



T.C.
TOROS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HASTA BAKIM ADAYLARININ KLİNİK DENEYİM ÖNCESİ VE SONRASI
KAYGI VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Arzu İNALKAÇ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Banu YAZGAN İNANÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KASIM 2018

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Arzu İNALKAÇ tarafından hazırlanan "Hasta Bakım Adaylarının Klinik Deneyim Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması" başlıklı bu çalışma 05/11/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Psikoloji Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı
Doç. Dr. Mehmet BİLGİN
(Çukurova Üniversitesi)



Danışman
Prof.Dr.Banu YAZGAN İNANÇ



Jüri Üyesi
Dr.Öğr.Üyesi M.Yalçın ORTAKALE

Savunma Sınav Jürisi Tarafından Tezin İmzalı Nüshasının Teslim Tarihi : 04./12./2018

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Haluk KORKMAZYÜREK
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu çalışmada;

- Sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettim.
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sundum.
- Yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdim.
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadım.
- Sunduğum çalışmanın özgün olduğunu

bildirir. Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıtlarını kabullendiğimi beyan ederim.

05/12/2018

Arzu İNALKAÇ

HASTA BAKIM ADAYLARININ KLİNİK DENEYİM ÖNCESİ VE SONRASI KAYGIVE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Arzu İNALKAÇ

TOROS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
2018

ÖZET

Bu çalışma, 11. ve 12. sınıf hasta bakım adaylarının klinik deneyim öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, 2016-2017 yılında Mersin ili Akdeniz ilçesinde bulunan Sabiha Çiftçi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 11. ve 12. sınıfa devam eden 15-20 yaş aralığında, 121 öğrenciden elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada hasta bakım adaylarının kaygı ve depresyon düzeylerini tespit etmek ve ilişkiyi incelemek için Beck Depresyon Envanteri ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Hasta bakım adaylarına klinik deneyim öncesi ve sonrası envanterler dağıtılmış ve sonrasında bu envanterlere verilen cevaplar sonucunda klinik bakım öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeyleri belirlenmiştir.

Elde edilen verilerin analizinde anova, t-test ve betimsel istatistik yöntemi kullanılmıştır.

Bulguların analizi, 11. ve 12. sınıf hemşirelik öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymuştur ($P>0,05$). 12. Sınıf öğrencilerinin staj sonrası kaygı ve depresyon düzeyi düştüğü ve staj sonrası ölçümle aralarında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($P<0,05$). Ancak 11. sınıf öğrencilerinin de staj sonrası kaygı ve depresyon düzeyi düşmüştür. Kaygı ve depresyon düzeyinin düşmesi staja mı yoksa staj dışında gelişen diğer faktörlere mi bağlı olduğu konusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, kaygı, hasta bakım, klinik deneyim.

**THE COMPARISON OF THE PATIENTS AND THE DEPRESSION LEVELS OF
PATIENT CARE CANDIDATES BEFORE AND AFTER CLINICAL
EXPERIENCE**

(M. Sc. Thesis)

Arzu İNALKAÇ

**TOROS UNIVERSITY
SOCIAL SCIENCE INSTITUTE
2018**

ABSTRACT

This study was guided to examine the relationship between anxiety and depression levels of 11th and 12th grade patient care candidates; pre and post clinical experience scores.

The research has been carried out 2016-2017 with 121 students in the 15-20 age group of Sabiha Çiftçi Vocational and Technical Anatolian High School, which is located in Akdeniz district of Mersin. I were administered to evaluate anxiety and depression levels of patient care candidates pre and post scores. Both Inventories were administered to patient care candidates before and after the clinical care experience.

To analyze the data ANOVA, T-Test and descriptive statistics were used.

Findings revealed that students anxiety and depression, pre and post test scores did not differ significantly ($P > 0,05$). However pre and post test scores of 12. grades did differ having lower anxiety and depression post test scores ($P < 0,05$). A decreased in 11th grade students pre and post anxiety and depression scores were also observed. Findings are discussed in relation to related factors.

Key words: Depression, Anxiety, Patient Care, Clinical Experience.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde benim için çok değerli insanların emeği ve desteği bulunmaktadır. Öncelikle yüksek lisans eğitimi ve tez hazırlık sürecinde bilgisi ve yardımı ile yanımda olduğunu hissettiğim, desteğiyle bana güç verdiğine inandığım, disiplinli ve etik çalışması açısından örnek almaya çalıştığım tez danışmanım sayın Prof. Dr. Banu YAZGAN İNANÇ' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda aktardığı bilgiler, sunduğu önemli katkılardan dolayı sayın Doç. Dr. Mehmet BİLGİN'e teşekkürlerimi sunarım..

Tez çalışmamda bana zaman ayırarak bilgisini paylaşan sayın Doktoralı Öğretim Üyesi Münir Yalçın ORTAKALE'ye teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmalarım esnasında her türlü destek ve emeğini benimle paylaşan değerli arkadaşlarım Nahide YALNIZ, Pınar ÇELİK, TülinCAN ve Teslime DAĞTEPE'ye, çok teşekkür ederim. Bana zaman ayırarak yardımcı olan Hüsameddin YAZAR, Yağmur AYDIN, Eda KILIÇKAYA ve Nazmiye GÖKÇEL'e çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam esnasında hep yanımda olarak benden desteğini ve özverisini esirgemeyen canım annem Öznur İNALKAÇ, babam M. Salih İNALKAÇ vekardeşlerim Murat İNALKAÇ, Sedat İNALKAÇ, Vedat İNALKAÇ, Cem İNALKAÇ, Barış İNALKAÇ, teyzem Nahide YALNIZ'a çok teşekkür ederim.

Arzu İNALKAÇ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ÇİZELGELER LİSTESİ	xiii
GİRİŞ.....	1
Problem.....	1
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Alt Amaçları	3
Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi.....	4
Sayıtlar	6
Sınırlılıklar.....	6
Tanımlar	6

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	11
1.1 .Kaygı Kavramı.....	11
1.1.2.Kaygının tarihsel gelişimi ve tanımı.....	11
1.1.3. Kaygı kuramları	13
1.1.3.1. Psikanalitik kuram.....	13
1.1.3.2.Öğrenme kuramı.....	17
1.1.3.3.Bilişsel kuram.....	17
1.1.3.4. Davranışsal kuram.....	17
1.1.3.5. Varoluşçu kuram	18
1.1.4. Kaygı çeşitleri.....	18
1.1.4.1. Durumluk kaygı.....	18
1.1.4.2. Sürekli kaygı	18
1.1.5. Kaygı belirtileri nelerdir?	19
1.1.6. Kaygı bozukluğunun nedenleri nelerdir?.....	19

1.1.6.1. Tıbbi nedenler	20
1.1.6.2. Diğer nedenler	20
1.1.7. Kaygı bozuklukları risk faktörleri nelerdir?	20
1.2. Depresyon	21
1.2.1. Depresyon kavramı	21
1.2.2. Depresyon kavramının tarihsel gelişim ve tanımı	21
1.2.3. Depresyonla ilgili kuramlar	23
1.2.3.1. Psikanalitik kuram	23
1.2.3.2. Beck'in bilişsel kuramı	24
1.2.3.3. Kişilik yapısı merkezli yaklaşım	25
1.2.3.4. Ellis'in mantıksal-duygusal (rational-emotive) kuramı	26
1.2.4. Depresyonun belirtileri	26
1.2.5. Depresyonun risk faktörleri	27
1.3. İlgili Araştırmalar/ Alanyazın	27
1.3.1. Kaygı ile ilgili yapılan araştırmalar	27
1.3.2.1. Yurt dışında yapılan çalışmalar	30
1.3.2. Depresyon ile ilgili yapılan araştırmalar	31
1.3.2.1. Türkiye' de yapılan çalışmalar	31
1.3.2.2. Yurt dışında yapılan çalışmalar	34

İKİNCİ BÖLÜM YÖNTEM

2. YÖNTEM	36
2.1. Araştırmanın Modeli	36
2.2. Evren ve Örneklem Seçimi	36
2.3. Veri Toplama Araçları	36
2.3.1. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)	36
2.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDI)	37
2.4. Verilerin Analizi	38
2.5. Araştırmanın Etiği	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.BULGULAR.....	39
3.1. 11. ve 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Kaygı Düzeyleri Farklı Mıdır?.....	39
3.2. 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Kaygı Puanları Arasında Fark Var Mıdır?.....	40
3.3. 11. ve 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Depresyon Düzeyleri Farklı Mıdır?.....	41
3.4. 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Depresyon Puanları Arasında Fark Var Mıdır?.....	42

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

4.TARTIŞMA VE YORUM.....	43
4.1. 11. ve 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Kaygı Düzeyleri Arasında Bir Fark Olup Olmadığına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
4.2. 11. ve 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Depresyon Düzeyleri Arasında Bir Fark Olup Olmadığına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	44
4.3. 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
4.4. 12. Sınıf Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	53
Öneriler.....	53
Uygulayıcıya yönelik öneriler	53
İlerde yapılacak araştırmaya yönelik öneriler	54

KAYNAKÇA	55
EKLER	67
Ek 1: Durumluk Kaygı Envanteri.....	67
Ek 2: Sürekli Kaygı Envanteri.....	69
Ek-3: Beck Depresyon Envanteri	71
ÖZGEÇMİŞ	74

ÇİZELGELERLİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.1. 11. ve 12. Sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı düzeyleri, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri	39
Çizelge1.2. 11. ve 12. Sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı puanları, standart sapmaları ve aritmetik ortalamalarına ilişkin anova sonuçları	40
Çizelge1.3. 12. Stajer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı puanları arasında, aritmetik ortalama ve standart sapmaya ilişkin t-testi sonuçları	40
Çizelge1.4. 11. ve 12. Sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon düzeyleri aritmetik ortalama, standart sapma değerleri	41
Çizelge1.5. 11. ve 12. Hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon puanları, standart sapmaları ve aritmetik ortalamalarına ilişkin anova sonuçları	41
Çizelge 1.6. 12.Sınıf hasta bakım stajer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon puanları, aritmetik ortalamalarına ilişkin t-testi sonuçları	42

GİRİŞ

Problem

Günümüzde; teknolojideki ilerlemeler, kentleşmenin artması, ekonomi ve sağlık bilimlerindeki gelişmeler, kişilerin yaşam biçimlerinin değişmesi gibi faktörlerin birbirleri ile etkileşimleri sonucu bireylerin sağlık bakım gereksinimleri değişiklik göstermiştir. Sağlık bakımından yararlanma, insanın temel haklarından biridir. Sağlık bakım hizmetinde hastaların bakım standartlarını arttıracak şekilde yapılacak değişiklikler sağlık bakım hizmetlerinin başarısını arttıracaktır (Bayık, 1991). Nitelikli hemşire yetiştirilmesi önceki yıllara göre daha fazla önem kazanmaktadır. Sağlık kurumları daha verimli çalışmak, daha kaliteli hizmet vermek, hedeflerini gerçekleştirmek için; daha nitelikli, başarı düzeyi yüksek, çeşitli bilgi ve becerileri olan, daha donanımlı hemşirelerle çalışmak istemektedirler. Hemşireler özellikle uluslararası sağlık sistemindeki sorunların çözümünde kilit personel olarak görülmektedirler. Hemşirelerin; bakım vermekte, iletişimde ve her türlü yönetimi sağlamakta yeterli olmaları gerekmektedir. Bu yüzden hemşirelik eğitimi veren okulların, istenilen nitelik ve özellikleri taşıyan, başarı düzeyi yüksek hemşireler yetiştirmeleri gerekmektedir (Kaynar, Şahin, Bayrak, Karakoç, Ülke ve Öztürk, 2006). Hemşirelik eğitimi, öğrencilerin eğitim süreci içerisinde, beceri, tutum ve etik standartlarını özümsemelerini ve bunları davranışlarının bir parçası haline getirmesini sağlamaktadır. Eğitim programı gereği, teorik bilgi ve uygulama birbirini tamamlamaktadır. Hemşirelik eğitiminde kuramsal bilgi yeterince uygulamaya aktarılamamaktadır. Bu da yaşanan sorunlardan biridir. Öğrencilere öğretilenler ile gerçek ortam arasındaki farklılıklar, öğrencilerin uygulama sürelerinin kısalığı, uygulama alanlarının öğrenme hedeflerine uygun olmaması, öğrenci sayısının fazla olması nedenler arasında sayılabilmektedir (Karaöz, 2003). Diğer çalışmalarda benzer sonuçlar göstermekte; genelde nedenler arasında klinik alanda çok sayıda öğrencinin bulunması, bu öğrencileri değerlendiren eğitimcilerin az sayıda olması, sağlık personeli, öğrenci ve eğitimci arasında olumlu bir işbirliğinin olmaması yine bu nedenler arasında sayılabilmektedir. Sağlık meslek liselerinde eğitim kalitesinin artırılması için, eğitimde kaliteyi belirleyen faktörlerin araştırılması, mevcut ortamın öğrenci yararına iyileştirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Ayrıca ders programlarını bilimsel, teknolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik gereksinimler doğrultusunda sürekli gözden

geçirmek, öğrenci yapısını araştırmak ve öğrencilerin beklentilerine uygun düzenlemeler yapmak gerekmektedir (Kuzu, Bayramova, Korkmaz ve Taşdemir, 2003).

Klinik eğitimde uygulama alanına çıkan stajyer hemşirelik öğrencisi, yeni bir sosyal ortam içine girmektedir. Öğrenciler uygulama alanındaki hasta, hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli ile iletişim konusunda deneyimsiz olmaktadır ve değişik deneyimlerini birçok sorunla karşı karşıya getirmektedir (Özgür, 1988; Fadiloğlu, 1990). Öğrenciler klinik uygulamanın başlangıcında hata yapma, hastaya zarar verme, olumsuz tepkilerle karşılaşma gibi düşüncelere sahip olabilmekte ve özgüvenlerinin düşük olması nedeniyle yoğun kaygı yaşayabilmektedirler (Atalay, Tel, Altun ve Tel.,1994; Yetkin ve Özer, 1997). Özgür (1988), Hatipoğlu (1988), Sabuncu (1994), çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin klinik deneyim öncesi ve klinik deneyimin ilk gününde korku ve kaygı yaşadıklarını belirlemişlerdir. Kaygı yaşayan öğrenci, sosyal ilişkilerinde bozulmalar yaşayabilmekte ve problemlerle baş etmede zorlanabilmektedir. Yapılan çalışmalar, klinik uygulamanın ilk dönemlerinde ortaya çıkan kaygının diğer dönemlere göre daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Adini, 1997; Price, 1985).Yapılan benzer çalışmalar, öğrencilerin klinik deneyim sırasında, sınıf ya da laboratuvar ortamına göre daha fazla kaygı yaşadıklarını ortaya çıkarmaktadır (Melincavage, 2011).

Kaygı, eğitimde başarıyı engelleyen önemli bir faktör olup öğrencinin beceri geliştirmesini ve klinik performansını etkilemektedir. Bu nedenle öğretim elemanının, staj öncesi öğrencilere daha fazla danışmanlık yapmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Hemşire öğretim elemanları, staj başlangıcında öğrencilerin kaygı düzeylerinin yüksek olabileceğinin bilincine vararak, öğrencilerine karşı sabırlı, saygılı, içten, dürüst ve sempatik yaklaşımda bulunmalı ve onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar (Şirin, Kavak ve Ertem, 2003). Bu nedenle hasta bakım adayları arasında kaygıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hasta bakım eğitimcilerine, kaygının azaltılmasına yönelik yollar bulunmasına yardımcı olabilir.

Hemşirelik öğrencileri, aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaş edinme, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler ve yurt yaşamına alışma ile ilgili kaygı yaratan sorunlarla karşılaşmanın yanı sıra, sağlık bilimleri alanında öğrenci olmanın güçlükleri ile de baş etmek durumunda kalmaktadırlar. Hasta bakımı, sağlık bakımına karar verme, ölüme tanık olma, hasta bireyin bakımına aktif olarak katılan hemşirelik öğrencileri üzerinde kaygı yaratmaktadır (Ulupınar, 1999; Muro, Tomas, Moreno ve Rubio, 2002). Öğrencilerin bu dönemde arkadaşlarıyla ve buldukları yeni ortamdaki diğer insanlarla başarılı iletişim

kurmaları, hem akademik başarıları hem de kişilik gelişimleri açısından önem taşımaktadır. Öğrenciler farklı bir ortama uyum sağlamanın zorluğu ve içinde buldukları gelişim döneminin özellikleri nedeniyle çeşitli ruhsal bozukluklar açısından risk grubunda bulunmaktadırlar. Bundan dolayı öğrencilerin sosyal zeka ve kişilerarası ilişkilerle ilgili donanımlı olmaları ve kolay iletişim kurmaları psikolojik sağlıkları açısından önemlidir. Klinik uygulamalarda stajyer öğrencilerin hasta bireylerle karşılaşmaları ve onlarla bire bir ilişki içerisinde olmaları nedeniyle depresyonun saptanması daha da önem taşımaktadır. Depresyon öğrencilerin yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir (Fadıloğlu, Esen ve Akyol, 1997). Öğrenciler depresyon nedeniyle, klinik deneyim sırasında yaptıkları işe ya da okulda derse karşı isteksiz olabilmektedirler. Ayrıca depresyonlu öğrenci, okulda, hastanede iletişim sıkıntısı yaşayabilmektedir. Bazen de yoğun depresyon intihara yol açabilmektedir. Bundan dolayı öğrenciler arasında depresyonun saptanması önemli olmaktadır. Öğrenciler klinik deneyim öncesi okulda, klinik uygulama sırasında hastanede depresyona yol açabilecek olaylarla karşılaşabilirler. Hasta bakım adayları arasında depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hasta bakım eğitimcilerinin depresyonlarının azaltılmasına yönelik yollar bulunmasına yardımcı olabilmektedir (Özdemir, 2007).

Bu amaçla hasta bakım adaylarının klinik deneyim öncesi ve sonrası yaşadıkları kaygı ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması bu araştırmanın problemini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı 12. sınıf staj öğrencilerinin staj öncesi ve sonrasında, kaygı ve depresyon düzeylerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

Araştırmanın alt amaçları

1. 11. ve 12.hasta bakım sınıf öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı düzeyleri farklı mıdır?
2. 11. ve 12. hasta bakım sınıf öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon düzeyleri farklı mıdır?
3. 12. sınıf stajyer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı puanları arasında farklı mıdır?
4. 12. sınıf stajyer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon puanları arasında farklı mıdır?

Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi

Nitelikli hemşire yetiştirilmesi giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Çünkü sağlık kurumları daha verimli çalışmak, daha kaliteli hizmet vermek, hedeflerini gerçekleştirmek için; daha nitelikli, başarı düzeyi yüksek, çeşitli bilgi ve becerileri olan, daha donanımlı hemşirelerle çalışmak istemektedir. Ayrıca, hemşireler özellikle sağlık sistemindeki sorunların çözümünde kilit personel olarak görülmektedir. Bundan dolayı hemşirelerin; bakım vermekte, iletişimde ve her türlü yönetimi sağlamakta yeterli olmaları gerekmektedir. Bu özelliklerin kazandırılmasında hemşirelik eğitimi veren kurumlara önemli görevler düşmektedir. Bu kurumların, istenilen nitelik ve özellikleri taşıyan, başarı düzeyi yüksek hemşireler yetiştirmeleri gerekmektedir (Kaynar, Şahin, Bayrak, Karakoç, Ülke ve Öztürk, 2006).

Hemşirelik eğitiminin birinci sınıfında okutulan 'Hemşirelikte Kavram, İlke ve Uygulamalar' dersi; öğrencilerin hasta bakımına yönelik birçok ilke ve uygulamaları içermektedir (Batmaz, Özhan, Soydan, Özdiilli ve Sabuncu, 2008; Sabuncu, 1994). Daha sonraki aşamada öğrencilerin öğrendikleri becerileri klinik uygulamalarda bakım verdikleri hastalara uygulayabilmeleri hedeflenmektedir (Fadıloğlu, 1990; Sabuncu, 1994; Sabuncu, 1999).

