekillenmesinde son derece etkili olduğunu vurgulamıştır (Aktaran: Yazıcı, 1997: 5).

Jung da insanın kendini sürekli yenilediğini ve yaratıcı bir gelişim içinde olduğunu savunmuştur. Jung'u Freud'dan ve diğer kuramcılardan ayıran en önemli özellik kişiliğin ırksal ve soya gelişimsel yönlerine verdiği önemdir. Jung'a göre kişilik birbiriyle etkileşimde bulunan çok sayıda sistemden oluşur. Bu sistemlerden her birinin tek başına önemli bir fonksiyonunun olmasının yanı sıra, birlikte birbirleriyle etkileşim halinde iken söz konusu olan bir kişilik yapısı vardır. Başka bir deyişle kişilik, bu sistemlerden ve bunların etkileşimlerinden oluşur. Bu sistemler ego, kişisel bilinçaltı ve onun kompleksleri ve kolektif bilinçaltı ve arketipler, persona, anima ve animus ve gölgedir. Birbirine bağlı olan bu sistemlerin üzerinde içe dönük ve dışa dönük tutumları, duygu, duyu, sezgi ve düşünme fonksiyonları vardır. Son olarak bütün bunların bileşimi olan bütünleşmiş kişiliği simgeleyen benlik bulunur (Yanbastı, 1990).

Yeni Freud'culardan biri olan Horney, kişiliğin oluşması ve gelişmesinde sosyal ve kültürel rollerin etkili olduğu görüşünü savunur. İnsan davranışlarının içgüdü denilen fizyolojik olaylardan kaynaklandığı yönündeki Freudcu görüşe karşı çıkan Horney, olumsuz davranışların ilişkilerdeki aksaklıklar sonucu ortaya çıktığı ve sosyokültürel etmenlerin de bu öğrenme sürecini önemli oranda etkilediği görüşünü savunur. Bir insanı diğeriyle, toplumun bireyle ilişkilerinin önemini vurgulayan bu yaklaşımda, davranışın biyolojik belirleyicileri geri planda bırakılmıştır (Geçtan, 2006: 222).

Fromm ve Sullivan da kültürel faktörlerin insan kişiliğini şekillendirdiğini ve kişiler arası ilişkilerin niteliğinin insan kişiliğinin oluşumunda son derece etkili olduğunu savunmuşlardır. Sullivan kişiliğin varsayımsal bir kavram olduğu ve ilişki durumları dışında incelenemeyeceği görüşünü vurgulamıştır. Sullivan'a göre kişilik ancak bir ya da daha fazla sayıda kişiyle ilişki durumundayken ortaya çıkar. Bunun için diğer insanların somut varlığı da gerekmez. Algılama, hatırlama, düşünme, düş kurma ve diğer ruhsal süreçler insan ilişkilerini içerirler (Geçtan, 2002: 255).

Allport ve Cattell'in öncülüğünü yaptığı kişilik özellikleri teorisine göre, bir insan ölçülmüş olan belli sayıdaki kişilik özelliklerine göre tasvir edilebilir. Bu teorilere insanların sahip buldukları kişililerini belli zekâ ölçüleri, heyecan ve boyun eğme üstünlük duyguları bakımından olmak üzere üç ölçü içinde ele alırlar.

Allport'a göre bir kişiyi özellikleri bakımından ele almak onu belli bir kültür grubunda bulunan insanlardaki ortak olan özellikleri dikkate alarak değerlendirmek gerekir. Cattell de kişiliği açıklamak için özellikler üzerinde durmuştur. Ona göre özellikler arasında gözlenebilen karşılıklı ilişki derecesine ve şekillenmesine göre yüzey ve kaynak özellikler olmak üzere 2 ye ayırmıştır (Öztabağ, 1983: 183).

Allport ve Cattell' e benzer çalışmalar yapan Muray da kişiliğin temelinde zihnin varsayımsal yapısının varlığının olduğunu ortaya koymuştur. Muray kişiliğin biogenetik olguların saklamasının üstünde soyut, genel denetleyici, doğumdan ölüme dek gelenen 'transformatik fonksiyonel operasyonların' tümü olduğunu söylemiştir (Yanbastı, 1990).

Kişiliği hümanistik yaklaşımla açıklamaya çalışanlar da olmuştur. Hümanistik anlayışın öncülerinden Rogers ortaya koymuş olduğu yaklaşımla psikoloji alanına farklı bir bakış açısı getirmiştir.

Rogers insanın doğasına oldukça iyimser bir bakış açısıyla yaklaşır. Ona göre insan doğuştan iyidir. Rogers bireylerin doğuştan kendini gerçekleştirme eğilimine sahip olduklarını vurgular. Rogers' a göre bireylerin gelişim süreci içinde sahip oldukları en önemli eğilim kendini gerçekleştirme çabasıdır. Rogers, özellikle bebeklik döneminde, çocuğunun başkaları tarafından değerlendirme tarzının, onun olumlu ya da olumsuz bir benlik geliştirmesinde etkili olacağını söylemiştir.

Kişilik üzerinde davranışçı kuramcılarının da açıklamaları olmuştur. Pekiştirme kuramının önde gelen iki psikologu Vallard ve Miller kişiliğin oluşumunu ve gelişimini açıklarken kişilik dinamikleri adını verdikleri bazı temel kavramların son derece önemli olduklarını belirtmişlerdir. Onlara göre kişiliği oluşturan dinamikler, birincil ve ikincil dürtüler, kalıtsal özellikler, öğrenme ve toplumsal çevredir. Bu süreçlerin kişilik gelişiminde ve davranışların oluşumunda son derece önemli etkisi vardır (Murray, 1965: 550).

Davranışçılığın kurucusu kabul edilen Watson'a göre kişiliğin bilimsel olarak incelenebilecek yanı davranışlardır. Ona göre psikolojinin bir bilim olabilmesi için doğal bilimlerde kullanılan yöntemlerden yararlanmak gerekir. Watson kişiliğin, belirli uyarımlar karşısında ortaya çıkan öğrenmelerle oluştuğunu savunur (Köknel, 1983).

Skinner klasik ve edimsel koşullanmanın kişiliğin temelinde yattığını ifade eder. Düşüncelerin ve içsel deneyimlerin varlığını reddetmeyen Skinner, kendi davranışlarımızın içsel nedenlerini gözlemleyebileceğimizi ileri sürmüştür (Burger, 2006: 515). Bandura kişiliği anlamada göz önünde tutulması gereken, insan işlevine özgü bazı etmenleri belirlemiştir. Diğer varlıklardan farklı olarak insanların gelecek eylemlerine rehberlik etmesi için simgeleri ve öngörülerini kullanır. Bandura kişiliğin oluşumunda içinde yaşanan çevrenin son derece önemli olduğunu vurgular. Ona göre çocuklar başkalarının davranışlarını gözleyerek ve taklit ederek yaşantılarını şekillendirir. Rotter'e göre ise beklenti değer kavramları önemlidir. Rotter bireyin belli bir davranışı o davranıştan sonuç beklediği için yaptığını vurgular, ona göre kişiliğin oluşumunda bilişsel süreçlerin önemli düzeyde etkisi vardır (Cüceloğlu, 1992: 425-426).

George Kelly'nin kişilik yaklaşımı insanoğlunun benzersiz olduğu görüşüyle başlar. Kelly, tıpkı bilim adamları gibi insanlarında sürekli olarak kendi dünyalarıyla ilgili hipotezler geliştirip bunları sınadıklarını belirtir. Kelly olayları yorumlamak ve kestirmek için kullanılan bilişsel yapıları kişisel yapılar olarak adlandırır. Hiç bir insanın kişisel yapıları bir başkasınıninkine benzemez ve hiç kimse zihnindeki yapılarını birbirine benzer biçimde düzenlemez (Burger, 2006: 607-609).

Kişilikle ilgili önemli kuramlardan biri Eysenck tarafından geliştirilen kuramdır. Eysenck'in kuramı bazılarınca Cattell ve Allport'un kuramlarına benzerliği nedeniyle kişilik özellikleri yaklaşımı (Arkonaç,1993) bazılarınca da kişiliğin biyolojik kökenine ve kalıtıma verdiği önem yüzünden biyolojik yaklaşım kapsamından ek alınır.

Günlük yaşantı içinde bireyleri tanımlarken değişik ölçütlerden yararlanır. Bu ölçütlerden bazıları da fizyolojik ve genetik yapıya bağlıdır. Yani bireylerin görünüşlerine dayalı olarak bazı sonuçlara ulaşmaktır. Örneğin kendisi tanınmayan buna karşılık anne-babası tanınan kişilerin, kimin çocukları oldukları tahmin edilebilir. Onlara zaman zaman ebeveynlerine benzedikleri ya da onlar gibi davrandıkları söylenebilir. Bu durum ona babalardan gelen birçok karakteristik özelliğin birey tarafından taşındığı anlamına gelir. Bireyler anne babalarının sadece fiziksel özelliklerini değil göz rengi, boy gibi genetik özelliklerinin de taşırlar. Bütün bu durum biyolojik yapının insan kişiliğinin oluşumunda ve gelişiminde etkili olabileceği düşüncesinin ortaya çıkmasını sağlar.

Biyolojik yapının kişilik gelişiminde etkili olduğu görüşünün geleneksel yargı olarak kabul edilmesine karşın, bu durum psikologlar tarafından açıkça ifade edilmemiştir.

Mac Donald ve Toylar (1999) tarafından yapılan tanımlamaya göre beş faktör modelinin kökleri "dil hipotezine" dayanır. Dil'in kişilik özelliklerinin incelenmesinde bir hareket noktası olarak ele alınması kişilik psikologlarına çok kapsamlı bir kaynak oluşturmuştur. Kişilik özelliklerini incelemek isteyen araştırmacılar, Francis Galton'un, insanların sergiledikleri bireysel farklılıklarının dünyadaki bütün dillerde kodlanacağı ve kendilerine sözcükler halinde yansıtacağı hipotezinden hareketle kişilik yapısını kapsayacak bir sınıflama (taksanomi) oluşturmaya çalışmışlardır. Bu nedenle 1920'lerden

beri psikologlar, kişilerin fenotipik kişilik özelliklerini ayırt etmede bu zengin kaynağa yönelmişlerdir (Aktaran: Somer, 1998: 36).

"Dil Hipotezi"ni ilk tanımlayan bilim adamlarından Sir Francis Galton'ın hipotezi şunları vurgular; dünya dillerinde veya bazı dillerdeki eşleşmemiş tek terimler insan kayıtlarındaki en önemli bireysel farklılıkları ortaya çıkarmıştır. Galton, kişiliği yansıtan sahanın bir fonksiyonudur. Alan ise, karşılıklı birbirine bağlı olarak algılanan ortak var olan durumların bütünlüğü şeklinde açıklanmaktadır (Murray, 1965: 551).

Eysenck de insan kişiliğini biyolojik temele dayalı olarak aıklarırken, kişiliği bir bakıma insan beyninin fonksiyonları ile ilişkilendirmeye çalışmıştır. Ona göre bireylerin sergilemiş oldukları davranış modelleri, onların genetik yapılarından ve yaşadıkları toplumun psikolojisinden kaynaklanabilmektedir. Eysenck'in kişiliği ifade etme modeli varsayımsaldır. Eysenck, merkezi sinir sisteminin kişiliğin fonksiyonel alanı olduğunu ifade eder. Ona göre birçok deneysel çalışmanın sonucunda ortaya çıkan bilgilere göre, bireylerin kişilik yapısını iki kavramla açıklamak mümkündür. Bunlar; Introversin (İednklk) ve Extroversin (Dışadönüklük). Eysenck, bu iki farklı kişilik yapısının beyindeki fonksiyonların farklı olması sonucunda oluşabileceğini söyler. Bu yapıların oluşması, hem uyarıcıların etkililiği hem de beyindeki canlılık sistemi açısından önemlidir (Aktaran: Yazıcı, 1997: 8).

Eysenck bu iki farklı kişilik yapısının beyindeki fonksiyonların farklı olması sonucunda oluşabileceğini söyler. Bu yapıların oluşması hem uyarıcıların etkililiği hem de beyindeki canlılık düzeyi açısından önemlidir. Eysenck bu iki kişilik yapısı arasındaki farklılığın entelektüel ve duygusal aktivitelerin oluştuğu iki değişik beyin sisteminin varlığından kaynaklandığını ifade eder.

Eysenck'in kişilik yapısının oluşumunda biyolojik faktörlere verdiği önem, başlangıçta diğer psikologlarca karmaşık şüphelerle ve belli toleranslarla karşılanmıştır. Ancak günümüzde Eysenck'in biyolojik faktörlere bağlı olarak ifade ettiği farklılıklar ve biyolojinin kişiliğine etkisine ilişkin görüşleri gittikçe artan ılımlı bir anlayışla karşılanmaktadır.

Eysenck her ne kadar biyolojik yapı üzerinde inşa ettiği kişilikteki bireysel farklılıklarla ilgili teorisini geliştirdiğinde üç faktör üzerinde durmuşsa da bazı kültür araştırmalarını da kendi görüşlerini açıklama sürecini desteklemek için kullanmıştır Yani farklı kültürel yapıların ve değişik kültürel birikimlerin de kişilik yapılanmasında etkili olduğunu ifade etmiştir. Eysenck genetik yapının da çok önemli olduğunu ve kişiliğin yapısını açıklamak için kullanan üç farklı boyutu şekillendirmede etkili olduğunu vurgulamıştır (Burger, 2006: 306).

Eysenck yaptığı çalışmalarda kendisinin de savunduğu iki kişilik boyutunun varlığını destekleyen bazı mutlak görüşlere rastlanmıştır. Bunlar dışadönüklük-içedönüklük ve nörotisizm boyutlarıdır. Bunlara daha sonra, bunlardan bağımsız olacak şekilde olan psikotizm boyutu eklenmiştir (Cantez, 1984: 54-55). Eysenck'e göre içedönüklük-dışadönüklük özellikleri duygusal anlamları bulunan psikolojik ifadelerdir. Eysenck nörotisizm boyutunu açıklarken de bu boyutun duygusal değişkenlikle yakından ilgili olduğunu belirtir (Burger, 1993: 273).

Eysenck'in kişiliği hiyerarşik açıdan açıklayan bu kuramın temeli, kişiliği oluşturan faktörlerin sıralanması veya belirli bir hiyerarşi içinde oluşması esasına dayanır (Eysenck ve Wilson, 2000).

Eysenck kişiliği, insanın çevreye kendine özgü bir biçimde uyum sağlamasını belirleyen karakterinin, duygusal, bilişsel ve fiziksel yapısının nispeten kararlı ve durağan bir biçimde örgütlenmesi olarak tanımlamıştır. Kişilik tipleri bireylerin davranış modellerini, davranış biçimlerini, bir başka ifadeyle, davranış örüntülerini tanımlar. Kişilik tiplerinin her birinin güçlü ve zayıf yanları vardır; hiçbir kişilik tipi bir diğerinden daha iyi değildir. Kişilik tiplerini tartışmak, yargılayıcı olmadan temel farklılıklarını tartışabilmek anlamına gelmelidir (Aktaran: Pişkin, 2004).

Eysenck kişiliğin yorumlanmasında “nitelik” ve “tip” kavramlarını da geliştirmiştir. Nitelik, kişinin belli bir biçimde davranma eğilimlerinin bütününden, tip ise, niteliklerin toplanması ve örgütlenmesinden oluşur. Kişilik bunların bir bütünüdür. Bu kurama göre kişilik yapısı, birbirinden bağımsız, iki uçlu yatay ve dikey iki boyut üzerinde değerlendirilmiştir. Yatay boyutun bir ucunda içedönüklük, diğer ucunda dışadönüklük;

dikey boyutun üst ucunda nevrotiliklik, alt ucunda ise kararlılık (normal tipler) yer alır. Dikey ve yatay boyutlarda yer alan ve kişiliği oluşturan öğeler birbirlerinden ayrı, ancak aralarında bağlantı bulunan dört ayrı düzeye yerleştirilmiştir ve Eysenck bunu “Hiyerarşik Yapılanma” olarak adlandırmıştır (Baysal ve Tekarslan, 1996; Ökte, 2001):

1. Aşama (Özel Tepki Düzeyi): Bu düzeyde kişinin belli uyarıcılara karşı, belli biyolojik tepkileri yer alır. Buradaki tepkiler o anda oluşur ve aynı biçimde yinelenme olasılığı azdır.
2. Aşama (Alışılmış Davranışlar Düzeyi): Alışkanlıklar bu düzeyde açıklanır. Buradaki tepkilerin aynı biçimde yinelenme olasılığı çok güçlüdür.
3. Aşama (Eğilimler Düzeyi): Bu düzeyde kişinin alışkanlıkları ve davranışları düzenlenip sığraya sokulur. Kişiyeye özgü özellikler; sürekli, değişmez, doğru vb. nitelikler kazanır. Bir diğery deyişle “nitelikler” örgütlenir.
4. Aşama (Tipler): Bu aşamada “niteliklerin” örgütlenmesi sonucu “tipler” belirginleşir. Hangi tipin baskın olacağı, ilk üç aşamadaki etkilere bağlıdır. Örneğinin katılık, utangaçlık, inatçılık, tedirginlik gibi yapılar bir araya gelir ve örgütlenirse, “içedönük” kişilik tipi oluşur (Baysal ve Tekarslan, 1996; Ökte,2001).

Eysenck’e göre tipik olarak içedönük özelliklere sahip bireyler, daha çok kendi başlarına kalmayı tercih eden, oldukça çekingen, mahcup, sessiz kişilerdir. Aynı zamanda ciddi, dış gerçeklikten çok iç gerçekliğe yönelimli, içe kapanık, sürekli iç gözlem yaparak kendi kendilerini inceleyen, insanlardan çok kitaplardan hoşlanan, çok yakın ve özel arkadaşları dışında diğery insanlara karşı mesafeli davranan, ağzı sıkı, sır saklayan ve tedbirli, zor arkadaş edinen, tanıdık ve bildik çevreyi ve güvenliğini tercih eden, plan yapmaktan hoşlanan, duygu ve düşüncelerini kontrol eden, iç gözleme önem veren kişilerdir. Bu tipler ilerisi için planlar yapan, konuşmadan önce düşünen, harekete geçmeden önce enine boyuna ölçüp biçen, heyecanla yapılan ani hareketlerden kaçınan, atak olmayan ve bu tür hareketleri kuşkuyla değerlendiren, heyecan ve coşkuyu sevmeyen, günlük yaşamın olağan sorunlarını oldukça ciddiye alan, inişli-çıkışlı olmayan düzenli bir yaşamdan hoşlanan, hemen her zaman duygularını sıkı kontrol altında tutan, kolay kolay öfkeye kapılmayan ve nadiren saldırganca davranan kişilerdir. Bunlar ayrıca güvenilir, bir dereceye kadar kötümser ve etik standartlara çok önem veren, okuma, yazma, resim, müzik gibi uğraşlarla ilgilenen kişilerdir (Köknel,1986; Pişkin, 2004).

Dışadönük kişiliği ise Köknel (1986), her tür bedensel etkinlikten hoşlanan, bir etkinlik alanından diğerine kolaylıkla ve hızla geçebilen, sürekli olarak başkalarıyla birlikte olmak isteyen, herkesle kolayca tanışıp kaynaşabilen, topluluk içinde rahat ve mutlu olan, neşeli, eğlenceli, konuşkan, şakacı ve iyimser özellikleri baskın olarak tanımlar. Ayrıca tehlikeyi ve heyecanı seven, sonuçlarına aldırmandan değişik deneyimlerden hoşlanan, aklına estiği gibi davranan, acele karar verdikleri için sık sık hata yapan, duygusal, pratik, fazla düşünmeye sabrı olmayan kişilerin bir özelliği şeklinde belirtir.

Tipik dışadönük olan bireyler, insancıl ve cana yakındırlar. İnsanlarla birlikte bulunmaktan hoşlanırlar. Kolay ilişki kurar ve çok arkadaş edinirler. Kendi başlarına kalmaktan, okumaktan ve çalışmaktan hoşlanmazlar. Heyecan veren olaylardan hoşlanırlar. Hareket ve davranışları üzerindeki denetimleri zayıftır. O anda içlerinden geldiği gibi davranırlar. Neşeli, hareketli, konuşkan bireylerdir ve şakadan hoşlanırlar. Genellikle tasasız, iyimserdirler, gülmeyi ve eğlenmeyi severler. Kolay kızıp öfkelenirler, kendini kolay kaybederler. Saldırgan hareket ve davranışları sıktır. Duygularını sıkıdenetim altında tutamaz, ahlak ve toplum kurallarına pek aldırılmazlar. Ayrıca her zaman güvenilir değildirler (Ökte, 2001).

Dışadönük bireyler, tehlikeli durumlardan ve kavgalardan hoşlanan, ani kararlar veren, içtepsel davranan, kayıtsız ve rahat olan, saldırgan olma eğilimi gösteren, sinirlenip kendini kolay kaybeden, öfkelerini kontrol etmede zorlanan kişilerdir.

Nevrotik içedönükler, sürekli kaygı ve endişe içindedir. Takıntılı düşünceleri ve korkuları vardır. Alıngan, sinirli, tedirgin ve aşırı duyarlıdırlar. Güvensiz, isteksiz, ilgisiz ve durgundurlar. İnsanlarla kolay ilişki kuramazlar. Yetenek ve becerilerini geliştirme çabası içine girmezler. Aşağılık duyguları vardır. Gerçeklerden kaçarlar, gündüz rüyaları görürler ve fantezilere dalarlar. Devamlı uykusuzluktan yakınırırlar. Kendi gerçekleri ile uyuşmayan amaç, istek ve beklentiler peşinde koşup, bunlara erişemedikçe daha fazla kaygı yaşarlar. Başardıkları işlerde de kendilerini küçümserler. Kendilerini sürekli başkaları ile kıyaslayıp onlara erişmeye çalışırlar (Köknel,1986; Ökte, 2001).

Nevrotik dışadönükler de kaygılı ve tedirgin kimselerdir. Bedensel rahatsızlıklarından şikâyet ederler. Ruhsal güçleri zayıf ve yetersizdir. Karamsar, neşesiz, durgun ve isteksizdirler. Çabuk hareket edip, sıkça yanılırlar. Erişmek istedikleri amaç, istek ve beklentiler düşük düzeydedir. Buna karşılık yaptıkları işleri abartırlar. Kendilerince başarılı saydıkları davranışları ile övünüp dururlar. Nevrotik dışadönüklerde histerik belirtilerin ve suç niteliğindeki eylemlerin yapılma olasılığı daha yüksektir ve sık sık bu davranışlara başvurdukları belirtilmektedir (Köknel, 1986).

İçedönük bireyler konusunda yapılan tanımlarda, bu bireylerin anti sosyal, soğuk, yapayalnız, insanlardan uzak duran ya da ketum oldukları biçiminde yapılan betimlemelerin, kalıp yargısal olduğunu ileri süren Henjum (1983), tek tip içedönük tanımı yapmanın uygun olmadığı kanısındadır. Ona göre, geniş bir grup oluşturan içedönükleri gerçekte iki ayrı kategoride ele almak daha doğrudur. Araştırmacı “A tipi içedönük” ve “B tipi içedönük” diye isimlendirdiği bu grupların özelliklerini şöyle açıklamaktadır: A tipi içedönükler kendi kendilerine yeterli, kendilerine güvenen, çalışkan, net amaçları olan başarılı kimselerdir. Bu kategorideki içedönükler kendilerini gerçekleştirmeye çalışan ve diğer insanlarla etkileşim kurmaları gerektiğinde ya da bunu istediklerinde başarılı bir etkileşim kurabilen insanlardır. Bu tipe giren bireylerin içedönük olarak tanımlanmalarının nedeni, bu insanların utangaç olmaları değil, ağzı sıkı ve ihtiyatlı olmalarıdır. Bu kişiler, diğer insanlarla etkileşime girdiklerinde rahat ve ilgili bir görüntü vermektedirler. Genel olarak, iç yaşantılarına dönük etkinlikleri tercih etmelerine, iç gözlem yapmalarına ve öznel yaşantılarına ağırlık vermelerine karşın, bu tipe giren bireyler soysal durumlarda oldukça yeterlidirler. Öte yandan B tipi içedönükler ise, utangaç, ürkek, iletişim becerileri yetersiz, içine kapanık, kabuğuna çekilmiş, özsaygı düzeyleri düşük ve öz kavramları olumsuz kişilerdir. Henjum’a göre, bu kategoriye giren bireyler, bu özellikleri nedeniyle toplumun nimetlerinden yeterince yararlanamayan ve gelişme fırsatlarını kaçıran kişilerdir. Bu tipteki bireyler insanlara karşı güçlü korkuları olan ve özellikle grupların önünde bir şey yapmaları gerektiğinde korkuları daha da artan, böyle durumlarda kalp atışları hızlanan, yüzleri hemen kızaran ya da sararan, duygu ya da düşüncelerini ortaya koyarak etkileşime girmede güçlük çeken kimselerdir. Araştırmacı, B tipi içedönüklerin kendilerine aşırı odaklanmaları, sıkılgan ve duyarlı olmaları nedeniyle performanslarının ve başarılarının genellikle düşük olduğunu, bu durumun özellikle de karşı karşıya kaldıkları yeni durumlarda daha da belirginleştiğini öne sürmektedir (Aktaran: Pişkin, 2004).