Klinik eğitim, hemşirelik ve diğer sağlık programlarında eğitimin temel ögesi sayılmaktadır (Chan, 2002). Bu eğitimde öğrencilere, tarafsız düşünme ve analiz etme, psikomotor beceriler geliştirme, iletişim becerileri kazandırmak amaçlanmaktadır (Grealish ve Carroll, 1998). Klinik deneyim, stajyer öğrencilerde en çok kaygı oluşturan sebepler arasında yer almaktadır (Audet, 1995). Özellikle ilk klinik deneyim öğrenciler için öngörülmez ve zorlayıcı bir yaşantı olması nedeniyle daha fazla kaygı oluşturma bilmektedir (Chesser-Smith, 2005). Öğrencilerin kaygılı olması, sağlık profesyonelleri ile olan ilişkilerinde güçlük yaşamalarına, sorunlarla baş etme yeteneklerinde azalmalara ve sosyal ilişkilerinde bozulmalara neden olabilmektedir. Ayrıca öğrencilerin yaşadığı kaygı, hasta beklentilerini karşılamada yetersizliğe, hastane işleyişine uyum gösterememelerine, yanlış bilgi verme korkusuna, hastane prosedürlerinde yanlışlık yapma korkusuna neden olmaktadır (Sharif ve Masoumi, 2005; Price, 1985; Neary, 1997; Sheu, Lin ve Hwang, 2002). Girgin (1990) kaygının öğrencinin başarısını olumsuz etkilediğini, kaygı düzeyinin azalması ile öğrenci başarısının arttığını belirtmiştir. Özgür (1988) kaygısı fazla olan öğrencinin hastanın gereksinimlerini karşılayamadığını, hastayı iyi gözlemleyemediği ve bundan dolayı da öğrenciye karşı hastada güvensizlik oluştuğunu belirtmektedir. Yapılan

çalışmalarda, klinik uygulamanın ilk dönemlerinde ortaya çıkan kaygının diğer dönemlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş (Adini, 1997; Price, 1985) ve bazı öğrencilerin, klinik deneyim öğrenme süresince, sınıftaki ya da laboratuvar ortamındaki öğrenme deneyimlerine göre daha fazla kaygı yaşadıkları saptanmıştır (Melincavage, 2011).

Klinik eğitimin başarılı olabilmesi için, teorik derslerin hedefler doğrultusunda belirlenmesi ve uygulama alanının buna göre planlanması gerekmektedir. Klinik eğitim planlanırken, uygulama alanlarının eğitim açısından uygun olması, eğitimcilerin ve öğrencilerin sayı ve niteliklerinin belirlenmesi sağlanmalıdır. Hemşirelik disiplinde önemli bir yere sahip olan uygulama alanları, öğrencilere öğrendiklerini uygulama, kendilerini geleceğe hazırlayan profesyonelleri rol model olarak görme ve sistemin işleyişini gözleme olanağını sunmaktadır. Uygulama alanlarının koşulları iyi düzenlenmediği zaman, öğrencilerin okulda verilen teorik bilgileri uygulama alanlarında davranışa dönüştüremedikleri görülmektedir (Karaöz, 1997).

Klinik eğitim sırasında stajyer öğrencilerin öğrenmelerini etkileyen rahatsızlıklardan biri de depresyon olarak bilinmektedir. Kaygı yaratan olumsuz yaşam olayları, örneğin; yeni bir ortama girmek, sağlık personelleri ile olan ilişkiler, hasta bakımı, ekonomik güçlükler, arkadaşlarla olan ilişkiler, stajyer öğrencilerde depresif belirtilerin görülmesine neden olabilmektedir. Depresif belirtilerin olması, bireyin ilişkilerini sürdürmesini olumsuz yönde etkileyerek evde, çalışma alanında ve sosyal yaşamda sorunlar yaşamasına sebep olabilmektedir. Depresyon bireyin tembel, mutsuz, umarsız ve geçimsiz bir birey olmasına yol açmaktadır. Bireyi intihara sürükleyebilir, önemli düzeyde iş-güç ve yeti yitimine yol açabilir. Depresyon önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (Özdel, Bostancı, Özdel ve Oğuzhanoglu, 2002). Bu yüzden depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi, yineleme risk etkenlerinin belirlenmesi özel bir önem taşımaktadır (Aylaz, Kaya, Dere, Karaca ve Bal, 2007; Aydın ve Demir, 1989).

Klinik ortamda ve okulda sağlık eğitimcilerinin hemşire adaylarına görevleri ile ilgili uygulama yapma konusunda cesaret vermeleri, onları gözlemleyerek eksik oldukları yönleri bulup yardımcı olmaları ve onlarla iyi iletişim kurmaları adayların deneyim kazanmalarına kaygı ve depresyon düzeylerinin azalmasına yardımcı olabilmektedir. Literatürde, hemşire adaylarının klinik deneyim öncesinde ve sonrasında yaşadıkları kaygı ve depresyonla ilgili yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Bu araştırma sonucunda elde edilen bulguların, benzer araştırmalara kaynaklık edeceği ve alanyazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Sayıtlar

Araştırmanın örneklemini oluşturan öğrencilerin ölçme araçlarına verecekleri cevaplar onların gerçek görüş ve düşüncelerini yansıtmaktadır.

1.Öğrenciler kendilerine verilen ölçme araçlarını içtenlikle ve samimi bir şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

1.Araştırma, 2016-2017 yılı, 01/01/2017 - 23/06/2017 tarihleri arasında Mersin ili Akdeniz ilçesinde bulunan Sabiha Çiftçi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 11. ve 12. sınıfa devam eden öğrencilerinden elde edilen verilerle sınırlı tutulmuştur.

2. Araştırma, Durumluluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon durumları: Durumluluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Envanterinin ölçümleri ile sınırlıdır.

Tanımlar

Sağlık Eğitimi: Bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulamak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, bireylerin sağlık kuruluşlarından verimli bir şekilde yararlanmalarını sağlamak, ortak bir karara vardırarak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır (Gökkoca, 2001:371).

Kaygı: Bilinçdışı olan, nesnesi kişice tanınmayan, kişinin içsel bir tehlike uyarıcısına karşı vermiş olduğu rusal ve bedensel tepkidir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 69).

Durumluluk Kaygı: Çevre koşullarına bağlı bir stresten dolayı ortaya çıkan tehlike ve tehdit durumlarında bireyin gösterdiği tepkilerdir (Tiryaki ve Moralı, 1990:138).

Sürekli Kaygı: Bireyde daha önceden de var olan kaygıyı gösteren, durumluluk kaygının yoğunlaşması ve süreklilik kazanması hali olarak adlandırılmaktadır (Civan, Arı, Görücü ve Özdemir, 2010:194).

Depresyon: Depresyon, emosyonel olarak kuşkuculuk, kötümserlik ve yıkılmışlık hissine, biliş ve eylemlerde yavaşlamaya sebep olabilen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Yazıcı ve Ertem, 2006:8).

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1.Kaygı Kavramı

Bazı düşünürler ve bilim adamları yüzyılımızı “Kaygı Çağı” olarak adlandırmaktadırlar. İnsanlar başta doğanın egemenliğinden kurtulmak için teknolojiyi geliştirmiş ancak bu kez kendi yarattığı uygarlığın tutsağı olma durumuna gelmişlerdir. Bireyler, giderek kendine yabancılaşmaya, yalnızlaşmaya ve insanlarla yakın ilişkiler kuramama durumuna gelmişlerdir. Bunun yanında, teknolojinin ilerlemesi, kültürel farklılıklar, sosyal-ekonomik seviye, gibi özelliklerin de farklılık göstermesi günümüz insanının kaygısı azaltılmamakta, giderek artmaktadır (Çakmak ve Hevedanlı, 2005).

Genel anlamda bireyin çevresinde yaşanan, psikolojik olaylara karşı göstermiş olduğu bir duygu olarak tanımlanan kaygı, belirli şartlarda evrensel ve olağan kabul edilmektedir. Kaygının hoş olmama özelliği, kaygıyı olumsuzlaştırmakta ve kaygının normal davranışlardan çok normal olmayan davranışlar grubunda ele alınmasına neden olmaktadır. Kaygı, hem normal hem de patolojik insan davranışlarında önemli bir yere sahip olmaktadır. Kaygı bu özelliğinden dolayı psikolojide çok yaygın olarak incelenen kavramlardan biri ve psikoloji alanı dışında farklı alanlarda da araştırılan geniş içerikli bir kavram olmaktadır (Dağ, 1999; Başarır, 1990). Kaygı ile ilgili yapılan araştırmalar iş hayatından eğitime, çocukluk evresinden yaşlılığa kadar farklı alanları içermektedir (Kapıkıran, 1999).

1.1.2.Kaygının tarihsel gelişimi ve tanımı

Kaygı kelimesi tarihi süresince en sık şekilde kullanılan kelimelerden biri olmaktadır. Kaygı kelimesinin kökeni antik Yunan döneminde “anxietas” olup korku ve endişe anlamına gelmektedir. Bu kavram ruhbilim alanına 20. Yüzyılın başlarında girmiştir ve bu alandaki çalışmalar 1940’lı yılların sonlarına doğru başlamıştır (Köknel, 1998).

Psikoloji alanında kaygı kavramını bilimsel olarak ilk kez S. Freud’un (1969) tanımladığı bilinmektedir. Daha önce biyolojik bir kavram olarak kabul gören kaygı

kavramı, Freud'un konuyla ilgili çalışmalara başlamasıyla birlikte psikoloji literatüründe yer almaya başlamıştır. Freud kaygı kavramını, her zaman ve her şartta karşımıza çıkabilecek, belli nesnesi olmayan, hoşlanılmayan ve istenilmeyen bir duygu durumu olarak tanımlamaktadır (Freud, 1969). Kaygı, psikoloji bilimiyle uğraşan birçok bilim insanının ilgisini çekmiş Sigmund Freud'dan Sullivan'a kadar birçok bilim insanı bu kavram üzerinde yorumlarda bulunmuştur. Freud (1969) kaygı kavramını, enerji sistemlerindeki dengesizliğin sonucunda ortaya çıkan bir çatışma ve bu çatışmanın sebep olduğu tehlikelere karşı verilen tepki olarak, Sullivan (1950), acı veren acayip bir heyecan, kafaya inen ani bir darbe olarak, Horney (1945), çaresizlik duygusu, May (1959), bireyin varlığı ve kişiliği için temel olan bazı değerlerin tehdit edilmesi olarak, Spielberg (1976), tehdit algısına bağlı sübjektif bir kavram olarak görmekte ve kişiden kişiye farklılık gösterebilen rahatsız edici bir durum olarak tanımlamaktadır.

Psikoanaliz kuramcılarının pek çoğu, kaygının kaynağının temelinde bilinçaltını görse de günümüzde yapılan incelemelerde, insanların kaygının bilincinde olduğu ve kaygı duygusunu kontrol altına alabilmeyi başarabildikleri görülmektedir (Burger, 2006).

Özusta (1995) kaygıyı, insan yapısında var olan çevresel ve psikolojik olaylara gösterilen bir duygusal reaksiyon şeklinde tanımlamakta, bunun evrensel ve normal bir insan duygusu içerebilir. Bu duygu durumu, tehlike olasılığına, tehlikenin doğasına ve kişinin tehlike ile olduğunu kabul etmektedir. Kaygı, aşağıdaki heyecanlardan birini ya da çoğunu başa çıkma yetilerine ilişkin bilişsel öğeleri kapsadığı gibi kişinin beklediği tehlikeye ilişkin öznel duygularını da kapsamakta, aırıkalp atışının hızlanması, terleme, kas gerilmesi gibi fizyolojik belirtileri ve aktif kaçma veya pasif kaçınma gibi davranışları da içermektedir. Kaygının gelişimi, genetik ve biyolojik eğilimlerden, önceki öğrenme ve deneyimlerden, içinde bulunulan durumsal ipuçlarından ve kişinin bilişinden etkilenmektedir.

APA (2018) kaygıyı, beynin tehlikelerden korunmak için geliştirmiş olduğu uyumlu bir yanıt olarak tanımlamaktadır. Ayrıca kaygının derecesi, görülme sıklığı, sürekliliği arttıkça kişi uyumsuz bir özellik kazanmakta ve bu da kişide kaçınma davranışına neden olabilmektedir.

Tobal, Jose ve Hector (2005) kaygıyı, bireyin temel değerlerine ve varlığına yönelik tehlike şeklinde algıladığı bir duruma karşı bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak bir tepki geliştirdiği hoş olmayan bir duygu durumu olarak tanımlamaktadırlar.

Ziyalar (2006) kaygıyı, nedeni bilinmeyen ve anlaşılamayan bir duruma bağlı hissedilen daralma, bunalma, endişe, tehdit algılaması şeklinde kendini gösteren bir duygu durumu olarak tanımlamaktadır.

Gökçe ve Dündar (2008) kaygıyı, nesnel olmayan bir tehlikeye karşı duyulan endişe duygusu olarak tanımlamaktadır.

Doğan ve Çoban (2009) kaygıyı, tehdit edici bir durum karşısında birey tarafından hissedilen huzursuzluk ve endişe durumu olarak tanımlamaktadırlar.

Yörükoğlu (2011) kaygıyı, yoğun bir şekilde korkunun beden üzerindeki belirtileri olarak tanımlamaktadır. Ayrıca kaygının içsel bir tehlike uyarıcısına karşı verilen ruhsal bir tepki olduğunu ve bu tepkinin bedende fizyolojik değişiklikler yarattığını belirtmektedir.

Coşkun, Şahan ve Kemal-Erman (2011) kaygının, birbirinden bağımsız ama birbiriyle etkileşen üç bileşenden oluştuğunu söylemekte ve bu bileşenlerin; duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenler olduğunu tanımlamaktadırlar.

Öz (2015) kaygıyı, benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehlide tepki olarak hissedilen bir gerilim olarak tanımlamaktadır.

Cüceloğlu (2016) kaygıyı, sık sık yaşanılabilen ve yaşamı etkileyen duygulardan biri olarak tanımlarken kaygılı bireyin; üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık, acizlik, sonucu bilmeme ve yargılanma gibi duygulardan birini ya da birkaçını yaşadığını belirtmektedir.

Yukarıda belirtilen tanımların ışığında, kaygının, bireyin temel değerlerine ve varlığına yönelik tehlike şeklinde algıladığı bir duruma karşı gösterdiği tepki sonucunda oluşabileceği ve bu tepkinin bedende fizyolojik değişiklikler yaratabileceği, bireyde duygusal, bilişsel ve davranışsal bozulmalara neden olabileceği ve bireyin yaşam kalitesini düşürebilen ciddi bir hastalık olabileceği söylenebilir.

1.1.3. Kaygı Kuramları

1.1.3.1. Psikanalitik kuram

Freud'un kaygı konusundaki ilk görüşleri nevroitik hastaları üzerindeki incelemelerine dayanmaktaydı. Başlarda kaygının iç ve dış engeller nedeniyle uygun bir biçimde boşaltılamayan ve ruhsal yapı içinde biriken psişik enerjinin bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne süren Freud, yapısal modeli geliştirmesi ile birlikte kaygı konusundaki açıklamalarda da değişiklikler yapmıştır. Kaygı konusundaki son açıklamaları, kaygının egonun bir işlevi olduğu yönündedir.

Freud (1964), egonun görevinin oldukça zor olduğunu belirtmektedir. Çünkü ego, hem idin arzularını yerine getirmekle, hem de dış dünyanın nesnel gerçekliği ile başa çıkmakla yükümlüdür. Bunları yaparken de süperegona katı kısıtlamalarını dikkate almak zorundadır. Bunlar aynı zamanda, ego'nun görevini yerine getirirken karşılaştığı üç tehdit kaynağıdır. Ego bu tür tehditlere karşı kaygı (anksiyete) ile tepki verir. Bu ise yoğun sinirliliğe benzeyen ve oldukça rahatsızlık verici bir duygudur. Kaygı, kişiyi uygun davranışa hazırlayan öz-koruyucu bir işlevi yerine getirirse de, çok kısıtlı miktarı normal ve arzu edilir düzeydedir (Akt. Ewen, 2003).

Freud kaygıyı kaynağına bağlı olarak üç başlık altında incelemiştir:

Gerçekçi kaygı: Dış dünyadaki gerçek bir tehlike ya da tehdit algısına karşı duygusal bir tepki olarak ortaya çıkan gerçekçi kaygı temel olarak korku duygusu şeklinde yaşanmaktadır. Gerçekçi kaygı kişinin yaklaşan tehlikelere karşı önlem almasını sağlamaktadır. Gerçekçi kaygıya neden olan şey dış dünyada olduğu için bu tehdit kaynağından uzaklaşmak mümkün olabilir ancak bu durum nevrotik ve moral kaygı için geçerli olmamaktadır (Feist ve Feist, 2006; Hall, Lindzey ve Cambell, 1997).

Nevrotik kaygı: İd'in tehlikeli ve güçlü dürtülerinin ego tarafından kontrol edilemeyeceği ve kabul edilemeyen bu dürtülerin bilinç düzeyine ulaşacağı yönündeki tehdide karşı verilen duygusal tepkidir. Ego'nun, içgüdüsel dürtülerle mücadelesinde başarısız olacağı ve berbat bir şey yapmanın sonucunda ortaya çıkacak çok olumsuz sonuçlara ilişkin yaşanan kaygıdır. Daha çok çocukluk yıllarındaki cezalandırmalarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Çünkü çocuk, içgüdüsel dürtülerini denetimsiz bir biçimde doyuma ulaştırmaya çalıştığında cezalandırılacağını öğrenmektedir. Çocukluk yıllarında gerçekçi kaygı biçiminde yaşanmış olan nevrotik kaygı yetişkinlik yıllarında daha çok otorite figürlerinin varlığı durumunda ortaya çıkmaktadır. Bir kimsenin kontrolünü kaybedeceği ya da aklını yitireceği yönündeki endişeleri nevrotik kaygıya örnek teşkil edebilir (Hjelle ve Ziegler, 1992); Ewen, 2003; Pervin ve John, 2001). Gerçekçi ya da moral kaygı durumunda kişi bu duygusunun nedenleri hakkında fikir sahibi olabilir, ancak nevrotik kaygı söz konusu olduğunda kişi bu duygunun nedeninin farkında olmayacaktır (İnanç ve Yerlikaya, 2018).

Moral kaygı: Ego ve süperego arasındaki çatışmadan kaynaklanan kaygı, moral kaygı, olarak adlandırılmaktadır. Kişinin utanç ve suçluluk duygularını içermektedir. İd'in, toplumca kabul görmeyecek dürtüleri aktif bir biçimde ifade edilmeye çalışıldığında, süperego suçlama ve kınama ile karşılık verir. Moral kaygı süperegona öngördüğü

kuralları çiğneyen her türlü düşünce ya da davranışın cezalandırılması ile ilgilidir (Feist ve Feist, 2006; Hjelle ve Ziegler, 1992). Temel olarak utanç, suçluluk ve cezalandırma korkusu biçiminde yaşanır. Kişinin yanlış olduğunu düşündüğü duygu ve düşüncelerden dolayı yaşadığı utanç ve suçluluk duyguları moral kaygı olarak adlandırılabilir (İnanç ve Yerlikaya, 2018).