Bununla birlikte, son yıllarda alan yazında içedönükler ile utangaç bireyler arasında bir ayırım yapılması gerektiği üzerinde önemle durulmaktadır. Örneğin Mudore, içedönüklük ile utangaçlığın psiko dinamiklerinin farklı olduğunu öne sürmekte ve bu ayrımı sosyal beceri ve özsaygı kavramları ile açıklamaya çalışmaktadır. Ona göre, içedönükler sosyal beceri yetersizliği ve düşük özsaygı sorunu yaşamamalarına karşın, yalnız kalma istekleri nedeniyle utangaç olarak algılanmaktadırlar. Oysa, utangaç bireyler diğer insanlarla birlikte olmayı çok isteyen, ancak sosyal beceri yetersizliği ve özsaygı düzeylerinin düşüklüğü nedeniyle bu isteklerini yeterince gerçekleştiremeyen kişilerdir (Aktaran: Pişkin, 2004). İnsanların sadece küçük bir bölümü uç noktalarda içedönük ya da dışadönüktür. Büyük bölümü ise, her iki özelliğe farklı oranlarda sahiptir. Nitekim Eysenck'e göre insanlar ne tamamen içedönük, ne de tamamen dışadönüktür. Her insan hem içedönük, hem de dışadönük özellikleri bir arada, ancak değişik oranlarda bünyesinde taşır.

2.3. Kişisel Sağlık Davranışları

Kişisel sağlık davranışları, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir (Schank, 1999). Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarında sağlık kavramı, sağlıkla ilişkili yakınmalar ve yaşamdan memnuniyet gibi göstergeler kullanılarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002).

Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ifade etmekte ve bireyin var olan davranışlarını en üst düzeye çıkarmasıdır (Ocakçı, 2007). Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (Yalçınkaya ve diğerleri, 2007). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Ocakçı, 2007). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir.

Bu araştırmada yer alan kişisel sağlık davranışları Belloc ve Breslow'un (1972) alışmalarına dayandırılarak hazırlanmıştır.

2.3.1. Düzenli Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumunu devam ettiren, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin toplamıdır.

Egzersizin yokluğu ve düşük fiziksel uygunluk seviyesi hastalık ve erken ölümler için çok önemli bir risk faktörüdür.

Egzersiz vücutta birçok biyokimyasal değişikliğe neden olur. Egzersiz sırasında norepinefrin maddesinin kan plazmasındaki düzeyi artar. Bu madde, depresyon semptomlarının azaltılmasına yardımcı olur. Egzersiz ayrıca beyinde endorfin seviyesini arttırır. Bu vücudun doğal morfin benzeri ağrı kesici ve mutluluk maddesidir (Baltacı ve zer 2008: 13).

Fiziksel aktivitelerin bilinen yararları yanında özellikle sorunlarla baş edebilmek açısından kendine güvenin, kişilerarası ilişkilerin güçlenmesi ve depresyon sıklığının azalması gibi olumlu etkileri vardır (Tenore ve Lipsky, 2001).

2.3.2. Düzenli Beslenme

Sağlığın geliştirilmesi kavramı kapsamında; yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fizik aktivite, sigara ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerden uzak bir yaşam, düzenli uyku, boş zamanları değerlendirme ve diğer sağlıklı yaşam biçimleri etmenleri gibi çeşitli kavramlar yer almaktadır (Yeşildal ve Aslan, 2003).

Beslenme alışkanlıkları insanların bedensel ve zihinsel sağlıklarını önemli derecede etkilemesi bakımından günümüzde tüm dünya ülkelerinde üzerinde son derece önemle durulan bir konudur. Kişinin ğn sayısı, ana öğünlerde ve ara öğünlerde tükettiği besinlerin tür ve miktarları, yiyecek satın alma, yemek hazırlama, pişirme ve servis gibi

ana özelliklerin yanında, hızlı veya yavaş yemek yemesi, besinlerin ağızda iyice çiğnenmesi, üzüntülü, neşeli veya yorgunluk durumlarında besin tüketimi, besinleri soğuk ya da sıcak tüketme gibi davranış kalıplarını içeren bir bütünlük teşkil etmektedir. Ayrıca eğitim, gelir ve beslenme bilgi düzeyi, adet ve gelenekler, iklim, çevre, kentte veya kırsal kesimde yaşama gibi faktörler de beslenme alışkanlıklarına etki etmekte ve yönlendirmektedir. Bu nedenle, bireylerin beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve yeni bir şekil vermek gerçekten zor bir uğraştır (Sürücüoğlu,1999).

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinden biri gelir dağılımındaki dengesizliktir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır (Pekcan,1998; Pekcan ve Karaağaoğlu, 2000).

2.3.3. Alkol Kullanımı

Alkol bağımlısı veya kötüye kullanımı olan kişi alkol kullanımı nedeniyle sosyal ve mesleki alanda bozulma yaşar. Bu alanlardaki yasal zorluklar; aşırı miktarda alınma durumunda şiddet davranışının olması, işe devamsızlık, iş kaybı, aile üyeleri veya arkadaşlar ile tartışmalar, alkollü iken sergilenen davranışlar veya sebep olunan kazalar nedeniyle tutuklanmalar şeklinde olabilir (Kaplan ve Sadock, 1997).

Alkol veya madde kullanımı kişisel sağlık ve aile yaşamını ciddi şekilde etkilemektedir. Ayrıca kamu güvenliği ve ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri de oldukça yüksektir. Gerek toplumsal gerek ise sağlık alanı gibi geniş bir alanda görülen etkileriyle son derece masraflı ve yıkıcı bir durumdur. Yıkıcılıklarının yanında toplumda yaygınlığının artması da son yıllarda ilginin yoğunlaşarak bu bozukluklar üzerine çekilmesine neden olmaktadır. Yaygınlık açısından epidemiyolojik verilere bakıldığında, veriler erkeklerin yaklaşık %12,5'i ve kadınların %6,4'ünün yaşam boyu alkol kötüye kullanım ölçütlerini, erkeklerin %20,1'i ve kadınların %8,2'sinin yaşam boyu alkol bağımlılığı ölçütlerini karşıladıklarını göstermektedir (Aktaran: Yapıcı, 2006).

Alkol veya madde kötüye kullanımı ve unipolar depresyon arasındaki bağlantıya ilişkin çeşitli kuramlar bulunmaktadır. Alkol veya madde kullanımı olanların % 80 kadar önemli bir bölümü yaşamlarının bir bölümünde depresif sendromlardan şikâyetçi olmuşlardır.

Drissen ve arkadaşları (1998) özellikle kadınlarda alkol bağımlılığının sıklıkla depresyonla beraber görüldüğünü, alkol kullanımının depresif bozukluğun bir sonucu (primler depresyon) olabileceğini veya var olan alkolizme ek olarak depresyon (sekonder depresyon) geliştirilebileceğini söylemişlerdir.

2.3.4. Sigara İçme

Sigara alışkanlığı, toplumun hemen bütününe ilgilendiren önemli bir psikososyal sorundur ve alışkanlık yapıcı maddelerin en yaygın olanıdır. Sigara kullanma davranışında model almanın rolü önceden beri bilinmektedir.

Ebeveynin ve akranların sigara içmesi, her iki cins için de yatıklaştırıcı rol oynamaktadır. Anne baba veya kardeşleri sigara kullanan bireylerin anne baba veya kardeşleri sigara kullanmayan bireylere oranla daha çok sigara kullandıkları bildirilmektedir (Uğur, 1994: 569-580).

Sigara içme davranışı, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bileşenleri olan kompleks bir davranıştır. Sigaranın bağımlılığa yol açması ve bırakıldığında nikotin yoksunluğu belirtilerinin görülmesi ruhsal bağımlılığın yanında fiziksel bağımlılığın da olduğunu düşündürmektedir (Koroğlu,1995). Yapılan çeşitli çalışmalarda ülkemizde sigaraya başlama yaşının 13-17 arasında değiştiği gösterilmiştir (Öğüş ve diğerleri, 2004). Bu yaşlarda gençlerin çevrelerinden, özellikle de okul çevresinden etkilendikleri göz önüne alındığında öğretmenlerin sigara karşısındaki tutumları büyük önem kazanmaktadır.

Yazıcı ve arkadaşları (2007), depresif belirtiler ile sigara içmeye dönük bazı tutumlar arasında ilişki bulunduğunu ve depresif bireylerin sigara içmeye daha çok eğilimli olduğunu tespit etmişlerdir.

2.3.5. İnternet Kullanımı

Teknoloji çağı olarak adlandırabileceğimiz bu dönemde bilgisayar ve internet kullanımı artık hayatın vazgeçilmez gereçleri haline gelmiştir. İnternetin temel ortaya çıkış amacı iletişimi arttırmak ve bilgi paylaşımını kolaylaştırmak olmasına rağmen internetin tahmin edilenden de hızlı yaygınlaşması patolojik aşırı kullanıma ve yeni bir bağımlılık türü olarak nitelenebilecek internet bağımlılığına yol açmaya başlamıştır(Arısoy, 2009).

İnternet kullanımına sınırlama getirememeye, sosyal veya akademik zararlarına rağmen kullanıma devam etme ve internete ulaşımın kısıtlandığı durumlarda yoğun anksiyete duyma gibi belirtilerle kendini gösteren bu bağımlılık türü 1990'lı yılların ortalarından beri psikiyatri literatüründe yer almakta ve giderek ilgi çekmektedir (Öztürk ve diğerleri, 2007).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, özellikle genç yaş grubunda dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, sosyal fobi, hafif depresyon varlığında veya ailede bağımlılığa yatkınlık söz konusu olduğunda riskli internet kullanımının görülebileceği belirtilmiştir (Gönül, 2002).

2.3.6. Emniyet Kemerini

Uluslararası birçok çalışmada, emniyet kemerinin karayolu taşıt kazalarında yaralanma şiddetini azaltan etkili bir kişisel koruyucu olduğu ispatlanmasına rağmen hala önemli miktarda taşıt kullanıcısı emniyet kemeri kullanmamaktadır. Emniyet kemeri kullanımı ölümlü kazaları %41 oranında azaltmaktadır. Özellikle ölümlü ve ağır yaralanmalı trafik kazalarında, emniyet kemeri kullanımı yaralanma şiddetini yaklaşık %50 oranında azalttığı tahmin edilmiştir (Bektaş ve Hınıs, 2009).

Ülkemizde emniyet kemeri kullanımı, kent dışı yollarda 1986 ve kent içi yollarda ise 1992 yılından itibaren zorunlu hale getirilmiş olmasına rağmen, yüksek oranda taşıt kullanıcısı emniyet kemeri kullanmamaktadır (Boztaş ve Özcebe, 2005). Emniyet Genel Müdürlüğü (1999) yaptığı çalışmada kent içi yollardaki emniyet kemeri kullanım oranını %21 bulmuştur.

2.3.7. Güneş Kremi

Yeterli güneş görme, vitamin D sentezi yoluyla osteoporozdan korunmak için gereklidir. Bununla birlikte fazla güneş maruziyeti cilt kanseri riskini arttırmaktadır. Bunları göz önüne alarak çeşitli kuruluşlarca fazla güneş maruziyetinden korunma ile ilgili öneriler yayınlanmaktadır. Güneş maruziyetini kısıtlamanın ya da güneşten koruyucu krem kullanmanın yassı hücreli cilt kanserini azalttığı gösterilmiş fakat malin melanom ve bazal hücreli kanserleri azaltmada etkinliği gösterilememiştir. Ancak; melanom riskini azaltmak için, özellikle çocukluk çağında yoğun ve akut maruziyetin azaltılmasının ve güneş yanıklarının engellenmesinde güneş kremi kullanmanın faydalı olabileceği belirtilmektedir (Aydın, 2006).

2.3.8. Stresle Başa Çıkma

Bireysel olarak kullanılan bazı stratejiler, stresle başa çıkmada çok gerekli ve önemli bir yer tutmaktadır. Bu stratejilerin ortak yönü, hemen hemen tümünün kişisel alışkanlıklar ile fiziksel, psikolojik ve davranışsal yapıların kontrol altına alınmasını öngörmeleridir. Böylece bedende başlayan ve zararlı olan stres tepkisi karşı önlemler alınarak etkisiz kılınmaya çalışılmaktadır. Bireysel olarak stresle başa çıkmada, bedensel hareketler (egzersiz), solunum egzersizi, meditasyon, biyofeedback (biyolojik dönüt), gevşeme (relaxation), beslenme ve diyet, toplumsal destek alma, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi teknikler yararlı olabilir(Pehlivan, 1995).

Erdoğan (1999) ise, stresle başa çıkmada bireysel stratejiler olarak, etkili bir zaman yönetimi, rahatlama uygulamalarını, olumlu hayal kurmayı, egzersiz ve beden hareketlerini, davranışsal açıdan kişinin kendini kontrol etmesini, iletişim kurmayı, meditasyon, gıda kontrolü ve masajı, bireyin kendine özgü bir hobi edinmesini ve dışa dönüklüğü önermektedir.

2.3.9. Uyku Düzeni

Uyku, sağlıklı yaşamın en önemli fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (Ertekin ve Doğan, 1999).

Uyku günlük yaşamın bir süre için kesintiye uğraması ya da boşa geçen zaman değildir. Zihinsel ve fiziksel sağlığımızı her gün yenilememiz için önemli olan ve yaşamımızın üçte birini kapsayan aktif bir dönemdir. Yaklaşık 85 türde uyku hastalığı vardır. Çoğu yaşam kalitesinin azalmasına ve kişinin sağlığında bozulmaya neden olur. Uyku bozuklukları trafik ve mesleki kazalara neden olabilmesi nedeniyle bir halk sağlığı sorunudur. Bazı uyku bozuklukları uykuya dalma veya sürdürme güçlüğüne yol açar. Diğer uyku bozuklukları gündüz aşırı uykululuğa neden olur. Vücudun biyolojik saati ile ilgili sorunlar kişilerin günün yanlış zamanında uykulu olmasına neden olur (Karadağ, 2007).

Özetle bu çalışmada depresif belirti, kişilik özellikleri ve kişisel sağlık davranışları arasındaki ilişkiler üzerinde durulmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Borg ve Gall'a (1989: 413-739) göre eğitimde araştırma yöntemleri beş genel başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; tarama, gözlemsel karşılaştırma, ilişkisel ve deneysel yöntemlerdir. Bu araştırmada ilişkisel yöntem ve nedensel karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. İlişkisel araştırma, iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkinin, değişkenleri etkileme çabası olmadan incelenir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinin yanında, ilişkisel araştırmaların bir diğer amacı da yordama yapmaktır. Eğer iki değişken arasındaki ilişki yeterli miktardaysa, yordayıcı değişken adı verilen bağımsız değişkenin bilinen bir değerinden hareketle, kriter değişken adı verilen bağımlı değişkenin değeri yordanabilir (Fraenkel ve Wallen, 2008: 328-331).

Nedensel karşılaştırma bir davranış kalıbının olası nedenlerini, bu kalıba sahip olanlarla olmayanları karşılaştırarak bulmayı amaçlar (Borg ve Gall, 1989: 537). Karşılaştırma yolu ile ilişki belirlemede en az iki değişken vardır. Bağımsız değişkene göre gruplar oluşturulur, bağımlı değişkene göre aralarında bir farklılaşma olup olmadığına bakılır (Karasar, 2008: 84). Özellikle toplumsal bilimlerde, her problem için deneysel modellerin gerektirdiği kontrollerin sağlanamaması, ekonomik nedenler ya da değer yargılarına ters düşen durumların oluşabilmesi, karşılaştırmalı türden modellerin daha fazla kullanılmasını gerekli kılmaktadır (Karasar, 2008: 84-85). Korelasyonel yöntemde ise amaç, değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek ve neden- sonuç ile ilgili ipuçları elde etmektir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2008: 14). Temelde korelasyonel yöntem ile nedensel karşılaştırma yöntemi arasında önemli bir ayrım yoktur. Fakat korelasyonel yöntemde ilişkinin derecesini belirleme olanağı vardır (Karasar, 2008: 84-85).

3. 2. Araştırma Grubu

Araştırma grubu, 2010-2011 eğitim-öğretim yılında, Trabzon'da değişik ilköğretim ve ortaöğretim kurumlarında görev yapan 433 öğretmenden oluşmaktadır. Araştırma grubunun 194'ü (% 44.8) kadın, 239'u (% 55.2) erkektir.

3. 3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında çalışmaya katılan öğretmenlere Bilgi Toplama Formu, Kişisel Sağlık Davranışları Formu, Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır.

3. 3. 1. Bilgi Toplama Formu

Araştırmaya katılan öğretmenlerin bazı demografik özellikleri ile ilgili bilgi sahibi olmak için araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, kıdem yılı, branş, sosyo-ekonomik gelir düzeyi, okul türü, okulun bulunduğu yerleşim birimi ve idari görev ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.3.2. Kişisel Sağlık Davranışları Formu

Kişisel sağlık davranışlarını incelemek için kullanılan liste, Belloc ve Breslow'un araştırmalarına dayandırılmıştır. Kişisel sağlıkla ilgili bu davranışlar farklı kültürel yapılarla ilişkilidir (Akt: Yazıcı, 2008). Kişisel sağlık davranışları liste halinde ve soru formunda yazılmış, işaretlemeler için evet-hayır seçenekleri belirtilmiştir. Kişisel sağlık davranışları formunda 12 soru listelenmiş olup bu soruların içeriği; sigara kullanımı, alkol tüketimi, kahvaltı alışkanlığı, uyku düzeni, uygun çalışma performansı, düzenli fiziksel aktivite, stresle etkili şekilde baş edebilme, emniyet kemeri kullanımı, sağlıklı beslenme, güneş kremi kullanma, internet ve cep telefonu kullanımı şeklindedir.

3.3.3. Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)

Türkçe'ye Karancı, Dirik ve Yorulmaz (2007) tarafından çevrilerek uyarlanmıştır. Anket, 24 madde olup, kişiliği 3 ana faktörde değerlendirmektedir: dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm. Ayrıca yalan söyleme alt ölçeği ile anketin uygulanması esnasındaki yanlılığı engellemek ve geçerliliği ile ilgili kontrol amaçlanmaktadır. Her bir faktörün 6 madde ile değerlendirildiği bu ankette katılımcıdan 24 soruya Evet (1)-Hayır (0) formatıyla cevap vermeleri istenir. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir.

Dışa dönüklük, nörotisizm, psikotisizm ve yalan boyutları için Kuder-Richardson alfa katsayıları sırasıyla .78, .65, .42, ve .64 olarak bulunmuştur. Ölçeklerin test-tekrar test güvenilirlikleri sırasıyla .84, .82, .69 ve .69 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ölçeğin yeterli düzeyde yapı geçerliğine sahip olduğu bulgular arasındadır.

3. 3. 4. Beck Depresyon Envanteri (BDE):

Beck depresyon envanteri (BDE) duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDE araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Envanter 21 maddeden oluşmuş olup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. BDE' nin değerlendirilmesinde 21 sorudan oluşan bu anket formu kullanıldı. Hastalardan bu sorulardan kendi durumlarına en uygun olanını seçmeleri istendi. Her bir soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilerek, 0-63 arasında değişen skorlar elde edildi. Türkiye'de birçok araştırmada kullanılan bu ölçeğin tedavi gerektirebilecek 17 ve üstündeki puanları %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği saptanmıştır (Sorias, 1998). Puan yükseldikçe depresif belirti düzeyinin arttığı düşünülür. Batıda yapılan çeşitli araştırmalarda envanterin çeşitli türden güvenilirlik katsayılarının .60 ve .87 arasında değiştiği görülmüştür. Türkiye'de yapılan uyarlama çalışmasında Hisli (1988; 1989) envanterin iki yarım test

güvenirlilik katsayısını .74; geçerlik çalışmasında ise MMPI-D Skalası ile korelasyon katsayısını .63 olarak hesaplamıştır (Savaşır ve Hisli- Şahin, 1997).

3.4. Araştırmanın İşlem Yolu

Araştırma için ilk olarak Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğünden Trabzon ilindeki ilk ve ortaöğretim kurumlarında ölçme araçlarının uygulanması için gerekli izinler alınmıştır. Ölçekler çoğaltıldıktan sonra, Araştırmaya katılmaya gönüllü öğretmenlerle görüşülerek uygun günler belirlenmiş ve uygulamaların çoğu araştırmacının kendisi tarafından takip edilmiştir. Ancak, bazı okullardaki uygulamalar araştırmacı tarafından bilgilendirilen bir yardımcı öğretmen tarafından yürütülmüştür. Öğretmenler ölçekleri tek oturumda yaklaşık 20 dakika içerisinde cevaplamışlardır. Uygulama standartlarının değişmemesine dikkat edilmiştir. Uygulanan 450 ölçekten eksik ve yanlış işaretlenenler çıkarıldıktan sonra geriye kalan 433 ölçek analize alınmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Teknikleri

Veriler SPSS 15.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Bu kapsamda, araştırma grubuna ve çeşitli araştırma değişkenlerine ait bilgiler tanımlayıcı istatistik tekniklerinden yararlanılarak belirtilmiştir. Veri analiz teknikleri olarak, lojistik regresyon ve bağımsız *t* testi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak araştırma grubu ile ilgili tanımlayıcı bulgulara yer verilmektedir.

4. 1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan öğretmenlerin yaş ortalamaları 36.90 (SS= 9.44)'dır. Katılımcıların kıdem yılları 1 ile 41 yıl arasında değişmekte olup ortalama kıdem yılı 13.92 (SS= 9.57)'dir. Araştırma grubuna ilişkin diğer tanımlayıcı bilgiler Tablo 5' te özetlenmektedir. Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan 433 öğretmenin 194'ü (%44.8) kadın, 239'u (%55.2) erkektir. Katılımcıların %85.9'u orta sosyo-ekonomik gelir düzeyindedir. %75.1'i evli olan katılımcıların çoğu (%47.6) şehir merkezinde ikamet etmektedir. Dokuz farklı branştan seçilen öğretmenlerin %29.1'ini sınıf öğretmenleri oluşturmakta, %17.8 ile dil dersleri (İngilizce, Türkçe, Edebiyat) öğretmenleri bunu izlemektedir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin %21.7'si ortaöğretimde, %78.3'i ise ilköğretimde görev yapmaktadır. %88'i herhangi bir idari görev almadığını belirtirken % 12'sinin idari bir görev yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 5: Araştırma Grubuna Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

	Değişken	Katılımcılar (n=433)	
		f	%
Cinsiyet	Kadın	194	44.8
	Erkek	239	55.2
Sosyo-ekonomik Gelir Düzeyi	Düşük	33	7.6
	Orta	372	85.9
	Yüksek	28	6.5
Medeni Durum	Evli	325	75.1
	Bekar	108	24.9
İdari görev	Evet	52	12
	Hayır	381	88

Tablo 5'in devamı

Branş	Fen ve Teknoloji	34	7.9
	PDR	50	11.5
	Biyoloji	52	12
	Dil Dersleri	77	17.8
	Matematik	41	9.4
	Bilgisayar	6	1.4
	Sınıf Öğretmenliği	126	29.1
	Güzel Sanatlar ve Spor	34	7.9
	Okul Öncesi	13	3
Çalıştığı Okul Türü	Ortaöğretim	94	21.7
	İlköğretim	339	78.3
Okulun Bulunduğu Yer	Köy	45	10.4
	Belde	50	11.5
	İlçe	132	30.5
	Şehir Merkezi	206	47.6

4.2. Öğretmenlerin Depresif Belirtileri, Kişilik Özellikleri ve Kişisel Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler

Araştırmaya katılan öğretmenlerin yaş, cinsiyet, kıdem yılı, medeni durum, sosyo-ekonomik gelir düzeyi, okul türü, idari görev yapma durumu, kişisel sağlık davranışları ve kişilik özelliklerinin depresif belirtilerini nasıl açıkladığını görmek üzere lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Öğretmenler, Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlara göre iki gruba ayrılmıştır. Buna göre kesme noktası olan 17 puan ve üstüne sahip olan bireyler depresyonlu diğerleri normal kategorisine alınmıştır. Katılımcıların 63'ünün (%14.5) depresyonlu, 370'i (%85.5) normal grupta yer aldığı belirlenmiş ve depresyonlu olma durumu, lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken olarak alınmıştır. Analiz sonuçları Tablo 6'da özetlenmiştir.

Toplam 433 gözlemin analiz edildiği lojistik regresyon modeli anlamlı düzeyde güvenilir bulunmuştur ($\chi^2= 67.33$, $sd= 23$, $p< 0.001$). Model depresyon düzeyini %15 ile %26 arasında değişen bir varyansla açıklamaktadır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre öğretmenlerin kişisel sağlık davranışlarından uygun olamayan çalışma performansının (OR=2.95, %95, GA=1.43-6.08), stresi etkili şekilde yönetememenin (OR=2.14, %95, GA=1.12-4.10), emniyet kemeri kullanmamanın (OR=2.59, %95, GA=1.37-4.88), sağlıklı beslenmemenin (OR=2.31, %95, GA=1.14-2.66)

ve kişilik özelliklerinden düşük dışadönüklük puanlarının (OR=0.67, %95, GA=0.48-0.95) depresif belirtilerini anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Buna göre içedönük bireylerde depresyon riski daha fazladır. Ayrıca öğretmenlerde uygun bir çalışma performansı olmayanlarda 2.95 kat, stresle etkili şekilde başa çıkamayanlarda 2.14 kat, emniyet kemeri kullanmayanlarda 2.59 kat ve sağlıklı beslenmeyenlerde 2.31 kat daha fazla depresyon riski olduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, kıdem yılı, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, idari görev yapma, okul türü, kişisel sağlık davranışlarından; sigara içme, alkol tüketme, düzenli olarak kahvaltı yapma, sağlıklı bir uyku düzenine sahip olma, düzenli fiziksel aktivite, güneş kremi kullanma, internet kullanımı ve cep telefonu ile konuşma ile kişilik özelliklerinden; nörotisizm ve psikotizmin depresif belirtileri anlamlı düzeyde açıklamadığı tespit edilmiştir.