Özetle, Freud' a (1917) göre, egonun yetersiz gelişmesi, çatışmalar da anksiyete ile sonuçlanmakta ve organizmada çeşitli işlev bozukluklarına neden olabilmektedir. Çatışma olasılıkları, egoya karşı id, ego ve id'e karşı süperego, ego ve süperegoya karşı id, ego ve id'e karşı dış dünya biçimlerinde olabilir. Dolayısıyla, anksiyete yaratan durumlarla karşılaştığında ego, var olan düzenini korumak ya da dış dünyayla gerekli ilişkileri sürdürebilmek için yeni mantık sentezi yapmak zorundadır. Egonun işleyişindeki bozulma sonucu ortaya çıkan anksiyete ise, bireyin dünyayla gerçekçi ilişkilerinde kopma olduğunun belirtisi olarak görülmektedir. Anksiyete ortaya çıktığında, insanı bir şeyler yapmaya güdüleyebilir. Bunun sonucu insan, tehdit edici durumdan kaçabilir, tehlikeli dürtülerini bastırabilir ya da vicdanının sesine uyabilir. Anksiyete denetlenemezse kendisini çaresiz kalmış bir çocuk gibi hisseder (Akt. Geçtan, 2017).

Freud'dan sonraki psikanalistler; anksiyetenin nedenlerini genişleterek, kişinin kendisini çaresiz olarak algılamasının, ayrılma ya da terk edilme korkusu ile başa çıkamama, sevginin onaylanmaması veya sevgiden vazgeçme beklentisi gibi nedenlere bağlamaktadırlar (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Hoeksema, 2006).

Horney (1950) her insanın yaşama sağlıklı bir gelişim potansiyeli ile başladığını ancak sağlıklı gelişimlerini sürdürebilmek için diğer tüm canlılar gibi olumlu koşullara ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bu koşullar sıcak ve sevgi dolu ancak aşırı derecede müsaadeci olmayan bir sosyal çevreyi içermektedir. Çocukların içten sevgiye ve sağlıklı disipline ihtiyaçları vardır. Böylesi koşullar onların güvenlik ve doyum duygularını yaşamalarını ve kendi gerçeklikleri ile tutarlı bir şekilde gelişmelerini sağlar. Ancak bu olumlu koşulların oluşmasını engelleyecek birçok olası olumsuz etki söz konusudur. Bunlar içinde en önemlisi ebeveynlerin çocukları sevme konusundaki beceriksizlikleri ya da isteksizlikleridir. Ebeveynler çocuğun güvenlik ve doyum ihtiyacını yeterince karşılayamadığında çocuk ebeveynlerine karşı temel düşmanlık duyguları geliştirir. Çoğunlukla ebeveynlerine karşı geliştirdikleri bu düşmanlık duygularını bastırırlar. Ancak bu bastırılmış düşmanlık duyguları yoğun güvensizlik duygularına ve belirsiz bir endişe duygusuna yol açmaktadır. Horney bu durumu temel kaygı olarak adlandırmaktadır (Akt.

Geçtan, 2017). Temel kaygı sabit ve kesintisizdir ve ortaya çıkmak için bir sınava girmek ya da bir konuşma yapmak gibi bir tetikleyiciye gerek duymaz. Diğer insanlarla olan tüm ilişkilerin içine işler ve diğerleri ile baş etmenin sağlıksız biçimlerine yol açar (İnanç ve Yerlikaya, 2018).

Kaygı Sullivan'ın kuramında; endişeli olma, suçluluk, utanç, korku, kişisel değersizlik gibi acı verici duygular olarak tanımlanmaktadır. Bu hoş olmayan duygu çeşitli yoğunluklarda ortaya çıkabilmekte ve en yoğun yaşandığında dehşet korku ve nefret gibi ürkütücü duygulara benzemektedir. Kaygı çevredeki olumsuz uyarıcılardan kaynaklanabilir. Ama ana kaynağı çocuğun annesi ile etkileşimi ile ilgilidir; anne kaygı, gerilim yaşıyorsa bu kaygı çocuğa da geçmektedir. Dolayısıyla kaygı genel bir gereksinimin doyurulması geciktiğinde ortaya çıkan korkunun yarattığı gerilimden farklı olmaktadır. Sullivan (1953) kaygının ebeveyninden çocuğa empati yoluyla geçtiğini varsaymıştır. Annedeki kaygı kaçınılmaz olarak çocuktaki kaygıya neden olmaktadır. Tüm annelerin bebeklerine bakarken bir ölçüde kaygı yaşıyor olmalarından dolayı, tüm çocukların bir dereceye kadar kaygılı olmaları beklenmektedir. Çocuğun kaygıyı azaltacak bir kapasiteye sahip olmaması gibi ebeveynin de bebeğinin kaygısını azaltmak için etkili bir aracı yoktur. Çocuk tarafından gelecek herhangi bir kaygı ya da güvensizlik işareti ebeveyni çocuğun ihtiyaçlarını tatmin etmek için harekete geçirmektedir. Sonuç olarak, bebeğin kaygısı emme ve yutmayı engelleyen bir seviyeye ulaşır. Görüldüğü gibi kaygı bu durumda ihtiyaçlar nedeniyle oluşan gerilimlerin tersine işlemekte ve ihtiyaçların giderilmesini engelleyebilmektedir. Kaygının, yetişkinler üzerinde de zararlı etkileri olmaktadır. Her durumda kaygının etkisi çok rahatsız edicidir. Sullivan çocuğun kaygısının azalması için, kaygısı olmayan yetişkinlerle güvenli ilişkiler kurması gerektiğine değinmektedir.

Kaygı diğer gereksinimlerin karşılanmasını da, aç veya susuzken yutabilmeyi veya yorgunken uyumayı engellemektedir. Doyurucu kişiler arası ilişkileri de sabote edebilir. Yaşamımızın büyük bir bölümünü ve enerjimizin büyük bir kısmını bu istenilmeyen kaygı gerilimini azaltmak için kullanabilir ve bu duygu ile baş edemediğimiz zaman da onu gözardı edebiliriz. Bazen de kaygı daha kabul edilebilir bir duygu olan öfkeye dönüştürülür. Şiddetli kaygı, insanları öğrenme açısından yetenezsizleştirir, hafızayı zayıflatır, algıyı daraltır ve tam bir bellek yitimi ile sonuçlanabilir (Akt. İnanç ve Yerlikaya, 2018).

1.1.3.2.Öğrenme kuramı

Kaygının davranışlar ve öğrenme üzerinde güdüleyici ve ket vurucu etkileri olmak üzere iki tür etkisinden söz edilmektedir. Yeni davranışların kazanılmasında, verim ve başarıda kaygının bir itici güç rolü oynadığı kabul edilmektedir. Basit davranışların şartlanmasında yüksek kaygı etkili bir güdülenme rolü oynamakta ve şartlanmayı kolaylaştırmaktadır. Kaygı seviyesi yüksek olan bireyler düşük olanlardan daha kolay şartlanmaktadır (Gökçedağ, 2001).

1.1.3.3.Bilişsel kuram

Bilişsel davranışçı kuram; düşünceler, duygular ve davranışların etkileşimi üzerinde odaklanmaktadır. Temel varsayımlarından biri bilişin duygu ve davranışı etkilediği yönünde olmaktadır (White ve Freeman, 2000). Başka bir deyişle, kişileri rahatsız eden duygusal sıkıntılar, doğrudan olayların ve yaşananların kendisinden çok bunların algılanma ve değerlendirilme biçiminden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda utanç, kızgınlık, şüphe, merak, hüznün gibi duygularda olduğu gibi kaygının da oluşumunda ve sürmesinde olayların yanı sıra olaylarla ilgili kişinin düşünce veya yorumları sorumlu olmaktadır. Ellis'e (1989) göre bireyin kendine, başkalarına ve içinde yaşadığı dünyaya ilişkin akılcı, gerçekçi olmayan mantıkdışı düşünce ve inançları; kaygı, depresyon, öfke gibi sağlıklı olmayan duygulara neden olmaktadır (Akt. Karataş, 2009). Ellis (1963) kuramsal görüşlerinin temelini oluşturan 11 mantık dışı inançtan birisi olan "bir şeyi tehlikeli ya da korkutucu olarak görürsen zihnini bununla meşgul etmeli ve endişe duymalısın" biçimindeki inancın, kaygıya yol açtığını belirtmektedir (Akt. Çivitçi, 2006). Bireyler karşılaştıkları olayları (sosyal reddedilme, akademik başarısızlık gibi) abartarak felaketleştirebilmekte ve bu durumların korkunç olacağı ya da felaketle sonuçlanacağı yönündeki mantık dışı inançları da, kaygıya neden olabilmektedir (Bernard 1984; Çivitçi, 2005).

1.1.3.4. Davranışsal kuram

Davranışçı kuram, kaygının farkında olmadan meydana gelen uyarıcı genellemesi yoluyla öğrenildiğini vurgulamaktadır. Davranışçılar kaygıyı içsel çatışmalardan çok, dışsal olayların tetiklediğini düşünmektedirler. Davranışçılar kaygıyı, fobiler ya da doğrudan korku deneyimleri sonucu olarak ya da başkalarının korku tepkilerini

gözlemleyerek öğrenilebilen kaçınma tepkileri olarak ifade etmektedirler (Atkinson, Atkinson, Smith, Edward, Bem ve Hoeksema, 2006).

1.1.3.5. Varoluşçu kuram

Varoluşçular, bireyin, yaşamın anlamsızlığının farkına vardığını ve bunun gerçek ölüm korkusundan bile daha rahatsız edici olduğunu, dolayısıyla bu anlamsızlığa tepki olarak kaygının ortaya çıktığını savunmaktadır (Tural, 2010).

1.1.4. Kaygı Çeşitleri

1.1.4.1. Durumluk kaygı

Durumluk kaygı; stres faktörlerine maruz kalınan ortamlarda, bireylerin bedensel tepkilerinin de eşlik ettiği, huzursuzluk hali yaşama ve bu ortam ya da durumların ortadan kalkmasıyla huzursuzluğun azalması olarak tanımlanmaktadır. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesi olmaktadır. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselmeler, stres ortadan kalkınca da durumluk kaygı seviyesinde düşmeler olur. Durumluk kaygının şiddeti ve süresi algılanan tehdidin miktarı ve kişinin tehlikeli durum yorumunun kalıcılığıyla ilişkilidir (Öner ve LeCompte 1985; Yurtbay, 1986; Ulutaş, 1999). Durumluk kaygı geçici bir tehlike ya da stres durumunu içermektedir (Muris, 2001; Tahmassian ve Moghadam, 2011; Yerdelen, McCaffrey ve Klassen, 2016).

1.1.4.2. Sürekli kaygı

Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı sürekli kaygıyı beraberinde getirmektedir. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi, neden olabilmektedir. Sürekli kaygı kişinin, doğrudan doğruya davranışlarında gözlenememekte, ancak kişinin durumluk kaygısının sıklık ve şiddetindeki artış çıkışlarından anlaşılmaktadır. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülmektedir. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar (Öner ve Le Compte 1985; Yurtbay 1986; Ulutaş, 1999).

1.1.5. Kaygı Belirtileri Nelerdir?

Kaygının zihinsel belirtileri; aşırı uyanıklık hali, unutkanlık, konuları hatırlamada güçlük çekme, dikkati toplamada güçlük çekme, olumsuz yorumları içeren inanç ve düşünceleri içeren belirtileri içermektedir (Cüceloğlu, 2016). Davranışsal belirtileri beceriksizlik, az konuşma, geri plana çekilme isteği, gergin ve huzursuz hissetme şeklinde sıralanabilir. Genel olarak kaygı belirtileri ise; gergin ve huzursuz hissetme, nefes alışın hızlanması, zayıf ve güçsüz hissetme, panik duygusu, kalp atışında hızlanma, kötü bir şey olacakmış gibi hissetme, terleme, ellerde titreme, odaklanmakta güçlük, uykuya dalmakta güçlük, kaygıyı kontrol etmede güçlük, kaygıya neden olduğu düşünülen durumlardan kaçınma hissi olarak görülmektedir (Dağ, 2014). Kaygının göz önünde tutulması gereken önemli bir özelliği de otonom sinir sistemi üzerindeki etkisidir. Bu mekanizmanın etkilendiği organlar üzerinde gözle görülebilir değişiklikler dikkat çekmektedir. Kaygıdan en çok etkilenen dokular; kalp damar sistemi, sindirim sistemi, üro-genital sistem, cilt ve solunum sistemleri olmaktadır (Ziyalar, 2006).

1.1.6. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğunun Nedenleri Nelerdir?

Tam olarak kaygı bozukluğunun neden kaynaklandığı bilinmese de travmatik yaşam deneyimlerinin ve genetik yatkınlığın kaygı bozukluğuna sebep olduğu düşünülmektedir. Bireyin iç dünyasıyla, dış dünya arasında farklar ortaya çıktığında kişi kaygılanmaya başlayarak olabilecek tehditlere karşı harekete geçmektedir. Bu sebeple belli olaylar karşısında, olay ile orantılı şekilde kaygı hissetmek sağlıklı bir durum olarak görülmektedir. Kaygı hissinin yoğunluğu bireyden bireye değişmektedir. Bu değişimi belirleyen nedenler arasında, geçmiş yaşantılarımız, geleceğe dair beklentilerimiz, hal ve davranışlarımız yer almaktadır (Saleci, 2014).

Kaygının tek bir sebebi yoktur ve oluşum sebepleri bireyden bireye değişim gösterebilmektedir. Bazı insanlar, yaşantılarının tam anlamıyla kontrolleri altında bulunmadığını hissetmekte ve geleceğe yönelik genel bir kaygı geliştirmektedirler. Bazı bireyler ise geçmiş yıllarda yaşadıkları stresli durumlar nedeniyle, gelecekte de benzer durumlarla karşı karşıya kalma tedirginliğini yaşamakta ve bu durumda kaygı hissine neden olmaktadır. Bunun dışında bazı insanların kaygıya karşı genetik bir yatkınlığı olmaktadır. Kaygının çeşitli sebepleri olabilmekte ve bunlar kişiden kişiye değişmektedir (Develi, 2006).

1.1.6.1. Tıbbi nedenler

Bazı bireylerde kaygı bozukluğunun altında yatan tıbbi bir sağlık sorunu olabilmektedir. Bazı durumlarda ise kaygı bozukluğunun belirtileri tıbbi bir rahatsızlığın ön belirtisi olabilmektedir. Kaygı bozukluğunun belirtilerine neden olabilecek bazı tıbbi durumlar; kalp hastalıkları, diyabet, tiroid problemleri, hipertiroid, solunum yolu problemleri, astım, madde bağımlılığı ya da yoksunluk, kronik ağrılar ve huzursuz bağırsak sendromu, savaş/kaç mekanizmasını etkileyebilecek nadir tümörler olabilmektedir (Köksal, 2014).

1.1.6.2. Diğer nedenler

Desteğin Ortadan Kalkması: Kişi alıştığı, aşına olduğu ortamın dışına çıktığı zaman kaygı duymaya başlayarak bu yeni ortamda alışılmış desteklerin bulunmamasından ötürü kaygı duymaktadır.

Olumsuz Bir Sonucu Beklemek: Olumsuz bir netice ile yüzleşme olasılığı bireylerde kaygı uyandırmaktadır.

İç Dünyadaki Çelişkiler: Kişi inandığı, önem atfettiği bir fikirle, yaptığı davranış arasında bir tutarsızlık olduğunda ortaya çıkan tezatlık kişiye kaygı türünde bir gerginlik yaşatmakta ve içinde bulunulan çelişkili halden uzaklaşılana kadar kaygı etkisini devam ettirmektedir.

Belirsizlik Durumu: Gelecekle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamak, olacaklarla ilgili herhangi düşüncenin bulunmaması birey için en önemli kaygı nedenlerinden biri olmaktadır. Bireyler gelecekte karşılaşma olasılığı bulunan olumsuz sonuçlanabilecek olayları bilmeyi, ne olacağını bilmemeye tercih etmektedirler (Köksal, 2014).

1.1.7. Kaygı bozuklukları risk faktörleri nelerdir?

Araştırmalar, kaygı (anksiyete) bozukluklarında genetik ve çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğunu göstermektedir. Kaygı bozukluklarına yol açan başlıca faktörler; çocukluk döneminde başlayan utangaçlık, sahip olunan ekonomik kaynakların sınırlılığı, boşanmış ya da dul olmak, çocukluk döneminde itibaren stresli yaşam olaylarına maruz kalmak, kan bağı olan yakın akrabalarda kaygı bozukluğu teşhisi konması, aile öyküsünde psikolojik problemler olması risk faktörleri arasında sayılabilmektedir (Yalom, 2008).

1.2. Depresyon

1.2.1. Depresyon kavramı

Depresyon psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülen bozukluklardan biri olmakta ve hemen herkes tarafından yaşamın herhangi bir sıkıntılı döneminde ortaya çıkabilen bir evrensel hastalık olarak bilinmektedir. Toplumsal yaşamdaki teknoloji kaynaklı değişiklikler, ailesel ve sosyal destek sistemleri ve iletişimindeki değişimler, yaşamın ticarileşmesi, insanın değer sisteminde giderek artan yozlaşma ve yabancılaşma günümüzdeki depresyonun neden kaynaklanabileceğini açıklayabilmektedir (Bruntland, 2000).

Depresyonun birçok farklı coğrafya ve kültürde görüldüğü, farklı klinik görünüm sergilediği belirtilmektedir (Kara, Sayar ve Saygılı, 1997). Depresif bozukluklar diğer psikiyatrik bozukluklara benzer olarak genetik, ailesel ve çevresel etkenler arasındaki karşılıklı etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır (Bodur ve Üner, 2008). Olumsuz sosyal ve ekonomik koşulların depresyon riskini artırdığı söylenmektedir. Hatta psikososyal çevredeki olumsuz değişimlerin dünyada depresyon artışına yol açtığı ileri sürülmektedir (Cimilli, 2001). Yüksek yaygınlık oranları göstermesi, kronikleşme riski ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır (Küey, 1998; Goodwin, Jacobi, Bittner ve Wittchen, 2006).

Günümüzde birçok araştırmacı depresyonu, genel duygusal problemler olarak kabul etmektedir (Akpınar, 2013; Durna, 2006; İlhan, Bahadırılı ve Toptaner, 2014; Toros, Tot ve Düzovalı, 2002; Yılmaz ve Ocakbaşı, 2010). Depresyon uzun zamandır ve yoğun bir şekilde çalışılmış olan bir alan olsa da, bu durum beraberinde birçok farklı tanımlamayı, tartışmayı ve yorumu da getirmektedir. Günümüzde depresyona ilişkin temel kavramların genel tanımında bir uzlaşma söz konusu olmakta, ancak yine de tanı için temel olarak kullanılan DSM ve ICD kriterlerinde kimi zaman uyumsuzluklar görülebilmektedir (Sorenson, Mors ve Thomsen, 2005).

1.2.2. Depresyon kavramının tarihsel gelişim ve tanımı

İnsanlık tarihi boyunca, depresyon her zaman vardı. Eski uygarlıkların metinlerinde depresif hastalıkların tanımı bulunabilmektedir. Eski Ahid'de Kral Saul'un, depresyonun klasik belirtilerini betimlediği açıklanmakta, "şeytani ruhlar" tarafından rahatsız edildiğine

değ inilmekte ve en sonunda da intihar ettiğ i bildirilmektedir. Ayrıca, eski İngiliz metinlerinde yer alan "melankoli" sözcüğü yüz yıllardır depresyonun karş ılığ ı olarak kullanılmaktadır. Ünlü İngiliz yazar Shakespeare "melankoli" konusuna yapıtlarında depresyona yer ayırmaktadır. M.Ö. 4.yüz yılda yaşamış olan, "tıbbın babası" olarak bilinen Hippocrates, depresyon kavramının en eski tanımlayıcılarından birisidir. Hippocrates, mental hastalıkların olağ anüstü güçler nedeniyle değil de, doğ al nedenlerle meydana geldiğ ine inanmaktaydı. Melankoli kavramını tanımlarken dalaktan fazla üretilen siyah safradan oluş tuğ unu ileri sürmüştür. "Melan" siyah, "koli" ise safranın karş ılığ ı olarak melankoli şeklinde tanımlanmaktaydı (Mayo Clinic Depression, 2017).