Tablo 6: Öğretmenlerin Depresif Belirtilerini Yordayan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişkenler	Beta	SH	OR	GA(%95)	p
Yaş	0.08	0.06	1.08	0.96-1.21	0.186
Kıdem	- 0.06	0.05	0.94	0.84-1.05	0.258
Cinsiyet					
Kadın*					
Erkek	- 0.54	0.39	0.58	0.27-1.25	0.164
Sosyo-Ekonomik Durum					
Düşük*					
Orta	0.26	0.56	1.29	0.43-3.89	0.650
Yüksek	-1.20	1.21	0.30	0.03-3.24	0.321
Medeni Durum					
Evli *					
Bekar	- 0.12	0.40	0.89	0.84-1.04	0.760
İdari Görev					
Evet*					
Hayır	- 0.04	0.52	0.96	0.35-2.65	0.942
Okul Türü					
Ortaöğretim*					
İlköğretim	0.34	0.41	1.40	0.63-3.11	0.408
Sigara içme					
Evet*					
Hayır	-0.66	0.39	0.52	0.24-1.12	0.094
Alkol Tüketme					
Evet*					
Hayır	0.08	0.52	1.08	0.39-3.01	0.883
Düzenli kahvaltı					

Tablo 6'nın devamı

Evet*					
Hayır	-0.39	0.37	0.68	0.32-1.39	0.288
Sağlıklı Uyku Düzeni					
Evet*					
Hayır	0.21	0.36	1.23	0.62-2.48	0.554
Uygun Çalışma Performansı					
Evet*					
Hayır	1.08	0.37	2.95	1.43-6.08	0.003
Düzenli Fiziksel Aktivite					
Evet*					
Hayır	-0.72	0.43	0.49	0.21-1.12	0.091
Stresle Etkili Başa Çıkma					
Evet*					
Hayır	0.76	0.33	2.14	1.12-4.10	0.021
Emniyet Kemerini					
Evet*					
Hayır	0.95	0.32	2.59	1.37-4.88	0.003
Sağlıklı Beslenme					
Evet*					
Hayır	0.84	0.36	2.31	1.14-4.66	0.020
Güneş Kremi Kullanma					
Evet*					
Hayır	-0.70	0.38	0.50	0.24-1.04	0.064
İnternet Kullanma					
Evet*					
Hayır	0.16	0.38	1.17	0.55-2.48	0.681
Cep Telefonu Kullanma					
Evet*					
Hayır	-0.14	0.41	0.87	0.39-1.95	0.739
Dışadönüklük	-0.40	0.16	0.67	0.48-0.95	0.023
Nörotisizm	0.12	0.07	1.12	0.98-1.28	0.089
Psikotizm	-0.22	0.17	0.81	0.58-1.12	0.193

SH: Standart Hata OR: Olasılıklar Oranı (OddsRatio) GA: Güven Aralığı * Referans Grubu

4.3. Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinde Cinsiyete Dayalı Farklılıklar

Öğretmenlerin depresif belirti ve kişilik özellikleri puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla yapılan bağımsız t-testi sonuçları Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi kadın ve erkek öğretmenlerin depresif belirti puanları arasında anlamlı fark vardır ($t=2.01$, $p= 0.043$). Kadın öğretmenlerin depresif belirti puanlarının (Ort= 10.23 ± 8.25) erkek öğretmenlerin puanlarından (Ort= 8.78 ± 6.69) anlamlı derecede yüksek olması bu farkın kaynağıdır.

Öğretmenlerin kişilik özelliklerine bakıldığında ise, dışadönüklük ($t= 0.34$, $p= 0.737$), nörotisizm ($t= 0.38$, $p= 0.704$) ve psikotizmde ($t= -1.76$, $p= 0.079$) cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 7: Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkları

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ort.	SS	t	p
Depresif Belirtiler	Kadın	194	10.23	8.25	2.03	0.043
	Erkek	239	8.78	6.69		
Dışadönüklük	Kadın	194	2.76	1.27	0.34	0.737
	Erkek	239	2.72	1.21		
Nörotisizm	Kadın	194	2.28	1.59	0.38	0.704
	Erkek	239	2.21	2.15		
Psikotizm	Kadın	194	2.21	1.25	-1.76	0.079
	Erkek	239	2.40	0.98		

4.4. Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinde İdari Göreve Göre Farklılıklar

Öğretmenlerin depresif belirti ve kişilik özellikleri puanlarının idari görev yapma durumuna dayalı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız t-testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 8’de özetlenmiştir.

İdari göreve sahip olan ve olmayan öğretmenlerin depresif belirti puanları ($t= 0.41$, $p=0.682$) ve kişilik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (dışadönüklük $t= -0.15$, $p=0.882$; nörotisizm, $t= -0.51$, $p=0.615$; psikotizm $t= 0.74$, $p=0.457$).

Tablo 8: Öğretmenlerin Depresif Belirtileri ve Kişilik Özelliklerinin İdari Görev Yapma Değişkenine Göre Farklılıkları

Değişkenler	İdari Görev	N	Ort.	SS	t	p
Depresif Belirtiler	Evet	52	9.83	5.79	0.41	0.682
	Hayır	381	9.38	7.66		
Dışadönüklük	Evet	52	2.71	2.05	- 0.15	0.882
	Hayır	381	2.74	1.09		
Nörotisizm	Evet	52	2.12	1.15	- 0.51	0.615
	Hayır	381	2.26	2.00		
Psikotizm	Evet	52	2.42	1.09	0.74	0.457
	Hayır	381	2.30	1.11		

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada elde edilen bulgular, kişisel sağlık davranışlarından uygun çalışma performansı, stresle etkili başa çıkma, emniyet kemeri kullanma ve sağlıklı beslenme ile kişilik özelliklerinden dışadönüklük değişkenlerinin öğretmenlerde gözlenen depresif belirtileri anlamlı düzeyde açıkladığını göstermektedir.

Uygun çalışma performansına sahip olmayan öğretmenlerin depresyon riskinin daha fazla olduğu bu araştırmanın bulgularından biridir. Depresyonun çalışan popülasyonun %4.9'unda görülen kronik bir rahatsızlık olduğu bilinmektedir (Blazer ve diğerleri, 1994). İnsani ve ekonomik sıkıntıların katlanarak artması nedeniyle depresyonun iş yaşamı ve üretimdeki olumsuz etkilerinin giderek arttığı düşünülmektedir. Bu nedenle depresyonun halk sağlığı, yaşam kalitesi ve ekonomik iyi olma üzerinde önemli bir tehdit olduğu iddia edilmektedir (Lerner ve diğerleri, 2011). Literatüre bakıldığında çalışmadan elde edilen bulguları destekleyici nitelikte araştırma sonuçlarına rastlanmaktadır. Yaşları 18 ile 62 arasında değişen 14.268 kişi ile yapılan bir çalışmada, depresif belirtilere sahip çalışanların çalışma sonuçlarının olumsuz olduğu, iş performanslarının, depresyondan olumsuz etkilendiği ve psikososyal iş stresine maruz kalma yoluyla kötüleştiği bulunmuştur (Lerner ve diğerleri, 2010). Pflanz ve Oglan'ın (2006) askeri çalışanlar üzerinde yaptıkları araştırmada, stresli ve depresyonda olduğunu bildiren her iki grubun iş performanslarının anlamlı düzeyde bozulduğu tespit edilmiştir. Bakker ve arkadaşları (2000) birçok semptom açısından (bitkinlik, doyum duygularının azalması, sinirlilik vb.) benzer özellikler gösteren depresyon ve mesleki tükenmişliği karşılaştırmışlardır. Öğretmenler üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmanın sonucunda, öğretmenlerin iş arkadaşları ile yaşadıkları etkileşim sorunlarının sadece depresyonu yordadığı, buna karşı öğrencileri ile yaşadıkları etkileşim sorunlarının tükenmişliği ve dolaylı olarak depresyonu yordadığı bulunmuştur. Bu bağlamda depresyonun bireylerin hem iş yerlerinde hem de iş

dışındaki performanslarını olumsuz etkilediği ve bu olumsuz etkilerinin mesleki tükenmişlikten daha geniş boyutlarda olduğu söylenebilir. Ferguson ve arkadaşları (2012), öğretmenlerdeki depresyonu açıklayan en önemli değişkenlerin; iş yükü ve öğrenci davranışları olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmaya göre stres ve depresyonun iş doyumunu ile negatif yönde anlamlı ilişkisi vardır. Yoğun stres yaşantıları içerisinde olan ve çalışma performansı uygun olmayan öğretmenlerde depresyon görülme riskinin önemli boyutlarda olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada stresle etkili şekilde başa çıkamayanlarda depresif belirti görülme riski yüksek bulunmuştur. Bu sonuç daha önceki araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Örneğin; Kaya ve arkadaşları (2007), depresif belirtileri yüksek olanların stresle başa çıkmada pasif yöntemleri kullandıklarını tespit etmişlerdir. Başka bir çalışmada, stresle başa çıkarken aktif tarz kullanan bireylerin depresyon puanlarının daha düşük, pasif başa çıkma tarzı kullananların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Muris ve diğerleri 2001).

Depresyon ve stresle başa çıkma ilişkileri farklı meslek mensupları üzerinde yapılan araştırmalarla da incelenmiştir. Örneğin Kanada'da depresyonlu hastalar ile hastane çalışanları ve üniversite öğrencisi olan kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, depresyonu olan hasta grubunun anlamlı düzeyde pasif tarzları kullandıkları görülmüştür (Ravindran ve diğerleri, 2002). Depresyon ya da yüksek depresif belirti düzeyi stresle başa çıkmada çaresizlik içeren pasif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerin depresyona daha yatkın oldukları da düşünülebilir.

Bu araştırmanın sonucuna göre emniyet kemeri kullanmayan ve sağlıklı beslenmeyen bireylerde depresyon görülme riski daha fazladır. Bu sonuç diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Onaltı ülkede 2091 erkek, 3438 kadın ile yapılan bir araştırmada, sağlıklı beslenme alışkanlığı olmayan ve emniyet kemeri kullanmayan bireylerde depresyon riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Allgöwer, Wardle, & Steptoe, 2001). Lin ve arkadaşları (2004) ise 4.463 diyabet hastası üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda, depresyon ve sağlıksız beslenme arasında anlamlı ilişkiler tespit etmiş ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlıklı beslenmenin depresyonu önleme çalışmalarında önemli olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Fakat kişisel sağlık davranışları ve depresyon arasında çift yönlü- nedensel bir ilişki olabileceği unutulmamalıdır. Yani depresyonlu bireylerin yaşadıkları

çökkünlük duyguları ve öz-tahripçi fikirleri sonucunda düzensiz beslenme ve emniyet kemeri kullanmama davranışları görülebilir. Lichtenstein ve arkadaşları da (1989) yaptıkları çalışmada emniyet kemeri kullanmama ve depresyonla ilişkili olan intihar davranışı ve düşük yaşam doyumu arasında anlamlı ilişkiler tespit etmişlerdir.

Elde edilen bulgulara göre kişilik özelliklerinden dışadönüklük, depresyonu anlamlı düzeyde yordamaktadır. Çalışmada öğretmenlerin dışadönüklük ile depresyon puanları arasındaki negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre içedönük bireylerde depresyon görülme olasılığı daha yüksektir. Bu sonuç önceki çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Barrio ve diğerleri, 1998; Gershuny ve Sher, 1998; Janowsky ve diğerleri, 1999; Jorm ve diğerleri, 2000). Gershuny ve Sher (1998) yaptıkları boylamsal bir çalışma sonucunda, düşük dışadönüklüğün depresyonu anlamlı şekilde yordadığını bulmuşlardır. Ayrıca bipolar ve unipolar bozukluk hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada unipolar hastaların daha fazla içedönük oldukları tespit edilmiştir (Janowsky ve diğerleri). Bu çalışmada yer alan örneklemin yaş grubundan farklı olarak çocuklar (Barrio ve diğerleri, 1998) ve yaşlılarla (Jorm ve diğerleri, 2000) yapılan çalışmalarda da, benzer şekilde yüksek içe dönüklük puanlarının depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Bu çalışmada diğer kişilik özellikleri (nörotisizm ve psikotizm) ile depresif belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat literatürde nörotisizmin depresyonun güçlü bir yordayıcısı olduğuna dair bulgular mevcuttur (Barrio ve diğerleri, 1998; Farmer ve diğerleri, 2002; Jorm ve diğerleri, 2000). Gershuny ve Sher (1998) özellikle nörotisizm ve dışadönüklüğün etkileşiminin, depresyonun çok önemli bir yordayıcısı olduğunu belirtmişlerdir.

Öğretmenlerin depresif belirtilerini açıklamak üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre; yaş, kıdem, cinsiyet, sosyo-ekonomik gelir düzeyi, medeni durum, idari görev, okul türü gibi demografik değişkenlerle depresif belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ayrıca sigara içme, alkol tüketme, düzenli kahvaltı, sağlıklı uyku düzeni, düzenli fiziksel aktivite, güneş kremi kullanma gibi kişisel sağlık davranışları ile depresif belirti riski arasında da anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde bu sonuçlarla farklılaşan araştırma bulguları mevcuttur. Örneğin Bayram ve Bilgel (2008), üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda; cinsiyet, sosyo-ekonomik gelir düzeyi, yaş ve ikamet edilen bölge ile depresyon arasında anlamlı ilişkiler tespit etmişlerdir.

Depresif belirtilerle ilişkili faktörleri incelemek üzere yapılan başka bir çalışmada da bu çalışmanın bulgularından farklı olarak sigara içme ve sağlıklı uyku düzenine sahip olmamanın depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (Patent, 2001: 89). Frederick ve arkadaşları (1988) ise, alkol kullanan ve kötü uyku düzenine sahip olan bireylerin depresyon riskinin iki kat fazla olduğunu belirlemişlerdir. Benzer şekilde fiziksel egzersiz yapmama (Tekin ve diğerleri, 2009), düzenli beslenme alışkanlığının olmaması ve güneş kremi kullanmama (Allgöwer ve diğerleri, 2001) depresyonla ilişkili faktörler olarak bulunmuştur. Bazı araştırmalarda ise, bu çalışmanın sonuçlarında olduğu gibi alkol tüketimi (Pafferbarger ve diğerleri, 1994) ve internet kullanımı (Sanders ve diğerleri, 2000) ile depresyon arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın sonucunda kadın öğretmenlerin depresif belirti puanlarının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki bu fark, depresyonun yaygınlığı ile ilgili yapılan bir çok çalışma ile tutarlılık göstermektedir (Marcotte ve diğerleri, 1999; Steffens ve diğerleri, 2009). Van de Velde ve diğerleri (2010), 23 Avrupa ülkesinde gerçekleştirdikleri geniş çaplı çalışmalarında, araştırma kapsamındaki ülkelerin tümünde, kadınların depresif belirtilerinin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca bu ülkelerin çoğunda hem kadın hem de erkeklerdeki depresyonla ilişkili olan en güçlü değişkenin sosyo-ekonomik faktörler olduğu ortaya konulmuştur. Kadınların depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla dönük olarak Türkiye’de yapılan bir araştırmada, çalışmayan kadınların depresyon düzeylerinin çalışan kadınlarınkinden yüksek olduğu saptanmıştır (Bilgin, 1990). Bu çalışmada kadın öğretmenlerin depresif belirti puanları erkeklerden yüksek olmasına karşın, depresyon puanı sınır değerinin üzerinde olan kadınların oranı sadece %18’dir Bu durum iş yaşamının kadınlardaki depresyon düzeyinin azalmasında önemli bir rolü olduğunu gösterebilir.

Öğretmenlerin depresif belirti puanlarında, idari görev yapma değişkenine dayalı anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde idari görev yapan ve yapmayanların depresyon düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Fakat okul yöneticilerinin yalnızlık ve depresyon düzeylerini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada, depresyon puanlarının orta düzeyde olduğu, erkek yöneticilerle kadın yöneticiler arasında ise anlamlı fark olmadığı ortaya konulmuştur (Izgar, 2009). Çevik (2006) idari görev yapan ve

yapmayan öğretmenlerin kaygı düzeylerini karşılaştırmış, idari görev yapmayanların durumluluk ve sürekli kaygı puanlarının okul idarecilerinininkinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yılmaz (2011) okul yöneticilerinin, depresyon ve anksiyete ile olumsuz ilişki içerisinde olan (Martin ve diğerleri, 2003) katılımcı mizah tarzına sahip olduklarını tespit etmiştir. Okul yöneticileri üzerinde yapılan bazı çalışmalar ise depresyonla yakın ilişkili olduğu bilinen iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri ile ilgilidir. Örneğin Güven ve Yalçınkaya-Akyüz (2002), özel okullarda çalışan yöneticilerin iş doyumlarının devlet okullarında çalışan yöneticilerden daha yüksek olduğunu, kaygı puanlarının ise daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Yatılı bölge okullarında görev yapan idareci ve öğretmenlerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise okul idarecilerinin öğretmenlerden daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (Dağlı ve Gündüz, 2008).

Bu çalışmanın bulgularına göre; öğretmenlerin kişilik özelliklerinde cinsiyete dayalı anlamlı fark yoktur. Bu bulgular önceki araştırmaları sonuçlarından farklılık göstermektedir. Örneğin, kadın ve erkeklerin kişilik özellikleri arasındaki farklılıkları incelemek üzere yapılan, 37 farklı ülkeyi kapsayan geniş çaplı araştırma sonucunda, kadınların nörotisizm puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu, erkeklerin psikotizm ve dışadönüklük puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lynn ve Martin, 1997). Costa ve diğerleri (2001) ise kişilik eğilimlerindeki cinsiyet farklılıklarını kültürler arası karşılaştırma yaparak incelemiştir. Yirmi altı farklı kültürden 23.031 kişiyi kapsayan bu çalışmada, kadınların kendilerini daha nörotik, uyumlu, sıcak ve duygusal olarak tanımlarken erkeklerin kendilerini daha atılgan ve mantıklı olarak tanımladıkları görülmüştür. Ayrıca cinsiyetler arasındaki farkın büyüklüğünün kültürlere göre değiştiği ortaya konmuştur. Costa ve arkadaşlarının (2001) çalışmasının en ilginç bulgusu ise, cinsiyet farklılıklarının, geleneksel cinsiyet rol modellerinin en düşük seviyede olduğu düşünülen Avrupa ve Amerika kültürlerinde en yüksek düzeyde ortaya çıkmış olmasıdır.

Araştırmanın sonucunda idari görev yapan katılımcılarla yapmayanların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Oysa A-tipi kişilik (Aktaş, 2001) ve dışadönüklük (Anita, 2008) gibi bazı kişilik özelliklerinin yöneticilikle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Kişilik özelliklerinin iş performansı üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmalarda, dışadönüklüğün iş performansını anlamlı düzeyde yordadığı

(Yelboğa, 2006) ve yordamadığına (Desiderio, 2009) dair farklı bulgular mevcuttur. Cline ve diğerleri (1990), kadın yöneticilerin sayıca az olduklarına dikkat çekerek, bazı kişilik özellikleri açısından erkek ve kadın yönetici adaylarını karşılaştırmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda özellikle eğitim yöneticisi kadınların, diğer kurum yöneticilerini taklit etme ve dışadönüklük sezgisellik gibi bazı özelliklerini ketleme eğiliminde oldukları ileri sürülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kişisel sağlık davranışlarından; uygun çalışma performansına sahip olma, stresle etkili şekilde başa çıkabilme, emniyet kemeri kullanma, sağlıklı beslenme ve kişilik özelliklerinden dışadönüklüğün öğretmenlerin depresif belirti düzeylerini anlamlı düzeyde açıkladığı tespit edilmiştir. Bunun yanında kadın öğretmenlerin depresyon puanlarının erkek öğretmenlerin depresyon puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlerin depresyon puanlarında, idari görev değişkenine dayalı anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Cinsiyet ve idari görev değişkenleri dikkate alındığında ise kişilik özellikleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Öneriler:

1. Depresyona etki eden birçok faktör vardır. Bu çalışmada öğretmenlerin depresif belirtilerini yordayan kişilik özellikleri, kişisel sağlık davranışları ve bazı demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, kıdem yılı, okul türü vb.) üzerinde durulmuştur. Bundan sonra yapılacak çalışmaların daha farklı değişkenleri kapsayacak şekilde düzenlenmesi depresif belirtilerin açıklanmasına daha çok katkı sağlayacaktır.
2. Bu çalışmada örneklem grubu sadece bir ilden (Trabzon) seçilmiştir. Farklı bölgelerde çalışan öğretmenlerin stres kaynaklarının, dolayısıyla depresyon düzeylerinin farklı olabileceği düşünüldüğünde, farklı bölgelerden seçilen daha geniş örneklem grupları ile çalışmalar yapılması önerilebilir.
3. Bu çalışma kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Boylamsal türde yapılacak çalışmalarla öğretmenlerin depresif belirtilerinin açıklanmasına daha çok katkı sağlanabilir.

4. Öğretmenlerdeki depresyon riskinin incelendiği bu çalışmada, sadece öz-bildirime dayalı tarama amaçlı ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçeklerin yanı sıra, klinik tanı ölçütleri ile değerlendirmelerin yapılacağı çalışmalar depresyonla ilgili daha sağlıklı verilere ulaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Abromson ve diğeri (1978), "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation", **Journal of Abnormal Psychology**, 87, 49-74.
- Ackermann, Ronald T. ve diğeri (2005), "Telephonic Case-Finding of Major Depression in a Medicaid Chronic Disease Management Program for Diabetes and Heart Failure", **General Hospital Psychiatry**, 27(5), 338-343.
- Akçamete, Gönül ve diğeri (2001), **Öğretmenlerde Tükenmişlik İş Doyumu ve Kişilik**, Ankara: Nobel Yayınları.
- Allport, Gordon W. (1961), **Pattern and Growth in Personality**, New York: Holt Rinehart & Winston.
- Allgöwer, Annette ve diğeri (2001), "Depressive Symptoms, Social Support, and Personal Health Behaviors in Young Men and Women", **Health Psychology**, 20 (3), 223-227.
- Alper, Yusuf (2001), **Depresyon Psikoterapisi**, I. Baskı, İstanbul: Alfa Yayınları.
- Arısoy, Özden (2009), "İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 55-67.
- Anita, V. (2008), "Personality Traits and Administrators", **Institute for Social and Economic Change**, Work Paper, 19 (21), 26.
- Arkonaç, Sibel (1993), **Psikoloji Zihin Süreçleri Bilimi**, İstanbul: Alfa Basın Yayın Dağıtım.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2002), **DSM, IV- TR Tanı Ölçütleri**, (Çev. Ertuğrul Köroğlu), 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association (1994), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, 363-366.
- Arkar, Haluk ve Şafak, Cennet (2004), "Klinik Bir Örnekte Beck Depresyon Envanterinin Boyutlarının Araştırılması", **Türk Psikoloji Dergisi**, 19 (53), 117-123.
- Aydın, Dilek (2006), "Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü", **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 13 (4), 48.
- Bakker, AD (2000), "Using Equity Theory to Examine The Difference Between Burnout and Depression", **Stress and Coping**, 13 (3), 247-268.

- Baltacı, Derya ve Özer, Gül (2008), **İş Yerinde Fiziksel Aktivite**, Ankara: Klas Matbaacılık.
- Baltaş, Zuhale ve Baltas, Acar (1998), **Stres ve Başa Çıkma Yolları**, 16. Baskı, İstanbul: Remzi Yayınları.
- Barrio, Victoria Del (1998), "Anxiety, Depression and Personality Structure", **Pergamon**, 32 (2), 327-335.
- Baymur, Feriha (2004), **Genel Psikoloji**, 14. Baskı, İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Bayram, Nuran ve Bilgel, Nazan (2008), "The Prevalence and Socio-Demographic Correlations of Depression, Anxiety and Stress Among A Group of University Students", **Social Psychiatry Epidemiology**, 43, 667-672.
- Baysal, Can ve Tekarslan, Erdal (1996), **İşletmeciler için Davranış Bilimleri**, İstanbul: Avcıol Basım Yayın.
- Beck, Aeron T. ve diğerleri (1979), **Cognitive Therapy of Depression**, New York: Springer.
- Beck, Aeron T. (2005), **Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar**, (Çev. Aysun Türkcan), İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Bektaş, Salih ve Hınıs, Mehmet Ali (2009), "Emniyet Kemeri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Otomobil Sürücülerini İçin Tahmin Modeli", **Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 25 (1), 208-222.
- Bilgin, Mehmet (1990), **Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara İlişkin Bazı Değişkenlerin Depresyon Düzeylerine Etkisi**, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Billings, A.C. ve Moos, R. H. (1981), "The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events," **Journal of Behavioral Medicine**, 4, 139-158.
- Blackburn, Ivy M. ve diğerleri (1986), "A Two-year Naturalistic Follow-up of Depressed Patients Treated with Cognitive Therapy, Pharmacotherapy and a Combination of Both", **Journal of Affective Disorder**, 10, 67-75.
- Blackburn, Ivy M. (1992), **Depresyon ve Başa Çıkma Yolları**, (Çev. Nesrin Hisli Şahin ve Neslihan Rugancı, 7. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Blazer, DG ve diğerleri (1994), "The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey", **American Journal of Psychiatry**, 151, 979-86.
- Borg, Walter, R. ve Gall, Meredith D. (1989), **Educational Research: An Introduction**, 5. Baskı, New York: Longman.