Sigmund Freud ise; 1917'de yayınlanan Mourningand Melancholia adlı eserinde melankoli durumunu yas tutmaya benzetmekteydi. Ölen ya da romantik bir çözüme yoluyla değerli bir ilişkinin kaybolması gibi kayıpların kişide öznel bir kayba neden olduğ unu ifade etmiştir (Akt. Frankl, 2000).

Amerikalı varoluş çu psikolog Rollo May (1953) "depresyonun bir geleceğ in inşa edilememesi" olduğ unu öne sürmüştür. Genel olarak, May ş unları söylemektedir: "Depresyon; uzaydan çok, zaman boyutunda ortaya çıkmakta" ve depresyondaki kişi, yaşad ığı ana, doğ ru bir şekilde bakmayı başaramamaktadır (Akt. Frankl, 2000).

Hümanist psikologlar, depresyonun insanın kendi kendini gerçekleştirme veya kendi potansiyelini gerçekleştirme yönünde doğ uştan gelen itici güçlerden kaynaklanan bir uyuş mazlıktan geldiğ ini savunurlar. Amerikalı hümanist psikolog Abraham Maslow, dünyada kendi potansiyelini gerçekleştirme yönünde ilerlemeye çalışan bir kişinin "bütünlük" duygusunu kaybettiğ inde depresyonun ortaya çıkma ihtimalinin çok yüksek olduğ unu söylemektedir (Maslow, 2000).

Biliş sel alanda çalışma yapan psikologlar, yirminci yüzyılın ortalarında depresyon üzerine teoriler önermektedirler. 1950'lerden başlayarak Albert Ellis, depresyonun, olumsuzlukların yaş andığı zamanlardaki uygunsuzluk, kendine acımanın "zorunluluk" tan kaynakland ığı nı savunmaktadır. 1960'lı yıllarda, AaronBeck, depresyonun olumsuz düşünme kalıplarının "biliş sel üçlü" den veya "ş emalar"dan, kendisinin, geleceğ in ve dünyadan kaynakland ığı nı savunmaktaydı (Akt. Frankl, 2000).

Depresyonun en bilinen anlamı, duygu durum değ iş imleri için kullanılan anlamıdır. Gündelik kullanım depresyonu, kötü hislerle ilişkili olarak ortaya çıkan geçici duygulanım çökkünlüğü olarak tanımlamaktadır. Tıp açısından bakıld ığı nda depresyon, bellek ve

bilişsel işlevsel duygu durum bozulmalarına eşlik eden, fiziksel ve davranış değişikliklerinin ortaya çıktığı ciddi bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Mayo Depression Clinic, 2017).

Öztürk ve Uluşahin (2016) depresyonu; çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem de bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile kendini gösteren belirli bir sendrom olarak tanımlamaktadır.

Yukarıda belirtilen tanımların ışığında, depresyonun çevre ve bireyin etkileşimi sonucunda oluşabileceği, bireyde bellek ve bilişsel işlevsel duygu durum bozulmalarına, fizyolojik işlevlerde de yavaşlamaya neden olabileceği ve bireyin yaşam kalitesini düşüren ciddi bir hastalık olabileceği sonuçlarına söylenebilir.

1.2.3. Depresyonla ilgilikuramlar

1.2.3.1. Psikanalitik kuram

Psikoanalitik kurama göre; ruhsal çökkünlükteki belirtiler, yas tutma sürecindeki belirtilere benzemektedir ve Freud (1917) eserinde “melankoli ve yası” ele alırken nesne/obje kaybı üzerinde durmaktadır. Yas sürecinde gerçek bir sevgi nesnesinin yitimi olmakta iken, depresyonda gerçek bir sevgi nesnesi yitiminin olması şart değildir. Gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı için imgesel bir yitim söz konusu olmaktadır. Depresif kişide sevdiği tarafından terk edilmeye benzer bir yitim duygusu ortaya çıkmaktadır. Yitim duygusu, sevgi ile bilinçdışı kin ve nefret duygularını uyarmakta ve böylece üst benlik, kin ve nefreti bireyin kendine yöneltmektedir. Freud (1917) ayrıca, kaybedilen bir sevgi objesine yönelik duyulacak öfkenin egoya yöneltilmesi durumunda patolojik bir yasin ortaya çıkacağını ifade etmektedir. Freud’un tanımladığı patolojik yas durumunda kişi, egosuna olumsuz değerler yüklemektedir, bunun sonucunda kişinin özsaygısı düşmekte ve kişi de kendini değersiz, küçük ve suçlu görmektedir. Birey için yaşam anlamını yitirmektedir. Öfke duygusunun olumlu bir şekilde dışa vurulamaması sonucu, ruhsal çökkünlük yani depresyon oluşmaktadır. Çökkünlükte, yitim duygusuna “artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm” duygusu eşlik etmekte ve özsaygı düşmektedir. Gerçek yas ile aradaki temel fark da bu olmaktadır (Akt. Öztürk ve Uluşahin, 2016).

1.2.3.2. Beck'in bilişsel kuramı

Depresyonun bilişsel kuramında dört temel unsur olduğu ve bu unsurların depresyonu açıklamada büyük önem taşıdıkları ileri sürülmektedir (Fennel, 1989; Freeman, 1992). Bu unsurlar; a) bilişsel üçlü (cognitive triad), b) otomatik düşünceler, c) bilişsel çarpıtmalar, d) işlevsel olmayan şemalardır. a) Bilişsel Üçlü: Bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılamasıdır. Bireyin kendini değersiz, yetersiz, ahlaki ya da fiziksel olarak eksik algılamasını içermektedir. Birey geçmişte olan olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutmakta ve başkaları tarafından beğenilmediğini düşünmektedir. Bireye göre bütün ilişkileri ve yaşantıları olumsuzdur. Gelecek hep umutsuz olarak algılanmaktadır (Beck, 1995; Fennel, 1989). b) Otomatik Düşünceler: Kurama göre, yukarıda sözü edilen olumsuz düşünceler otomatik olarak ortaya çıkmaktadırlar. Bu düşünceler kişi tarafından planlanmazlar, yargılanmazlar ve oluşumları çok çabuktur. Otomatik düşünceler çok kısadır ve kişi düşünceden çok yaşadığı duyguya yoğunlaşır. Depresyondaki birey bu düşüncelerin doğru olduğuna inanmaktadır. Olumsuz otomatik düşünceler bireyde yalnızca düşünce şeklinde değil imge olarak da bulunabilirler. Depresyonun tedavisinde en önemli kavramdır ve tedavide ilk olarak otomatik düşüncelerle çalışılmaktadır (Beck, 1995; Fennel, 1989; Savaşır, 1996). c) Bilişsel çarpıtmalar, depresyondaki bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılaması, bilgi işleme sürecinde gerçekleşen bazı hatalardan kaynaklanmaktadır. Bir başka anlatımla, bilgi işleme sürecinde bir hata olduğunda algılama sürecinde de bazı hatalar olmakta ve böylece kişi herhangi bir olayı çarpık bir biçimde değerlendirme eğilimine girmektedir. Bu durum depresyondaki bireylerde kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılama olarak göstermektedir (Fennel, 1989). Beck'in bilişsel yaklaşımında çok sık rastlanan bilişsel çarpıtmalar ve kısa açıklamaları aşağıda verilmiştir:

Keyfi Çıkarıma: Yeterli kanıt olmaksızın sonuç çıkarmak. Örn: Bir öğrencinin uğursuz olduğuna inandığı ayakkabılarını giymek zorunda kaldığı için sınavının kötü geçeceğini düşünmesi.

Seçici Algılama: Bağlamında uzaklaştırılmış bir ayrıntıya odaklanmak, bütünü diğer yönlerini göz ardı etmek. Örn: Yolda karşılaştığı eski bir dostunun kendisine selam vermemesini, artık kendisini sevmemesine bağlaması.

Abartma: Olumluyu azımsama, olumsuz abartma: Olayların önemini çarpıtmak. Örn: Final sınavları genel olarak iyi geçen bir öğrencinin, tek bir sınavının iyi geçmemesi nedeniyle kendisini başarısız olarak algılaması.

Aşırı Genelleme: Tek bir olaydan genellemeye gitmek. Örn: Erkek arkadaşıyla kötü giden bir ilişki sonunda, genç bir kızın, bütün erkeklerin bencil ve anlayışsız olduğu gibi, karşı cinse yönelik çıkarımda bulunması.

Kişiselleştirme: Kendisiyle bağlantılı olmayan olayları, kendisine yönelik değerlendirmek. Örn: Genç bir hekim adayının zorunlu hizmet yasasının çıkmasını kendi kişisel şanssızlığı olarak yorumlaması.

Ya hep ya hiç tarzı düşünme: Bütün yaşantıları iki karşıt kategoride toplamak. Kişinin “mükemmel olmazsam, başarısız olduğum anlamına gelir, elimi attığım her işi mutlaka en iyi şekilde yapmalıyım, ya da hiç girişmemeliyim” şeklinde düşünmesi.

Yukarıda özetlenen bilişsel çarpıtmalar yalnızca hastalara özgü değildir; sağlıklı insanlarda da görülebilmektedir. Ancak depresyondaki kişiler bu hataları çok sık yapmakta ve onları değiştirmek ellerinde değilmiş gibi algılamaktadırlar (Beck, 1995).

1.2.3.3. Kişilik yapısı merkezli yaklaşım

Bazı kişilik tiplerinin depresyona daha yatkın olduğu da ileri sürülmektedir. Obsesif kompulsif, depresif ve pasif - bağımlı kişilikler depresyona daha yatkın olabilmektedirler. Kişilerarası duyarlılık ve nevrozizm depresyona yatkınlığa sebep olmaktadır. Ayrıca depresif kişiliklerde gelişen depresyonlar da, anlama ve kavramada azalma daha fazla olmaktadır (Viner, 1999).

Kişilikte depresif özelliklerin bulunması ile yaşam boyu major depresyon ve distimi tanısı alma arasında belirgin bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Benlik saygısı düşüklüğü, obsesif özellikler, engellenme eğiliminin düşüklüğü, destek ve onay için başkalarına bağımlılık, duyguların değişkenliği, dalgalanması gibi kişilik özelliklerinin depresyona yatkınlık yarattığı kabul edilmektedir (Beck, 1985).

Sosyotropik kişilikler ve otonom kişilikler, depresyona daha yatkın olabilmektedirler. Sosyotropik kişiler sosyal ilişkilere daha çok önem vermekte ve reddedilmekten aşırı derecede korkmaktadırlar. Otonom kişiler ise bağımsızlıklarına ve kişisel başarılarına aşırı derecede önem vermektedirler. Bu kişiler için özgürlüklerinin tehdit edilmesi ya da başarısızlık depresyona neden olabilmektedir (Abramson, Alloy ve Hogan, 1997).

1.2.3.4. Ellis'in mantıksal-duygusal (rational-emotive) kuramı

Bu modelin, Beck'in bilişsel kuramından bağımsız olarak Ellis tarafından 1973'te geliştirildiği bilinmektedir. Bu kuram depresyonu açıklamada Beck'in kuramından farklı olarak yalnızca bilişsel işlevlerdeki bozulmanın (cognitive dysfunction) doğası konusunda ayrı düşmektedir. McDermut, Haaga ve Bilek (1997), mantıksız inançların (irrational beliefs), depresyonun ve diğer psikolojik bozuklukların nedeni olduğunu ileri sürmektedirler. Bu yapıda olan bireyler yanlı bir düşünce yapısına sahiptirler ve başlarına gelen her olayı olumsuz yorumlamaktadır.

1.2.4. Depresyonun Belirtileri

Depresif hastalıkların kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla iki kat fazla olmaktadır. Bireyin, önceden haz aldığı durumlardan artık önceki gibi zevk alamaması ve ilgisinin azalmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu duygu durumu bireye, çökkünlük, umutsuzluk gibi depresif semptomlar yaşatmaktadır ve bunlarda bireyde düşüncelere odaklanamama ve verimliliğin azalmasına ve enerji düşüklüğüne neden olmaktadır (Tezcan, 2011).

DSM-V Majör Depresif Bozukluğun tanı kriterleri şu şekilde yapılmaktadır:

1. Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde depresif duygu durum,
2. Alakanın azalması, aktivitelerden zevk alamama,
3. Aşırı derecede kilo kaybı veya kilo alma,
4. Uykusuzluk veya aşırı uyku,
5. Düşük enerji ve halsizlik,
6. Kendini değersiz görme ve suçluluk psikolojisi,
7. Dikkat eksikliği ve kararsızlık,
8. Zaman zaman tekrar eden ölüm ve intihar düşünceleridir.

Art arda gelen iki hafta boyunca neredeyse haftanın her günü ve günün büyük çoğunluğunda gözlemlenmesi, yukarıdaki semptomlardan beşi ya da daha fazlasının bulunması ve bu semptomlardan en az bir tanesinin “depresif ruh hali” ya da “ilgi-istek kaybı” olması tanı kriterlerini belirlemektedir.

Depresyonun, bireyin hayat standartlarını düşürüp, verimliliğini etkiliyor olması, aynı zamanda günümüzde de yaygın bir hastalık olması, bu yönde yapılan çalışmaların artmasına ve farklı tedavi yöntemlerinin araştırılmasını hızlandırılmasına yol açmıştır.

Depresyonun fiziksel belirtileri; uyku bozuklukları, cinsel isteksizlik, yorgunluk ve enerji azalması, hiçbir şeyden zevk alamama, intihar, yeme bozukluğu veya alkolizm olarak gruplandırılabilir. Depresyonda görülebilecek ek belirtiler ise; konsantrasyon bozuklukları, zayıf anlık bellek, hipokondriyazis (kişinin sağlığı hakkında aşırı kaygı duyması, ilaç/alkol kötüye kullanımı, aşırı duygusal duyarlılık) olarak bilinmektedir (Köknel, 2005).

1.2.5. Depresyonun risk faktörleri

Depresyonun nedenlerini açıklamaya yönelik yapılan araştırmalarda risk faktörleri üzerinde ayrıntılı bir şekilde durulmaktadır. Depresyonun ortaya çıkışında tek risk faktörü olmamakla birlikte, bireyin genetik yapısı, çevresi ile olan olumsuz iletişimi, yükümlülükler, melankolik kişilik nitelikleri, yaş, medeni hal, cinsiyet, eğitim durumu, bedensel rahatsızlıklar, işsizlik durumu gibi faktörler etkili olmaktadır (Işık, 2003).

1.3. İlgili Araştırmalar/ Alanyazın

1.3.1. Kaygı ile ilgili yapılan araştırmalar

1.3.2.1. Türkiye' de yapılan çalışmalar

Arabacı, Korhan, Tokemve Torun (2015), 94 kişilik hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ile yaptıkları bir araştırmada öğrencilerin, klinik deneyim öncesi ve sonrasında yaşadıkları durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler incelenmiştir. Öğrenci hemşirelerin ilk klinik deneyim öncesi, sırası ve sonrasındaki durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin orta seviyede olduğunu saptanmıştır. Öğrencilerin deneyimleri arttıkça anksiyetelerinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca, ilk klinik deneyime ilişkin orta düzeyde anksiyeteli olan öğrenci hemşirelerin, bazı sosyodemografik özelliklerinin, durumluk-sürekli anksiyete düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

Erbil, Kahraman ve Bostan (2006), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Ordu Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü birinci sınıfında öğrenim gören 35 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları bir araştırma sonucunda, ilk kez klinik uygulamaya çıkmamanın öğrencilerde anksiyeteyi yükselten bir etken olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin ailenin kaçınıcı

çocuğu olduğu ile sürekli anksiyete puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmış, hastalık bulaşma korkusu ile durumluk anksiyete puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır.

Ünsar, Erolve Turan (2006), Meslek Esasları dersi alan hemşirelik ve ebelik birinci sınıf öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, klinik uygulamadan sonra durumluk kaygı puan ortalamalarında azalma, sürekli kaygı puan ortalamalarında ise artış olduğu saptanmıştır. Klinik uygulama öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Batmaz, Özhan, Soydan, Özdilli ve Sabuncu (2008), Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda, ilk kez kas içi enjeksiyonu uygulamasına çıkan, 24 birinci sınıf stajyer birinci sınıf stajyer öğrencileri ile yaptıkları bir araştırmada, öğrencilerin sürekli kaygı puan ortalamalarının durumluk kaygı puan ortalamalarına göre yüksek olduğu, kas içi enjeksiyon uygulaması öncesi durumluk kaygı puanının ileri derecede anlamlı yüksek olduğu ve uygulama sonrası azaldığını saptamışlardır. Öğrencilerin gelir durumuna göre kas içi enjeksiyonu uygulaması öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin kaygı puan ortalaması, gelir düzeyi yüksek olan öğrencilere göre, istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim şekli, sosyal güvence durumu, yaşanan mekan, ailenin öğrencinin gereksinim ve isteklerini karşılama durumu ile kas içi enjeksiyonu uygulaması öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bayar, Çadır ve Bayar (2009), Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 126 stajyer hemşire ile yaptıkları bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin klinik uygulama öncesi ve klinik uygulama sonrası durumluk - sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Klinik uygulama öncesi ve klinik uygulama sonrası öğrencilerin Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçek sonuçları karşılaştırıldığında durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Süreklilik kaygı ölçeği sonuçlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karşılaştırma sonucunda, öğrencilerin klinik uygulama öncesi yüksek olan kaygı durumlarının 10 haftalık süreç sonunda azaldığı saptanmıştır.

Gülseven, Şahin ve Sabuncu (2003), öğrenci hemşirelerle yapmış oldukları bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin ilk klinik uygulamada anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu, uygulama sonrasında ise anksiyete puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır.

Kartal ve Yazıcı (2017), 70 kişiden oluşan ebelik birinci sınıf öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda yaşadıkları stres düzeyleri, durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemişlerdir. Araştırma sonucunda, ebelik öğrencilerinin stres ve durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri ilk klinik deneyim sırasında yükselirken, klinik deneyim arttıkça, stres ve durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.

Yetkin ve Özer (1997), stajyer hemşirelerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin durumluk kaygı düzeyleri, klinik deneyim sonunda yükselirken, sürekli kaygı düzeyleri, klinik deneyim sonunda düşmüştür. Öğrencilerin uygulama öncesi, sırası ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları incelenmiş ve sürekli kaygı düzeyleri arasında bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Şirin, Kavak ve Ertem (2003), hemşirelik üçüncü sınıf, Kadın Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini almış, 24 öğrenci ile yapmış oldukları bir çalışmada, doğumhane stajına başlayan öğrencilerin, durumluk kaygı düzeyleri stajın ilerlemesi ile birlikte azalırken, sürekli kaygı düzeylerinde bir değişme gözlenmemiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin staj öncesi ve staj sonrası durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark elde edilememiştir. Araştırma sonucunda doğumhane stajına başlamadan önce öğrencilerin kaygılarının yükseldiği saptanmıştır. Öğrencilerin mezun olduğu okul, medeni durumları, çalışma durumları ile durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yılmaz ve Yıldırım (2008), Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksekokulunda okuyan 54 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin klinik uygulama ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmış ancak, klinik uygulama ile sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tel H., Tel H. ve Sabancıoğulları (2004), hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin kliniğe çıkmadan önce durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yükseldiğini saptamışlardır.

Özgür (1988), Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin klinik uygulama sonrası durumluk kaygı aritmetik puan ortalamalarının düştüğünü saptamıştır. Öğrencilerin uygulama öncesi ve uygulama ortası durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiş, uygulama ortası ve uygulama sonu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir. Ancak

sürekli kaygı düzeyleri arasında staj öncesi, staj ortası ve staj sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Dağlar, Aksoy ve Uçuk (2017), ikinci sınıf ebelik öğrencileri üzerinde yaptıkları bir araştırmada; kadın doğum stajı için ev ziyaretlerine çıkan öğrencilerin stajın ilk günü yaşadıkları kaygıyı belirlemek için yapılan araştırma sonucunda, durumluluk - sürekli kaygı ortalamasının ilk klinik deneyim ve sosyo - demografik özelliklerle bağlantılı olduğu iki etkeninde öğrencilerin kaygılarını orta düzeyde artırdığı yönünde bulgular elde etmişlerdir. Araştırmalarının sonucuna göre, öğrencilerin orta düzeyde saptanan kaygılarının, sosyodemografik özellikleri ve eğitimleri ile ilgili mevcut iyileştirmelerle ortadan kaldırılabileceği düşünülmüştür.