- Boztaş G. ve Özcebe H. (2005), “Trafik kazası yaralanmalarında ikincil koruma: Emniyet kemeri”, **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi**, 14 (5), 9.
- Brown, R.A. ve diğerleri (1997), “ Cognitive Behavioral Treatment for Depression and Alcoholism”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 65, 715-726.
- Brundtland, Gro Harlem (2002), **The World Health Report Reducing Risks, Promoting Healthy Life**, France: WHO Graphics Printed.
- Bulut, Adnan (1995), **Trabzon İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlara Başvuran Bir Grup Hastada Depresyon Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Değişkenler**, Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Burger, Jerry, M. (2006), **Kişilik**, (Çev. İnan D. Erguvan Sarıoğlu), İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Cansever, Adnan ve Özşahin, Aytekin (2001), “Siklotimik Bozukluk”, **Duygu Durum Dizisi**, 5, 241-246.
- Cantez, E (1994), “Türkiye’de Kullanılan Bazı Testlerin Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçlar Eysenk Şahsiyet Testi ile Değerlerin Tetkiki Testi”, **Tecrübi Psikoloji Çalışmaları**, İstanbul Üniversitesi Matbaası, 53-63.
- Cemaloğlu, Necati ve Şahin-Erdemoğlu, Dilek (2007), “Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, 15(2), 465-484.
- Ceylan, Ali ve diğerleri (2003), “Lise Son Sınıflarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Zararlı Alışkanlıklar: Mardin çalışması”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 4, 144-150.
- Cline, A. W. ve diğerleri (2006), “Female Potential Administrators: A Study in Personality. Annual Meeting of the Western Kentucky University Women’s Studies Conference.”, www.eric.ed.gov.
- Costa, Paul ve diğerleri (2001), Gender Differences in Personality Traits Across Cultures: Robust and Surprising Findings. **Journal of Personality and Social Psychology**, 81(2), 322-331.
- Creed F. (1997), Assessing depression in the context of physical illness. Robertson MM. ve Katona CLE.(Eds.), **Depression and Physical Illness**, 1. Baskı içinde (3-21), Chichester, England, Wiley.
- Cüceloğlu, Doğan (1992), **İnsan ve Davranışı**, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çevik, Vildan (2006), **Eğitim Yöneticileri ile Yönetici Adaylarının Kaygı Düzeyleri ile Bilgisayar Kaygısı Düzeylerinin Karşılaştırılması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Osman Paşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Dağlı, Abidin ve Gündüz, Huriye (2008), “Yatılı İlköğretim Bölge Okullarında Görev Yapan Yönetici ve Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeyleri: Diyarbakır İli Örneği”, **Dicle Üniversitesi, Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi**, 10, 12-35.
- Davison, G.C. ve Neale J. M. (2004), **Anormal Psikolojisi**, (Çev: İhsan Dağ), Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Desiderio, Katie (2009), “The Effect of Personality Traits on Work Flow Experiences of Employees at Four Organizations”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Barry University.
- Dilaver, Hasan (1996), “Türkiye’de Öğretmen İstihdamının Dünü, Bugünü ve Yarını, Eğitimimize Bakışlar”, **Kültür Koleji Vakfı Yayınları**, 1, 119.
- Dobson, K.S. (1989), “A Meta Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57, 414-419.
- Dozois, David ve Bieling, Peter. J. (2010), “ Cognitive Therapy for Depression”, Hoffman, S. G. ve Reinecke, M.A. (Eds.) **Cognitive Behavioral Therapy with Adults**, içinde (1-18), Cambridge: Cambridge University Press.
- Doğan, Tayfun (2011), “Depresyon”, http://www.tayfundogan.net/index.php?option=com_content&view=article&id=1138:depresyon&catid=111:depresyon&Itemid=425, (10.02.2011).
- Drissen M, ve diğerleri (1998), “Psychiatric Comorbidity, Suicidal Behaviour and Suicidal Ideation in Alcoholics Seeking Treatment” **Addiction**, 93, 889-894.
- Durak, Ayşegül ve Palabıyıkoglu, Refia (1994), “Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması”, **Kriz Dergisi**, 2 (2), 311-319.
- Ebmeier , Klaus P. ve diğerleri (2006), “Recent Developments and Current Controversies in Depression”, **Lancet** , 14 (367), 153-167.
- Erdoğan, İlhan (1999), **İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış**, İstanbul: Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri.
- Eren, Erol (2000), **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**, 6. Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi.
- Erkuş, Adnan (1994), **Psikolojik Terimler Sözlüğü**, Ankara: Doruk Yayınları.
- Eysenck, Hans J. ve Wilson, Glenn (2000), **Kişiliğinizi Tanıyın**, 4.Baskı, (Çev. Erol Erduran), İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Erim, Banu (2001), **Yetiştirme Yurtlarında ve Aileleri Yanında Yaşayan Ergenlerin Benlik Saygısı Depresyon ve Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Ertekin, Ş. ve Doğan, D. (1999), “Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özeti**, Erzurum, 222-227.
- Farmer, Anne ve diğerleri(2002), “Neuroticism, Extraversion, Life Events and Depression”, **The British Journal of Psychiatry**, 181, 118-122.
- Fava, G. A. ve diğerleri (1998), “Prevention of Recurrent Depression with Cognitive Behavioral Therapy”, **Archives of General Psychiatry**, 55, 816-820.
- Fava, G. A. ve diğerleri (2004), “Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression”, **American Journal of Psychiatry**, 161, 1872-1876.
- Fennell, Melanie J. V. ve Teasdale, John D. (1987), “Cognitive Therapy for Depression: Individual Differences and The Process of Change”, **Cognitive Therapy and Research**, 11 (2) 253-271.
- Fennel, M. (1996). Depression, In Hawton, K. (Ed.), **Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems**, (169-235), New York: Oxford University Pres.
- Ferguson, Kristen (2012), “Predicting Teacher Anxiety, Depression, and Job Satisfaction”, **Journal of Teaching and Learning**, 8 (1), 27.
- Fraenkel, Jack R. ve Wallen, Norman E. (2008), **How to Design and Evaluate Research in Education**, 7. Baskı, New York: McGraw Hill.
- Frederic, Toni ve diğerleri, “Personal Health Habits and Symptoms of Depression at the Community Level”, **Preventive Medicine**, 17, 173-182.
- Frieze, I. ve Weiner, B. (1971), “ Cue Utilization and Attributional Judgments for Success and Failure”, **Journal of Personality**, 39, 591-606.
- Gardiner, Harry W. ve Gander, Mary J. (1995), **Çocuk ve Ergen Gelişimi**, (Çev. Bekir Onur), Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Geçtan, Engin (2006), **Psikanaliz ve Sonrası**, 12. Baskı, İstanbul: Metis Yayınları.
- Gerric, R. ve Zimbardo, P. G. (2005), *Psychology and Life*, <http://www.biltek.tubitak.gov.tr> (20.09.2011).
- Gershon E. S. ve diğerleri (1982), “A Family Study of Schizoaffective, Bipolar I, Bipolar II, Unipolar and Normal Control Proband”, **Archives of General Psychiatry**, 39, 1157-1161.
- Gersuny, B.S. ve Sher, K.J. (1998), “The Relation Between Personality and Anxiety, Findings from a 3-Year Prospective Study”, **Journal of Abnormal Psychology**, 107 (2), 252-262.
- Gönül, Ali Saffet (2002), “Patolojik İnternet Kullanımı” **Yeni Symposium**, 40, 105-110.

- Greden, John F. (2001), “ The Burden of Disease for Treatment-Resistant Depression”, **Journal of Clinical Psychiatry**, 62, 26-31.
- Grotevant, H (1995), “Kişilik Gelişimi”, (Çev. Bekir Onur), **Ergenliği Anlamak**, 1. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi.
- Güler, Diler (2006), **Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon**, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi; Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- Gürün, O. A. (1991), **Psikoloji Sözlüğü**, İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Güven, Aytül ve Yalçinkaya, Münevver (2002), “Okul Yöneticilerinde Kaygı-İş Doyumu İlişkisinin İncelenmesi”, **Eurasian Journal of Educational Research**, 1-7.
- Hacıoğlu, Fatma ve Alkan Cevat (1997), **Öğretmenlik Uygulamaları**, Ankara: Alkım Yayınevi.
- Henjum, A. (1983), Introversion: A Misunderstood “Individual Difference”, **Among Students**, 103 (1), 39-43.
- Hisli-Şahin, Nesrin (1988), “Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma”, **Psikoloji Dergisi**, 6 (22), 118-126.
- _____ (1989), “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği” **Psikoloji Dergisi**, 6 (23), 3-13.
- Hovardaoğlu, Selim (1986), “Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli”, **Türk Psikoloji Dergisi**, 5 (20), 1-3.
- İşıkhan, Vedat (2004), **Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları**, Ankara: Sandal Yayınları.
- Izgar, Hüseyin (2009), “An Investigation of Depression and Loneliness Among School Principals”, **Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri**, 9 (1), 247-258.
- Janowsky DS. ve diğerleri (1999), “ Myers Briggs Type Indicator and Tridimensional Personality Questionnaire Differences Between Bipolar Patients and Unipolar Depressed Patient”, **Bipolar Disorders**, 1, 98-108.
- Jorm, Anthony (2000), “Predicting Anxiety and Depression From Personality: Is There a Synergistic Effect of Neuroticism and Extraversion?”, **Journal of Abnormal Psychology**, 109 (1), 145-149.
- Kaplan H.I. ve Sadock B.J. (1997), “Substance Related Disorders” **Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook Psychiatry**, 7 (2), 1724-1725.
- _____ (2004), **Klinik Psikiyatri**, (Çev. Ercan Abay), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Karadağ, M. (2007), “Uyku Bozuklukları Sınıflaması”, **Akciğer Arşivi Dergisi**, 8, 88-91.
- Karamustafaloğlu, Oğuz ve Karamustafaloğlu, Nesrin (2001), “Distimik Bozukluk”, **Psikiyatri Dünyası**, 5, 33.
- Karasar, Niyazi (2008), **Bilimsel Araştırma Yöntemi**, 18. baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Warwick, Donald P. ve Lininger, Charles A. (1975), **The Sample Survey: Theory and Practice**, 1. Baskı, New York: McGraw-Hill Book Company.
- Katon, Wayne ve diğerleri (2009), “Major Depression: The importance of Clinical Characteristics and Treatment Response to Prognosis”, **Depression and Anxiety**, 1-8.
- Kaya , Mine ve diğerleri (2007), “Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 18 (2), 137-146.
- Kazancı, Ayşe Nuray ve diğerleri (2007), “Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 18 (3), 254-261.
- Köknel, Özcan (1983), **Kaygıdan Mutluluğa Kişilik**, 4. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- _____ (1986), **Kaygıdan Mutluluğa Kişilik**, 7. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- _____ (1994), **Yaşamın Zaferi**, 1. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- _____ (1995), **Kaygıdan Mutluluğa Kişilik**, 13. Baskı İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Koroğlu, Ertuğrul (1993), “**Depresif Durumların Kliniği**”, **Depresyon Monografileri Serisi-1**, Ankara:Hekimler Yayın Birliği.
- Lerner, Debra (2010), “Work Performance of Employees With Depression: The Impact of Work Stressors”, **The Science of Health Promotion**, 24 (3), 205.
- Lerner, Debra (2011), “Depression and Work Performance: The Work and Health Initiative Study”, **Work Accommodation and Retention in Mental Health**, 2, 103-120.
- Lichtenstein, M. ve diğerleri (1989), “Derivation and Validation of A Decision Rule for Predicting Seat Belt Utilization”, **Journal of Family Practice**, 28, 289-292.
- Lin, Elizabeth ve diğerleri (2004), “Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care”, **American Diabetes Association**, 27 (9), 2154-2160.