1.3.2.1. Yurt dışında yapılan çalışmalar

Kim (2003), Bakalorya hemşirelik programında okuyan 61 son sınıf hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptığı bir çalışmada, geç gelme, öğretim elemanları tarafından gözlemlenme, hata yapma korkusu ve hekimle konuşma gibi bu klinik deneyimlerle ilgili durumlar, öğrenciler için kaygı yaygı yaratan olaylar olduğu olduğu görülmüştür. Sürekli kaygı ile ilk klinik deneyim arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İlk klinik deneyimin sürekli kaygı düzeyini artırdığı saptanmıştır.

Melo, Williams ve Ross (2010), Bakolarya hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları bir araştırmada, üçüncü sınıfta ilk defa klinik uygulamaya çıkan hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeyleri, teorik eğitim gören alt sınıfların kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Cook (2005), 229 kişilik Bakolarya hemşirelik öğrencisi ile yaptığı bir araştırmada, öğrencilerin ilk klinik deneyim sırasında durumluluk kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır. Öğrencilerde ilk klinik deneyimin kaygı düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

Szpak ve Kameg (2013), psikiyatri servisinde ilk defa uygulamaya çıkan, son sınıf 44 kişilik hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. İlk klinik deneyimin hemşirelik öğrencileri üzerinde kaygı düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

Villeneuve, Heale, Rietze ve Carte (2018), hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yaptıkları bir araştırma sonucunda ortaya çıkan bulgular, hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sonrası kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu ve erkek hemşirelik

öğrencilerinin kızlara göre daha yüksek kaygı puanına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ancak yaş, gelir düzeyi ve diğer faktörlerle öğrencilerin kaygı puanları arasında herhangi bir anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Wedgewort (2016), Bakolarya hemşirelik bölümünde okuyan kolej, ön lisans ve lisans öğrencilerinin klinik eğitim sürecinde yaşadıkları kaygı düzeylerini incelemek için yaptığı çalışmada, en yüksek kaygı puanı kolej hemşirelik öğrencilerinde en düşük kaygı puanı ise lisans öğrencilerinde görülmüştür.

Gore, Hunt, Parker, Raines (2011), yaptıkları bir araştırma sonucunda, staj yapan deneyimli hemşirelik öğrencilerinin kaygı puan ortalamalarının, staja hiç çıkmayan hemşirelik öğrencilerinin kaygı puan ortalamalarından anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.

1.3.2. Depresyon ile ilgili yapılan araştırmalar

1.3.2.1. Türkiye' de yapılan çalışmalar

Dinç Hür, Işık Andsoy, Şahin, Kayhan, Eren, Zünbül, Akgün ve İnanmaz (2014), Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda okuyan 149 kişiden oluşan hemşirelik öğrencileri amacıyla yapılan bir çalışmada, depresif belirtileri incelenmiştir. Araştırmaya katılan 16 - 21 yaş grubunda olan öğrencilerin BDÖ puanlarına bakıldığında % 25'inin depresif belirtiler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerin BDÖ puanları üzerinde etkili olan değişkenler ise bölümü isteyerek tercih etme durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, aile ile olan ilişkiler, okul yaşamından memnun olma durumu olarak tespit edilmiştir.

Tekir, Yaşar, Çevik, Dikoğlu, Özsezer - Kaymak (2018), Sağlık Yüksek okulunda okuyan, yaş ortalaması 20 olan, 563 kişiden oluşan hemşirelik öğrencileri ile yaptığı bir çalışma sonucunda; kızlarda erkeklere göre, geliri giderinden az olanlarda, göç edenlerin göç etmeyenlere göre, ailesi parçalanmaların çekirdek/geniş ailesi olanlara göre, kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigara içenlerin içmeyenlere göre, alkol kullananların kullanmayanlara göre, ailesinde depresyon olanların ailesinde depresyon olmayanlara göre depresyon görülme sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Aylaz, Kaya, Dere, Karaca ve Bal (2007), Sağlık Yüksekokulunda okuyan, 236 kişiden oluşan ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, öğrenciler arasında depresyon sıklığı ve yol açan etkenler incelemiştir.

Araştırma sonucunda, en yüksek BDÖ ortalama puanlarının hemşirelik öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin % 25.4'ü BDÖ'den 17 ve üzerinde puan almıştır. Olumsuz aile tutumuna ve ebeveynleri düşük eğitim düzeyine sahip olan öğrencilerde depresyon puanı yüksek çıkmıştır. Yaşamlarında sosyal olmadıklarını belirten öğrencilerin sosyal olduklarını belirtenlere göre BDÖ ortalama puanı daha yüksek çıkmış ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Deveci, Ulutaşdemir ve Açıık (2013), Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenimine devam eden 230 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada, BDÖ puan ortalamasının; okulunu isteyerek tercih edenlerin istemeyenlere, üniversite başlangıcında barınma sorunu yaşamayanların böyle bir sorun yaşayanlara, anne ve babası hayatta olanların anne ve/veya babası ölmüş olanlara, annesi lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların ilköğretim ve altı eğitimlilere, kendi sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin kötü olarak değerlendirenlere, düzenli beslendiğini ifade edenlerin düzenli beslenmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. BDÖ ortalamaları, en yüksek birincisınıflarda, en düşük dördüncüsınıflarda çıkmıştır. BDÖ puan ortalamasının cinsiyet, yaş grubu, öğrenim görülen sınıf, okul öncesi yaşanılan yer, sosyal güvence durumu, aile geliri, baba eğitimi ve aile yapısına göre anlamlı olarak değişmediği saptanmıştır.

Temel, Bahar ve Çuhadar (2007), hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin sınıf seviyelerine göre depresyon puanları incelenmiş öğrencilerin sınıf seviyelerine göre depresyon puanları incelenmiş, dördüncü sınıf öğrencilerinin depresyon puan ortalaması diğer sınıf seviyelerinden daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin %33.3'ünün depresyon açısından risk altında olduğu belirlenmiştir. Sınıf, kardeş sayısı, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Sınıf, mesleği tercih durumu, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile kendine güvenli yaklaşım, ruh sağlığı ile çaresiz yaklaşım, mesleği tercih etme durumu, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile iyimser yaklaşım arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Yani, son sınıf öğrencilerinde depresyon düzeyinin yüksek olduğu, kardeş sayısı arttıkça depresif belirtilerin arttığı, okul yaşamından memnun olmama durumunun depresyon riskini arttırdığı, saptanmıştır. Fiziksel ve ruhsal sağlığın kötü algılanmasının depresyon düzeyini arttırdığı, mesleği isteyerek tercih edenlerin ve okul yaşamından memnun olanların kendine güvenli ve

iyimser yaklaşım içinde oldukları, ruhsal sağlığın kötü algılanmasının öğrencilerin kendilerini çaresiz hissetmelerine neden olduğu görülmüştür.

Kaya ve Softa (2013), Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulundabirinci vedördüncü sınıfta okuyan, 18-21 yaş aralığında, 195 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptıkları bir araştırmada; sınıf, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, yaşamda sosyal olma durumu, ekonomik durum, ailede psikiyatrik bir bireyin olma durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani, depresyon puanı yaş ilerledikçe artmıştır. Kadın hemşire adaylarının depresyon puanının, erkek hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu saptanmıştır. Birinci sınıfta öğrenim gören hemşire adaylarının depresyon puanı, dördüncü sınıfta öğrenim gören hemşire adaylarının depresyon puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Beş ve üzeri kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanı, tek kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Aile gelir düzeyi düşük olan hemşire adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Aile gelir düzeyi yüksek olan hemşire adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olan hemşire adaylarının depresyon puanı, ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olmayan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Genel olarak fiziki durumlarından memnun olmayan hemşire adaylarının depresyon puanı, genel olarak fiziki durumlarından memnun olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yaşamda sosyal olamayan hemşire adaylarının depresyon puanı, yaşamda sosyal olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada öğrencilerin %25.0'nin depresyon açısından risk altında olduğu saptanmıştır.

Kaya,Genç, Kaya ve Pehlivan (2007), İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi (TF) ve 128 kişilik Sağlık Yüksekokulu (SYO) öğrencileriile yaptıkları bir çalışmada, SYO hemşirelik öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı ve stresle başa çıkma tarzları ile ilişkili ruhsal sorunlar, TF öğrencilerine göre yüksek bulunmuştur. Diğer çalışmalarda olduğu gibi, sınıf, kardeş sayısı, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Özdel, Bostancı, Özdel ve Oğuzhanoğlu (2002), öğrenci hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada, sınıf düzeyleri ile BDÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olmasına

karşın son sınıfta okuyan öğrencilerin bir önceki sınıflara göre depresyon puanlarındaki artışın anlamlı olmadığını ortaya çıkarmışlar.

Tezel, Arslan, Topal, Aydoğan, Koç ve Şenlik (2009), Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim görmekte olan hemşirelik öğrencileriile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, öğrencilerin okudukları sınıflara göre BDÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ puanları üzerinde etkili olan değişkenler ise bölümü isteyerek tercih etme durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, aile ile olan ilişkiler, okul yaşamından memnun olma durumu olarak tespit edilmiştir.

1.3.2.2. Yurt dışında yapılan çalışmalar

Papazisis, Nicolaou, Tsiga, Christoforou ve Sapountzi-Krepia (2014), Kıbrıs'ta öğrenim gören 120 kişiden oluşan birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, en düşük BDI puanının üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinde olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin BDI puanları sınıf düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterirken, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Hsiao, Chien, Wu ve Chiang (2010), ortalama yaşı 20 olan, 1276 son sınıf hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada; staj yapan son sınıf öğrencilerinin depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmada demografik faktörlerin, depresif eğilimleri etkilediği saptanmıştır.

Yousef, Athamneh, Masuadi, Ahmad, Loney, Moselhy, Al - Maskari ve El Barazi (2017), Ürdün Üniversitesi Hemşirelik bölümünde okuyan birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf, 150 kişilik hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin dörtte birinden fazlasının (% 26) depresyon puanı 17'inin üstünde çıkmıştır. Bu durum Ürdünlü hemşirelik lisans öğrencilerinin diğer bölümlerde okuyan öğrencilerden daha yüksek düzeyde depresyona sahip olduklarını göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular, Ürdün hemşirelik öğrencileri arasında depresyon yaygınlığının yüksek olduğunu ve depresif belirtilerin, hemşirelik mesleği seçiminde aile baskısı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Aile baskısı altında ya da alternatif fırsatların olmaması nedeniyle hemşireliği tercih eden öğrencilerin depresyon puanının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Mesleğini isteyerek seçen hemşirelik öğrencilerinin depresyon puanı, isteyerek seçmeyen öğrencilere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, öğrencilerin ekonomik yönden yaşadıkları

zorluklar ve iş güvenliği ile ilgili olumsuz düşünceleri, depresyon puanını önemli ölçüde etkileyen faktörler arasında olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte, çalışma yılları arasında depresif belirtilerde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Aynı zamanda depresif belirtiler gösteren grupta akademik performans daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç, yüksek düzeyde akademik performansın düşmesi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Halikiopoulou, Tsiga, Khachatryan ve Papazisis (2011), Yunanistan'da Selanik Teknoloji Eğitim Enstitüsü Hemşirelik bölümünde okuyan, yaş ortalaması 21 olan, toplam 142 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada, BDÖ puanı birinci ve üçüncü sınıflarda en yüksek, ikinci sınıfta okuyan öğrencilerde ise en düşük bulunmuştur. Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak, cinsiyetle ilgili anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Erkek hemşire öğrencilerinin kadın öğrencilerden daha yüksek düzeyde BDÖ puanına sahip olduğu saptanmıştır.

Jeong ve Park (2013), 345 hemşirelik 1. ve 2. sınıf kolej öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin birinci sınıflara göre depresyon puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür.

Souza, Paro, Morales, Pinto ve Silva (2012), toplam 256, yaş ortalaması 21 olan birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, BDÖ puanının öğrencilerin eğitim yılına göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin sosyo - demografik özellikleri ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma sağlık meslek ve teknik lisesinde okuyan hasta bakım adaylarının klinik deneyim öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan karşılaştırma türü betimsel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Mersin ili Akdeniz ilçesinde bulunan Sabiha Çiftçi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde okuyan 11.sınıf ve 12.sınıf hasta bakım öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışma evrenini ise, 2016-2017 yılında, Mersin İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden alınan izinle 01.01.2017 ve 23.06.2017 tarihleri arasında Mersin ili Akdeniz ilçesinde bulunan Mersin Toros Devlet Hastanesinde staj yapan ve Sabiha Çiftçi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde okuyan 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencileri oluşturmaktadır. Sabiha Çiftçi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde 11. sınıfta okuyan 60 kişiden oluşan hasta bakım öğrencisi ve 12. sınıfta okuyan 61 hasta bakım öğrencisi arasından, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın uygun örneklem yöntemi ile toplam 121 öğrenci örnekleme seçilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler, Durumluluk Kaygı Envanteri (Ek-1), Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-2) ve Beck Depresyon Envanteri (Ek-3), olmak üzere üç envanter ile toplanmıştır.

2.3.1. Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekte bireylerin kendi duygularını ifade etmede kullanabilecekleri 40 ifade bulunmaktadır. Bunlardan ilk yirmisi duruma bağlı kaygı düzeyini ölçmekte olup, her ifade için dört seçenek konularak puanlanmaktadır. Bunlar: "Hiç"(1), "Biraz"(2), "Çok"(3), "Tamamıyla"(4) şeklindedir. Bu bölümde ifadeler doğrudan ve tersine dönmüş olarak ayrılmaktadır. Tersine dönmüş ifadeler: 1., 2., 5., 8.,

10., 11., 15., 16., 19., 20. maddelerdir. Doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak elde edilen değere durumluk kaygı ölçeğinin değişmez değeri olan 50 sayısı eklenerek durumluk kaygı puanları elde edilmektedir. Ölçeğin 21'den 40'a kadar olan maddeleri bireyin sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir. Yine her bir ifade için dört seçenek konularak puanlanmaktadır. Bunlar: "Hemen hiçbir zaman"(1), "Bazen"(2), "Çok zaman"(3), "Hemen her zaman"(4) şeklindedir. Bu bölümde de yedi tane tersine dönmüş ifade bulunmakta olup bunlar: 21., 26., 27., 33., 36., 39. maddelerdir. Doğrudan ifadelerin toplam puanından, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak, sürekli kaygı ölçeğinin değişmez değeri olan 35 eklendiğinde bireyin sürekli kaygı düzeyi elde edilmektedir. Spielberger ve arkadaşları, ölçekten elde edilen 0 - 19 puan arasında ise kişide kaygı durumunun olmadığı, 20 - 39 puan arasında ise kişi de kaygı durumunun hafif düzeyde olduğu, 40 - 59 puan arasında ise kişide kaygı durumunun orta düzeyde olduğu, 60 - 79 puan arasında ise kişide kaygı durumunun ağır düzeyde olduğu anlamına geldiğini, puanı 60 ve üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma ihtiyaçlarının olduğunu belirtmektedirler.

Kartopu (2012) tarafından yapılan çalışmada, Sürekli Kaygı Envanteri'nin alpha güvenilirlik katsayısı 0,83-0,87, Durumluk Kaygı Envanteri'nin güvenilirlik katsayısı ise, 0,94-0,96 arasında bulunmuştur.

2.3.2.Beck Depresyon Envanteri (BDI)

Beck Depresyon Envanteri, A.T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur;1988 yılında, üniversite öğrencilerinde yapılan uyarlamada kesme (cut-off) puanları incelenerek 17 ve üzerindeki puanların depresyonu % 90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 0 - 63 arasında değişmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemektedir. Bu maddeler depresyonun belirtileri ile ilgili olup, depresyonun etiyolojisine ilişkin herhangi bir kuram yansıtmamaktadır. Bu belirti kategorileri sırasıyla; duygu durum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumсуuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin vurgulanması, uyku bozuklukları, yorgunluk,

bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır. Bu 21 maddenin her biri için azdan çoğa doğru giden dört yanıt seçeneği vardır (Hisli, 1989). Ölçeğin her bir belirti kategorisinde bulunan dört seçenek, 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirti düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçekten alınan 10 - 17 puan hafif, 18-29 puan orta, 30-63 puan ciddi düzeyde depresyonu göstermektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). Araştırmalar ve kliniklerde en sık kullanılan öz bildirim araçlarından biridir. Ölçeğin temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmektir. Aynı zamanda bilişsel içeriğin de değerlendirilmesini sağlamaktadır (Sorias, 1997).

2.4.Verilerin Analizi

Verilerin analizi, bilgisayar istatistik paket programları aracılığıyla Anova analizi, T-Test ve betimsel istatistik yöntemleriyle gerçekleştirilmiştir. İstatistik anlamlılık farkı $P = .05$ olarak kabul edilmiştir.

2.5.Araştırmanın Etiği

Araştırmada uygulanan ölçekler için, ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan kişilerden izin alınarak çalışılmıştır. Sınıf uygulamaları yapabilmek için Mersin Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Uygulamalar esnasında gönüllülük esasına uyulmuş, gerekli ön bilgilendirmede bulunulmuştur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı düzeyleri farklı mıdır?

Çizelge 1.1.11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı ölçeği aritmetik ortalama puanları ve standart sapma değerleri

Kaygı Düzeyi				
		N	\bar{x}	Ss.
Staj Öncesi Kaygı	11. Sınıf	60	91,96	16,13
	12. Sınıf	61	90,96	18,61
	Toplam	121	91,14	17,38
Staj Sonrası Kaygı	11. Sınıf	60	91,58	14,59
	12. Sınıf	61	87,88	18,44
	Toplam	121	89,71	16,68

Çizelge 1 incelendiğinde, 11. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi kaygı puanları, $\bar{x} = 91,96$, staj sonrası kaygı puanları, $\bar{x} = 91,58$ 'dir. 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi kaygı puanları, $\bar{x} = 90,96$, staj sonrası puanları $\bar{x} = 87,88$ olduğu görülmektedir.

11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı ölçeği aritmetik ortalamalarına göre fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi kullanılarak sınıanmıştır. Varyans analizi (Anova) sonuçları Çizelge 1.2.'de gösterilmiştir.

Çizelge1.2.11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı ölçeği aritmetik ortalama puanları ve standart sapmalarına ilişkin Anova sonuçları

	Kareler Toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P
Gruplar Arasında	81,236	1	81,236		
Staj Öncesi Kaygı Gruplar İçinde	36167,376	119	303,928	,267	,606
Genel Toplam	36248,612	120			
Gruplar Arasında	413,666	1	413,666		
Staj Sonrası Kaygı Gruplar İçinde	32982,780	119	277,166	1,492	,224
Genel Toplam	33396,446	120			

Çizelge1.2. incelendiğinde, 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencileri hem staj öncesi hem de staj sonrası kaygı düzeyleri aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı [Fönce=(.26); P>.05], Fsonra=(1.49); P>.05] görülmektedir.

3.2. 12. Sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı puanları arasında fark var mıdır?

Çizelge1.3.12.sınıf stajyer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı ölçeği puanlar arasında, aritmetik ortalama, standart sapmaya ilişkin T-Testi sonuçları

Kaygı T-Testi					
	N	\bar{x}	S.s	t	p
Staj Öncesi Kaygı	61	90,32	18,61		
Staj Sonrası Kaygı	61	87,88	18,44	32,21	,000

Çizelge 1.3. incelendiğinde, 12. sınıf stajyer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığının anlaşılması için yapılan T-Testi sonuçları görülmektedir. Analiz sonucunda, 12. sınıf stajyer öğrencilerinin staj öncesi kaygı düzeyi puanları, \bar{x} =90,3279, staj sonrası kaygı düzeyi puanları, \bar{x} =87,88 bulunmuştur. 12. sınıf stajyer öğrencilerin staj öncesi ve staj sonrası kaygı düzeyleri sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu [T=(32,21); P<.05] görülmektedir.