- Lynn, Richard ve Martin, Terence (1997), "Gender Differences in Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism in 37 Nations", **The Journal of Social Psychology**, 137 (3), 369-373.
- Marcotte, Diane ve diğeri (1999), "Gender Differences in Adolescent Depression: Gender-Typed Characteristics or Problem-Solving Skills Deficits?", **Behavioral Science**, 41 (1-2), 31-48.
- Martin, R. A. ve diğeri (2003), "**Individual Differences in Uses of Humor and Their Relation to Psychological Well-Being: Development of The Humor Styles Questionnaire**", *Journal of Research in Personality*, 37 (1), 48-75.
- Mavili-Aktaş, Aliye (2001), " Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi ve Kişilik Özellikleri", **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi**, 56 (4), 25-42.
- Muris, P ve diğeri (2001), " Protective and Vulnerability Factors of Depression in Normal Adolescent", **Behavior Research and Therapy**, 39, 555-565.
- Murray, H.A. (1965), "Studies of Stressful Interpersonal Disputations", 4. Baskı içinde, John Lindsay & Hall (Ed.) **Theories of Personality**, New York:Wiley.
- Ocakçı, A. (2007), "Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü", <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>(08.01.2007).
- Öğüş, C, ve diğeri (2004), "Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları", **Akciğer Arşivi Dergisi**, 5, 39-42.
- Ökte, M. (2001), **Ergenlerde İçedönük-Dışadönük Kişilik Özelliği ile Aile İşlevleri Arasındaki İlişkiler**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Öztabağ, Lütfi, (1994), **Psikolojide İlk Adım**, İstanbul: İnkılap ve Aka Yayınevi.
- Öztürk, M. Orhan (1994), **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, M. Orhan ve Uluşahin, Aylin (2008), **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, 11. Baskı, Ankara: Kendi Yayını.
- Öztürk, Özgür ve diğeri (2007), "İnternet Bağımlılığı: Kliniği ve Tedavisi", **Bağımlılık Dergisi**, 8 (1), 36-41.
- Pafferbarger, Rs JR. ve diğeri (1994), "Physical Activity and Personal Characteristics Associated with Depression and Suicide in American College Men", **Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum**, 377, 16-22.

- Patten, Christi (2001), “ **Persistence of Depressive Symptoms in Adolescents**”, **Neuropsychopharmacology**, 25, 89-91.
- Pehlivan, İnyet (1995), **Yönetimde Stres Kaynakları**, 1. Baskı, Ankara: Pegem Yayınları.
- Pekcan, Gülden (1998), “Türkiye’de Beslenme Durumu”, **5. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi Bildiri Özetleri**, 51-53.
- Pekcan, Gülden ve Karaağaoğlu, Nilgün (2000), “State of Nutrition in Turkey”, **Nutrition and Health**, 14, 41-52.
- Pflanz, Steven ve Ogle Alan (2006), “Job Stress, Depression, Work Performance, and Perceptions of Supervisors in Military Personnel”, **Military Medicine**, 171 (9), 861.
- Pişkin, Metin (2004), “İçedönük ve Dışadönük Kişilik Yapısı” Yıldız Kuzgun ve Deniz Deryakulu (Ed.), **Eğitimde Bireysel Farklılıklar**, 2.Baskı içinde (199-238), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Rychlak, Joseph F. (1981), **Personality and Psychology**, 2. Baskı, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sanders, Cristopher (2000), “The Relationship of Internet Use to Depression and Social İsolation Among Adolescents”, **Us National Library of Medicine Naional İnstuties of Health**, 35 (138):237-42.
- Savaşır, Işık ve Hisli- Şahin, Nesrin (1997), **Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler**. 1. Baskı, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schank, Mary Jane (1999), “Selfhealth appraisal: Learning the difficulties of lifestyle change”, **Journal of Nursing Education**, 38 (1), 1012.
- Somer, Oya (1998), “Türkçe’de Kişilik Özelliğini Tanımlayan Sıfatların Yapısı ve Beş Faktör Analizi”, **Türk Psikoloji Dergisi**, 21, 35-62.
- Sorias, O. (1998), “Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri”. Cengiz Güleç ve Ertuğrul Köroğlu (Ed). **Psikiyatri Temel Kitabı**. 1. Baskı içinde (81-93), Ankara: Pegem Akademi.
- Steffens, David (2009), “Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study”, **International Psychogeriatry**, 21(5), 879-888.
- Sürücüoğlu, Metin Saip (1999), “Beslenme ve Sağlığımız”, **Standart**, 38 (448), 40-52.
- T.C. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Hizmetleri Başkanlığı (1999), **Ülkemizde Emniyet Kemerini Kullanımı**, Ankara: Trafik Araştırma Merkezi Müdürlüğü Yayınları.

- Teğin, Buket (1987), “Depresyonda Bilişsel Süreçler, Beck Modeline Göre Bir İnceleme” **Psikoloji Dergisi**, 6 (21), 116-21.
- Tekin, Gülcan (2009), “Serbest zamanlarda Yapılan Fiziksel Egzersizin Üniversite Öğrencilerinin depresyon ve Atılganlık Düzeylerine Etkisi”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, 6 (2) 149-157.
- Tenore JL ve Lipsky MS. (2001), “Preventive services for the adolescent (13-20 years)” **Pediatric Clinics of North America**, 48, 289-311.
- Türk, A. (2004), “Öğretmenlerde Tükenmişlik”, **Eğitimcilerin Dünyası**, <http://egitim1.sitemynet.com/sakarya/tuk1.htm> (20.03.2011).
- Uğur, Müfit (1994), **Medical Psikoloji**, 1. Baskı, İstanbul: Sahaflar Kitap Sanayi.
- Ünal, Süheyla ve Özcan, Erkan (2000), “Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 1(1), 41-48.
- Van De Velde, Sarah ve diğerleri (2010), “Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8”, **Social Science Research**, 39, 396-404.
- Yalçınkaya, Meltem ve diğerleri (2007), “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, **Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni**, 6 (6), 409-420.
- Yanbastı, Gülgün (1990), **Kişilik Kuramları**, 1.Baskı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Yapıcı, Aslıhan (2006), “Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Yazıcı, Hikmet (1997), **Karadeniz Teknik Üniversitesi Öğrencilerin Kişilik Özelliklerinin Eysenck’in Kişilik Yapısına Dayalı Olarak Belirlenmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazıcı, Hikmet ve diğerleri (2007), “Genç Bireylerde Depresif Belirtiler ve Sigara İçmeye Dönük Tutumlar”, **Bağımlılık Dergisi**, 8 (2), 79-84.
- Yazıcı, Hikmet ve Ak , İsmail (2008), “Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler, Kişisel Sağlık Davranışları ve Sigara İçme”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 9, 225-226.
- Yelboğa, Atilla (2006), “Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **“İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 8 (2), 198.

- Yeşildal, Nuray ve Aslan, Dilek (2003), “Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Beslenme”, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 12 (7), 248-249.
- Yılmaz, Kürşad (2011), “An Analysis of Humor Styles of School Administrators”,**İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 12 (1), 27-44.
- Zel, Uğur (2001), “Yönetimde Kişilik ve Kişilik Özellikleri”, Salih Güney (Ed.), **Yönetim ve Organizasyon**, 1. Baskı *içinde*, (416), Ankara: Nobel Yayınları.

EKLER

EK 1: BİLGİ TOPLAMA FORMU

(FORM A)

1.Cinsiyet

(1) Kadın (2) Erkek

2.Yaş.....

3.Medeni Durum

(1) Evli (2) Bekar (3) Boşanmış

4.Kıdem.....

5.Branşınız.....

6.Algıladığınız Sosyo-Ekonomik Durum

(1) Çok Düşük (2)Orta (3)Yüksek (4)Oldukça Yüksek

7.Çalıştığınız Okulun Düzeyi

(1)Okul Öncesi (2) İlköğretim (3)Ortaöğretim

8.Çalıştığınız Okulun Türü

(1)Anadolu Lisesi (2) Fen Lisesi (3)Düz Lise

9.Okulun Bulunduğu Yerleşim Birimi

(1)Köy (2)Belde (3)İlçe (4)Şehir Merkezi

10.İdari Göreviniz Var mı?

(1)Evet (2)Hayır

EK 2: KİŞİSEL SAĞLIK DAVRANIŞLARI FORMU

(FORM B)

Aşağıda belirtilen ifadelerden size uygun olanı işaretleyiniz.

	EVET	HAYIR
1.Sigara içer misiniz?	(1)	(2)
2.Alkol tüketir misiniz?	(1)	(2)
3. Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız?	(1)	(2)
4.Sağlıklı bir uyku düzeniniz var mı?	(1)	(2)
5.Uygun bir çalışma performansınız var mı?	(1)	(2)
6.Düzenli olarak egzersiz yapar mısınız?	(1)	(2)
7.Stresle etkili şekilde başa çıkabilir misiniz?	(1)	(2)
8.Emniyet kemeri kullanır mısınız?	(1)	(2)
9.Sağlıklı beslenir misiniz?	(1)	(2)
10.Güneş ışınlarından korunmak için güneş kremi kullanır mısınız?	(1)	(2)
11.Günde iki saatten fazla internet kullanır mısınız?	(1)	(2)
12.Günde bir saatten fazla cep telefonu ile konuşur musunuz?	(1)	(2)

EK 3: EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ

(FORM C)

	EVET	HAYIR
1. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?	(1)	(2)
2. Konuşkan bir kişi misiniz?	(1)	(2)
3. Oldukça canlı bir kişi misiniz?	(1)	(2)
4. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?	(1)	(2)
5. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?	(1)	(2)
6. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirir misiniz?	(1)	(2)
7. Hiç başka birini kedi yararınıza kullandınız mı?	(1)	(2)
8. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu ?	(1)	(2)
9. Herhangi bir ya da hiç hile yaptınız mı?	(1)	(2)
10.Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne ve ya düğme bile olsa) aldınız mı?	(1)	(2)
11.Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şey yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?	(1)	(2)
12.Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?	(1)	(2)
13.Sinirlerinizden şikâyetçi misiniz?	(1)	(2)
14.Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?	(1)	(2)
15.Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi?	(1)	(2)
16.Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz mi?	(1)	(2)
17.Duygu durumunuz sıklıkla mutluluk ve mutsuzluk arasında değişir mi?	(1)	(2)
18. Kaygılı bir kişi misiniz?	(1)	(2)
19 .Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?	(1)	(2)
20.Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?	(1)	(2)
21. Evliliğinin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	(1)	(2)
22.Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?	(1)	(2)
23.Garip ya da tehlikeli etkiler olabilecek ilaçları kullanır mısınız?	(1)	(2)
24.Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?	(1)	(2)

EK 4: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

(FORM D)

1. (0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzgün hissediyorum.
(2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2. (0) Gelecekte umutsuz değilim.
(1) Geleceğe biraz umutlu bakıyorum.
(2) Gelecekte beklediğimi hiçbir şey yok.
(3) Benim için bir gelecek yok ve bur durum düzelmeyecek.

3. (0) Kendimi başarısız görmüyorum.
(1) Çevremdeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(2) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(1) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(3) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

5. (0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (0) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(1) Bir şeyle için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (0) Kendimden hoşnutum.
(1) Kendimden pek hoşnut değilim.
(2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
8. (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.
(2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(3) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (0) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(1) Eskisine oranla şu sıralar daha fazla ağlıyorum.
(2) Şu sıralar her an ağlayabiliyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (0) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(2) Çoğu zaman sinirliyim.
(3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12. (0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- (1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 - (2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 - (3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (0) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
- (1) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
 - (2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
 - (3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
- (1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
 - (2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
 - (3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
 - (2) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi zorluyorum.
 - (3) Hiçbir iş yapmıyorum.
16. (0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
- (1) Şu sıralarda eskisi gibi rahat uyuyamıyorum.
 - (2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 - (3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (0) Eskisine oranla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- (1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
 - (2) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
 - (3) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.

18. (0) İştahım eskisinden pek farklı değil.

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.

(2) Şu sıralar iştahım epey kötü.

(3) Artık hiç iştahım yok.

19. (0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

(1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kilo kaybettim.

(2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kilo kaybettim.

(3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kilo kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet (4) Hayır (5)

20. (0) Sağlığım beni pek ilgilendirmiyor.

(1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

(2) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

(3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21 (0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

(1) Eskisine oranla cinsel konularla daha çok ilgileniyorum.

(2) Şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim.

(3) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

ÖZGEÇMİŞ

Çağlar-Bektaş; 1985 yılında Trabzon ilinde doğdu. İlköğrenimini İskender Paşa İlkokulu'nda ve Cudibey Ortaokulu'nda, Ortaöğretimini ise Tefvik Serdar Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2008 yılında KTÜ Fatih Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilimdalı'ndan birincilikle mezun oldu. Aynı yıl Tonya Şehit Ayhan Güner İlköğretim Okulu'na rehber öğretmen olarak atandı ve KTÜ Fatih Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2010 yılından itibaren Trabzon Yol İş Sendikası İlköğretim Okulu'nda rehber öğretmen olarak görev yapmaktadır. Yabancı dili İngilizcedir.

e-posta: selenn_85@hotmail.com