Çizelge 1.4. 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon ölçeği aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Depresyon Düzeyi				
		N	\bar{x}	Ss.
Staj Öncesi BDI	11. Sınıf	60	17,01	11,54
	12. Sınıf	61	17,85	11,31
	Toplam	121	17,43	11,38
Staj Sonrası BDI	11. Sınıf	60	13,26	10,66
	12. Sınıf	61	13,27	10,38
	Toplam	121	13,27	10,48

Çizelge 1.4. incelendiğinde, 11. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi depresyon düzeyi puanları $\bar{x}=17,01$, staj sonrası depresyon düzeyi puanları $\bar{x}=13,26$ olduğu görülmektedir. 12. sınıf hasta bakım stajyer öğrencilerinin staj öncesi depresyon düzeyi puanları $\bar{x}=17,85$, staj sonrası puanları $\bar{x}=13,27$ olduğu görülmektedir.

3.3. 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon düzeyleri farklı mıdır?

11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon ölçeği aritmetik ortalamalarına göre fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi kullanılarak sınınmıştır. Varyans analizi (Anova) sonuçları Çizelge 1.5.'te gösterilmiştir.

Çizelge 1.5. 11. ve 12. hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon ölçeği standart sapmaları ve aritmetik ortalamalarına ilişkin anova sonuçları

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar arasında	21,130	1	21,130		
Staj Öncesi BDÖ Gruplar içinde	15544,655	119	130,627	,162	,688
Genel Toplam	15565,785	120			
Gruplar arasında	,004	1	,004		
Staj Sonrası BDI Gruplar içinde	13183,996	119	110,790	,000	,995
Genel Toplam	13184,000	120			

Çizelge 1.5. incelendiğinde, 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin hem staj öncesi hem de staj sonrası kaygı düzeyi aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı [Fönce=.162; P>.05, Fsonra=.000; P>.05] görülmektedir.

3.4. 12. Sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon puanları arasında fark var mıdır?

Çizelge 1.6. 12. sınıf hasta bakım stajyer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon ölçeği aritmetik ortalama puanlarına ilişkin T-Testi sonuçları

Depresyon T-Testi					
	N	\bar{x}	Ss	t	p
Staj Öncesi BDÖ	61	17,85	11,31	,000	
Staj Sonrası BDÖ	61	13,27	10,38		12,32

Tablo 1.6. incelendiğinde, 12.sınıf stajyer öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığının anlaşılması için yapılan T-Testi sonuçları görülmektedir. Analiz sonucunda, 12. sınıf hasta bakım stajyer öğrencilerinin staj öncesi depresyon düzeyi aritmetik ortalama puanları \bar{x} =17,85, staj sonrası puanları \bar{x} =13,27 olduğu görülmektedir. 12. sınıf stajyer öğrencilerin staj öncesi ve staj sonrası depresyon düzeyleri sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu [T=12,32; P<.05) görülmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma bulgularına dayalı olarak ulaşılan genel sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir. Araştırmaya katılan, hasta bakım adaylarının staj öncesi ve staj sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması ilgili bulgular tartışılıp yorumlanacaktır.

4.1. 11. ve 12. Sınıf Hasta Bakım Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Kaygı Düzeyleri Arasında Bir Fark Olup Olmadığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve sonrası kaygı ölçek puanları aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışma evreni, Mersin'e bağlı Akdeniz ilçesinde bulunan bir meslek lisesinin aynı yaş grubundaki öğrencilerinden oluşmaktadır. Dar kapsamlı olan bu araştırma evreninde, öğrencilerin öğrenim görmekte oldukları okul nedeniyle gelecek beklentilerinin, aile gelir düzeylerinin, günlük yaşam alışkanlıklarının birbirlerine benzer olması ve ortak kaygılarının da olması doğal bir sonuçtur. Lise son sınıf öğrencileri ile daha alt sınıflarda öğrenim gören öğrenciler arasında mezuniyet sonrası yaşama ilişkin duyulacak olan olası kaygı nedeniyle, kaygı düzeyleri arasında farklılık oluşması beklense de öğrenim görülen lisenin meslek lisesi olması nedeniyle bu kaygı düzeyinin daha erken sınıflarda yükselmesi veya denk olması da beklenebilir bir sonuçtur. İlgili alanyazında sınıf düzeylerinin kaygı düzeyleri üzerinde farklılık yarattığını gösteren bir çalışma olmamakla beraber, demografik değişkenlerin kaygı düzeyleri üzerinde farklılıklar yarattığı söylenebilir.

Bakolarya hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, üçüncü sınıfta ilk defa klinik uygulamaya çıkan hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeyleri, birinci ve ikinci sınıfta okuyan ve teorik eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür (Melo, Williams ve Ross, 2010).

Yapılan çalışmalar ışığında, staja çıkan hemşirelik öğrencilerinin teorik eğitim gören bir alt sınıf hemşirelik öğrencilerine göre kaygı düzeylerinin yüksek ya da düşük olabileceği söylenebilir. Araştırmada elde edilen bulgular, bilimsel alanyazında yer alan

görüşü desteklememektedir. Stajın, 11. ve 12. sınıf hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeyleri üzerinde bir etkisinin olmadığını söyleyebiliriz.

4.2.11. ve 12. Sınıf Hasta Bakım Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Depresyon Düzeyleri Arasında Bir Fark Olup Olmadığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon ölçekleri puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenimine devam eden 230 öğrenci ile yapılan bir çalışmada, BDÖ puan ortalamasının; okulunu isteyerek tercih edenlerin istemeyenlere, üniversite başlangıcında barınma sorunu yaşamayanların böyle bir sorun yaşayanlara, anne ve babası hayatta olanların anne ve/veya babası ölmüş olanlara, annesi lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların ilköğretim ve altı eğitimlilere, kendi sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin kötü olarak değerlendirenlere, düzenli beslendiğini ifade edenlerin düzenli beslenmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. BDÖ ortalamaları; en yüksek birinci sınıflarda, en düşük dördüncü sınıflarda çıkmıştır. BDÖ puan ortalamasının cinsiyet, yaş grubu, öğrenim görülen sınıf, okul öncesi yaşanan yer, sosyal güvence durumu, aile geliri, baba eğitimi ve aile yapısına göre anlamlı olarak değişmediği saptanmıştır(Deveci, Ulutaşdemir ve Açıık, 2013).

Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulunda birinci ve dördüncü sınıfta okuyan, 18-21 yaş aralığında, 195 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir araştırmada, öğrencilerin depresyon düzeyleri ve bunu etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Sınıf, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, yaşamda sosyal olma durumu, ekonomik durum, ailede psikiyatrik bir bireyin olma durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani, depresyon puanı yaş ilerledikçe artmıştır. Kadın hemşire adaylarının depresyon puanının, erkek hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu saptanmıştır. Birinci sınıfta öğrenim gören hemşire adaylarının depresyon puanı, dördüncü sınıfta öğrenim gören hemşire adaylarının depresyon puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Beş ve üzeri kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanı, tek kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanından daha yüksek olduğu görülmüştür. Aile gelir düzeyi düşük olan hemşire adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu saptanmıştır. Aile gelir düzeyi yüksek olan hemşire

adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından olduğu görülmüştür. Ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olan hemşire adaylarının depresyon puanı, ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olmayan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu görülmüştür. Genel olarak fiziki durumlarından memnun olmayan hemşire adaylarının depresyon puanı, genel olarak fiziki durumlarından memnun olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yaşamda sosyal olamayan hemşire adaylarının depresyon puanı, yaşamda sosyal olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek olduğu saptanmıştır (Kaya ve Softa, 2013).

Öğrenci hemşirelerle yapılan bir çalışmada, sınıf düzeyleri ile BDÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olmasına karşın son sınıfta okuyan öğrencilerin bir önceki sınıflara göre depresyon puanlarındaki artışın anlamlı olmadığını saptanmıştır (Özdel, Bostancı, Özdel ve Oğuzhanoglu, 2002).

Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim görmekte olan hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirilen bir çalışmada, öğrencilerin okudukları sınıflara göre BDÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin BDÖ puanları üzerinde etkili olan değişkenler ise bölümü isteyerek tercih etme durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, aile ile olan ilişkiler, okul yaşamından memnun olma durumu olarak tespit edilmiştir (Tezel, Arslan, Topal, Aydoğan, Koç ve Şenlik, 2009).

Toplam 195 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin sınıf seviyelerine göre depresyon puanları incelenmiş öğrencilerin sınıf seviyelerine göre depresyon puanları incelenmiş, dördüncü sınıf öğrencilerinin depresyon puan ortalaması diğer sınıf seviyelerinden daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin %33.3' ünün depresyon açısından risk altında olduğu belirlenmiştir. Sınıf, kardeş sayısı, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Sınıf, mesleği tercih durumu, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile kendine güvenli yaklaşım; ruh sağlığı ile çaresiz yaklaşım; mesleği tercih etme durumu, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile iyimser yaklaşım arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Yani, son sınıf öğrencilerinde depresyon düzeyinin yüksek olduğu, kardeş sayısı arttıkça depresif belirtilerin arttığı, okul yaşamından memnun olmama durumunun depresyon riskini arttırdığı, saptanmıştır. Fiziksel ve ruhsal sağlığın kötü algılanmasının depresyon düzeyini arttırdığı, mesleği isteyerek tercih edenlerin ve okul yaşamından memnun

olanların kendine güvenli ve iyimser yaklaşım içinde oldukları, ruhsal sağlığın kötü algılanmasının öğrencilerin kendilerini çaresiz hissetmelerine neden olduğu görülmüştür (Temel, Bahar ve Çuhadar, 2007).

Kıbrıs'ta öğrenim gören 120 kişiden oluşan birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, en düşük BDI puanının üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinde olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin BDI puanları sınıf düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterirken, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Papazisis, Nicolaou, Tsiga, Christoforou ve Sapountzi - Krepia, 2014).

Ürdün Üniversitesi Hemşirelik bölümünde okuyan birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf, 150 kişilik hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada; hemşirelik öğrencilerinin dörtte birinden fazlasının (% 26) depresyon puanı 17'inin üstünde çıkmıştır. Bu durum Ürdünlü hemşirelik lisans öğrencilerinin diğer bölümlerde okuyan öğrencilerden daha yüksek düzeyde depresyona sahip olduklarını göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular, Ürdün hemşirelik öğrencileri arasında depresyon yaygınlığının yüksek olduğunu ve depresif belirtilerin, hemşirelik mesleği seçiminde aile baskısı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Aile baskısı altında ya da alternatif fırsatların olmaması nedeniyle hemşireliği tercih eden öğrencilerin depresyon puanının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Akademik performansın düşmesi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Mesleğini isteyerek seçen hemşirelik öğrencilerinin depresyon puanı, isteyerek seçmeyen öğrencilere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, öğrencilerin ekonomik yönden yaşadıkları zorluklar ve iş güvenliği ile ilgili olumsuz düşünceleri, depresyon puanını önemli ölçüde etkileyen faktörler arasında olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte, çalışma yılları arasında depresif belirtilerde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Yousef, Athamneh, Masuadi, Ahmad, Loney, Moselhy, Al-Maskari ve El Barazi, 2017).

Yunanistan'da Selanik Teknoloji Eğitim Enstitüsü Hemşirelik bölümünde okuyan, yaş ortalaması 21 olan, toplam 142 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, BDÖ puanı birinci ve üçüncü sınıflarda en yüksek, ikinci sınıfta okuyan öğrencilerde ise en düşük bulunmuştur. Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak, cinsiyetle ilgili anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Erkek hemşire öğrencilerinin kadın öğrencilerden daha yüksek düzeyde BDÖ puanına sahip olduğu saptanmıştır (Halikiopoulou, Tsiga, Khachatryan ve Papazisis, 2011).

Toplam 345 kişilik, hemşirelik 1. ve 2. sınıf kolej öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin birinci sınıflara göre depresyon puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür (Jeong ve Park, 2013).

Yaş ortalaması 21 olan, 256 kişilik, birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, BDÖ puanının öğrencilerin eğitim yılına göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Souza, Paro, Morales, Pinto ve Silva, 2012).

İlgili alanyazında çalışma sonucunun tutarlılık gösterdiği gibi sınıf seviyesi değişkeninin etki etmediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Depresyon, çok yoğun duyguların yaşandığı bir ruhsal problem olmakta, yapılan çalışmalar demografik değişkenlerin bu soruna etki ettiğini göstermektedir.

4.3.12. Sınıf Hasta Bakım Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada, 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası kaygı ölçekleri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Toplam 94 kişilik birinci sınıfta okuyan hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin klinik deneyim öncesi ve sonrasında yaşadıkları durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler incelenmiştir. Öğrenci hemşirelerin ilk klinik deneyim öncesi, sonrasında durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin deneyimleri arttıkça anksiyetelerinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca, ilk klinik deneyime ilişkin orta düzeyde anksiyeteli olan öğrenci hemşirelerin, bazı sosyodemografik özelliklerinin, durumluk - sürekli anksiyete düzeylerini etkilediği bulunmuştur (Arabacı, Korhan, Tokem ve Torun, 2015).

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Ordu Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü birinci sınıfında öğrenim gören 35 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir araştırma sonucunda, ilk kez klinik uygulamaya çıkmanın öğrencilerde anksiyeteyi yükselten bir etken olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile sürekli anksiyete puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmış, hastalık bulaşma korkusu ile durumluk anksiyete puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır (Erbil, Kahraman ve Bostan, 2009).

Meslek Esasları dersi alan hemşirelik ve ebelik birinci sınıf öğrencilerinin, durumluk-sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, klinik uygulamadan sonra durumluk kaygı puan ortalamalarında çok az bir azalma, sürekli kaygı puan ortalamalarında ise çok az bir artış bulmakla beraber klinik uygulama öncesi ve sonrası durumluk - sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Ünsar, Erol ve Turan, 2006).

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda, ilk kez kas içi enjeksiyonu uygulamasına çıkan, birinci sınıf 24 stajyer öğrenci ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin sürekli kaygı puan ortalamalarının durumluk kaygı puan ortalamalarına göre yüksek olduğu, kas içi enjeksiyon uygulaması öncesi durumluk kaygı puanının ileri derecede anlamlı yüksek olduğu ve uygulama sonrası azaldığı saptanmıştır. Öğrencilerin gelir durumuna göre kas içi enjeksiyonu uygulaması öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin kaygı puan ortalaması, gelir düzeyi yüksek olan öğrencilere göre, istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim şekli, sosyal güvence durumu, yaşanan mekan, ailenin öğrencinin gereksinim ve isteklerini karşılama durumu ile kas içi enjeksiyonu uygulaması öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Batmaz, Özhan, Soydan, Özilli ve Sabuncu, 2008).

Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 126 stajyer hemşire ile yapılan bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin klinik uygulama öncesi ve klinik uygulama sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Klinik uygulama öncesi ve klinik uygulama sonrası öğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçek sonuçları karşılaştırıldığında durumluluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Süreklilik kaygı ölçeği sonuçlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karşılaştırma sonucunda, öğrencilerin klinik uygulama öncesi yüksek olan kaygı durumlarının 10 haftalık süreç sonunda azaldığı saptanmıştır (Bayar, Çadır ve Bayar, 2009).

Öğrenci hemşirelerle yapılan bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin ilk klinik uygulamada anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu, uygulama sonrasında ise anksiyete puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır (Gülseven, Şahin ve Sabuncu, 2003).

Ebelik bölümü birinci sınıfta okuyan hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin stres ve durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri ilk klinik deneyim sırasında

yükseldiği, klinik deneyim arttıkça, stres ve durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (Kartal ve Yazıcı, 2017).

Öğrenci hemşirelerle yapılan bir çalışmada, öğrencilerin durumluluk kaygı düzeyleri, klinik deneyim sonunda yükselirken, sürekli kaygı düzeyleri, klinik deneyim sonunda düştüğü görülmüştür. Öğrencilerin uygulama öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları incelenmiş ve sürekli kaygı düzeyleri arasında bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Yetkin ve Özer, 1997).

Hemşirelik üçüncü sınıf, Kadın Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini almış 24 öğrenci ile yapılan bir çalışmada, doğumhane stajına çıkan öğrencilerin, durumluluk kaygı düzeyleri stajın ilerlemesi ile birlikte azalırken, sürekli kaygı düzeylerinde bir değişme gözlenmemiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin staj öncesi - ortası ve staj sonrası durumluluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark elde edilememiştir. Araştırma sonucunda doğumhane stajına başlamadan önce öğrencilerin kaygılarının yükseldiği saptanmıştır. Öğrencilerin mezun olduğu okul, medeni durumları, çalışma durumları ile durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Şirin, Kavak ve Ertem, 2003).

Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksekokulunda okuyan 54 öğrenci ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin klinik uygulama ile durumluluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmış ancak klinik uygulama ile sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadığı görülmüştür (Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yılmaz ve Yıldırım, 2008).

Hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin staja çıkmadan önce durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (Tel, Tel ve Sabancıoğulları, 2004).

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu birinci sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin klinik uygulama sonrası durumluluk kaygı düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (Özgür, 1988).

Kadın doğum stajına çıkan ikinci sınıf ebelik öğrencilerinin stajın ilk günü yaşadıkları kaygıyı belirlemek için yapılan bir çalışmada, durumluluk-sürekli kaygı ortalamasının ilk klinik deneyim ve sosyo-demografik özelliklerle bağlantılı olduğu iki etkeninde öğrencilerin kaygılarını orta düzeyde artırdığı yönünde bulgular elde edilmiştir (Dağlar, Aksoy ve Uçuk, 2017).

Bakalorya hemşirelik programında okuyan 61 son sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, geç gelme, öğretim elemanları tarafından gözlemlenme, hata yapma

korkusu ve hekimle konuşma gibi bu klinik deneyimlerle ilgili durumlar, öğrenciler için kaygı yaratan olaylar olduğu olduğu görülmüştür. Sürekli kaygı ile ilk klinik deneyim arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İlk klinik deneyimin sürekli kaygı düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Kim, 2003).

Toplam 229 kişilik Bakolarya hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir araştırmada, öğrencilerin ilk klinik deneyim sırasında durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır (Cook, 2005).

Psikiyatri servisinde ilk defa uygulamaya çıkan, son sınıf 44 kişilik hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. İlk klinik deneyimin hemşirelik öğrencileri üzerinde kaygı düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Szipak ve Kameg, 2013).

Hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yapılan bir araştırmada hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sonrası kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve erkek hemşirelik öğrencilerinin kadınlara göre daha yüksek kaygı puanına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak yaş, gelir düzeyi ve diğer faktörlerle öğrencilerin kaygı puanları arasında herhangi bir anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Villeneuve, Heale, Rietze ve Carte, 2018).

Bakolarya hemşirelik bölümünde okuyan kolej, ön lisans ve lisans öğrencilerinin klinik eğitim sürecinde yaşadıkları kaygı düzeylerini incelemek için yapılan bir çalışmada, en yüksek kaygı puanı kolej hemşirelik öğrencilerinde en düşük kaygı puanı ise lisans öğrencilerinde görülmüştür (Wedgewort, 2016).

Kaygı, bilinmezliğin yarattığı stres nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Köksal, 2014). Teorik eğitim alan ve fakat bunun uygulamasını görmemiş olan öğrencinin ilk kez karşılaşacağı senaryo öncesinde kaygı duyması doğal bir sonuç olmakla birlikte pratik yapmaları ve belirsizliğin aşılması neticesinde kaygı seviyesinin azalması da doğal bir sonuç olmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin staj öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri arasındaki farkı inceleme konusu yapmış olan çalışmaların da ortak sonucunun bu yönde olduğu görülmektedir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, bilimsel yazında yer alan görüşleri desteklemektedir.

4.4. 12. Sınıf Hasta Bakım Öğrencilerinin Staj Öncesi ve Staj Sonrası Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada; 12. sınıf hasta bakım öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon ölçekleri puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Ortalama yaşı 20 olan, 1276 son sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; staj yapan son sınıf öğrencilerinin depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmada demografik faktörlerin, depresif eğilimleri etkilediği saptanmıştır (Hsiao, Chien, Wu ve Chiang, 2010).

Toplam 148 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada, depresif belirtiler inceleme konusu yapılmıştır. Çalışma sonucunda bölümü isteyerek tercih etme durumunun, okul yaşamından memnun olma durumunun depresif belirtiler üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Dinç - Hür, Işık, Andsoy, Şahin, Kayhan, Eren, Zünbül, Akgün ve İnanmaz, 2014).

Toplam 230 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada, okulunu isteyerek tercih edenlerde depresyon puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Deveci, Ulutaşdemir ve Açık, 2013).

Sağlık Yüksek okulunda okuyan, yaş ortalaması 20 olan, 563 kişiden oluşan hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışma sonucunda, kadınlarda erkeklere göre, geliri giderinden az olanlarda, göç edenlerin göç etmeyenlere göre, ailesi parçalanmaların çekirdek/geniş ailesi olanlara göre, kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigara içenlerin içmeyenlere göre, alkol kullananların kullanmayanlara göre, ailesinde depresyon olanların ailesinde depresyon olmayanlara göre depresyon görülme sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tekir, Yaşar, Çevik, Dikoğlu, Özsezer - Kaymak, 2018).

Sağlık Yüksek okulunda okuyan, 236 kişiden oluşan ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrenciler arasında depresyon sıklığı ve yol açan etkenleri incelemiştir. Araştırma sonucunda, en yüksek BDÖ ortalama puanlarının hemşirelik öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %25.4' ü BDÖ'den 17 ve üzerinde puan almıştır. Olumsuz aile tutumuna ve ebeveynleri düşük eğitim düzeyine sahip olan öğrencilerde depresyon puanı yüksek çıkmıştır. Yaşamlarında sosyal olmadıklarını belirten öğrencilerin sosyal olduklarını belirtenlere göre BDÖ ortalama puanı daha yüksek çıkmış ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Aylaz, Kaya, Dere, Karaca ve Bal, 2007).

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi (TF) ve 128 kişilik Sağlık Yüksekokulu (SYO) öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada, SYO hemşirelik öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı ve stresle başa çıkma tarzları ile ilişkili ruhsal sorunlar, TF öğrencilerine göre yüksek düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır. Sınıf, kardeş sayısı, okul yaşamından memnun olma durumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Kaya, Genç, Kaya ve Pehlivan, 2007).

Depresyon, yoğun kaygı sonucu ortaya çıkabilir bir ruhsal problem olsa da kaygıdan çok daha geniş bir kavramdır. Depresyon, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelir durumu, yaşanan yer gibi faktörlerin etki etmesi ile ortaya çıkabilir. Bireyin, okumak istemediği bölüme başkalarının yönlendirilmiş olması geleceğe dair umutsuzluk yaratacağı için bir depresif belirti sebebi sayılabilir. İlgili alanyazında bu sonuca ulaşan çalışmalar bulunmaktadır. Bilimsel yazında stajın depresyon üzerine etkisine dair araştırmaya yer verilmemiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sonuç

Bu bölümde araştırma bulgularına dayalı olarak ulaşılan genel sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir. Araştırmada, hasta bakım adaylarının staj öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, 12. sınıf öğrencilerinin staj öncesi ve staj sonrası depresyon ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, 12. sınıf stajyer öğrencilerinin depresyon ve kaygı düzeylerinin düştüğü görülmüştür. Ancak, 11. sınıf öğrencilerinin de staja çıkmadıkları halde, 12. sınıflar da olduğu gibi depresyon ve kaygı düzeyleri düşmüştür. 11. ve 12. sınıf hasta bakım öğrencilerine uygulanan kaygı ve depresyon ölçeği sonucunda, öğrencilerin staj öncesi ve staj sonrası, kaygı ve depresyon düzeyleri puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun için 12. sınıf öğrencilerinin kaygı ve depresyon düzeylerinin düşmesinin staja bağlı olup olmadığı ile ilgili kesin bir şey söylenememektedir. Ancak öğrencilerin kaygı ve depresyon düzeylerinin düşmesinde stajın dışında başka faktörlerin olduğu söyleyebilir. Örneğin; öğrencilerin, gittikçe daha fazla bilgi kazanmaları, iş bulmalarının ve üniversiteye yerleştirilmelerinin diğer bölümlere göre daha kolay olması, kaygı ve depresyon düzeylerinin düşmesinde etkili olabilir.

Öneriler

Uygulayıcıya Yönelik Öneriler

1. Bireylere küçük yaşlardan itibaren, depresyon ve kaygı ile başa çıkma yollarına ilişkin eğitimler verilerek bireyin depresyon ve kaygı durumunda gözlemlenen tepkilerini ve sonuçlarını, sağlıklı başa çıkma yolları ile yönetebilmesi sağlanabilir. Ailelerin de dahil edilebileceği bu eğitimler oldukça etkili olabilir.

İlerde Yapılacak Araştırmaya Yönelik Öneriler

1. Bu araştırmada kullanılan depresyon ve kaygı ölçekleri genel patoloji düzeylerini ölçmektedir. Hemşirelik eğitimine ilişkin kaygı ve depresyon ölçeği geliştirilerek, bu alanda araştırma yapılması, stajın hemşirelik öğrencileri üzerinde etkisi olup olmadığı konusunda kesin bilgilere ulaşmamızda yardımcı olabilir.
2. Öğrencilerin staj öncesi ve staj sonrası sonuçlarına göre kaygı ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi için; farklı il ve kurumlarda da çalışma yaygınlaştırılarak, cinsiyet dağılımının orantılı dağıtıldığı, sayı olarak daha fazla örneklem grubu ile farklı sosyo - demografik değişkenler araştırmaya dahil edilerek yeni araştırmalar yapılabilir.
3. Üçüncü ve dördüncü sınıfların yanında birinci ve ikinci sınıflarla da çalışılma yapılması daha sağlam bir sonuç sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B. ve Hogan M. E. (1997). Cognitive/personality subtypes of depression: Theories in search of disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 21(3):247-265.
- Adini, H. (1997). Nursing student's stress during the initial clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 36 (7) : 323-327.
- Akpınar, B. (2013). Öğretmen adaylarının stres düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından analizi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21: 229-241.
- American Psychiatric Association, (2018). *Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. This supplement and the digital versions of DSM-5, <https://psychiatryonline.org>.
- Arabacı, L. B., Korhan, E.A., Tokem, Y. ve Torun, R. (2015). Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1-16.
- Atalay, M., Tel, H., Altun, E. ve Tel, H. (1994). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamada yaşadıkları güçlükler ve yaşam beklentileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(1):19-25.
- Atkinson, R., Atkinson, R.C., Smith E.E., Bem, D. J. ve Hoeksema S.N. (2006). *Psikoloji*. Çeviren: Yavuz Alogan, Ankara: Arkadaş Yayınları.
- Audet, M.C. (1995). Caring in nursing education: reducing anxiety in the clinical setting. *NursingConnections*, 8(3); 21-28.
- Aydın, G. ve Demir, A. (1989). ODTÜ Öğrencilerinde Depresif Belirtilerin Yaygınlığı. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 8:27-40.
- Aylaz, R., Kaya, B., Dere, N., Karaca, Z. ve Bal, Y. (2007). Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasındaki Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8:46-51.
- Başarır, D. (1990). *Ortaokul Son Sınıf Öğrencilerinde Sınav Kaygısı, Durumluk Kaygısı Akademik Başarı ve Sınav Başarısı Arasındaki İlişkiler*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Batmaz, M., Özhan, F., Soydan, M., Özdiilli, K. ve Sabuncu, N. (2008). İntravenöz enjeksiyon uygulaması yapan öğrencilerin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Dergisi*, 13(54): 117-131.

- Bayar, K., Çadır, G. ve Bayar, B. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamaya Yönelik Düşünce ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(1): 37-42.
- Bayık, A. (1991). Ülkemizde hemşirelik eğitiminin gelişimi ve öğretime ilişkin sorunlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3): 29-40.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*, New York-London: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1985). *Anxiety Disorders ve Phobias: A Cognitive Perspective Anxiety*, Brown University, Basic Books.
- Beck, A.T. Rush A.J., Shaw BF ve Emery G., (1983). *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Wart, C.H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*.
- Bernrad, M.E., (1984). Childhood Emotion and Cognitive-Behavior Therapy: A rational emotive perspective. P.C. Kendall E.d. *Advances in Cognitive Behavioral Research an Therapy*. London: Academic Pres, Inc, (pp.213-253).
- Bodur, Şve Üner, Ö.Ş(2008). Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:105-10.
- Bruntland, G.H. (2000). Mental health in the 21st century. *Bull World Health Organ*, 78: 411.
- Burger, J. M. (2006). *Psikoloji Biliminin İnsan Doğasına Dair Söyledikleri*, Kaktüs Yayınları.
- Chan, D.S.(2002). Association Between Student Learning Outcomes From Their Clinical Placement and Their Perceptions of The Social Climate of The Clinical Learning Enviroment. *International Journal of Nursing Studies*, 39;517-524, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Chesser-Smyth, P.A. (2005). The lived experience of general student nurses on their first clinical placement: a phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 5: 320-327, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Cimilli, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*, 4: 157-168.

- Civan, A., Arı, R., Görücü, A. ve Özdemir, M. (2010). Bireysel ve takım sporcularının müsabaka öncesi ve sonrası durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (1): 193-206, <http://www.insanbilimleri.com> ET: 02.06.2014.
- Cook, L. J. (2005). Inviting Teaching Behaviors of Clinical Faculty and Nursing Students' Anxiety. *Journal of Nursing Education Thorofare*, 44(4): 156-61.
- Coşkun, K., Şahan, A., ve Kemal-Erman, A. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Durumluluk Kaygı Düzeyinin Tenis Sınav Performansı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1) :1121-1130.
- Cüceloğlu, D. (2016). *İnsan ve Davranışı*. (28. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi, 290-298.
- Çakmak, Ö., ve Hevedanlı, M. (2005). Eğitim ve Fen-Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(14), 115-127.
- Çivitçi, A. (2005). Akılcı duygusal eğitimin ilköğretim öğrencilerinin mantık dışı inanç, sürekli kaygı ve mantıklı karar verme düzeylerine etkisi. *Ege Eğitim Dergisi*, 6 (2): 59-80.
- Dağ, İ. (2014). Stres veren yaşam olayları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler. *Klinik Psikiyatri*, 17:7-17.
- Dağ, İ. (1999). Psikolojinin Işığında Kaygı. *Doğu Batı Düşünce Dergisi*, 2(6): 167-174.
- Dağlar, G., Aksoy, Ö. D. ve Uçuk, S. (2017). Ebelik Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *IOSR Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(5): 18-23.
- Deveci, S. E., Ulutaşdemir, N. ve Açık, Y. (2013). Bir Sağlık Yüksekokulunda Öğrencilerde Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergi/Fırat Med.*, 18(2): 98-102.
- Develi, E. (2006). *Konya'da İlköğretim Okullarında Görev Yapan Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sürekli Kaygı Durumlarının İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Dinç Hür S., Işık Andsoy I., Şahin A., Kayhan M., Eren S., Zünbül N., Akgün H. ve İnanmaz N. (2014). *Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirtiler*, 5(2): 72-76
- Doğan, T. ve Çoban, A.E. (2009). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Öğretmenlik Mesleğine Yönelik Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 34(153), 157-168.

- Durna, U. (2006). Üniversite öğrencilerinin stres düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20 (1), 319-343.
- Ellis, A. (1973). *Humanities psychotherapy: The relational approach*, New York: The Julian Press, Inc.
- Erbil, N., Kahraman, A.Z. ve Bostan, Ö.(2006) Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1): 10-16.
- Ertem, Ü.ve Yazıcı, S. (2004). Ergenlik Döneminde Psikososyal Sorunlar ve Depresyon. Ankara Üniversitesi I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitim Sempozyumu.
- Ewen, R. B. (2003). *An intrduction to theories of personality*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Fadıloğlu, Ç. (1990). Türkiye'de hemşirelik eğitiminin fizik çevre ve uygulama alanındaki sorunları. *II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*. İzmir, Ege Üniv. Basımevi, 430-436.
- Fadıloğlu, Ç., Esen, A., Akyol, D. (1997). Öğrenci ve Mezun Hemşirelerin Klinik Uygulamalara İlişkin Beklentilerinin Karşılaştırılması.4. *Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Kıbrıs, 30-36.
- Feist, J. ve Feist, G. J. (2006). *Theories of personality*, New York: McGraw-Hill.
- Fennell, M. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*, New York: Oxford University Press, 169-235.
- Frankl, V. (2000). *İnsanın Nihai Anlam Arayışı*, New York, N.Y.
- Freeman, A. (1992). *Developing treatment conceptualizations in cognitive therapy*. In A. Freeman and F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook ofcognitive therapy*, New York: Plenum Press, 13-27.
- Freud, S. (1969). *Psikanalize Giriş*.(Çev. Günsel Koptagelİlal), İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Geçtan, E. (2017). *Psikanaliz ve sonrası*.(16. Baskı).Remzi Kitabevi, İstanbul, 46-53.
- Girgin, G. (1990). *Farklı sosyo-ekonomik kesimlerden 13-15 yaş grubu öğrencilerde kaygı alanları ve kaygı düzeyinin başarı ile ilişkisi*. Dokuz Eylül Üniv. Sosyal Bil. Enst. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

- Goodwin, R.D., Jacobi F., Bittner A. ve Wittchen H.U. (2006). Epidemiology of mood disorders. Textbook of Mood Disorders. In Eds. Stein, D.J., Kupfer, D.J., Schatzberg, A.F. Arlington, *American Psychiatric Publishing*, (33-54).
- Gore, T. Hunt C.W., Parker, F. ve Raines K.H. (2011). The Effects of Simulated Clinical Experiences on Anxiety: Nursing Students' Perspectives. *Clinical Simulation in Nursing*, 7(5): 175-180.
- Gökçe, T. ve Dündar, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (19): 25-28.
- Gökçedağ, S. (2001). *Lise Öğrencilerinin Okul Başarısı ve Kaygı Düzeyi Üzerinde Anne-Baba Tutumlarının Etkilerinin Belirlenip Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, D.E.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Gökkoca, U.Z. (2001). *Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler*, 10 (10): 371.
- Grealish, L., ve Carroll, G. (1998). Beyond Preceptorship and Supervision: A Third Clinical Teaching Model Emerges. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15: 3-11.
- Gülseven, B Şahin, Q. ve Sabuncu. N. (2003). Subkutan (S.C.) Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Psikomotor Beceri Eğitiminde Öğretim Rehberi Kullanmanın Başarı ve Kaygı Düzeyine Etkisi. 2. *Uluslararası, 9. Ulusal Hemşirelik Bildiri Özet Kitabı*.
- Güney, M. (1998). Ergenlik dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası*.(2): 41-44.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yılmaz, S. ve Yıldırım, A. (2008). Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (1): 69-75.
- Halikiopoulou. M.C., Tsigas, E., Khachatryan, R., Papazisis, G. (2011). Suicidality and depressive symptoms among nursing students in northern Greece. *Health Science Journal*, 5(2): 90-97.
- Hall, C., S., Lindzey, G. ve Campell, J. B. (1997). *Theories of personality*, New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Hatipoğlu, S. (1988). Hemşirelik uygulamaları için kliniğe çıkan ve ilk uygulamalarını yapan öğrenci hemşirelerin yaşadıkları olaylar ve mesleğe uyumları. *I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı*, İstanbul Hilal Matbaa A.Ş, 52-59.

- Hisli N., (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 (23): 3-13.
- Hjelle, L. A. ve Ziegler D.j. (1992). *Personality theories*, New York: McGraw-Hill.
- Horney, K. (1945). *Our Inner Conflicts*, Norton, New York.
- Hsiao, Y. C., Chien, L.Y., Wu, L.Y., Chiang, C.M. (2010). SongYuan Huang Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and healthpromoting behaviours among nursing students. *Journal of Advanced Nursing Homepage*, 66(7): 1612-1622.
- Işık, E. (2003). Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. *Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık*, (1): 341- 352.
- İlhan, N., Bahadırılı, S., ve Toptaner, N. E. (2014). Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (4): 207-215.
- İnanç, B., ve Yerlikaya E. E. (2018). *Kişilik Kuramları Kitabı*.(14. Baskı), Ankara: Pegem, 11-38.
- Jeong, S.H. ve Park, S.H., (2013). Relationship Among Stress, Depression, and Satisfaction to Clinical Practice Among Nursing Students. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 16(1): 47-54.
- Kapıkıran, N. (1999). *Lise Öğrencilerinde Başarı Sorumluluğu ve Başarı Kaygısının Psikopatolojik Değişkenler Açısından İncelenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Kara, H., Sayar, K. ve Saygılı, S. (1997). Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 7(1-4): 42- 45.
- Karamustafaloğlu, O. Ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45: 65-74.
- Karaöz, S. (2003). Hemşirelikte klinik öğretime genel bir bakış ve etkin klinik öğretim için öneriler. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 5 (1):15-22.
- Karaöz, S. (1997). Hemşirelik Esasları Dersi Alan Öğrencilerin Klinik Uygulamaya İlişkin Değerlendirmeleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,1(1): 23-30.
- Karataş,Z. ve Yavuzer, Y. (2009). Yaratıcı drama temelli mesleki grup rehberliğinin lise öğrencilerinin mesleki olgunluk puanlarına etkisi. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*,8(15): 87-102.

- Kartal, Y.A. ve Yazıcı S. (2017). Ebelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Başlangıcı ve Sonunda Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *HSP*,4(3):190-195.
- Kartopu, S. (2012). Lise öğrenci ve öğretmenlerinin durumluk sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Kahramanmaraş örneği, İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17 (2):147-170.
- Kaya, M., Genç, M., Kaya, B. ve Pehlivan, E.(2007). Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığını, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Etkileyen Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2):137-146.
- Kaynar, A.Şahin, A., Bayrak, D., Karakoç, G., Ülke, F. ve Öztürk, H(2006). KTÜ/Trabzon sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin doyum düzeylerinin incelenmesi. *Ç.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10(3):13-18.
- Kim,H.K.(2003). Baccalaureate nursing students' experiences of anxiety producing situations in the clinical setting, *Contemporary Nurse*, 14 (2): 145-155.
- Köksal, Ö. (2014). *Kaygıdan Korkuya*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 17-38.
- Köknel, Ö. (2005). *Depresyon Ruhsal Çöküntü. (6. Baskı)*. Ankara: Altın Kitaplar Yayınevi, 20-29.
- Köknel, Ö. (1998). *Zorlanan İnsan. (4. Baskı)*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 30-42.
- Kuzu, N., Bayramova, N., Korkmaz, G. ve Taşdemir, G. (2003).Sağlık yüksekokulu hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin eğitimlerine ve geleceklerine ilişkin düşünceleri. *Hemşirelik Formu*, 5: 40-44.
- Küey, L. (1998). Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1:5-12.
- Maslow, A. (2000). *İnsan olmanın psikolojisi*.İstanbul: Kural Dışı Yayınları.
- May ,R., Angel, E. ve Ellenberger, H.F.(1959). *Basic Books Inc*.
- Mayo Depression Clinic, (2017). *Depression and anxiety symptoms: Exercisymptoms*.Depression and anxiety symptoms often improve with exercise. Here are some realistic tips to help you get started and stay motivated, <https://www.mayoclinic.org>.
- McDermut, J.F., Haaga, D. F. ve Bilek, L. A.(1997).Cognitive Bias and Irrational Beliefs in Major Depression and Dysphoria.*Cognitive Therapy and Research*, 21(4):459-476.
- Melincavage, SM. (2011). Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Educ Today*, 31 (8): 785-789.

- Melo, K., Williams, B., Ross, C. (2010). The impact of nursing curricula on clinical practice anxiety. *Nurse Education Today*, 30(8): 773-778.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R. ve Meesters, C. (2001) Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav. Res. Ther.*, 39:555-565.
- Muro, C., Tomas, C., Moreno, L. ve Rubio, V.(2002). Perception of aggression, personality disorders and psychiatric morbidity in nursing student. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 412:118-120.
- Neary, M.(1997). Project 2000 students' survival kit: A return to the practical room. *Nurse Education Today*, 17 (1): 46-52.
- Öner, N. ve Le Compte, A. (1985). *Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öz, F. (2015). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. *Nobel Tıp Kitapevleri*, 3(1): 233- 241.
- Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O. ve Oğuzhanoglu, N.K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 155-61.
- Özdemir, B. (2007). *Üniversite Öğrencilerinde Görülen Depresyonun Giderilmesinde Dansın Etkisi*. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Özgür, G. (1988). Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulama kaygı düzeylerinin incelenmesi. *I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi*, İstanbul: Hilal Matbaası, 73-81.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı*. (14. Baskı). Ankara, (1): 342-392.
- Özusta, H. Ş. (1995). Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Uygulama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22 (2): 32-44.
- Papazisis, G., Nicolaou, P., Tsigas, E., Christoforou, T., Sapountzi-Krepia, D. (2014). Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing Health Sciences*, 16(2): 232-238.
- Pervin, L.A. ve John, O. P. (2001). *Personality: Theory and research*, New York: John Wiley ve Sons, Inc.
- Price, B. (1985). Moving Wards How Do Student Nurses Cope? *Nursing Times*; 81 (9): 32-35.

- Sabuncu, N., Köse, S., Özhan, F., Batmaz, M. ve Özdilli, K. (2008). İlk Defa İntramüsküler Enjeksiyon Uygulaması Yapan Öğrencilerin Kaygı Düzeyleri ve Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlişkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.11: 3.Çeviren: Barış Engin Aksoy. İstanbul: Metis Yayınları, (3): 11-23
- Sabuncu, N. (1999). Derslerde ve kliniklerde psikomotor beceri eğitiminde sorunlar. *Hemşirelikte Beceri Kazandırma ve Değerlendirme Workshop Kitabı*, İstanbul, 1: 5-12.
- Sabuncu, N. (1994). İlk defa kas içi enjeksiyon uygulaması yapacak öğrenci hemşirelerde anksiyete düzeyi. *Hemşirelik Bülteni*, 8(32): 1-7
- Saleci, R. (2014). *Kaygı Üzerine*. Çeviren: Barış Engin Aksoy. İstanbul: Metis Yayınları, (3): 11:23.
- Savaşır,I. ve Şahin,N.H. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği*.
- Sharif, F., ve Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4 (6): 1-7.
- Sheu, S., Lin, H.S. ve Hwang, S.L. (2002). Perceived stres and physio - psycho - social status of nursing students during their initial period of clinical practice: The effect of coping behaviors.*International Journal of Nursing Studies*, 39(2): 165-175.
- Softa, K. ve Kaya, S. (2013). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi/ Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, (2):2.
- Sorenson, M. J., Mors, O. ve Thomsen, P. H. (2005). DSM-IV or ICD10-DCR diagnoses in child and adolescent psychiatry: does it matter? *European Child and Adolescence Psychiatry*, 14: 335-340.
- Sorias, O. (1997). Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. Psikiyatri Temel Kitabı, Ed: Güleç, C. ve Köroğlu, E. Ankara, *Hekimler Yayın Birliği*, 87-91.
- Souza, I.M.D.M., Paro, H.B.M.S., Morales, R.R., Pinto, M.C. ve Silva, H.M. (2012). Health-related quality of life and depressive symptoms in undergraduate nursing students. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(4): 736-743.
- Spielberger, C. D.(1976). "Stress, Anxiety and Cardiovascular Disease", *The Journal of the South Carolina Medical Association*, Feb.

- Sullivan, H.S.(1950). *Tensions Interpersonal and International*, Ed. C. Cantril, Tensions That Cauae War, Illinois.
- Szpak, J.L. ve Kameg, K. M. (2013). Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally III. Patients. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(1): 13-19.
- Şirin, A., Kavak, O. ve Ertem, G. (2003).Doğumhane stajına çıkan öğrencilerin durumluk-süreklilik kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Ç. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1): 27-32.
- Tashmassian, K. ve Moghadam, N.J. (2011). Relationship between self-efficacy and symptoms of anieity, depression, worry, and social avoidance in a normal sample of students. *Iran Journal of Psychiatry Behavior Science*,5(2): 91-98.
- Tekir, Ö., Yaşar, Ö., Çevik, C., Dikoğlu, M. ve Özsezer-Kaymak, G. (2018). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon ve Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8 (1): 15-21.
- Tel, H. ve Tel, H. Sabancioğulları S. (2004). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin laboratuvar uygulamasında birbirlerine intramüskülenenjeksiyon uygularken ve klinik uygulamanın ilk gününde anksiyete durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1): 27-32.
- Temel, E., Bahar A. ve Çuhadar, D.(2007) Öğrenci Hemşirelerin Stresle Baş etme Tarzları ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,2: 5.
- Tezcan, A.E. (2011). *Depresyon*. Ankara: Elma Yayınevi, (1): 26.
- Tezel, A., Arslan, S., Topal, M., Aydoğan, Ö., Koç, Ç. ve Şenlik, M. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 4.
- Tezvaran, Z., Akan, H. ve İzbırak, G (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyon Yönetimi. *Turkish Family Physician*, 1(3):1-7.
- Tiryaki, Ş., ve Morali, S. (1990). Genç Sporcularda Yarışma Performans Kaygısı ve Bu Kaygı İle Başa Çıkma Davranışlarının Araştırılması. *I. Spor Bilimleri Kongre Bildirileri*. Ankara, 137-145.
- Tobal, M., Jose, J., ve Hector, G.O. (2005). *The Role of Emotions in Cardiovascular Disorders, Research Companion to Organizational Health Psychology*, Alexander-Stamatios G. ve Cooper, Cary L. (derl.). Edward Elgar Publishing Ltd, 455-477.

- Toros, F., Tot, Ş., ve Düzovalı, Ö. (2002). Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 5: 240-247.
- Tural, Ü. (2010). *Anksiyete bozuklukları*, <http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/dersnotlari/tural/anksiyete.pdf> (01.04.2012).
- Ulupınar, S. (1999). Hemşirelik eğitiminin öğrencilerin sorun çözme becerilerine etkisi. *IV .Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Çevik Matbaacılık, İstanbul.*
- Ulutaş, İ. (1999). *İlköğretim okullarına devam eden on yaş çocuklarının denetim odağı ve kaygı düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi (basılmamış). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Ünsar, S., Erol, Ö. ve Turan, N. (2006). Meslek Esasları dersi alan hemşirelik ve ebelik 1. sınıf öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 94-99.
- Viner, R. (1999). "Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory". *Social Studies of Science*.
- Villeneuve, P., Heale, R., Rietze, L. ve Carte, L. (2018). Exploring Self-Perceptions of Anxiety among Nursing Students in the Clinical Setting and Select Demographics. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 15(1): 3-22.
- Wedgewort, M. (2016). Anxiety and education: An examination of anxiety across a nursing program. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(10): 23- 31.
- White, J. R. ve Freeman, A.S. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations. *DC: American Psychological Association. Washington*, (1): 3-25.
- Yalom, D.I. (2008). *Ergen Terapisi*. İstanbul, Prestij Yayınları, (1): 25-29.
- Yazıcı, S. ve Ertem, Ü. (2006). Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 9 (9); 7-12.
- Yerdelen, S., McCaffrey, A. ve Klassen, R.M. (2016). Longitudinal examination of procrastination and anxiety and their relation to self-efficacy for self-regulated learning: Latent Growth Curve Modeling. *Educational Sciences: Theory ve Practice*, 16 (1): 5-22.
- Yetkin, A ve Özer, H. (1997). Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin incelenmesi. *6. Anadolu Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, 215-175.

- Yılmaz, M., ve Ocakbaşı, A. F. (2010). Bir kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3 (1): 1-9.
- Yousef, S., Athamneh, M., Masuadi, E., Ahmad, H., Loney, T., Moselhy, H. F., Al-Maskari, M., ElBarazi, I. (2017). Association Between Depression and Factors Affecting Career Choice Among. *Jordanian Nursing Students. Frontiers in Public Health Education*, 5: 311.
- Yörükoğlu, A. (2011). *Çocuk ruh sağlığı*. (37. Baskı). İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım, 77-90.
- Yurtbay, T.(1986). *Başarısız olan lise öğrencilerinin anksiyete düzeyleri ile annelerin tutumları arasındaki ilişki*. Doktora tezi (yayımlanmamış). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Ziyalar, A. (2006). *Erişkin Psikopatolojisi*.(1. Baskı).İstanbul: Yüce Yayınları, (1): 221-232.

EKLER

EK-1: Durumluk Kaygı Envanteri

Durumluk Kaygı Envanteri
(Kendini Değerlendirme Formu)
STAI FORM TX – I

İsim Cinsiyet Yaş Meslek Tarih

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu Hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
16. Şu anda halimden memnunum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Şu anda endişeliyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Şu anda sevinçliyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Şu anda keyfim yerinde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Hemen hemen hiçbir zaman	Çok Zaman	Bazen	Hemen her zaman
30. Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31. Herşeyi ciddiye alırım ve etkilenirim	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hisse- derim	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaş- maktan kaçınırım	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	()	()	()	()
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konu- lar beni tedirgin eder.	()	()	()	()

EK-3: Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, bugün dahil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

1-0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

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

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

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

3-0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

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

4-0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

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

5-0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

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

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

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

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

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

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

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

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

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

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

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

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

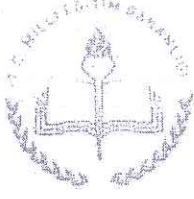
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

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

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

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



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 34776202-605.01-E.4613413
Konu :Arzu İNALKAÇ'ın
Tez Uygulama İzin Talebi

05.04.2017

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a)Toros Üniversitesi nin 29.03.2017 tarihli ve 95996538-044/097-0296 sayılı yazısı.
b)Valilik Makamının 05/04/2017 tarih ve 34776202-605.01-E:4590923 sayılı Oluru

Toros Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arzu İNALKAÇ' ın "*Hasta Bakım Adaylarının Klinik Deneyim Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması*" konulu uygulama izin talebi incelenmiştir.

Toros Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arzu İNALKAÇ' ın söz konusu çalışmayı 2016-2017 eğitim öğretim yılında İlimiz Akdeniz, ilçesi Sabiha Çiftçi Mesleki Teknik Anadolu Lisesi 11.ve 12. sınıf öğrencilerine gönüllülük esasına dayalı olarak ve eğitim öğretimi aksatmadan (*imzalı ve mühürlü anket soruları kullanılarak*) uygulaması, uygulama sonucunda hazırlanacak raporun basılı ve dijital ortamda İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze vermek şartı ile uygun görüldüğüne ilişkin Valilik Makamının ilgi (b) Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir..

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

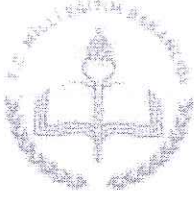
Ali UZUN
Vali a.
Şube Müdürü

Ek:

- 1-Valilik Oluru (1 sayfa)
- 2-Anket Soruları (7 sayfa)

Dağıtım:

Toros Üniversitesi Rektörlüğü
(Yazı İşleri Müdürlüğü)
Akdeniz Kaymakamlığı
(İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü)



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 34776202-605.01-E.4590923
Konu : Arzu İNALKAÇ' ın
Tez Uygulama izni

05/04/2017

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Toros Üniversitesi nin 29.03.2017 tarihli ve 95996538-044/097-0296 sayılı yazısı.

Toros Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arzu İNALKAÇ' ın "*Hasta Bakım Adaylarının Klinik Deneyim Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması*" konulu uygulama izin talebi ile ilgili 04.04.2017 tarihli komisyon görüşü ve çalışma programı ilişikte sunulmuştur.

Toros Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arzu İNALKAÇ' ın söz konusu çalışmayı 2016-2017 eğitim öğretim yılında İlimiz Akdeniz, ilçesi Sabiha ÇİFTÇİ Mesleki Teknik Anadolu Lisesi 11.ve 12. sınıf öğrencilerine gönüllülük esasına dayalı olarak ve eğitim öğretimi aksatmadan (*imzalı ve mühürlü anket soruları kullanılarak*) uygulaması, uygulama sonucunda hazırlanacak raporun basılı ve dijital ortamda İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze vermek şartı ile uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Adem KOCA
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek:

- 1- Dilekçe ve Ekleri (11 sayfa)
- 2- Komisyon Görüşü (2 sayfa)

OLUR
05/04/2017

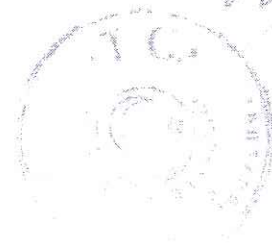
Süleyman DENİZ
Vali a.
Vali Yardımcısı

05/04/2017
05/04/2017
05/04/2017

STAI FORM TX - I

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

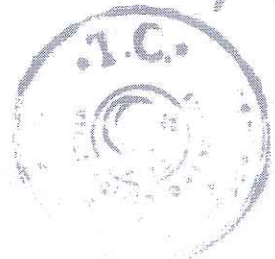
		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)



STAI FORM TX - 2

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)



Beck depresyon ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĐU işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

(0)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

(1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2)Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1)Gelecek hakkında karamsarım.

(2)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3)Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

(0)Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

(1)Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

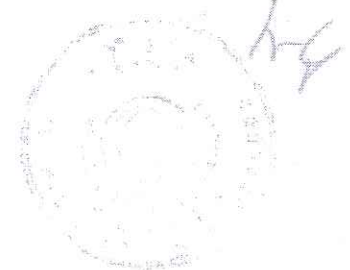
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

(0)Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1)Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.

(2)Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3)Herşeyden sıkılıyorum.



(0)Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

(0)Kendimden memnunum.

(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime çok kızıyorum.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

(0)Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1)Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2)Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3)Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

(0)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1)Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

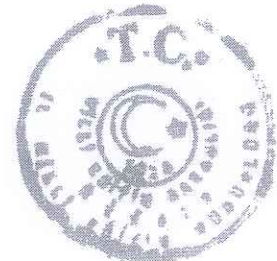
(3)Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

(0)Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1)Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.



(0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1)Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3)Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.

(0)Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1)Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2)Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.

(0)Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1)Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2)Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(3)Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

(0)Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

(1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

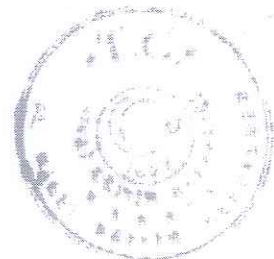
(3)Artık hiç karar veremiyorum.

(0)Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

(2)Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.



h f

(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor.

(2) Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

(0) İştahım her zamanki gibi

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil

(2) İştahım çok azaldı.

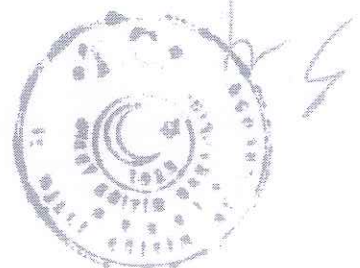
(3) Artık hiç iştahım yok.

(0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.



(0)Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1)Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

(2)Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3)Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

(0)Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.

(1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.

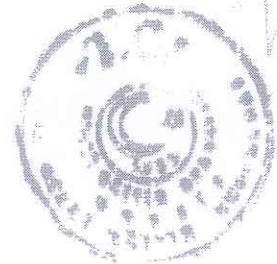
(3)Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

(0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1)Cezalandırılabileceğimi seziyorum.

(2)Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı :İNALKAÇ, Arzu
Uyruğu :T.C.
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl) :22.06.1974
Doğum Yeri :Ahlat
Medeni hali :Bekar
Adresi :Anıt Mah. 331 sokak. Merve Apt. Mersin/Tarsus.
Telefon :5355627233
E-Posta :arzuinalkac@hotmail.com

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet yılı
Yüksek lisans	Toros Üniv. Sosyal Bil. Ens. Psikolji Tezli YL.	2018
Yüksek lisans	Atılım Üniv. Sosyal Bil. Ens. Sağ. Kur. İşl. Tezsiz YL.	2013
Lisans	Atatürk Üniv. Sağlık Bil. Fak. Hemşirelik Bölümü	2011



T.C.
TOROS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İNTİHAL PROGRAMI RAPORU

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih:

...08.../...10.../...2018...

Tez Başlığı: HastaBakım Adaylarının Klinik Deneyim Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın;

a) Giriş,

b) Ana bölümler ve

c) Sonuç kısımlarından oluşan toplam ...59..... sayfalık kısmına ilişkin, ...08.../...10.../...2018..... tarihinde enstitü tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % ...29..... 'dir.

Uygulanan filtrelemeler: **(Hangi filtreleme uygulandı ise ilgili kutucuk işaretlenmelidir.)**

1- Kaynakça hariç

2- Alıntılar hariç

3- Benzer kelime sayısı 10 adet

yapıldığında en fazla %10,

1- Kaynakça hariç

2- Alıntılar dahil

3- Benzer kelime sayısı 10 adet

yapıldığında en fazla %30'u geçmemelidir.

Tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Yukarıda belirtilen başlıkta danışmanımla birlikte tamamlamış olduğum tezimin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir. Tezimin, tez yazım kurallarına uygun olarak ve intihal olmaksızın hazırladığımı taahhüt eder; intihal olması durumunda tez çalışmamın başarısız sayılacağını ve mezuniyetimin iptalini kabul ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

: ...Arzu İNALKAÇ.....

İmzası

Tarih: ...08.../...10.../...2018.....

Yukarıda kişisel ve tez bilgileri verilen öğrencimin belirtilen başlıkta birlikte tamamlamış olduğumuz tez çalışması Turnitin intihal yazılım programında kontrol edilmiş ve etik bir ihlale rastlanmamıştır. İntihal yazılım programının rapor çıktısı ektedir. Ayrıca tezin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Banu Yazgan İNANÇ

İmzası

: Banu Inanc

Tarih: ...08.../10.../...2018.....

Ek: İntihal yazılım programının rapor çıktısı (...4.....sayfa)

Hasta Bakım Adaylarının Klinik Deneyim Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.

Yazar Arzu İnalkaç

Gönderim Tarihi: 08-Eki-2018 02:59PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1015955374

Dosya adı: ARZU_NALKA_-TEZ-08.10.2018.docx (133.52K)

Kelime sayısı: 15566

Karakter sayısı: 114977

Hasta Bakım Adaylarının Klinik Deneyim Öncesi ve Sonrası Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.

ORIJINALLIK RAPORU

%29

BENZERLİK ENDEKSİ

%30

İNTERNET
KAYNAKLARI

%18

YAYINLAR

%10

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	%4
2	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%4
3	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	%3
4	sbd.gumushane.edu.tr İnternet Kaynağı	%3
5	hemsirelik.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
6	library.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
7	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
8	www.newwsa.com İnternet Kaynağı	%1

9	web.firat.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
10	Submitted to TED Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
11	isguc.org İnternet Kaynağı	%1
12	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
13	www.jret.org İnternet Kaynağı	%1
14	www.hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	%1
15	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	%1
16	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
17	acikerisim.dicle.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
18	eskidergi.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
19	www.deuhyoedergi.org İnternet Kaynağı	%1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< %1

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat