



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**“ÜNİVERSİTE SINAVINA HAZIRLANAN
ÖĞRENCİLERİN DEPRESYON İLE ANKSİYETE
DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE
İNCELENMESİ”**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İnci Yelkenci

Öğr. No: 95003031

Doç.Dr. Fulya Maner

İstanbul-2013

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

26/02/2013

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **95003031** numaralı **İnci Yelkenci** "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**ÜNİVERSİTE SINAVINA HAZIRLANAN ÖĞRENCİLERİN DEPRESYON İLE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 07.02.2013 tarih ve 2013/2 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR.FULYA MANER



ÜYE
YRD.DOÇ.DR.MUZAFFER ŞAHİN



ÜYE
YRD.DOÇ.DR. ZÜMRA ÖZYEŞİL



YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “ÜNİVERSİTE SINAVINA HAZIRLANAN ÖĞRENCİLERİN DEPRESYON İLE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldııkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

19.04.2013

İnci Yelkenci

ÖZET

Bu çalışmanın amacı Üniversiteye giriş sınavına hazırlanan lise son sınıf öğrencilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeylerin hangi etkenlere göre değişkenlik gösterdiğini incelemektir.

Bu araştırmanın evrenini, bu görüş çerçevesinde bu araştırmanın örneklemini, Türkiye İstanbul ilinin Bahçelievler ilçesinde bulunan Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı özel liselerde ve devlet lisesinde son sınıfta okumakta olup üniversiteye hazırlanan 193 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmanın verilerinin toplanmasında; 21 sorudan oluşan anksiyete düzeyini belirlemeye yönelik Beck Anksiyete Envanteri(BAE), 21 sorudan oluşan depresyon düzeyini belirlemeye yönelik Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve sosyo-demografik bilgi formu (okul türü, cinsiyet, anne/baba sağ-ölü olma durumu, anne/baba eğitim durumu, anne/baba mesleği, aile geli durumu) kullanılmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için çalışmaya katılan bireylerden sözel izinleri alınmıştır. Veriler; SPSS 20.0 paket programından analiz edilmiş ve araştırma verilerinin analizinde değişkenlere bağlı olarak Kruskal Wallis testi, Wilcoxon testi, ANOVA, bağımsız t testi, tek yönlü varyans analizi, tukey testi ve Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

Bulgular, lise son sınıf öğrencilerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Depresyon ve anksiyetenin öğrencilerin cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Bunun yanı sıra, sosyo-ekonomik düzey depresyon ve anksiyeteyle anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Depresyon ve anksiyete düzeyi anne eğitim düzeyiyle anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Aynı şekilde baba eğitim düzeyiyle depresyon arasında anlamlı bir farklılık görülmemesine rağmen baba eğitim düzeyiyle anksiyete arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ayrıca babanın sağ-ölü olma durumuyla anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Lise Son Sınıf Öğrencisi, Depresyon, Anksiyete

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the depression and anxiety levels of students, who studies for university entrance exams and who are in the senior year of high school, and to examine these levels according to which factors they show changes.

According to this point of view, participants of this study are consisted of 193 students who educate as senior student in private high schools and public high schools of Ministry of National Education in Bahçelievler County, Istanbul, Turkey. For calculating data of the study; 21 questioned Beck Anxiety Inventory (BAI) for anxiety level determination, 21 questioned Beck Depression Inventory (BDI) for depression level determination and socio-demographic information form (school type, gender, mother/father education status, mother/father profession, family income level) were used. Vocal permissions were done by participants of study for continuation of research. Data are analyzed with SPSS 20,0 package programme and according to variables Kruskal Wallis test, ANOVA, Wilcoxon test, independent t test, one-sided variance test, tukey test and Spearman correlation analysis were benefited.

The findings demonstrated that there is a positively directed and meaningful relation between the anxiety and depression levels of senior year students of high school. It is found that depression and anxiety do not show meaning differences in terms of student genders. Besides this; socioeconomic level does not show a meaning relation with depression and anxiety. The level of depression and anxiety does not differentiate in a meaningful way with the educational level of the mother. Similarly, although no meaningful difference is seen between the educational level of the father and depression, a meaningful difference is found between the educational level of father and anxiety. In addition, No meaningful differentiation is found between the father's dead-alive situation and anxiety and depression.

Key Words: High school Senior Students, Depression, Anxiety

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı Üniversiteye giriş sınavına hazırlanan lise son sınıf öğrencilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeylerin hangi etkenlere göre değişkenlik gösterdiğini incelemektir.

Bu çalışmanın planlanması ve gerçekleşmesinde birçok kişinin katkısı bulunmaktadır. Tez Danışmanım Doç.Dr. Fulya Maner'e araştırmamda gösterdiği destek ve katkılarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim. Yüksek lisans eğitimim ve araştırmam boyunca desteklerini esirgemeyen Prof.Dr. Ali Gitmez'e, Yrd.Doç.Dr. İbrahim Demir'e, Yrd.Doç.Dr. Muzaffer Şahin'e, Yrd.Doç.Dr. Zümra Özyeşil'e ve Yrd.Doç.Dr. Eşber Ayşem Çalışkur'a teşekkürlerimi sunarım. Bu araştırmayı gerçekleştirmemde çalışmayı kabul ederek soruları sabırla yanıtlayan lise son sınıf öğrencilerine teşekkür ederim.

Araştırmamın başından sonuna kadar beni destekleyen, zor anlarımda yanımda olan ve cesaretlendiren sevgili arkadaşım Cennet Tuğba Kaynar'a teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca, her koşulda yanımda olan ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme, biricik annem Fatma Yelkenci, babam Şakir Yelkenci ve ağabeyim Eser Yelkenci'ye sonsuz teşekkür ederim.

İSTANBUL, 2013

İnci YELKENCİ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
TABLolar LİSTESİ	vi
GRAFİK LİSTESİ	vii
BİRİNCİ BÖLÜM: TEZ ANAHAT	1
GİRİŞ	1
1.1. Tezin Amacı.....	3
1.2. Tezin Önemi.....	4
1.3. Birincil Araştırma Soruları.....	5
BÖLÜM 2: LİTERATÜR TARAMASI	7
2.1. DEPRESYON	7
2.1.1 Depresyonun Tanımı.....	7
2.1.2. Depresyonun Belirtileri.....	9
2.1.2.1. Depresyonun Fiziksel Belirtileri.....	10
2.1.2.2. Depresyonda Belirti ve Bulgular ile ilgili Araştırmalar.....	10
2.1.3. Depresyon İle İlgili Etkenler ve Kuramsal Yaklaşımlar.....	14
2.1.3.1. Depresyona Yönelik Etkenler.....	16
2.1.3.1.1. Depresyonda Biyolojik Etkenler.....	16
2.1.3.1.1.1. Biyojenik Aminler.....	17
2.1.3.1.2. Depresyonda Genetik Etkenler.....	21

2.1.3.1.3. Depresyonda Psikososyal Etkenler	21
2.1.3.2. Depresyon ile ilgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	23
2.1.3.2.1. Depresyonda Psikanalitik Yaklaşım.....	23
2.1.3.2.2. Depresyonda Davranışçı Yaklaşım	24
2.1.3.2.3. Depresyonda Bilişsel Yaklaşım	24
2.1.3.2.3.1. Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli	25
2.1.3.2.3.2. Beck'in Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli.....	27
2.1.3.2.3.3. Depresyonda Kişilerarası İlişkiler Yaklaşımı	30
2.1.4. Depresyon Üzerine Yurt İçi ve Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar	31
2.1.5. Depresyon ve İntihar	42
2.1.6. Akran Örselenmesi ve Depresyon	43
2.1.7. Ebeveyn Tutumları ve Depresyon	45
2.1.8. Depresyon ve Ergenlik	46
2.2. ANKSİYETE	49
2.2.1. Anksiyeteyi Açıklayan Görüşler.....	52
2.2.1.1. Karen Horney'in Anksiyete Kavramı.....	58
2.2.2. Sınav Anksiyetesi	59
2.2.3. Anksiyetenin Belirtileri	65
2.3. DEPRESYON VE ANKSİYETE	66
2.4. ERGENLİK	67
2.5. ROL KARMAŞASI	68
2.5.1. Gençlik Çağının Ruhsal Özellikleri.....	68
2.5.2. Ergenin Duygusal Yapısı.....	69

2.5.3. Ergenliğin Psikolojik Etkileri	70
BÖLÜM 3: YÖNTEM	71
3.1. Araştırma Modeli	71
3.2. Sınırlılıklar	71
3.3. Evren ve Örneklem.....	72
3.4. Veri Toplama Araçları.....	72
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	72
3.4.2. Beck Anksiyete Envanteri	72
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği	73
3.5. Verilerin Analizi.....	74
4. BULGULAR	75
5. TARTIŞMA	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
7. KAYNAKLAR	95
8. EKLER.....	121

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Depresyonun Fiziksel ve Davranışsal, Duygusal, Bilişsel, Belirtileri	24
Tablo.2: Kişisel Bilgi Dağılımı	84
Tablo.3: Anksiyete puanı ile korelasyon puanı ilişkisi	85
Tablo.4: Cinsiyete göre kaygı düzeyleri	85
Tablo.5: Kaygı Düzeyi ile anksiyete puanı	86
Tablo.6: Anksiyete Puanı anne eğitim durumuna göre değişimi.....	87
Tablo.7: Anksiyete Puanının baba eğitim düzeylerine göre farklılığının testi... 	87
Tablo.8: Anksiyete Puanı Tukey HSD testi sonuçları	88
Tablo.9: Gelir düzeylerine göre kaygı düzeyleri farklılıkları	89
Tablo.10: Cinsiyet ve Depresyon Puanı İlişkisi	90
Tablo.11: Depresyon düzeyi ve babanın sağ-özü olma durumu	91
Tablo.12: Anne eğitim düzeyine göre depresyon puanı.....	91
Tablo.13: Depresyon ve baba eğitim düzeyi	92
Tablo.14: Aile gelir düzeyine göre depresyon puanları karşılaştırması	93
Tablo.15: Anksiyete ve Depresyon Puanının okul türüne göre karşılaştırması	93

GRAFİK LİSTESİ

Grafik.1: Baba sağ-ölü olma durumu ve kaygı düzeyi.....	86
Grafik.2: Depresyon düzeyi ve babanın sağ-ölü olma durumu	90

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Türkiye’de üniversiteye giriş, 1974 yılından bu yana ÖSYM-Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından düzenlenen merkezi sınavla yapılmaktadır. 1980 yılına kadar sınavlar tek aşamalı olarak yapılmıştır. 1981 yılından sonra ise sınav iki aşamalı olarak yapılmaya başlanmıştır. 1987 yılına kadar sınavın birinci aşaması Öğrenci Seçme Sınavı-ÖSS adı altında “seçme”, ikinci aşaması olan Öğrenci Yerleştirme Sınavı-ÖYS birinci aşamada seçilen adayları “yerleştirme” amacını taşımakta iken, 1987 yılından itibaren her iki sınav da hem seçme hem de yerleştirme amacına dönük olarak kullanılmaya başlanmıştır (Dökmen, 1992). 1999 yılında sınav sisteminde gerçekleştirilen bir değişiklikle ÖYS kaldırılmış ve tüm yükseköğretim programlarına öğrenci seçme ve yerleştirme ÖSS ile yapılmaya başlanmıştır (Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi [ÖSYM], 1999). Üniversiteye giriş sınavı son yıllarda özellikle medya araçlarının da artması ve konuya yoğun dikkat çekilmesiyle birlikte, sayıları 1,5 milyona yaklaşan genç bir grubun başarılı olabilmek, bir yükseköğretim programını kazanarak eğitim almaya hak kazanmak adına yarıştığı, dolayısıyla toplumun büyük bir kesiminin ilgilendiği bir konu haline gelmiştir. Çünkü bu sınav tüm öğrencilerin ve onların velilerinin hayatında son derece önemli bir yere sahiptir. Bu sınav sonunda sınavı kazanan öğrenciler öğrenim görmek istedikleri meslek branşlarında öğrenim görmeye hak kazanmaktadırlar. Sınav sonunda öğrencilerin öğrenim görmek istedikleri meslek dallarına göre sözel ağırlıklı ÖSYS puanı, sayısal ağırlıklı ÖSYS puanı, eşit ağırlıklı ÖSS puanı ve yapılan yabancı dil sınavına girdikleri takdirde yabancı dil ağırlıklı ÖSS puanı hesaplanmaktadır (Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi [ÖSYM], 2001).

20. yüzyılda teknolojideki gelişmeler ve buna bağlı olarak bilginin artması ve iletişim araçları sayesinde hızlı bir şekilde yayılması, bir yandan birey yaşamını kolaylaştırırken diğer yandan karmaşık hale getirmiştir. İnsanın bu karmaşadan en fazla etkilenen yönünün ruhsal yaşam boyutu olduğu iddia edilebilir. Geçtiğimiz yüzyılın, ruhsal sorunların daha fazla yaşandığı bir dönem olmakla birlikte,

yaşanılan sorunların tanımlarının, sebeplerinin ve tedavi yöntemlerinin de incelendiği ve daha işlevsel bilgilerin oluşturulduğu bir dönem olduğu da söylenebilir.

Günümüzde de aynı sorunların hızlı bir şekilde arttığı ve birey hayatını daha karmaşık, mutsuz, verimsiz bir hale getirdiği gözlenmektedir. Depresyon bu dönemde en sık görülen bozukluklardandır.

Bu düzeyde ciddi bir rahatsızlığın gün geçtikçe hızla yayılması, belirtileri, bulguları ve oluşmasında etken olan değişkenlere yönelik ilgiyi artırmakta ve buna paralel olarak depresyona ve anksiyeteye yönelik araştırmaların sayısı da her geçen gün artmaktadır. Literatür taramasında verilecek olan araştırmalarda gösteriyor ki bu rahatsızlıkların oluşmasında etkili olan sebepler gün geçtikçe açığa çıkarılmakta ve bu nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik önleyici çalışmalarla da bu soruna çözüm oluşturulmaya çalışılmaktadır. Öztürk (2001) bu rahatsızlıkların biyolojik, genetik ve psikososyal sebepleri olduğunu belirtilmektedir. Bunun yanında kültürel değer algılayışlarına dikkat çeken Cimilli (2001) ayrıca kişisel kontrol eksikliğinin de etkili olduğu konusunda Struaman (2002) gibi düşündüğünü belirtmektedir.

Depresyon ve anksiyete rahatsızlıklarının yordanmasına yönelik araştırmalarda yoğunluk kazanan biyolojik ve genetik yaklaşımların yansırı psikososyal süreçlerin ve buna bağlı olarak bireyin maruz kaldığı olumsuz/zorlu yaşam olaylarının da bu rahatsızlıkları açıklamakta etkili olduğu düşünülebilir. Bir başka ifadeyle, bireyin kendine özgü hikâyesinin de depresyonun ve anksiyetenin önemli nedenlerinden birisi olduğu Cimilli'nin (2001) yaptığı araştırmalardan anlaşılmaktadır.

Depresyon ve anksiyetenin birey yaşamı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bir gerçektir. Bu durum bireyin üretkenliğini, yaratıcılığını, kişilerarası ilişkilerini, uyumunu, fiziksel ve psikolojik sağlığını etkilemektedir (Demirtaş, 2007). Günümüz bireyi, işlerinde, evlerinde, ilişkilerinde ya da çevrelerinde yani yaşamlarında birçok değişimle karşı karşıya kalmakta ve bunları birer stres kaynağı olarak görebilmektedir. Değişen roller ve yaşam koşullarından kaynaklanan olaylar günümüz bireyini yoğun anksiyete ve strese itmektedir.

Anksiyete; bireyin kendini tehdit altında hissettiği çeşitli durumlarda ortaya çıkan sıkıntı, endişe ve bunalma duyguları ile birlikte bazı bedensel

tepkilerin oluştuğu bir durumdur. Herkes tarafından zaman zaman yaşanan ve normal bir durum olarak kabul edilen anksiyete bazen ağırlaşarak patolojik bir duruma dđnüşebilir (Işık, 1996).

Anksiyetenin yaşamın her dđneminde ortaya çıkabileceği ve çeşitli durumların anksiyete sıklığını ve şiddetini artırabileceği bilinmektedir (Öztürk, 1990). Anksiyetenin en sık görüldüğu dđnemlerden biri ergenlik dđnemidir. Gelecekle ilgili belirsizlikler ve sorunlarla karşılaşabilme dűřüncesi, bireyin anksiyetesini artırabileceği için, sınav öncesi dđnemlerde de anksiyetenin artması beklenen bir durumdur.

Hafif düzeyde anksiyetenin, kişileri daha dikkatli olmaya zorlayarak başarıyı artırdığı, buna karşılık ağır anksiyetenin başarıyı olumsuz yđnde etkilediği bilinmektedir (Işık, 1996). Sınav dđnemlerinde öğrencilerin anksiyete düzeyleri yükselmekte, bu durum bazı öğrencilerde başarısızlığa yol açmaktadır. Başarısızlık ise anksiyetenin daha da ağırlaşmasına neden olmakta ve böylece bir kısır dđngü ortaya çıkabilmektedir.

Türkiye’de, yüksek öğretime geçme aşamasında yapılan ve öğrencilerin geleceklerini önemli ölçüde etkileyen Üniversite Seçme Sınavı, önemli bir anksiyete ve depresyon kaynağı olabilecek özelliktedir. Bu nedenle, lise son sınıfta okuyan öğrenciler önemli bir risk grubudur. Üniversite sınavlarına hazırlanan adaylarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin çok yüksek olduğunu, sınavda başarısız olup yeniden sınava giren adaylarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha da yükseldiğini gösteren araştırmalar vardır (Ergene ve Yıldırım, 2004; Soylu, 2002).

1.1. Tezin Amacı:

Üniversite sınavına hazırlanan lise öğrencilerinde depresyonun nedenleri üzerinde durulurken, bu öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, maruz kaldıkları olumsuz yaşam olayları, kişilerarası ilişkileri ve beklentilerinin depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisine bakılmaktadır. Onaltı - ondokuz yaş arasındaki lise öğrencilerinin yetişkinliğe geçiş dđnemindeki gelişimsel süreçlerinin yan sıra üniversite sınavına hazırlık sürecinde bu öğrenciler birçok alanda stres yaşamaktadırlar. Dolayısıyla, lise öğrencilerinin depresyon eğilimlerini azaltmaya yönelik etkin psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin planlanabilmesi için var

olan stres kaynakları üzerinde çalışmakla birlikte, bu gençlere sosyo-demografik özellikleri, maruz kaldıkları olumsuz yaşam olayları, ailelerinin destekleriyle çözebilme becerileri, bu anlamda ailesinin yanında kalmalarının ve ailesinden ayrı yaşamalarının öğrenciler üzerindeki etkileri de incelenmek durumundadır.

Bu sebeplerden dolayı bu araştırma, öğrencilerin depresyon ve anksiyete düzeylerine etkide bulunduğu varsayılan sosyo-demografik değişkenler, olumsuz yaşam olayları üzerinde durulmasının önemini vurgulamaya çalışmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarının okulların psikolojik danışma ve rehberlik merkezlerinde çalışan psikolojik danışmanlara ve diğer uzmanlara, öğrencilerin depresyon düzeyleri ile ilişkili olan bazı sosyo-demografik değişkenler ve olumsuz yaşam olayları hakkında önemli bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.

Yukarıda ifade edildiği üzere, lise son öğrencileri ergenlik dönemi gibi karmaşık ve zorlu bir dönemle birlikte, bir başka zorluk olan başarılı olma gerekliliği, çevre ve/ya da aile baskısı, gelecek anksiyetesi gibi zorlukların yaşanabildiği bir dönem olan üniversiteye hazırlık sürecine girdikleri ve tüm bu zorluklarla genel anlamda tek başlarına mücadele etmek durumunda kaldıkları düşünülmektedir. Bu sebepler göz önüne alındığında geleceğimizi emanet edeceğimiz gençlerimizin bu araştırmanın örneklem grubunu oluşturmasının anlam kazanacağı öne sürülebilir.

Yukarıda verilen bilgiler ışığında, bu araştırmanın amacı; üniversiteye hazırlanan öğrencilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bu öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, maruz kaldıkları olumsuz yaşam olayları, algıladıkları kişilerarası ilişkileri ve beklentileri arasındaki ilişkilerin incelenmesidir.

1.2 Tezin Önemi:

Öğrencilerin ÖSYS'ye yönelik tutumlarını etkileyen hem kişisel hem de çevresel pek çok etken bulunmaktadır. Önemli olan bu etkenlerin öğrencilerin ÖSYS'ye hazırlık aşamasında yaşadıkları anksiyete ve/ya da depresyon üzerindeki etkisini belirlemektir. ÖSYS'ye hazırlanan bir genç, bir yandan ergenlik döneminin sorunları ile başa çıkmaya çalışırken, diğer taraftan da eğitim alacağı mesleği belirleyen bir sınava hazırlanmanın verdiği tedirginlik, anksiyete ve stres içindedir. Bu nedenle, bu araştırma, gençlerin

yaşamlarında dönüm noktası olarak kabul edilen ÖSYS'ye hazırlık aşamasında yaşadıkları anksiyete ve/ya da depresyona etki eden farklı değişkenlerin incelenmesi yönünden oldukça önem taşımaktadır. Çünkü Türkiye'nin sosyo-ekonomik, kültürel, toplumsal vb yönlerden gelişmesinde önemli rol oynayacak olan gençlerin, üniversite sınavına hazırlanırken yaşadıkları anksiyete ve/ya da depresyonun bilinmesi, bu durum karşısında çözüm yollarının belirlenmesi, hem gençler için hem de toplumun geleceğine vurguları açısından göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir.

1.3. Birincil Araştırma Soruları

1. Anksiyete ve depresyon düzeylerinin arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Anksiyete düzeyi cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
4. Anksiyete düzeyinin babanın sağ-ölü olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşma var mıdır?
5. Anksiyete düzeyi anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
6. Anksiyete düzeyi baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
7. Anksiyete düzeyi aile gelir düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
8. Anksiyete düzeyi anne meslek düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır? (çoktan seçmeli olmadığı için cevaplar gruplanmalıdır.)
9. Anksiyete düzeyi baba meslek düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır? (çoktan seçmeli olmadığı için cevaplar gruplanmalıdır.)
10. Depresyon düzeyi cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
11. Depresyon düzeyinin babanın sağ-ölü olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşma var mıdır?
12. Depresyon düzeyi anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
13. Depresyon düzeyi baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?
14. Depresyon düzeyi aile gelir düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

15. Depresyon düzeyi anne meslek düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır? (çoktan seçmeli olmadığı için cevaplar gruplanmalıdır.)
16. Depresyon düzeyi baba meslek düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır? (çoktan seçmeli olmadığı için cevaplar gruplanmalıdır.)

BÖLÜM 2: LİTERATÜR TARAMASI

2.1. DEPRESYON

2.1.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon, psikiyatride ruhsal çökkünlük anlamında kullanılmaktadır. Bir ümitsizlik, karamsarlık, yetersizlik, kendine güvensizlik, çaresizlik, değersizlik duygusu, önemsiz nedenlerden ötürü suçluluk duyma ya da kendini suçlama, sosyal yaşamdan çekilme, iştahsızlık ya da aşırı yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyku, psikomotor heyecan ya da yavaşlık, yoğunlaşma yetersizliği, unutkanlık, kararsızlık, neşesizlik, baş ağrısı gibi fiziksel şikayetler, normalde hoşlandığı etkinliklere ya da genelde yaşama karşı ilgisizlik, (çocuklarda ve ergenlerde ayrıca huzursuzluk, can sıkıntısı) aşırı durumlarda ölüm ve intihar düşünceleri, vb. ile tanımlanan ve belirlenebilir bir olaya (bir sınavı, işini, yakınlarını kaybetmek gibi) bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal bir çökkünlüktür.

Toplumda en yaygın görülen psikiyatrik hastalıktır. Yeni sınıflamalarda duygudurum bozuklukları arasında yer alır. Bazen sıkıcı, üzücü yaşam olayları, karşılaşılan ruhsal örselenmeler, olumsuz çevre koşulları kişiyi depresyona iter; buna reaktif depresyon denilir. Burada beyindeki biyokimyasal değişiklikler yaşanan olaylara sonuç olarak gelişir, ama onda bile kişinin depresyona yatkın olup olmadığına göre depresyona girip girmeme olasılığı farklıdır.

Depresyon, yaygınlığı ve yol açtığı yeti yitimi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşam boyu prevalansı % 10 ile % 21 arasında değişmektedir (Noble 2005). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı son bir yılda % 4 olarak belirlenmiştir (Kılıç 1998). Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanıların başında yer almaktadır (Katon 1982, Rezaki 1995b, Whooley ve ark. 1997). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997 yılında yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre depresyonun 2020 yılına kadar zaman kaybına, yetiyitimine ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2020 yılında depresyonun

hastalık yükü açısından gelişmiş ülkelerde ilk sırada, gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada olacağı bildirilmektedir (Murray ve Lopez 1997).

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü ile ortaklaşa yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda %11,6 oranında depresyon saptanmış ve depresyonun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir (Rezaki, 1995a). Buna karşın, yapılan çalışmalar birinci basamağa başvuran hastaların ancak % 30-50'sine depresyon tanısı koyulduğunu göstermektedir (Docherty 1997, Williams ve ark. 1999). Türkiye'de bu oran %15'e kadar düşmektedir (Sağduyu ve ark. 2000).

Depresyonun özellikle birinci basamakta tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi, depresyonun neden olduğu kayıpların azalmasına olanak sağlayacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetinde ruhsal bozuklukları tanımak için en yaygın kullanılan yöntem, tarama testlerinin günlük uygulanmasıdır. Bu şekilde depresyon tanısı koyma oranının 2-3 kat arttığı bildirilmiştir (Henkel ve ark. 2003). Valenstein ve arkadaşları (2001) tarama giderleri düşük tutulur ve uygun tedavi verilirse depresyon taramasının verimli olabileceğini göstermiştir.

Hemen herkes zaman zaman depresyon yaşar. Çoğumuz kendimizi üzgün, uyuşuk hissettiğimiz ve hiçbir etkinlikle –keyifli de olsa- ilgilenmediğimiz dönemler yaşamışızdır. Çoğu kez depresyon olarak yorumlanan durumlar arasında, okulda yada iş yaşamında uğranılan başarısızlık, sevilen birinin kaybedilmesi ve hastalık ya da yaşlılığın kişinin kaynaklarını tüketmekte olduğunun anlaşılması gibi durumlar sayılabilir. Depresyon, ancak yaşanan olayla orantılı olmadığı zaman ve çoğu bireyin iyileşmeye başlayacağı noktayı aşarak sürmesi halinde anormal kabul edilir. Depresyon bir mizaç bozukluğu olarak nitelendirilse de, dört belirti grubu vardır. Duygusal (mizaç) belirtilerin yanı sıra, bilişsel güdüsel ve fiziksel belirtiler vardır. Depresyon tanısı koymak için bunların hepsinin varlığı gerekmez. Ancak belirtiler ne kadar çoksa depresyon da o kadar şiddetlidir ve kişinin depresyon geçirdiğinden o kadar emin oluruz.

Depresyon hafif derecede hemen bütün nevrozlarda bulunur (hiç değilse nevrotik aşağılık duyguları şeklinde); daha şiddetli derecesinde ise, melankolinin ıstırap verici psikotik durumunun en korkunç belirtisidir.

Depresyon, tutkunluklar ve patolojik dürtülerle aynı tip yatkınlığa dayalıdır. Kendine güvenin dış destekler tarafından düzenlendiği bir döneme fikse olan bir kimse için, bu desteklerin önemi son derece büyüktür.

Depresyonları kolaylaştıran yaşantılar, ya bir benlik değeri yitimini, ya da hastanın kendine güvenini koruyacağını, hatta arttıracığını umduğu desteklerin bir yitimini temsil ederler. Bunlar, başarısızlık, prestij yitimi, para yitimi, bir pişmanlık gibi normal kimsede de kendine güven yitimini gerektirecek yaşantılardır. Depresyondaki kişi pasif olma eğilimi gösterir ve yeni etkinliklere başlamakta zorluk çeker.

Aydın'a (2005) göre ergenlerin depresyona girmesine neden olan belli başlı olaylar; kız-erkek arkadaşı tarafından reddedilme, aile içinde yaşanan ciddi bir çatışma durumu, öğretmenin olumsuz tutumu ya da sınıf içinde aşağılanma, akran grubu dışında tutulma ve yalnızlık olabilmektedir. Bazen de somut bir neden olmaksızın "beni kimse sevmiyor", "hiçbir zaman başarılı olamayacağım", "çok çirkin ve biçimsizim" gibi düşünceler, ergenin depresyona girmesi için yeterli olabilmektedir.

2.1.2. Depresyonun belirtileri:

Öncelikle bu belirtiler kişinin önceki "normal" saydığı, alıştığı halinden belirgin biçimde farklılık yaratan belirtilerdir. İsteksizlik, bezginlik, zevk alamama (kişinin önceden zevk alarak yaptığı şeylerden bile zevk alamaması), kendine güvensizlik, kararsızlık, sosyal ilişkilerde gerileme, iş yaşamında ve öğreniminde verim düşmesi, neşelenememe, uyku bozuklukları (az ya da çok uyuma, uykuya dalamama ya da gereğinden erken uyanma), iştah farklılıkları (artmış ya da azalmış iştah), çabuk yorulma, halsizlik, bedeniyle ilgili çeşitli işaret ve belirtileri ciddi hastalıklara yorma, baş ağrıları ya da çeşitli ağrılar, çabuk öfkelenme, nedenli ya da nedensiz sık sık ağlama, başka bireylere duyduğu sevgide azalma, her şeyi karamsar bir gözle görme, her şeyin olumsuz tarafını görme, suçluluk duyguları, sabah kalkmakta güçlük, güne başlamakta zorluk, artmış anksiyeteler, korkular, çökkün bunalımlı duygu durum (üzüntü-elem), zihinsel ve bedensel olarak yavaşlama, ilgilerde azalma unutkanlık,

dikkat toplayamama, geçmişe pişmanlıkla bakma, geleceğe karamsar bakma, cinsel istek ve işlevlerde azalma-bozulma, artmış gerilim (depresyon sıklıkla anksiyeteye birlikte), intihar fikirleri...

2.1.2.1. Depresyonun Fiziksel Belirtileri:

İştahsızlık, uyku bozuklukları, yorgunluk ve enerji kaybıdır. Depresyon geçiren kişinin düşünceleri, dış olaylardan çok içe dönük olduğu için kişi ağrı ve sızılarını abartabilir ve sağlığı hakkında endişeye kapılabilir. Bu belirti tanımından da çıkarabileceğimiz gibi, depresyon bireyin gücünü azaltan bir bozukluktur. Ne yazık ki, ağır depresyonlar ömür boyu sürebilir. Özellikle ağır depresyonu olan kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada, bu kişilerin %50'sinin bir yıl sonra iyileştiği bulunmuştur (Keller vd, 1982). Ayrıca, bu kişilerin %50'si bir kez iyileştiklerinde iki yıl içinde başka bir depresyon nöbetine girmişlerdir. Bu araştırmada yer alan bireylerin çoğu depresyon tedavisi görmemişlerdir.

2.1.2.2. Depresyonda Belirti ve Bulgular ile ilgili Araştırmalar

Beck (1972), depresyonda duygusal belirtilerin, kederli duygu durum, kendinden hoşnutsuzluk, doyumsuzluk, ilgi azalması, ağlama nöbetleri ve neşesizliği içerdiği belirtmektedir. Şahin ve Rugancı'ya göre (1992), "depresyon" yerine "duygusal rahatsızlık" terimi de sıklıkla kullanılmaktadır. Köknel (1989) depresyonlarda ortak olan ve sık görülen temel bozuklukların; kederli duygu durum, elem doğrultusunda artmış olan duygulanım, karamsarlık, kötümserlik, sıkıntı, umutsuzluk, yalnızlık gibi tedirgin duygu durumu, zihinsel işlevlerde azalma, yavaşlama, buna paralel olarak hareketlerde yavaşlama, ruhsal etkinliklerde azalma ve yavaşlama olduğunu belirtmektedir. Depresyon, ruhsal ve bedensel etkinliklerde genel bir yavaşlama, günlük yapılan olağan işlere karşı yüreksizlik ve iş yapma gücünü bulamama olarak özetlenebileceği vurgulanmaktadır (Gençtan, 1984).

Bir başka açıdan, Öztürk (2001) duygulanımda üzüntü ve acı duyma biçiminde artma olduğu ve sık ağlama görüldüğünü belirtmekte ve kimi hastalarda üzüntü

ile birlikte ağır bunaltı da olabileceğine dikkat çekilmektedir. Bunun yanında, depresif bireyin derin bir acı içindeyken sevdiklerine karşı bütün duygularını yitirmiş gibi hissetme biçiminde duygulanım azalması belirtileri gösterebileceği ailesine, eşine, yakınlarına, dostlarına eski ilgisini yitirebileceği, kendisinden hoşnut olmaması ve kendisine güvenmemesi nedeniyle çevresindeki bireylere daha çok bağımlı olacağı, onların desteği ve yardımı olmadan doğru düşünüp karar veremeyeceğini düşüneceği belirtilmektedir. Köknel (1989) hafif depresyonlu olma, bununla birlikte geleceğini de çaresiz, karanlık ve umutsuz olarak algılamaya dayalı duygu ve düşüncelerin hastanın ruhsal yapısına egemen olduğunu vurgulamaktadır.

Şahin ve Rugancı (1992), depresyondaki bir kişinin, aranan özelliklere sahip olmadığına gerçekten inanması nedeniyle benlik saygısının ve kendine olan güveninin de kötü biçimde etkilenebileceğini, bireyin karar vermede güçlük çekmesi, dünyayı, “acıdan başka hiçbir şey getirmeyen”, “hayal kırıklığına uğraticı” bir yer olarak algılaması, acının bitmeyeceğine dair umutsuzluğa kapılması ve durumunu değiştiremeyeceğine inanmasına bağlı olarak, intiharı bile çözüm olarak görebileceğini ifade etmektedirler.

Benzer şekilde, öz saygı yitimi, kendi kendini suçlama eğilimi, işe yaramaz, değersiz ve küçük biri olduğu fikirlerinin bireyde yoğunlaştığı ve bunların küçüklük sanıları derecesine varabildiği, işe yaramazlık düşüncelerinin cezalandırılma beklentilerine yol açabileceği de belirtilmektedir (Öztürk 2001). Köknel (1989), depresyondaki bireylerin bedensel, ruhsal, toplumsal özelliklerini, becerilerini, yeti ve yeteneklerini olduğundan düşük, kötü, olumsuz olarak değerlendirme eğiliminde olduğunu belirtmektedir. Depresyonun ciddiyetine ve şiddetine göre bireylerde güdülenmede azalma oluşmaktadır, bu azalma; toplumsal güdülerden, bedensel, biyolojik, fizyolojik güdülere doğru olmaktadır.

Bunaltılı hastaların olayları olduğundan daha ciddi biçimde değerlendikleri, ağlama nöbetleri görülebildiği, hipokondriyak uğraşlar ve birçok bedensel yakınmayla -özellikle orta yaş depresyonlarının- hekim hekim dolaştıkları belirtilmektedir. Depresyonda olan bireylerin artık her türlü kötülüğü hak etmiş hissettiği, geleceğe ilişkin umutsuz, karamsar bir bakış ve olumsuz beklentileri, intihar düşünceleri, eğilimleri ve girişimlerine sebep olduğu vurgulanmaktadır (Köknel, 1989; Öztürk, 2001).

Depresyonun fiziksel ve bedensel belirtilerinin, iştahsızlık, uyku bozukluğu, cinsel dürtü kaybı ve yorgunluğu içerdiği bildirilmektedir (Aydın, 1990; Öztürk, 2001). Hastaların çoğunda yeme isteğinin azalıp kısa sürede kilo kaybının olduğu, yemeklere ve yemek kokularına karşı bir tikslenme olduğu, daha seyrek olarak da aşırı yeme ve kilo alma görülebildiği ve genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmaktan yakınma olduğu belirtilmektedir. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma -kimi hastalarda uyku bozukluğu, uykuya aşırı eğilim biçiminde olabilmektedir- belirtilerinin yanında, bunaltılı depresyonlarda sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır bir sıkıntı, sorunun en tedirgin edici belirtisi - hastalığın biyolojik göstergelerinden biri- olarak gösterilmektedir. (Aydın, 1990; Öztürk, 2001).

Şahin ve Rugancı'ya göre (1992), depresyon yaşayan bireyin, uykuya dalması sorun olurken bazen de gecenin ortasında ya da çok erken saatlerde uyanma gibi sıkıntılar yaşayabileceği, bunu yanında, uyku süresinde artışın da gözlenebildiği, iştahta azalma olduğunda kilo kaybı; artma olduğunda da kilo artışları olabildiği, enerji kaybının yanı sıra bazen, cinsel ilgi kaybı gibi belirtilerin de gözlenebildiği belirtilmektedir.

Öztürk (2001) diğer fizyolojik belirtilerin, hızlı göz küresi hareketleri olduğunu, REM uykusunun normale göre uykunun başlangıç dönemine doğru kayabileceğini, REM uykusu dönemlerinin daha uzun süreceğini, mevsimsel depresyon nöbetleri geçiren hastalarda aşırı yeme, kilo alma ve aşırı uyku, hastanın sindirim sisteminde, iştah azalmasından ya da başka bir sebepten kaynaklı, yavaşlama belirtileri ve kabızlık olabileceğini, yaşamın her yönüne karşı ağır bir isteksizlik olması, cinsel istek ve eylemde azalma, zevk alamama gibi belirtilerin olduğunu bildirmektedir.

Köknel (1989), depresyonda olan bireylerin, nesnel ortamın algılanmasında öznel algı ortamının belirlediği illüzyonlar; kişileri, nesnelere, olayları, gördüklerini, işittiklerini ve dokunduklarını hatalı olarak algılamaları, seslerden çabuk ve kolay etkilenmeleri, konuşmaları kötü yorumlamaları, gördüklerinden korkmaları gibi sorunlar olabileceğini vurgulamaktadır.

DSM-IV-TR (2001), bireye depresyon tanısı koyabilmek için aşağıda verilen ölçütleri belirlemiştir.

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması, belirtilerden en az birinin (1) depresif duygu durum (2) ilgi kaybı (3) artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duygu-duruma uygun olmayan sanrı ya da varsanı belirtilerini katılması gerekmektedir.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn; kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn; ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde tedirgin duygu durum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde olmadığı halde önemli derecede kilo kaybının olması, hemen her gün iştahın azalmış olması ya da çok azında kilo almanın olması (örn; ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere).

Not: Çocuklarda beklenen kilo almanın olmaması.

4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.

5. Hemen her gün psikolojik olarak aşırı uyarılmışlık ya da gerileme olması.

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu belirtirler).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması.

B. Bu belirtiler bir karışık epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn; kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn; hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler iki aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşp durma, öz kıyım düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor reterdasyonla belirlidir.

Depresyonun fiziksel-davranışsal, duygusal, bilişsel-düşüncedeki belirtileri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Depresyonun Fiziksel ve Davranışsal, Duygusal, Bilişsel, Belirtiler

FİZİKSEL BELİRTİLER	DUYGUSAL BELİRTİLER	BİLİŞSEL BELİRTİLER
İştahsızlık,	Kendinden Hoşnutsuzluk	Düşük Benlik Algısı,
Uyku Bozukluğu	Karamsarlık	Olumsuz Beklentiler,
Cinsel Dürtü Kaybı	Kötümserlik	Kendini Suçlama, Eleştirme, Kararsızlık,
Yorgunluk	Sıkıntı	Çarpıtılmış Beden İmgesi,
Kilo Kaybı	Umutsuzluk	Motivasyon Azalması,
Aşırı Yeme/Kilo Alma	Yalnızlık	Geçmiş Pişmanlıklar,
Enerji Azlığı	Üzüntü	Çaresizlik Düşünceleri,
Güçsüzlük	Acı Duyma	Öz Saygı Yitimi,
Halsizlik	Duygusuzluk	Kendini Suçlama
Uyku Problemleri	Umutsuzluk	Değersizlik Düşüncesi
Çabuk Yorulma	Çaresizlik	Yoğunlaşmama,
Ağlama Nöbetleri		Kararsızlık,
		Yineleyen Özkıyım Düşünceleri

2.1.3. Depresyon İle İlgili Etkenler ve Kuramsal Yaklaşımlar

19. yüzyılda Delasiauve, melankoli ve lipemania kavramlarını eleştirmiş ve bunların yerine “depresyon” kavramını öne sürerek, bu sözcüğü ilk kullananlardan olmuştur. 1860’ta tıp sözlüklerinde yapılan tanımlamaya göre depresyon, hastalık etkisi altında acı çekmekte olan kişilerin ruhlarının

zaafiyeti için kullanılan bir kategoridir. Çifter (1993)'e göre, depresyon sözcüğünün yerleşik bir terim haline gelmesi, bu sözcüğün hem fizyolojik yönden, hem de soyut anlamda, heyecansal işlevlerde bir yavaşlamayı bir belirtiyi ya da durumu belirlemesinden dolayı olmamıştır. 19. Yüzyılın sonunda depresyonun, melankoli ile eşanlamlı olarak kullanılmaya başlandığı belirtilmektedir.

Depresyon nedenleri üzerine yapılan çalışmalarda, stresli yaşam olaylarının ve genetik etkenlerin karşılıklı etkileşim içinde olduğu ve eşit risk grubunda olduğu, depresyon riskinin bir strese maruz kalmayanlarda %0.5, maruz kalanlarda %6.2 olduğu ve bu stresli yaşam olaylarının, tecavüz, evlilik sorunları, boşanma, iş kaybı, büyük maddi sorunlar ve diğer kişiler arası sorunlar gibi yaşam olaylarından ve sosyo-demografik özellikler içeren risklerden oluştuğu vurgulanmaktadır (Kendler, Kessler, Walters, MacLean Neale Heath ve ark.,1995).

Duygulanım (affective) bozuklukları; heyecanların ifadesinin aşırı uçlarının bir karışımı ve onları kontrol etmede bir yetersizlik olan bozukluklar olarak, depresyon ise, bu bozuklukların en yaygın olanı (Samuel, 1981) ve umutsuzluk, durgunluk, çaresizlik, suçluluk duyguları, dürtü ve güdülerde azalma, sosyal beceri ve etkileşimlerde gerileme ve bilişsel bozulmalar gibi başlıca belirtilerle kendini gösteren birincil duygulanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Tegin, 1990).

İnsanların zaman zaman depresyonun belirtilerini içeren dönemleri yaşadıkları ve bunun, yaşamın birçok stresine karşı duyulan normal bir tepki olduğu, ancak bu durumun duygudurum bozukluğu olarak ifade edilebilmesi için tepkinin yaşanan olayla orantısız ya da beklenenden daha uzun süreli olması gerektiği belirtilmektedir. Depresyonu en sık meydana getiren durumlar arasında, okulda ya da işte başarısızlık, sevilen birinin yitirilmesi gösterilmektedir (Atkinson ve Atkinson, 1995).

Depresif duygudurum bozukluğu gösteren kişilerde, bilişsel (bilgi işleme, sosyal biliş vb.), sosyo-duygusal (benlik saygısı, kişiler arası ilişkiler, suçluluk, duyu kontrolü vb.), temsil edici (benlik şeması, içsel temsil etme modelleri vb.), ve biyolojik (kalıtsal, beyinde yapısal bozukluklar vb.) sistemlerde farklılaşan düzeylerde sapmaların olduğu belirtilmekte ve bu sistemlerin birbirleriyle çok yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Cicchetti ve Toth,

1998; Öztürk, 2001). Depresif kişilerde bu sistemler arasında tutarsız bir organizasyon ya da patolojik yapıların bir organizasyonu, diğer bir deyişle “depresotipik organizasyon” tanımlanmakta ve organizasyonun gelişimsel olarak ilerlediği ve yaşamın farklı dönemlerinde depresif bozukluk olarak ortaya çıkabildiği belirtilerek, psikolojik (duyuşsal, bilişsel, sosyo-duygusal, sosyo-bilişsel) sosyal (toplum, kültür) ve biyolojik (kalıtsal, nörobiyolojik, nörofizyolojik, nörokimyasal) etkenlerin birbirleriyle etkileşerek depresyona yol açabileceği savunulmaktadır (Çelikkol, 1999).

Benzer şekilde, Öztürk (2001)'e göre depresyon, derin üzüntülü bir duygudurum içerisinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve bozulma gibi belirtileri içeren bir sendromdur.

Başka bir açıdan bakıldığında, depresyonlu kişilerin üzüntü, mutsuzluk, bunaltı, çabuk sinirlenme, yaşamdan zevk almama, kendine güvensizlik, suçluluk duyguları, ilgi azalması, dikkatini toplayamama, unutkanlık, gelecekle ilgili ümitsizlik, ölüm ve intihar düşünceleri gibi ruhsal yakınmalarının olduğu ifade edilmektedir (Çelikkol, 1999). Bunun yanında, baş ağrısı, başka ağrılar, kabızlık, iştah bozukluğu, kilo değişiklikleri, uyku bozukluğu, halsizlik, çalışamama, durgunluk, cinsel ilgi ve isteğin kaybı gibi bedensel yakınmaları olduğu da belirtilmektedir (Çelikkol, 1999).

2.1.3.1. Depresyona Yönelik Etkenler

2.1.3.1.1. Depresyonda Biyolojik Etkenler

Yemez ve Alptekin'e göre (1998), Monoamin Oksidaz İnhibitörü (MAOI) ve Trisiklik Antidepresan (TCA)'ların bulunmasından sonra dikkatler beyin nörokimyasına çevrilmiştir. Depresyon etiolojisinde özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin (5-HT) etkinliğinde azalma olduğu en çok kabul gören bulgulardan biridir. Depresyon hastalarında nörotransmitterlerden öncelikle noradrenalin ve serotoninin etkinlik düzeninde bozukluk olduğu ileri sürülmüştür (Aşkın, 1999; Öztürk 2001).

2.1.3.1.1.1. Biyojenik Aminler:

Katekolamin ve daha sonra Serotonin (5-HT) varsayımları mizaç bozukluklarında biyojenik aminlerdeki değişikliklere odaklanmayı sağlamıştır. Depresyonla ilgisi bilinen biyojenik amin nörotransmitterler; NE, 5-HT, dopamin ve epinefrindir (Yemez ve Alptekin, 1998).

Norepinefrin: Biyojenik aminlerden NE, mizaç bozukluklarının patofizyolojisinde üzerinde en çok durulan nörotransmitterlerden biridir. Hem NE hem de 5-HT etkinliğini arttıran TCA'ların yanı sıra, oldukça özgün noradrenerjik antidepresan ilaçların (örn: desipramin) klinik olarak yararlılığı NE'nin önemini göstermektedir. Adrenerjik reseptörlerin down-regülasyonu ile klinik olarak antidepresanlara verilen yanıtlar arasındaki paralellik bu görüşü destekleyen bir başka bulgudur. Bunun yanında bazı araştırmalarda, depresyonda beyin omurilik sıvısı (BOS) NE düzeyinin ve idrarda ise NE'nin metaboliti 3-metoksi 4-hidroksifenil glikol (MHPG) düzeyinin düşük oluşu ve katekolamin depolarını boşaltarak beyin NE düzeylerini düşüren ilaçların (reserpin, metildopa, propanolol) depresif belirtiler oluşturması gibi bulgulara da rastlanmaktadır (Elgün 2001; Yemez ve Alptekin, 1998).

Serotonin: Depresyonlu hastaların BOS'nda Serotonin'in temel metaboliti olan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HİAA) düzeylerinin düşük bulunması, 5-HT'nin depresyon patogeneğinde rolü olduğunu düşündürmüştür. Özellikle özkıyım sonucu ölen kişilerde yapılan incelemelerde beyindeki 5-HT ve 5-HİAA düzeylerinin düşüklüğü bu görüşü desteklemiştir. TCA'lardan sonra geliştirilen Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerinin (SSGİ) depresyondaki klinik yararlılığı ise 5-HT'nin önemini ve değerini arttırmıştır (Yemez ve Alptekin, 1998; Aşkın, 1999), serotonin işlev bozukluğunun depresyonun birçok yönünü açıklar nitelikte olduğunu; ancak noradrenerjik sistemin sağlam olmasının serotonerjik sistemin uygun işlemesi için önemli olduğunu düşündürmektedir (Elgün, 2001).

Dopamin: Her ne kadar depresyonun patofizyolojisinde NE ve 5-HT kadar önem kazanmamışsa da dopaminin de rolü olduğu öne sürülmüştür. Dopaminin de diğer biyojenik aminler gibi depresyonda azaldığı belirtilmektedir. Özellikle psikomotor yavaşlığı olan ve özkıyıma eğilimli depresif hastaların BOS'unda dopaminin metaboliti olan HVA düzeyleri düşük bulunmuştur. Ek olarak, dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçlar (örn: reserpine) ve hastalıklarda

(örn: Parkinson) depresyon sık görülmektedir. Aksine dopamin düzeyini yükselten tyrosine, amfetamin gibi maddeler depresif belirtileri de azaltmaktadır. Ayrıca dopaminerjik aktiviteyi arttıran antidepresif ilaçların (örn: bupropion, amineptine) klinik yararlılığı bilinmektedir (Elgün, 2001; Yemez, Alptekin, 1998). Wilner (1983, akt.: Aşkın, 1999), depresyon etiyojisinde öne sürülen “öğrenilmiş çaresizlik,” ödül sistemi işlev bozukluğu ve çevreye azalmış tepkisellikle nigrostriatal dopamin sisteminin etkinliğinin azlığı arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir.

Asetilkolin: Motor tonus ve koordinasyon, uyku ve rüya analjezi, biliş, hafıza ve hormonal düzenleme gibi ciddi ve farklı beyin işlevlerine anahtar rol oynadığına inanılan merkezi bir nörotransmitterdir. Duygulanımın düzenlenmesinde ve duygulanım bozukluklarının oluşumunda da rolü olduğu düşünülmektedir (Aşkın 1999). Kolinerjik/noradrenerjik denge bozukluğu varsayımına göre bu nörotransmitterler arasındaki denge, depresyonda kolinerjik etkinlik lehine bozulur.

Kolinerjik aktiviteyi arttıran bazı ilaçların depresif belirtiler ortaya çıkarması ve TCA’lerdeki antikolinerjik etki bu varsayımı destekler. Monoaminlerle ilgili hiçbir varsayım tek başına tüm depresyonları açıklayamamaktadır. Bazı uzmanlar monoaminerjik düzeyde görülen farklılıkların, depresyondaki olası alt gruplara bağlı olduğu görüşündedir. Bazı araştırmacılar ise nörokimyasal alandaki tutarsızlıkları reseptör sayısı ve duyarlılığındaki değişikliklere bağlama eğilimindedir (Yemez ve Alptekin, 1998).

Diğer Nörokimyasal Etkenler: Gama-aminobütirik asid (GABA) Plazma GABA seviyesi, mizaç bozukluğu olan bazı hastalarda düşük bulunmuştur. Ancak bu bulguya depresif hastalarda olduğu gibi manik epizodlarda da rastlanmıştır. Ayrıca düşük GABA düzeyi depresyon düzeldikten sonra da devam ettiği için bu özelliğin mizaç bozukluklarında ancak sınırlı bir değeri olabileceği öne sürülmüştür. Yeterli veri olmamasına karşın nöropeptidlerin (özellikle vazopressin ve endojen opiatlar) ve ikincil ileti sistemlerinin de (adenylate cyclase, phosphotidylinositol vb.) mizaç bozukluklarının patofizyolojisiyle ilgili olduğu görüşleri öne sürülmüştür (Aşkın 1999; Yemez ve Alptekin, 1998). Nitrik oksit (NO) hem bir intranöronal ikinci haberci hem de bir nörotransmitterdir. Nitrik oksit sentaz (NOS) kataliziyle argininden sentezlenir. Beynin spesifik bölgelerinde, özellikle striatum, hipotalamik

paraventriküler nukleus, önbeyin ve serebellumda olmak üzere iki tip NOS bulunmuştur. NO'in depresyon dahil pek çok nöropatolojik olayda rolü olduğu bildirilmektedir (Elgün, 2001).

Nöroendokrin Değişiklikler: Mizaç bozukluklarında endokrin sistemle ilgili çeşitli düzensizlikler saptanmıştır. Nöroendokrin eksenlerin düzenli çalışmasındaki temel yapı olan hipotalamus, biyojenik aminleri kullanan çok sayıda nöronla bağlantılıdır. Bu yüzden endokrin düzensizlikler genelde birincil bir bozukluktan çok, altta yatan, beyinle ilgili bir işlev bozukluğunun yansıması olarak düşünülmektedir. Mizaç bozukluklarında en çok saptanan düzensizlik adrenal, tiroid ve büyüme hormonu eksenlerindedir (Elgün, 2001; Yemez ve Alptekin, 1998).

Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Ekseni: Depresif hastalarda serum kortizol düzeyi yüksekliğinin biyolojik psikiyatride en eski bulgulardan birisi olduğu belirtilmektedir. Genel olarak kortizol geribildirim düzeneğinde bozulma olduğu görüşü hakimdir. Yapılan araştırmalarda depresyonda Corticotropin Releasing Hormonun (CRH) fazla salgılandığı, CRH'ye ACTH yanıtının azaldığı ayrıca kortizolün günlük salınma ritminin bozulduğu bildirilmiştir (Yemez ve Alptekin, 1998).

Tiroid hormonları: Hipotalamustan tirotropin salgılatıcı hormon (TRH), ön hipofizden tiroid stimüle edici hormon (TSH) ile tiroid bezinden salınan T3 ve T4 tiroid aksının hormonlarıdır. Tiroid hormonları nüklear reseptörlere bağlanarak etkilerini gösterirler. Hemen tüm duygulanım bozukluklarında tiroid aksına ait hormonlar ölçülmektedir, çünkü hipo ya da hipertiroidizm yanlışlıkla psikiyatrik etiyojolojiye atfedilebilen belirtilerle kendini gösterebilmektedir. Major depresyonlu hastaların üçte birinde TRH infüzyonuna yanıt olarak TSH salınımında yetersizlik gözlenmiştir (Elgün, 2001).

Hormon Salgilama Sistemi: Depresyonlu hastalarda uyku, insülin ya da norepinefrinerjik agonistler ile başlatılan büyüme hormonu salınımı yanıtı yetersizdir. Depresyonun önemli belirtilerinden birisinin uyku düzensizlikleri olduğu düşünülürse, büyüme hormonunun da depresyonda rol oynadığı akla gelebilecektir. Depresif hastalarda olduğu gibi üzüntülü bir yaşam olayı yaşayan kişilerde de hormon sisteminin baskılandığı saptanmıştır. Hormonal bozuklukların birincil olmaktan çok kortizol artışı ya da hipotalamik

düzensizliklere ikincil geliştiği görüşü hakimdir. Depresif hastalarda uykunun baőlattığı büyüme hormonu salgılanmasında azalma olduğu, ayrıca Büyüme hormonunun Klonidin'e yanıtında küntleşme olduğu bildirilen sonuçlardır (Aşkın, 1999; Elgün, 2001; Yemez ve Alptekin, 1998).

Melatonin: Depresif hastalarda nokturnal melatonin düzeyinin düşük olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Yemez ve Alptekin, 1998). Hipofiz, pineal bezi hormonu ritminin düzeyinde azalma olduğu yönünde deliller vardır. Bunun da majör depresyondaki uykusuzluğa sebep olduğu bildirilmektedir (Aşkın, 1999; Öztürk, 2001).

EEG Değişiklikleri: Depresyon olgularının uyku EEG'lerinde sıklıkla bozukluklar görülür. En sık bildirilenler uykuya dalma süresinde uzama, uykuya daldıktan REM döneminin başlamasına kadar geçen sürede (REM latansı) azalma, ilk REM periodunda uzama ve anormal delta uykusudur. Ayrıca uyku sürekliliğinde bozulma sıkça görülmektedir. Depresyonun etiyojisini açıklamaya çalışan görüşlerden biri de depresyonda normal sirkadien ritmin bozulduğudur.

Depresyondaki uyku düzensizlikleri ve tedavi amacıyla kullanılan uyku deprivasyonunun depresyona iyi gelmesi bu görüşü desteklemektedir (Aşkın, 1999; Yemez ve Alptekin, 1998; Öztürk, 2001).

Beyin Görüntüleme: Bu alandaki çalışmaların henüz yetersiz olduğu iddia edilmekte ve saptanan bulgularda farklılıklar görülmektedir. En belirgin bulgular şöyle özetlenebilir. Bilgisayarlı Tomografi ile yapılan araştırmalarda ventriküler genişleme saptanmıştır. Bu bulgu daha çok psikotik özellikli majör depresyonda, bipolar bozukluklarda ve erkeklerde saptanmıştır. Manyetik Rezonans görüntüleme yöntemi ile yapılan araştırmalarda caudate çekirdeklerde ve önbeyinde küçülme bulunmuştur. SPECT ve PET ile yapılan çalışmalarda beynin tamamında (özellikle frontal alanda) serebral kan akımında azalma saptanmıştır. Son yıllarda mental bozuklukların araőtırılmasında kullanılmaya baőlanan Manyetik Rezonans Spektroskopi ile yapılan çalışmalarda; mizaç bozukluklarında hücre çeperi (membran) fosfolipid metabolizması düzensizliği olduğu varsayımını destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (Öztürk, 2001; Özkürkçügil ve Kırlı, 1998; Yemez Alptekin, 1998).

2.1.3.1.2. Depresyonda Genetik Etkenler

Depresyonun genetiği ile ilgili veriler aile, evlatlık ve ikiz çalışmalarına dayanmaktadır. Kalıtımın rolünün bipolar bozuklukta, ünipolar depresyondan daha güçlü olduğu düşünülmektedir.

Major depresyonu olanların birinci derece akrabalarında major depresyon görülme riski normal popülasyona göre 2-3 kez fazladır. Bu oran akrabalık derecesi yakınlaştıkça artmaktadır. Bu alandaki çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Biyolojik ebeveynlerinde mizaç bozukluğu olan çocuklarda, onları evlatlık alan ebeveynlerde bir mizaç bozukluğu olmaması durumunda dahi depresyon geliştirme riski normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur. Tek yumurta ikizlerinde major depresyon eş hastalanma riski (konkordansı) %40-50 civarında iken dizigot ikizlerde bu oran %10-25 civarındadır. Bu fark depresyonda kalıtımın rolü olduğunu destekleyen güçlü bir bulgudur (Aşkın, 1999; Elgün, 2001; Öztürk, 2001; Yemez ve Alptekin, 1998).

2.1.3.1.3. Depresyonda Psikososyal Etkenler

20. yüzyılın ortalarından bu yana psikoloji alanındaki önemli gelişmeler; kuramsal alanda davranışçı yaklaşımın popülerliğini yitirmesine karşın bilişsel yaklaşıma olan ilgide artışa sebep olmuştur. (Güleç, 1993).

Bu kadar önemli ve yaygın bir sorun olan depresyon, klasik psikoanalitik kurama göre geç oral, erken anal döneme saplanma olarak açıklanmaktadır. Depresif kişilerde libidinal bir regresyon söz konusu olup, bu regresyon oral ve anal döneme kadar uzanabilir. Ayrıca, Freud'a göre depresyon, bunu yaşayan kişilerin ilk çocukluk dönemlerinde, özellikle “Oedipus Karmaşası”nın çözümü öncesinde narsistik yaralanmalar yaşamış olmaları ve yaşamın sonraki devrelerinde benzer yaralanmaların oluşmasından kaynaklanır (Alper, 1997). Johnson (2003), iş değişikliği ya da kaybı, boşanma, bir arkadaşın ya da ailedeki bir yakının ölümü gibi çevresel ve durumsal etkenlerin etkisiyle depresyon oluşabileceğini vurgulamaktadır.

Yemez ve Alptekin (1998), bilişsel-davranışçı görüşlerin, depresyonun oluşmasında uygun ödüllendirilmelerin olmayışı ya da uygunsuz tepkilerle karşılaşmayı depresyonun nedeni olarak ele aldığını, bunun sebebinin de

bireyin tüm algı ve dikkatinin olumsuzlara odaklanması olarak değerlendirdiğini ifade etmektedirler.

Bir başka araştırmada, depresyonda etkin olan etkenlerden en önemlilerinden birinin psikososyal etkenler olduğu, bunların, ekonomik sorunlar, ailede ve iş yaşamındaki çatışmalar, emeklilik, iflas, iş kaybı, bir yakının kaybı, beden sağlığının bozulması, benliğin örselenmesi, onur kırıcı durum gibi yaşam olaylarından olduğu belirtilmektedir (Ergene ve Yıldırım, 2004).

Yaşam olayları ve çevresel stresin de çeşitli ruhsal bozukluklara neden olduğu ya da tetiklediği, mizaç bozukluklarında, stresli yaşam olaylarının ilk ataktan önce daha sık görüldüğüne işaret ettiği, yeterli şiddette bir stresin beyinde yapısal ve işlevsel olarak uzun süreli, hatta kalıcı değişiklikler oluşturduğu, bu değişikliklerin kişiyi yeni ataklara karşı daha duyarlı hale getirdiği, bu atakların depresyonu tetikleyebileceği bildirilmektedir (Yemez ve Alptekin, 1998).

Bir başka yönden, Karen Horney (1999) sevgisini göstermeyen ve itici davranan ebeveynlerce yetiştirilen çocukların güvensiz ve yalnızlık duygularına eğilimli olduklarını ve bu tip çocukların daha sonraki yaşamlarında eleştiri ve reddedilmelere karşı daha kolay çaresizlik duygusuna kapıldıkları ve depresyona girebildiklerini belirtmektedir.

Kişilerarası ilişkiler ve sosyal yaklaşım, depresyonu tek bir nedene bağlamadan çoğulcu, bütünlendirici bir bakış açısından ele alarak, depresyonun umut yitimi, bağlanma duygusunun azalması, sürdürülmesi ya da yenilenmesinde oluşan sorunlardan kaynaklanabileceğini belirtmektedir (Aşkın, 1999).

Psikodinamik kuram gibi, depresyonun oluşumunda bireyler arası ilişkileri merkeze alan kuramları da, depresyonun bireylerin yakın ilişkileri ve onların bu ilişkilerdeki rolleriyle ilgili olabileceği, bu rollerdeki kargaşanın depresyonun ana kaynağı olduğu, bu kargaşanın yakın bir zamanda yaşanmış olabileceği gibi daha yakın bir zamanda oluşabileceği gibi durumlarında depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (Nolen-Hoeksema, 2004).

Bilişsel psikolojinin ana görevinin bilginin nasıl kazanıldığı, nasıl içsel olarak temsil edildiği ve hali hazırdaki bilgi ile nasıl bütünleştiği ve ne çeşit bilginin kişinin duygu ve davranışını etkilediğini açıklamak olduğu belirtilerek, depresyonda temel patoloji bilişsel alan olarak gösterilmektedir. Çünkü bilişsel alanda bireyin çevresi ve kendisi ile ilgili algılamaları, değerlendirmeleri ve yorumlarında yanlışlıklar-çarpıklıklar-yanlışlıklar oluşturabileceğini ve bu

kalıplaşmış düşünce şemalarının kişide karamsarlık, çaresizlik duygularının uyandırılmasına bağlı olarak depresyonu tetiklenebileceği öne sürülmektedir (Beck, 1972).

2.1.3.2. Depresyon ile ilgili Kuramsal Yaklaşımlar

Yukarıdaki bilgiler ışığında depresyonla ilgili kuramsal yaklaşımlar aşağıda sırasıyla ayrı başlıklar halinde aşağıda incelenmiştir.

2.1.3.2.1. Depresyonda Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşıma göre, sevgi nesnesinin yitimi kişide yas tutmaya yol açar. Bu esnada kişide derin bir üzüntü, sıkıntı, ağlama, uyku bozukluğu gibi belirtiler görülür. Hastada sevdiği kişi tarafından terkedilmiş olma gibi bir yitim duygusu vardır. Bu duygunun eşliğinde “sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm” duygusu ve buna bağlı olarak özsaygı (self-esteem) yitimi olur. Fakat yas durumunda yakınıni yitiren kişinin “ben kötüyüm” duygusu öz-saygıyı yitirmez (Öztürk, 2001).

Freud (akt. Köknel, 1989) yas ve melankoli bildirisinde depresif bireylerin özellikleri şu şekilde sıralamaktadır:

1. Kişinin üst benliği cezalandırıcıdır.
2. İkili duygular (ambivalans) ilişkilerde egemendir.
3. Düş kırıklığı ve engellemeler vardır.
4. Kendini aşırı değerlendirme vardır.
5. Sürekli düşmanlık ve öfke vardır.
6. Birey katı üst benlik yüzünden kin ve nefreti kendine yöneltir.
7. Ağız dönemindeki saplantı ve yakınmalar vardır.
8. Özsever doyum arayan benlik yapısı vardır.
9. Suçluluk duygusu ve cezalandırma vardır

Kişi kin ve nefreti kendine yönlendirince öz-saygı düşer, kişi kendini değersiz, küçük ve suçlu görür, yaşam anlamını yitirir, ölümü hak ettiğini düşünür, böylece ruhsal çökkünlük oluşur (Aslıhan, 1998).

2.1.3.2.2. Depresyonda Davranışçı Yaklaşım

Depresyonun davranışçı analizini yapan Skinner (1957), sosyal çevrenin olumlu olarak pekiştirdiği davranışların durdurulması sonucu bireyin davranışında oluşan zayıflamayı, depresyon olarak tanımlamıştır. Ferster (1966) ise depresyona ani çevre değişiklikleri, cezalandırılma, itici denetleme ve pekiştirmedeki değişikliklerin neden olduğunu ileri sürmektedir.

Lewinsohn (1982) depresyonun mekanizmasını pekiştirme süreçleri ile açıklamaktadır. Ona göre, tepkiye yönelik düşük oranlı olumlu pekiştirme, yetersiz pekiştireçlerin, ve yüksek oranlı cezalandırıcı yaşantılar; depresyona neden olmaktadır. Ayrıca, Lewinsohn (1982), olumlu cinsel yaşantıları, ödüllendirici toplumsal etkileşimleri, eğlendirici etkinlikleri olumlu pekiştirici olaylar olarak; evlilikteki uyuşmazlıkları, işyerindeki zorlukları ve çevredeki diğer kişilerden olumsuz tepkiler almayı da cezalandırıcı olaylar olarak değerlendirmektedir.

2.1.3.2.3. Depresyonda Bilişsel Yaklaşım

Psikolojik sorunların kişisel, çevresel ve yapısal olmak üzere birden fazla nedeni olabilir. Sosyal güçlükler ekseninde gelişen sorunların çoğunun kişisel iyi-olma halini (well-being) tehdit etmesi, ama normal bir kişide tehdit edici olmayan (non-threatening) durumların başka bir kişide büyük bir rahatsızlığa (distress) neden olması ya da aşırı bir tepki doğurabilmesi depresyonun temel mekanizması olarak ele alınmaktadır. Buna karşın başa çıkma becerilerinde bireyler büyük farklılıklar sergilemektedirler. Bilişsel psikolojinin ana görevi bilginin nasıl kazanıldığı, nasıl içsel olarak temsil edildiği, bilgi ile nasıl bütünleştiği ve ne çeşit bilginin kişinin duygu ve davranışını etkilediğini açıklamak olarak belirtilmektedir.

Psikolojik bir soruna yönelik olarak yapılan bilişsel açıklama, bir olay ile kişinin o olaya yönelik tepkisi arasına giren zihinsel süreçlere verilen tepkinin belirleyici olduğu bütün bilişsel kuramlarda da aynı şekilde zihinsel süreçlerin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kalafat, 1996). Bu açıdan ele alındığında depresyonun açıklanmasında bilişsel kuram önemli bir yer tutmaktadır. Bilişsel

kuram, genel olarak uyum düzeyleri yetersiz bireyler ve bu bireylerin akılcı olmayan düşüncelerine odaklanmaktadır, sorunlu duygu ve davranışlara neden olanın bu düşünceler olduğunu iddia edilmektedir (Pervin, 1996).

Bilişsel yaklaşımı temel alan modeller içerisinde depresyonun oluşumu ve tedavisi konusunda günümüzde en çok kabul gören modeller, Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli (Learned Helplessness Model) (Abramson, Seligman ve Teasdale, 1978) ve Beck'in Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modelidir (Beck, 1972).

2.1.3.2.3.1. Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

Öğrenilmiş çaresizlik kavramı ilk olarak Pennsylvania Üniversitesinde hayvanlarla yapılan öğrenme araştırmalarıyla tanımlanmıştır (Overmier ve Seligman, 1967; Seligman ve Maier, 1967).

Seligman ve arkadaşlarının formüle ettikleri bu modelin, sosyal, klinik ve öğrenme psikolojisi alanlarındaki kuramsal gelişme ve araştırmalardan etkilendiği belirtilmektedir. “Öğrenilmiş çaresizlik” kavramı, önceleri laboratuarda kaçınılması mümkün olmayan elektrik şokuna maruz bırakılan köpekler tarafından sergilenen zayıflamış kaçma-kaçınma tepkisini (escape-avoidance responding) açıklamak için ortaya atılmıştır. Hayvanlarla yapılan deneylerde gözlenen bu tepkiler, araştırmacıların daha sonra bireylerle yaptıkları deneylerde de gözlenmiş ve bunlar depresif davranışlar olarak ele alınmıştır (Güleç, 1993).

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) süreyle ilgili yapılan nedensel yüklemenin bireysel farklılıklar gösterdiğini belirtmekte ve aynı duruma maruz kalan bireylerin farklı nedensel açıklamalar yapabileceğine dikkat çekmektedirler.

Çaresizlik belirtileri bazen dakikalar, bazen de yıllarca sürebilmektedir. Eğer çaresizlik belirtileri görece daha uzun süreli olursa, bu durum çaresizliğin “süreğen” (chronic) olduğunu göstermekte, daha kısa süreli olan durumlarda ise çaresizlik belirtileri “geçici” (transient) olarak değerlendirilmektedir. Birey sonucunu kontrol edemediği bir duruma maruz kaldığında bu durumun nedeniyle ilgili bir açıklama yapmaktadır. Bu açıklama, geleceğe yönelik davranış-sonuç ilişkisi beklentisini etkilemektedir. Böylece, birey geleceğe

yönelik olarak süregelen ya da geçici, yaşamının birçok alanına genellenmiş ya da sadece maruz kaldığı duruma özel çaresizlik belirtileri gösterebilmektedir. Başka bir ifadeyle, yapılan nedensel yüklemelerden bazıları süregelen olurken bazıları geçici, bazıları genel olurken de bazıları duruma özeldir.

İnsan ve hayvan deneklerle laboratuvar ortamında yapılan çalışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkan öğrenilmiş çaresizlik modeli, çeşitli davranışların açıklanmasında önemli bir rol oynamıştır. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli'ne göre, davranış ile sonucu arasında bağlantı olmadığının öğrenilmesi, güdüsel (motivasyonel), bilişsel (kognitif) ve duygusal (emosyonel) alanlarda bozukluklar ortaya çıkartmaktadır. Güdüsel alandaki bozukluk, istemli davranışlarda azalmayla kendini göstermektedir. Ortaya çıkan bilişsel bozukluk ise, yapılan davranışın bir sonuç ortaya çıkarabileceğini öğrenmede güçlükle kendini göstermektedir. Birey, davranışının sonucunda ortaya çıkabilecek olası olumlu ve olumsuz sonuçları değerlendirmekte güçlükler yaşamakta, sonucu kontrol etme konusundaki olası seçeneklerini değerlendirememekte ve bunun sonucunda da bireyin düşünsel sürecinde bir tıkanıklık ortaya çıkmaktadır. Örseleyici bir olayla karşı karşıya kalan bir birey, eğer bu olayı davranışlarıyla kontrol edemiyorsa, kontrol etme çabaları, yerini belirgin bir çöküntü duygusuna bırakmaktadır. Bu durumun uzun süre devam etmesinde ise genel bir çökkünlük durumundan söz edilmektedir (Roth ve Bootzin, 1974). Bu çökkünlük durumu duygusal bozukluk olarak nitelendirilmektedir.

Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli, davranışların sonuçlarını kontrol edememe nedeniyle ortaya çıkan bu çökkünlük durumuna açıklama getirmesi nedeniyle bir depresyon modeli olarak nitelendirilmiştir. Bu görüş, araştırma bulgularıyla da desteklenmiş ve çaresizliğin depresyonla ilişkisini inceleyen çalışmalar çaresiz davranış gösteren bireylerin depresyon seviyesinin de yüksek olduğunu göstermiştir (Depue ve Monroe, 1978; Gotlib, 1984; Nolen-Hoeksema, Girgius ve Seligman 1986; Peterson, Astrid, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey, ve ark., 1985; Peterson ve Seligman, 1987).

Bazı araştırmalarda, öğrenilmiş çaresizlik varsayımı bireylerdeki depresyonu açıklamak için de kullanılmıştır (Curry ve Craighead, 1990; Depue ve Monroe, 1978; Nolen-Hoeksema, Girgius ve Seligman, 1986; Peterson, Raps ve Villanova 1985; Peterson ve Seligman, 1987; Gotlib, 1984).

2.1.3.2.3.2. Beck'in Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli

Beck (1972) tarafından geliştirilen “Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli” ne göre, depresyon ve anksiyete gibi duygulanım bozukluklarının başlıca belirleyici nedeni bilişler olarak ele alınmaktadır. Beck (1972)’e göre biliş; hem düşünce süreçlerine hem de düşüncenin içeriğine işaret etmekte, kişinin içsel duygu, dürtü ve düşünceleri ile birlikte dış dünyayı tanınması, belirli bir durumda sözel ve imgesel olarak düşünmesi, süreç ve algılama yolları, hatırlama, bellek içerikleri ve mekanizmaları, sorun çözme becerileri ve yöntemlerinin bilme işlevi, bilme ürünlerini olduğu kadar bilme süreçlerini de kapsayan geniş bir kavram olarak tanımlanmakta ve beynin en önemli bütünleyici ve uyum sağlayıcı işlevlerinden birisi olan bilişlerin, duygusal yaşantılarımızın da belirleyicileri olduğu öne sürülmektedir.

Beck (1972) depresyonun psikolojik alt yapısında etken olan bilişsel yapıları üçe ayırarak tanımlamış ve incelemiştir. Bunlar;

A. Bilişsel Üçlü (Cognitive Triad):

1. *Kişinin kendine ilişkin olumsuz düşünceleri:* Depresif birey kendini kusurlu, yetersiz ve değersiz olarak görür. Hoş olmayan yaşantılarını kendi fiziksel, ruhsal, moral kusurlarına bağlama eğiliminde ve kendini eleştirmeye yatkın olduğundan kişinin kendilik değeri ve kendine güveni (self-esteem) düşüktür.

2. *Kişinin çevresi ve genel olarak yaşamına ilişkin olumsuz düşünceleri:* Depresif kişi dünyanın ondan aşırı beklentilerde bulunduğunu ve yaşamın amaçlarına ulaşacağı yola aşılabilir engeller koyduğunu ve zedeleyici olaylarla dolu olduğunu düşünür.

3. *Kişinin geleceğine ilişkin olumsuz düşünceleri:* Depresif kişi geleceğine baktığında şimdiki güçlüklerin ve çektiği sıkıntıların gelecekte de süreceğini ileri sürer. Gelecekte engellemeler, hayal kırıklıkları ve yoksunluklarla karşılaşacağını düşünür.

Sözü edilen bilişsel öğelerin ortaya çıkması, genellikle kişi stresli durumlarla karşılaştığında gözlenebilmektedir.

Kişinin kendinde fark ettiği eksiklikler aslında kendi yanlış değerlendirmelerinden kaynaklanmakta ve bu değerlendirmelerin çoğunlukla gerçekte bir ilgisi olmadığı görülmekte, başka bir deyişle, kişinin algıladığı ve

değerlendirdiği içerik, aslında, durumun ya da uyarıcı bütününe gerçekten ima ettiği içerik olmamakta, kişi uygun ve beklenebilecek tepkiyi göstermemektedir. Onun gösterdiği tepki, algıladığı duruma ilişkin çarpık düşünce ve yorumlarını yansıttığı olumsuz, çarpıtılmış bilişsel kalıplara bağımlı olduğundan uygun tepkiyi gösteremediği iddia edilmektedir. Kişinin ailesindeki bir ölüm olayından kendisini sorumlu tutup suçlamasının buna bir örnek olarak gösterilebileceği vurgulanmaktadır (Güleç, 1993).

B. Bilişsel Şemalar (Cognitive Schemata):

Şema kavramı, kişinin daha önceki yaşantılarının ve öğrenmelerinin sonucu olarak belirlenen, kişinin karşılaştığı uyarıcıları ayıklama, ayırt etme ve kodlama yoluyla biçimlendirerek bilişleri oluşturan zihinsel etkinlikler örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (Güleç, 1993). Şemalar, gerçeğin çarpıtılmasına ve sonuçta depresif kişinin düşüncesindeki sistematik hatalara neden olabilmekte, bireyin yaşamında olumlu öğeler olmasına rağmen, acı verici tutumları korumasına yol açmaktadır. Bu nedenle, depresyonda yanlış oluşturulmuş şemalar önemli bir yer tutmaktadır. Beck (1972)'e göre bilişsel şemaların özellikleri şunlardır:

- 1- Herhangi bir akıl yürütme süreci başlamadan otomatik olarak ortaya çıkarlar,
- 2- İstem dışı niteliklidirler,
- 3- Çarpık ya da bozuk inançlar ve düşünceler kişiye mantıklı ve makul şeyler olarak görünürler,
- 4- Sürekli, kalıcı ve ısrarcı niteliktedirler.

Bilişsel çarpıtma (Cognitive Distortion) ise, bireyin çeşitli uyarıcıları olumsuz olarak algılama, düşünme, yorumlama biçimidir. Kendine saygının azalması (low self-esteem), yoksunluk düşünceleri (thoughts of deprivation), kendini eleştirme (self-criticism), kendini suçlama (self-blame), intihar düşünceleri (suicidal thoughts) olarak tanımlanmaktadır (Beck, 1972).

Beck (1972)'e göre, depresyon ilerledikçe bilişsel çarpıtmaların çoğaldığı, dış uyarıcıları olduklarından daha farklı algılayarak kendine yönelen olumsuz değerlendirmeler çerçevesinde düşünmenin ve buna uygun biçimde davranmanın sıklaştığı gözlenmektedir.

C. Bilişsel Hatalar (Cognitive Errors):

Beck'in kuramındaki bilişsel yapılardan olan ilk bilişsel hatalar; sistematik mantık hatalarıdır. Bunlar:

1- *Keyfi Çıkarsama (Arbitrary Inference)*: Herhangi bir durum, olay ve yaşantıda belirli bir ipucu, somut bir kanıt olmaksızın, kişinin, belli ve kesin bir kanıya varmasıdır.

2. *Seçici Soyutlama (Selective Abstraction)*: Bir bütünün içinde yalnız önemsiz sayılabilecek bir ayrıntıya dikkat ederek, yaşantıyı, olayı bu ölçüte göre değerlendirmidir.

3. *Aşırı Genelleme (Over-Generalization)*: Tek bir nedene ya da olaya dayanarak kişinin kendi yetersizliği ve değeri konusunda bir kanıya varması, bu kanıyı birçok başka duruma genelleme eğilimini göstermesidir.

4. *Abartma ya da Küçümseme (Magnification-Minimization)*: Küçük bir başarısızlığı büyütürken travmatik boyutlarda algılamadır. Başka bir biçimi de olumlu bir durumun, kişi tarafından yine de olumsuz olarak değerlendirilmesi ve küçümsemesidir.

5. *Kişileştirme (Personalization)*: Kişinin dışındaki olayları, herhangi bir ilişki olmadığı halde kendine bağlama eğilimidir.

6. *Mutlakıyetçi İkili Düşünme (Absolutic Dichotomous Thinking)*: Bütün yaşantıları iki zıt kategoriden birine yerleştirme eğilimidir. Örneğin; kusursuz-kusurlu, temiz-pis, iyi-kötü, vb. Depresif kişinin kendini tanımlarken olumsuz kategorileri seçtiği belirtilmektedir (Beck, Rush, Shaw, Brayn, ve Emery, 1984).

Depresyonun temelinde olumsuz bilişsel sabitlik (negative cognitive set), belirli bilişsel alışkanlıklar ya da çarpık bilişsel şemaların kişinin düşünce sürecine olan müdahale ve etkileri bulunduğu ve bu sorunundan, Beck'in "bilişsel üçlü" adını verdiği, kişinin kendi benliğine, yaşamına ve geleceğe ilişkin olumsuz bakış açısından, kaynaklandığı iddia edilmektedir. Depresif duygulanımların, depresif bilişleri izlediği ve depresyonun çeşitli yaşam olaylarına ve uyarıcılara bağlı olarak ortaya çıkması sırasında, bireyin bu olayları doğru değerlendirmesini engelleyen bilişsel şemaların bu aşamada ortaya çıktığı, kişilerin bu durumun sonucunda tepkisinin oluştuğu ve çoğunlukla bu tepkilerin bireyin kendisini suçlayıcı, aşağılayıcı ve umutsuzluk içeren tutum ve davranışları içerdiği vurgulanmaktadır (Güleç, 1993).

Yukarıdaki açıklama ve biçimleri doğrular biçimde Garber ve Seligman (1980) çaresizlik ve depresyonu ortadan kaldırmak için, kişinin depresif açıklama biçimini daha gerçekçi açıklama biçimine dönüştürmeyi; kişinin kontrol edilemez olarak gördüğü durumları kontrol edebileceği yolunda beklenti oluşturmayı, kişinin çevresinde acı verebilecek olayların oluşma olasılığını düşürmeyi ve istenen olayların oluşma olasılığını arttırmayı önermiştir.

2.1.3.2.3.3. Depresyonda Kişilerarası İlişkiler Yaklaşımı

Psikodinamik kuram gibi, Kişilerarası ilişkiler yaklaşımının da depresyonun bireylerin yakın ilişkileri ve onların bu ilişkilerdeki rolleriyle ilgili olduğu, bu kargaşanın yakın bir zamanda yaşanmış olabileceği gibi geçmişte yaşanmış olabileceği ve rollerdeki bu kargaşanın depresyonun ana kaynağı olabileceği de belirtilmektedir (Klerman, Weissman, Rounsaville ve Chevron, 1984). “Kişiler Arası ilişkiler Yaklaşımı” kuramcılarının, bağıllık kuramından hareketle tecrübesiz çocukların ve gençlerin güvenilir, sorumlu ve sıcak olarak gördükleri bakıcılarına gelecekteki bütün ilişkilerini etkileyen güvensiz bir sevgi bağı geliştirdiklerini, güvensiz ilişkileri kendinin ve diğer bireylerin olumsuz işleyiş tarzı modelleri olarak algılayabileceği gibi, depresyonun bireyin kendi özdeğeri için diğerlerinin desteğinin eksikliğini hissetmesi korkusundan doğabildiği, desteğin var olması isteği ve kuralının da bu bağımlılığı pekiştirdiğinden zamanla depresyonu tetikleyebileceği iddia edilmektedir (Bowlby, 1982). “Biri tarafından sevilmeyen bir kişiysen, hiçbir şeyim.” gibi olumsuz özdeğer yargıları geliştirebilen gençlerin, zamanla kişilik yıkımı yaşayabilecekleri, bu yargıların bilişsel yetilerde ketlenmeye yol açacağı ve öz değer yitimiyle depresyonu etkileyeceği vurgulanmaktadır (Kuiper ve Olinger, 1986; Kuiper, Olinger, ve MacDonald, 1988).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan boylamsal bir çalışma, gençlerin bir endişe yaşantısı sonucu güvensiz bağıllık üslubu geliştirebileceğini, bir uzvun görevini yapamaması gibi olumsuz davranışları sonradan daha fazla geliştirdiğini daha düşük özsaygı ve daha depresif belirtiler gösterdiğini ortaya koymuştur (Roberts, Gotlib, ve Kassel, 1996).

Depresyonlu çocukların ailelerinde depresyon, anksiyete durumu, madde kullanımı, antisosyal davranışlar, boşanma, tek ebeveynin olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, bireylerin okuduğu okul ve yaşadığı mahallede çocuk istismarının olması gibi kişilerarası ilişkiler değişkenlerinin de depresyon üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Cicchetti ve Toth, 1999). Bunun yanında, orta öğrenim yıllarında depresyonun artış göstermesinin, akademik olarak başarılı olduğunu düşünen çocukların duygusal ve davranış güçlükleri çekme olasılığının düşük olmasının, buna karşın akademik olarak kendini başarısız gören çocukların depresyon belirtileri göstermesinin de, depresyonun ortaya çıkmasında çevresel etkenlerin önemini vurguladığı iddia edilmektedir (Cicchetti ve Toth, 1999).

Okul çevresinin orta öğrenime geçiş döneminde çocuğun gelişimini destekleyici rol oynayamaması, motivasyon ve ruh sağlığı sorunlarına katkıda bulunabilir. Okula uyum, akademik ilgi ve başarının ise ruh sağlığı açısından koruyucu bir rol oynama olasılığı yüksektir. Aile içi sorunlar, olumsuz yaşam deneyimleri, düşük benlik algısı ve okul başarısızlığı depresyona neden olabileceği belirtilirken aynı zamanda bu dönemde ergene yapılabilecek en etkin yardımın onun sevildiğinin, anlaşıldığını, kabul edildiğinin, fark edildiğinin belirtilmesi gerektiği vurgulanarak, ona gerekli olduğunun hissettirilmesi, önemli olduğunun, bağımsızlık ve sorumluluk verildiğinin anlatılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kulaksızoğlu, 2001). Bu verilere dayalı olarak, depresyonun nedenleri arasında kişilerarası iletişim eksikliği ve iletişim sorunları olabildiği iddia edilebilir.

2.1.4. Depresyon Üzerine Yurt İçi ve Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Tüzün (1993, akt.; Karakuş, 2003), okul çağı çocuklarında yaş arttıkça depresyon ölçeği toplam puanının arttığını bildirmektedir. Parker (1983, akt.: Ekşi, 1990) anne-baba tutumlarının, çocukların gelişimine etkilerini ve yetişkin yaşamlarındaki psikolojik bozukluklarla ilişkisini incelediği araştırmasında, aşırı denetim ve baskının, sevgi azlığı ile birlikte bulunduğu, çocukları çok olumsuz etkilediğini, ana-babanın aşırı koruyuculuğunun, çocukta ileride duygusal sorunlara ve depresyona yatkınlık yarattığını, sevgi azlığının çocuğun

kendine saygı duygusunun gelişimini bozduğunu, aşırı sınırlamanın çocuğun bağımsızlık ve toplumsal yeterlilik duygularını engellediğini, tüm bu tutumların sonuçta kişinin yaşamda karşılaştığı stresle başa çıkabilmesini ve uyumunu zedelediğini gözlemiştir.

Kashani ve Sherman (1988), çocukların depresyon yaşantılarının nedenleri olarak Sosyal Beceri Eksikliği Modeli (Social Skills Deficits), Öz-Kontrol Modeli (Self-Control Model) ve Anne-Baba Çocuk İlişkileri Modeli'ni (Parent-Child Relations Model) incelemiştir. Kashani ve Sherman (1988) 'ın Sosyal Beceri Eksikliği Modeli'ne göre depresif çocukların kendi çevrelerinden olumlu pekiştireçler sağlamada yeterli becerilere sahip olmadıkları gözlenmiştir. Böylece, olumlu pekiştireçlerin yokluğunun depresyonla sonuçlandığı belirtilmektedir. Ancak sosyal yeteneklerdeki eksikliğin gerçekten depresyondan önce gelip gelmediği ve depresyona neden olup olmadığı açık değildir. Bir başka yönden, depresif kişilerin kendini ödüllendirme, değerlendirme ve kurgulamada (self-monitoring) yetersizliklere sahip olduğu varsayılmaktadır. Depresif hastaların kendi davranışlarının uzun dönemli sonuçlarından çok, kısa dönemli sonuçları ve olumsuz olaylar üzerine odaklandığı iddia edilmektedir. Burada kendini ödüllendirmede yetersizlik ve kendini cezalandırmada bir abartı vardır. Bu durum, öz kontrol modeli olarak adlandırılmaktadır.

Kashani ve Sherman (1988)'ın Ana-Baba Çocuk İlişkileri Modeli ise depresyonu, yetersiz aile-çocuk ilişkilerinin bir sonucu olarak ele almaktadır. Depresif çocukların kendi ailelerini sıklıkla sinirli, cezalandırıcı, küçümseyici bulduklarını ve çoğunlukla ayrılmış anne babaların çocukları oldukları belirtilmiştir.

Diğer bazı çalışmalarda, erken çocuklukta kayıp yaşantılarının depresyonu yordadığı, anne-babanın boşanması yetişkinlikteki depresyonu tetiklediği, ancak, çocuklukta anne-baba ölümünün depresyonla ilişkili çıkmadığı belirtilmekte, bunu da devam eden önemli çocukluk dönemi stres kaynaklarının yetişkinlikteki depresyonu açıklamada daha anlamlı olduğu bildirilmektedir (Rogers ve Hope, 1997; Tennant, 1988).

Bir başka çalışmada Öy (1995), depresyon belirtilerinin çocuklukta ergenliğe geçişte arttığı ve bu artışın özellikle kızlarda belirgin olduğu, bunda aile içi ilişki sorunları, ana babada psikopatoloji, olumsuz yaşam

olayları ve düşük benlik saygısının çocuk ve ergen depresyonuyla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Diğer bazı araştırmalar ise, hem depresif belirtilerin hem de depresyon bozukluğunun kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü bildirmektedir (Cohen, Cohen, Kasen, ve Valez, 1993; Garrison, Sclucheter, Schoenbach ve Kaplan, 1989; Lewinsohn ve Roberts., 1994; Miller, 1975; Özbay ve Öztürk, 1991).

Bununla birlikte, sözlü akran baskısının anne ve baba tutumlarından daha çok bireylerdeki depresyonun bilişsel yönünü etkilediği ve laboratuvar ortamında yapılan çalışmalarda, çocukluktaki kötü davranışların yetişkinlikte negatif bilişsel stillerin oluşmasıyla ilişkili olduğunun gözlenmediği bildirilmektedir (Gibb, Abramson ve Alloy, 2005).

Depresyonda bulunan ergenler ile depresyon gözlenmeyen ergenler arasında yapılan bir araştırma da, depresyonlu ergenlerin ailelerinde duygu ifadelerinin yoğun ve sürekli olduğunun gözlendiğini, ancak bunun aileden mi, rahatsızlıktan mı, yoksa ergenden mi kaynaklandığına dair bir veri bulunamadığını bildirmektedir (McCleary ve Sanford, 2002).

Güney (1998), ergen depresyonun temelinde yatan temanın, kayıp yaşantısı olduğunu, bu kayıpların, ölüm ve bir arkadaşlığın bozulması gibi fiziksel ayrılıklar olabildiği gibi hastalık, yeteneksizlik, irkinleşmek gibi bedensel bütünlük duygusunun kaybı, beklenen bir amaca ulaşmada başarısızlık ya da utanılan bir olayın sorumluluğunu yüklenmeye bağlı benlik saygısının kaybı sonucu olabildiğini belirtmektedir.

Mc Cauley ve Myers (1993), ergenler ile yetişkinlerde depresyonun kendini gösterme farklılıklarını inceledikleri araştırmada, ergenlerde depresyonun daha çok artan bedensel yakınmalar ve aşırı duyarlık, huzursuzluk (irritability) daha yaygın suçluluk duygusu, düşük benlik saygısı ve intihar girişimleri şeklinde görüldüğü, yetişkinlerde ise, daha çok bedensel belirtilerin gözlendiği belirtilmektedir. Psikiyatrik raporlara göre, depresyonlu ergenler sıklıkla daha karmaşık belirtiler göstermekte, birden fazla bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamakta, % 59'unun aynı zamanda ayrılık anksiyetesine, % 37'sinin davranış bozukluğuna da sahip olduğu, yaş ilerledikçe de bu belirtilerle depresyonun daha büyük bir örtüşme içinde olduğu bildirilmiştir.

Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee, Angell ve Angell (1998), gençlik döneminde depresyonun oldukça arttığını, Peterson ve diğerleri (1993) de gençlerin %25-40'nın bozuk depresif bir ruh hali yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Siegel ve Griffin (1983)'e göre depresyon, gencin sosyal uyumunu, yaşama bakışını ve başarısızlıklarını algılayışını etkilemektedir.

Gordon ve Tonge (2001) ise, gençlerde madde kullanımının depresyon verilerini gizleyebildiğini, bu dönemdeki depresyonun, aşırı yeme, hırsızlık, yıkıcı edimler, cinsel davranışlarda artma ve benzeri davranışlarla ya da alışılmışın dışında sıkın ya da saldırgan olma, okul ya da aile stresiyle ilgili şüpheli-gerçek olmayan ama gerçekmiş gibi anlatılan- öykülerle birlikte yoğun baş ağrıları ya da belirgin yorgunluk belirtileri ile kendini gösterebildiğini belirtmektedirler.

Gençlerin depresyonundaki cinsiyet ayırımında; 13-15 yaş arasında büyük farklılık gözlenmediği, ancak 15-18 yaş grubunda kızların erkeklerden daha çok depresyon yaşadığı bulunmuştur (Hankin ve Abramson, 1999).

Benzer şekilde, Erim (2001, akt.: Karakuş, 2003) tarafından Beck Depresyon Ölçeği kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada kadınların erkeklere göre daha depresif ve daha düşük benlik saygısına sahip olduklarının gözlemlendiğini bildirilmektedir. Ayrıca, kadınlarda kayıp yaşantısı ve riskli yaşam olaylarının, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ikisiyle de ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Brown ve Eales, 1993). Yılmaz (2003) ise depresyonun erkeklerde kadınlarda olduğundan daha farklı fiziksel etkilere yol açtığını, bu etkilerin erkeklerde genellikle alkol, uyuşturucu kullanımı ya da toplumsal olarak kabullenilmiş fazla çalışma alışkanlıklarıyla maskelendiğini, ayrıca erkeklerde umutsuzluk ya da karamsarlık hissinden çok, huzursuzluk, sinirlilik ya da cesaret kırılması biçiminde kendisini hissettirdiğini, erkeklerin depresyonda olduklarını hissetseler bile, yardım arama çabalarının kadınlara oranla çok düşük olduğunu vurgulamaktadır.

Tüm bu çalışmaların yanı sıra, üniversite öğrencilerinin depresyonları üzerine de çeşitli çalışmalar yapılmış ve birçok psikososyal değişkenin öğrencilerin depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. 293 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin depresyon düzeyleri ile, cinsiyet, sorun çözme becerisi, çekingenlik, aile, arkadaş ve toplumdan sosyal destek düzeyi, yaş ve akran baskısı değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bunun sonucunda, sorun çözüme becerisi, arkadaşlardan alınan sosyal destek ve çekingenliğin depresyon düzeyini yordadığı bildirilmiştir (Ceyhan, Ceyhan ve Kurtyılmaz, 2005).

Lu (1994), üniversite öğrencilerinin günlük bunalımlarının depresyonla ilişkili olduğunu bulgulamakla birlikte, son dönemde yaşanan stresli olayların daha çok gençlerin anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğunu belirtilmektedir. 449 üniversite öğrencisi ile yapılan diğer bir çalışma ise, mide yakınması olanlarla olmayanların depresyon puanlarının anlamlı biçimde farklılaştığı, mide yakınması olanların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Gençdoğan, 1998).

Aytar ve Erkman (1985), üniversite öğrencilerinde yaşam olayları, depresyon ve anksiyete ilişkisini incelemiş ve öğrencilerin depresyon puanları ile yaşam olaylarını negatif algılamaları arasında aynı yönde bir ilişki olduğunu gözlemiştir.

Bir başka deyişle, depresif bireylerin yaşadıkları olayları depresif olmayanlara göre daha olumsuz olarak algılamakta olduklarını belirtmişlerdir.

Başka bir araştırma, üniversite öğrencilerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bazı değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiş, kız öğrencilerin anksiyete düzeyleri erkek öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, öğrencilerin depresyon düzeylerinin, ailelerinin sosyo-ekonomik durumuna, anne ve babalarının tutumlarına, ana-babalarının başarı durumlarını algılamalarına, okudukları alanın istedikleri alan olup olmadığına, alanları ile ilgili doyum düzeylerine ve psikolojik danışma hizmetinden yararlanma ölçütlerine göre değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (Bozkurt, 2004).

Rich ve Bonner (1987, akt.: Türküm, 1999), yaptıkları bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri ile yaşam stresi, bilişsel çarpıtmalar, bilişsel katılık, sorun çözüme, yalnızlık ve aile desteği gibi örüntüleri karşılaştırdıklarında depresyon ile bu değişkenler arasında anlamlı ilişkiler saptamış, yalnızlık ve sosyal sorun çözüme konusunda kendini zayıf olarak değerlendiren kişilerin, yaşam stresini yoğun olarak hissettiklerini ve bu bireylerin aile desteğini düşük düzeyde algılayarak depresyona girdiklerini belirtmişlerdir.

Buna ek olarak, üniversite öğrencileri arasında depresif belirtiler gösterenlerin, depresyon nedeniyle yaşadıkları sorunların onları geriye dönüşü olmayan

yollara götürebileceği de ifade edilerek, depresyon belirtilerinin hafif düzeyde olduğu durumlarda bile; bireyi hareketsizliğe, verimsizliğe, mutsuzluğa itmesi nedeniyle, bu belirtileri gösterenlere ulaşılmasının, koruyucu ruh sağlığı açısından da önem taşıdığı vurgulanmaktadır (Hisli, 1989).

Gençler üzerinde yapılan diğer çalışmalarda ise, tutarsız anne-baba tutumları, kişiler arası çatışmalar, fiziksel hastalık, bir yakının ölümü, tecavüz, anna-babanın boşanması ve ailevi çatışmaların depresyonu yordadığı bildirilmiştir (Ge, Lorenz, Conger vd., 1994; Marttunen, Aro, Henriksson ve Lonqvist, 1994; Olsson, Nordstroem, Arinell ve von Knorring, 1999). Diğer bazı araştırmalarda ise, gençlerin kendi kişisel yaşantı ve stres kaynaklarının dışında, anne-babalarındaki stres kaynakları ve olumsuz yaşamları, anneye ait stresli olaylar, anne-baba depresyonunun depresyonu tetiklediği vurgulanmaktadır (Ge ve diğerleri, 1994; Goodyear, Wright ve Altham, 1988).

Siegel ve Griffin (1983) de depresyonun, gençlerin sosyal uyumunu, yaşama bakışını ve başarısızlıklarını algılayışını etkilemekte olduğunu öne sürmüşlerdir.

Depresyona ilişkin risk etkenleri üzerine yapılan diğer bir araştırmada; ailede iki uçlu (bipolar) duygulanım bozukluğu ya da tek uçlu (unipolar) depresyon öyküsü bulunan bireylerin genetik yönden depresyona girme ihtimalinin arttığı rapor edilmektedir. Anne-babaların depresyon yaşantısının devam ettiği durumda, çevresel etkenler nedeniyle çocuğun ikincil olarak depresyona girme ihtimali de artmaktadır. Ayrıca, anne-babanın alkolik olması ya da sınır kişilik bozukluğu (borderline) yaşamasının depresyon riskini artırdığı bulunmuştur. Ailede intihar öyküsü bulunmasının da intihar riskini artırdığı belirtilmektedir. Depresyonun oluşmasında, psikolojik etkenler önemli rol oynamaktadır. Örneğin, kendisi ve ailesi aşırı beklentiler içinde olan çocuklar risk altındadır. Ailesel etkenlerin de depresyonda önemli rol oynadığı, ihmal edilme, fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın, aile yapısında bozukluğun, anne-babanın ayrı ya da boşanmış olmasının ve kayıp yaşantısının önemli risk etkenleri olduğu vurgulanmaktadır (Gordon ve Tonge, 2001).

Howes ve diğerleri (1985, akt: Myers, 1987)'ne göre, depresyondaki kişilerin davranışları, ilişkide olduğu diğer kişilerde, anksiyete, düşmanlık ve hatta bu kişilerin geçmişle bağlantılı depresyonlarını tetikleyici rol oynayabileceği vurgulanmaktadır

Farklı bir çalışmada Chan (1985, akt.: Türküm, 1999), depresyon ile bilişsel çarpıtmalar ve akılcı olmayan inançları incelemiş, üniversite öğrencilerinden bir ay arayla iki kez veri toplanarak gerçekleştirilen çalışmada, deneklerin depresyon puanları ile akılcı olmayan inançlar ve bilişsel çarpıtmalarına ilişkin puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki gözlemiştir.

Depresyonun anlam belirsizliği (çok anlamlı) olan durumların yorumlanması üzerindeki etkilerini ortaya koyan araştırmalar, birbirleriyle tutarlı biçimde depresif bireylerin yorumlayıcı bir ön yargıya sahip olduklarını ifade etmektedirler.

Örneğin, McLeod ve Ilfathews (1991, akt.: Eysenck ve Keane, 1996)'in yaptığı ve Bilişsel Önyargı Anketinin (CBQ) kullanıldığı bir çalışmada, deneklerin kısaca tanımlanmış durumlar karşısında, dört olası yorumdan birini seçmeleri istenmiş, depresif bireyler, birbirleriyle tutarlı biçimde, kontrol grubundan çok daha fazla ve anlamlı bir biçimde olumsuz yorumlamaları seçmişlerdir. Bu sonuç, depresif bireylerin bir yorumlayıcı önyargıya sahip olduğu şeklinde açıklanmıştır.

Miranda (1992), 197 kişi üzerinde yaptığı araştırmada işlevsel olmayan düşüncenin depresyona yatkın kişilerde olumsuz olaylar tarafından uyarılıp uyarılmadığını incelemiştir. Daha önce depresyon geçirmiş bireylerde, olumsuz olaylar arttıkça olumsuz düşüncelerin de artmakta olduğu görülmüş, bu durum daha önce hiç depresyon geçirmeyen bireylerde görülmemiştir. Bu bulgunun, işlevsel olmayan düşüncelerin olumsuz olaylar tarafından uyarılıncaya kadar gizli bir şekilde kaldığını savunan bilişsel teoriyi desteklediği bildirilmektedir.

Mollanen (1993, akt.: Gökçakan, 1997), depresif bilgi süreçlendirmesini ortaya çıkarmak için 107 kolej öğrencisi üzerinde bir araştırma yapmış, araştırmada Beck Depresyon Envanteri (BDE), İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS) ve kısa bir demografik bilgi formu uygulanmış, öğrencilerin kendileri ile ilgili pozitif ve negatif ifadeleri hatırlamaları da ölçülmüştür. Öğrencilerin depresyon ve işlevsel olmayan tutumları ile kendileri ile ilgili olumlu ve olumsuz ifadeleri hatırlamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, öğrencilerin depresif durumlarının onların kendileri ile ilgili olumsuz bilgi süreçlendirmeleri ile tutarlı bir ilişki gösterdiği bildirilmektedir. Bu veriler Beck'in depresyonla ilgili bilişsel teorisini desteklemektedir, ancak öğrencilerin

olumsuz kişisel bilgi süreçlendirmelerinin, onların bilişsel incinirlik düzeyleri ile tutarlı bir ilişki içinde olmadığı da gözlenmiştir.

Aynı zamanda, fiziksel hastalık ve depresyon arasında ilişki olduğu ve fiziksel hastalıkların depresyona girmede etkili olduğu bildirilmektedir (Cohen ve Rodriguez, 1995; Gatz Qualls ve Abeles, 2000).

Pinquart (2001), depresyonun ruhsal sağlık ilişkilendirildiği kadarıyla nesnel fiziksel sağlık ve işlevsel kapasiteyle de ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bireyin sağlık durumunda olumlu değişiklikler olmasının her zaman depresyonda düzelmeye yol açtığına dair veri bulunmadığı da bildirilmektedir (Meeks, Murrel ve Mehl, 2000; O'Rourke, Cappeliez ve Guindon, 2003).

Reno ve Halaris de (1990) ağrılı hastalıklarda bireylerin başlangıçta depresyona yönelik tedaviye olumlu cevap vermelerine rağmen, kronik (devam eden) hastalıklarda bireylerde oluşan depresyonun bireylerin zorluklarla sık sık karşılaşması ve her seferinde hastalığın yeniden nüksetmesiyle ilişkili olduğunu ileri sürmektedirler.

Araştırmalar, fiziksel sağlık koşullarının, daha genç yetişkinlerle karşılaştırıldığında ileriki yaşlarda depresyon açısından bir risk etkeni olarak öneminin arttığını ileri sürmektedir (Cappeliez ve Flynn, 1993; Gatz, 2000).

Bazı çalışmalarda ise, gençlerin, eğitim düzeyi yüksek olanların ve üst sosyo-ekonomik düzeyde bulunan bireylerin depresyona yönelik olan tutumların daha olumlu olduğu görülmekle birlikte (Brandli, 1999; Johansen, 1969; Rahav, Struening ve Andrews, 1984) bazılarında da tam tersi bulgular elde edildiği bildirilmiştir (Sellick ve Goodear 1985).

Depresyon yaşayan bireyler üzerinde yapılmış bir araştırmada, birbirine benzer üç alt grupta toplanan belirtiler olduğu ve bu belirtilerin, bireyler arası ilişkilerdeki şiddetli strese sebep olan yaşam olayları, diğer stresli yaşam olayları ve stressiz yaşam olayları olduğu ifade edilmektedir (Johnson, Monroe, Simons ve Thase (1994).

Ingram (2001), depresyonun oluşmasında belirleyici üç değişken olan bireyler arası ilişkiler (anne-baba, arkadaş, karşı cins ve sosyal çevre), olumsuz yaşam olayları ve gelişim dönemlerindeki değişik aşamalarda oluşan savunmasızlığın depresyon ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu vurgulamaktadır.

Tuğrul (2000) stres ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında, günlük olaylar, yaşam olayları, ve spesifik yaşam durumları ile depresyon arasında

anlamli ancak orta derecede bir iliski gözlemiŝ, stres ve depresyon arasında rol oynayan deęiŝkenlerle ilgili çalışmasında ise, stresle başa çıkma yolları, benlik saygısı ve sosyal desteğin depresyonun ortaya çıkmasında önemli ara değişkenler olduğunu bildirmiŝtir.

Ünal, Küey, Güleç, Bekaroğlu, Evlice ve Kırılı (2002) klinik düzeyde depresyon hastaları ile yaptıkları çalışmada, cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, hayal kırıklıkları, aile işlev bozuklukları, yetersiz anne-baba bakımı, erken olumsuz yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık, sosyal destek azlığı gibi çeşitli risk etmenlerinin majör depresyonun öncülü olduğunu öne sürmekte ve yaşanan sorunun depresyonla sonuçlanmasına etki yaptığını vurgulamaktadırlar.

500 psikiyatri uzmanının depresyon tanısı koyduğu 2014 depresyon hastasından elde edilen veriler ile; ailede birinin depresyon geçirmiş olması, 25-44 yaş arası kadın olmak risk etkeni olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların % 17.5'i ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, %35'i kendisinde depresyon öyküsü bildirmişlerdir. Risk etkeni olarak kronik hastalık kadınlarda, ilaç/madde kullanımı erkeklerde daha fazla bildirilmiştir. Depresyon öncesi stresli yaşam olayı vakası 1543 ile (%76) kişide gözlenmiştir. Kadın ve erkek hastalarda yaşam olayı sıklığı ve şiddeti birbirine benzer, kadınlar daha sıklıkla evlilik sorunları ve karşı cinsle ilişkili sorunlar bildirirken, erkekler daha çok iŝle ve diğer kişilerarası iliŝkilerle ilgili sorunlar bildirmiŝtir (Ünal vd., 2002).

Olumsuz yaşam koşulları ile olumlu yaşam koşullarının depresyonla ilişkisinin incelendiği diğer bir çalışmada, olumsuz yaşam koşullarından kaynaklanan stresin depresyonu tetiklediği belirtilmiştir (Dixon ve Reid, 2000). Benzer şekilde, Hammen, Henry ve Daley (2000) olumsuz yaşam koşullarından kaynaklanan stresin kadınları daha hassaslaştırdığı ve bu durumun yetişkinlik döneminde depresyonu tetiklediğini vurgulamıŝlardır.

Yine olumsuz yaşam olayı olarak nitelendirilen felaketler sonrasında çocuklar ve ergenlerde yapılan çalışmalarda kızların sürekli anksiyete puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Alparslan, Koçkar, şenol ve Maral. 1999; Cooley, Beidel ve Turner, 1995, Horowitz, Weine ve Jekel, 1995; North, Smith ve Spitzange, 1994; Shannon, Lonigan, Finch ve Taylor, 1994).

Tüm bunların yanı sıra, depresif bozuklukların yalnızca sıklık ve yaygınlıkları bakımından değil, sorunların şiddeti bakımından da tüm diğer bozukluklar arasında önemli bir yerde olduğu iddia edilmektedir. Örneğin, Guze ve Robins (1970, akt.: Uzunöz, 1990) ve Becker (1974 akt.: Uzunöz, 1990) psikiyatrik hastalar arasında en yüksek intihar oranının depresif hastalarda olduğunu, her 200 depresif hastadan birisinin intihar girişiminde bulunduğunu ve bu girişimlerden % 70'inin ölümlerle sonuçlandığı bildirmişlerdir.

Benzer şekilde, Sayıl ve Berksun (1998)'a göre, depresif bozukluk çoğunlukla intihar düşüncesi ile birlikte seyretmektedir. Ağır depresif bozuklukta intihar riski genel popülasyona göre 80 kat daha fazladır. Depresif bozukluğu olan olguların %11-17'sinin sonunda intihar etmektedir. Major depresyonu anlamada stres ve cinsiyet etkileşimi üzerine yapılan incelemelerde de, Marciejewski (2001, akt.: Hammen ve Mazure, 2003) ve Kendler (2001, akt.: Hammen ve Mazure, 2003), kadın ve erkek her iki cinsiyetteki bireylerin benzer oranlarda strese maruz kaldığını ancak strese karşı gösterilen tepkilerin farklılaşması nedeniyle aynı stres yaşantısına maruz kalsalar bile kadınların depresif tepki gösterme olasılıklarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır.

Major depresyonda iki aşamalı 12 aylık geleceğe dönük mülakata dayalı bir çalışma yapan araştırmacılar, 6 aylık süre içinde 86 hastanın %33'ünde rahatlama, %20'sinde kısmi rahatlama ve %47'sinde depresif aşama gözlemişlerdir. 12 ayın sonunda ise; %37'sinde rahatlama, %28'inde kısmi bir rahatlama, %35'inde hala depresif özellikler gözlenmiştir. 6 aylık sürede tedaviden bir sonuç alınamazsa iyileşmeyi engelleyen etmenler için yeni bir araştırma yapılmasının gerektiği belirtilmiştir (Viinamaki, Hintikka Tanskanen, Honkalampi, Antikainen, Koivumaa-Honkanen ve ark., 2002).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Polikliniği'ne başvuran 97 major depresyon hastası altı ay süresince izlenmiş, önerilen antidepresan tedaviyi erken kesip kontrollerine gelmemelerine göre tedaviye uyumlu olan ve olmayan grup olarak iki gruba ayrılmıştır. İki grup klinik ve sosyo-demografik özellikleri açısından karşılaştırılmış, tedaviye ve uyumsuzluğa neden olabilecek etkenler araştırılmıştır. Tedaviye uyum gösteren 71 hasta ve göstermeyen 26 hastanın klinik ve sosyo-demografik özellikleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, kadınların tedaviye uyumunun daha

yüksek olduğu, ayrıca doz rejimine uyumlu olan hastaların tedaviye daha uyumlu oldukları bildirilmektedir (Ervatan, Özel, Türkçapar ve Atasoy, 2003). Olumsuz yaşam koşulları ile olumlu yaşam koşullarının depresyonla ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, olumsuz yaşam koşullarından kaynaklanan stresin depresyonu tetiklediği belirtilmiştir (Dixon ve Reid, 2000). Başka bir çalışmada olumsuz yaşam koşullarından kaynaklanan stresin kadınları daha hassaslaştırdığı bununda yetişkinlik döneminde depresyonu tetiklediği vurgulanmıştır (Hammen, Henry ve Daley, 2000).

Gençler üzerinde yapılan çalışmalarda ise, tutarsız anne-baba tutumları, kişiler arası çatışmalar, fiziksel hastalık, bir yakının ölümü, tecavüz, anne-babanın boşanması ve ailevi çatışmaların depresyonu yordadığı bildirilmiştir (Ge, Lorenz ve Conger, 1994; Marttunen, Aro, Henriksson ve Lonqvist, 1994; Olsson, Nordstroem, Arinell ve von Knorring1999). Diğer bazı araştırmalarda ise, gençlerin kendi kişisel yaşantı ve stres kaynaklarının dışında, anne-babalarındaki stres kaynakları ve olumsuz yaşamları, anneye ait stresli olaylar (5,84), anne-baba depresyonu depresyonu tetiklediği vurgulanmaktadır (Ge ve diğerleri, 1994; Goodyer, Wright ve Altham, 1988).

Diğer yandan Doğan (2000), depresyonun farklı toplumlarda farklı sıklık ve yaygınlık gösterdiği, bunun da kültürel farklılıklardan kaynaklandığı, bu nedenle depresyonun risk gruplarının tanınmasında ve birincil- ikincil- üçüncül korumanın planlaması yapılırken bu kültürel farklılıkların göz önünde bulundurulması gerekliliği üzerinde durmaktadır.

Yapılan araştırmalarda, tüm dünyada kadınların, evlenmemiş kişilerin ve de sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kişilerin depresyona girmede öncelikli risk grubu olduğunun ileri sürüldüğü, ancak Asya için bu durumun farklı olduğu belirtilmektedir. Japonya ve ABD’de ulusal aile araştırmalarında, depresyonu yordayan sosyo-demografik değişkenler ile arasında farklılıklar bulunduğu belirtilmektedir. Kültürel değer algılamalarının farklılığına bakıldığında; Japonya’da öncelik iyi bir iş iken, ABD’de eğitimin daha öncelikli olduğu görülmüştür. Bu nedenle bireylerin beklentilerinin karşılanmamasından kaynaklanan depresyon riskinin kültüre göre farklılık gösterebileceği iddia edilmektedir. Bu farklılıklar dışındaki sosyo ekonomik durum, cinsiyet ve evlenmemiş olmak gibi değişkenlerin depresyon üzerindeki etkisinde bir

farklılık olmadığı bildirilmektedir (Inaba, Thoits, Ueno, Gove, Evenson ve Sloan, 2005).

Bireyin bütün yaşamına egemen olan bir hastalık yaşantısı olan depresyonun, sosyal ve kültürel etmenlerden önemli ölçüde etkilendiği ve her bireyin depresyonu, kendine özgü öyküsü ile yaşadığı iddia edilmektedir. Bu etmenlerin, olumsuz sosyal ve ekonomik koşullar, psikososyal çevredeki olumsuz değişimler, çocuk yetiştirme tarzı ve ölümün ele alınışındaki farklı toplumsal pratikler, farklı kültürlerde duyguların farklı biçimlerde yaşanması ve farklı biçimlerde çözüm aranması vb. olarak gösterilebileceği, dolayısıyla depresyonun oluşmasında sosyo-kültürel etkileri göz ardı etmeden hastaya yaklaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (Cimilli, 2001).

Özmen (2004) tarafından sosyo-demografik etmenlerin depresyona etkisi olup olmadığına yönelik tutumlar üzerinde yapılan araştırmada; sosyo-demografik değişkenlerin ve hastalıkla tanışıklığın kendi başına depresyon ile ilgili tutumları pek etkilemediği, kırsal kesimde sosyo-demografik etmenlerin depresyon üzerinde etkisinin olduğunu düşünenlerin yok denecek kadar az iken İstanbul'da yapılan çalışmada ise; 55 yaştan yukarı olanlar ile daha düşük eğitim

düzeyine sahip olanların daha olumsuz ve etiketleyici bir yaklaşıma sahip olduğu, kadınların ise depresyonu daha olağan bir durum gibi görme eğiliminde olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla Özmen (2004) depresyon ile ilgili tutumların oluşmasında sosyo-demografik etmenlere göre kültürel etmenlerin daha belirleyici olduğunu öne sürmektedir.

2.1.5. Depresyon ve İntihar:

Depresyonun en feci sonucu intihardır. Birleşik Devletler'de her yıl yaşamını intihar ederek sona erdiren 30.000 kişinin çoğu depresyon geçirmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişi sayısının, intihar edenlerin sayısından iki ile sekiz kat fazla olduğu hesaplanmıştır (Shnei-dman,1985). Kadınların intihar girişimi erkeklerinkinden yaklaşık üç kat fazladır, ancak erkekler kendilerini öldürme konusunda kadınlardan daha başarılıdır. Kadınların intihar girişimlerinin daha fazla olması, olasılıkla depresyon olaylarının kadınlar arasında daha fazla görülmesiyle ilgilidir. İntihar girişiminde bulunanların en

sık görülen gerekçeleri arasında, depresyon yer almaktadır (Petronis vd,1990;Shneidman, 1985).

Ergenler ve genç yetişkinler arasındaki intihar oranı (geleneksel olarak düşük) artmaktadır. Aslında, ABD’de 15 ile 24 yaş arasındaki kişilerin intihar vakaları son 40 yıl içinde 4 kat artmıştır. Lise öğrencileri arasında yakınlarda yapılan bir araştırmada, bu kişilerin %27’sinin intiharı “ciddi biçimde düşündüğü” ve 12 kişiden birinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Centers for disease Control, 1991).

İntihar girişiminde bulunan üniversite öğrencileriyle ilgili güncel ve akademik kayıtlar üzerinde yapılan bir araştırmada, bunların daha sıkıntılı, kendilerinin daha fazla zorlayan kişiler oldukları ve intihar eğilimi taşımayan sınıf arkadaşlarına kıyasla daha sık depresyon geçirdikleri bulundu. Akademik faaliyetle ilgili endişeler, fiziksel sağlık ve başkalarıyla yaşanan ilişkilerde ortaya çıkan zorluklar bu niyeti güçlendirir (Seiden,1966).

İntihar eden ergenlerin çoğu ise okulda son derece başarısız olmuşlardır. İntihar eğilimi taşıyan gençlerin, bir kaçı kusursuz olma ve sınıfının zirvesinde kalma baskısı hisseden akademik yetenek taşıyan öğrenciler olsa da, çoğu okuldan ayrılma yada okulda davranış sorunları gösterme eğilimindedirler (Leroux, 1986).

Örneğin, ana babasının aşırı düzeyde başarı beklediği bir öğrenci aşırı dozda uyku ilacı alabilir. İntihardan söz eden bir kişi intihar girişiminde bulunabilir. İntihar girişimi bir yardım çılgılığıdır.

2.1.6. Akran Örselemesi ve Depresyon

Türkçe'ye akran örselemesi, ya da akran zorbalığı olarak çevirebileceğimiz "bullying" görüngüsü toplumsal yaşantının sürdürüldüğü her ortamda kendini gösteren önemli bir sorundur. Genel olarak zorbalık, saldırganlık yoluyla kişilerarası güçlülüğün vurgulanmasıdır. Akran örselemesi, hedef olanda ruhsal sıkıntıya yol açan, kötü niyetle gerçekleştirilen, olumsuz ve yineleyici fiziksel ve/ya da sözel eylem olarak tanımlanmaktadır (Craig ve Pepler 2003). Süreğen

zorbalık eylemleri güç dengesizliğini kalıcılaştırır ve hedef olanları daha da savunmasız duruma getirir (Craig ve Pepler 2003, Rigby 2003).

Çocuk ve ergenlerin eğitim ve öğrenim nedeniyle bir arada buldukları okul ortamlarında yaşanan örseleyici eylemler gelişimsel süreci olumsuz etkilemeleri nedeniyle son 20 yıldır ilgi odağıdır (Smith ve ark. 2003). Çocuklar arasında erken yaşlarda doğrudan agresyon yaygın iken ergenlik yıllarıyla birlikte dolaylı agresyon öne çıkmaya başlar. Erkek çocuklar daha çok gözdağı verme ve fiziksel örseleme gibi doğrudan eylemleri yeğlerken, kız çocuklar daha çok dışlama ve dedikodu yayma biçiminde dolaylı yöntemleri kullanmaktadır (Craig ve Pepler 2003).

Çocuk ve ergenlerde aynı akran topluluğunda yaşanan şiddetin olumsuz ruhsal etkileri, bilimsel çalışmalarla ortaya konulmaktadır. Örselenmeye uğrayan, bir yandan da kendileri örseleyici davranış gösteren çocuklar dışsallaştırma ve aşırı hareketlilikte en yüksek puanları almış, ayrıca öz bildirimlerinde kendilerini başarısız ve kişilerarası ilişkilerde sorunlu olarak değerlendirmişlerdir.

Akran örselemesiyle karşılaşan çocuklarda içselleştirme ve psikosomatik belirtiler sıklıkla, bu çocuklar yaşamdan zevk alamadıklarını bildirmişlerdir. Öte yanda, psikolojik bozukluğu olan ya da psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirilen çocuklar arasında da başkalarını örseleme sıklığı yüksek bulunmuştur. (Kumpulainen ve ark. 1998). Akran örselemesinin yol açtığı psikiyatrik sorunlar 8 yaştan 15 yaşa kadar izlemde süreğenlik göstermektedir (Kumpulainen ve Rasanen 2000).

Akranlarının sözel saldırganlık gibi olumsuz eylemlerine hedef olan çocuklarda düşük kendilik algısı artmakta ve daha fazla travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmektedir. Bu çocuklar kendilerini kişilerarası manipülasyona açık görmekte ve dış kontrol odağı (external locus of control) algısı daha yüksek olmaktadır (Mynard ve ark. 2000).

Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar akran örselemesi ile depresyon belirtileri arasında net bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Seals ve Young (2003), onların ardından Saluja ve ark. (2004) tarafından bildirilen çalışmalarda hem örseleyenlerde, hem de örselenenlerde depresyon belirtileri yüksek olarak bulundu. Fekkes ve ark. (2004) ise akran örselemesine uğrayan çocuklarda görülen depresyon ve psikosomatik belirtileri bunun, genel anlamda

çocuk kötüye kullanımında görülen belirtilere benzer olduğu yönünde yorumladılar. Akran örselemesinde artmış depresyon sıklığıyla bağlantılı olduğu düşünülebilecek bir bulgu da akran örselemesine karışan taraflarda görülen artmış özkıyım tehlikesidir (Kim ve ark. 2005).

2.1.7. Ebeveyn Tutumları ve Depresyon

Horney'e (1945) göre ebeveyn tutumlarının çocuklar üzerinde çok önemli etkileri vardır. Örneğin, çocukluklarında reddedici ana-baba tarafından yetiştirilen bireyler, yalnızlık ve güvensizlik duygusu ile büyümektedirler. Çocukların sevmeye ihtiyacı vardır ancak eleştirilmek ve reddedilmek korkusu onlarda alınganlığa, umutsuzluk duygularına ve depresyona yol açmaktadır. Böylece yaşamın ileriki dönemlerinde de kişilerarası ilişkilere dayalı olarak yaşadıkları sorunlar bağlamında kolaylıkla incinen ve depresyon yaşayan bireyler olarak yaşamlarını sürdürmektedirler.

Otoriter ana-babanın olduğu ailede uygulanan sıkı disiplin kuralları ve eğitimde cezaya başvurulması çocukta düşük benlik saygısına yol açmakta, çocuğun anksiyeteli ve nörotik bir kişilik geliştirmesinde önemli etken olmaktadır. Bunların yanı sıra ana-babaları otoriter olan gençlerin çevrelerine körü körüne uyan, başarılı ancak sosyal konularda kendilerine daha az güvenli, depresyona, suçluluğa ve madde kullanımına daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Kuzgun ve Eldeleklioğlu, 2005).

Önemli diğerlerinden -özellikle ebeveynlerinden- kabul ve onay beklentisi içerisinde olan ergenler bu beklentileri karşılanmadığında kişilerarası ilişkilerindeki sorunları nedeniyle depresif bir duygu durumu sergileyebilmektedirler. Buna paralel olarak, bu bireyler kişilerarası sorun çözme becerilerindeki yetersizlikler yönüyle de genellemeler yaparak ve olumsuz çıkarımlarda bulunarak depresif bir duygu durumu gösterebilmektedirler. Bu genellemeler ve çıkarımların etkisiyle işlevsel olmayan otomatik düşünceler geliştirerek diğer bireylere ilişkin olumsuz yüklemelerde bulunabilmektedirler. Düşük benlik saygısı da depresyon için oldukça önemli bir incinebilirlik etkenidir fakat benlik saygısı ebeveynler tarafından -çocuklarından aşırı beklentili mükemmeliyetçi ebeveynler- kabul

edilmeme durumlarında özellikle önemli bir rol oynamaktadır. Benlik saygısı düşük ergenler, benlik saygısı yüksek olanlara göre daha yüksek düzeyde depresyon, çaresizlik ve anksiyete yaşamaktadırlar (Blackburn, 1987).

Ebeveynlerin demokratik ve destekleyici tutumlarının yetersizliği, hatalı aile tutumlarına verilebilecek önemli bir örnektir. Bununla ilgili olarak yaşanan aile içi çatışma, babanın katı ve anneye yardımcı olmayan davranışları ergenlerde depresyon, düşük özgüven ve davranış bozukluklarına yol açmakta iken; ebeveynlerinin haksızlık yaptığını, anlaşılmaz olduklarını ve hoşgörüsüz olduklarını düşünen -ebeveynlerin davranışlarıyla bu durumları doğrulaması noktasında- ergenler de depresyon yaşayabilmektedirler. Mükemmeliyetçi ana-babalar ise çocukları için ulaşılmaz güç hedefler belirleme ve çocuklarının hatalarına karşı aşırı duyarlı olmaları bağlamında özellikle ergenlik döneminde davranış bozukluklarına ve depresyona neden olabilmektedirler.

2.1.8. Depresyon ve Ergenlik

Ergenlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe doğru giden büyüme ve gelişme süreci içinde, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uğradığı bir geçiş dönemidir. Bu dönemde gelişimsel yönden çatışmalar yaşandığı için, normal ile patolojinin ayırımında zorluklar olabilmektedir. Erickson'un ruhsal-toplumsal kuramında ergenlik ve gençlik çağı, kimlik oluşum sürecinin yaşandığı gelişim evresi olarak tanımlanır. Burada yaşanan kimlik krizinin bir tanı ölçütü olamayacağını, ancak gelişimsel bocalamanın, akut başlangıçlı bir bozukluk içinde tanımlanmasının, bir tanı tablosu oluşturabileceğini belirtmiştir (Erickson 1968). Ergenlik dönemine bilimsel bir yöntemle ilk olarak yaklaşan G. Stanley Hall, bu dönemi, 'fırtına ve stres' dönemi olarak değerlendirmiş, ergenlik dönemini çelişkiler dönemi olarak tanımlamıştır. Bir çok araştırmacının sonuçlarına göre, bu dönemin uzaması, sosyal ve biyolojik olgunlaşmanın birlikte kazanılmaması, erişkin rollerin fazlalığı, ailevi ve sosyal destek ağlarında erozyon ve yaşamı tehdit edici aktiviteler, duygusal karışıklığın oluşmasında önemli etkenler olmaktadır (Varan 1997). Araştırmalar ergenlik döneminde bildirilen sorunların, ergenliğin %40'ında genç erişkinlik dönemine geldiklerinde de sürdüğünü göstermiştir (Robert ve Ferdinand 1955). Bu durum ergenin ruhsal yakınmalarının psikiyatrik

değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Ruhsal ve bedensel değişim ile sosyal değişim yaşandığı bu geçici dönemin doğal seyrinde uyum zorlukları yaşandığı kadar, bu değişimler psikiyatrik bozuklukların oluşmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık görülen psikiyatrik bozuklukların, anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğu belirtilmektedir (Bernstein 1991, Freeman ve ark. 2002). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, anksiyete bozukluklarının, çocuk ve ergen psikiyatrisinde yaygınlığının en yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Kashari ve Orvaschel 1990, Bernstein ve ark. 1996). Çalışmalarda, klinik olarak işlevsellikte bozulması olan ergen olguların %8.7'sinde en az bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır (Kashari ve Orvaschel 1988). Ergenlerde anksiyete yaygınlığının, %0.6'dan %7'ye kadar geniş bir aralık gösterdiği belirtilmektedir. Ancak çalışmalarda, sosyoekonomik durum, yaş ve cinsiyet farklılığına yönelik bilgiler çok sınırlıdır (Freeman ve ark. 2002). Bir çalışmada, Ulusal Komorbidite Tetkik sonuçlarına göre, ergenlerin ve genç erişkinlerin yaklaşık dörtte birinde bir major depresyon epizodu (%15.3) ya da minör depresyon epizodu (%9.9) geçirdiği belirtilmektedir (Kessler ve Walters 1998). Öy, Çuhadaroğlu ve Sonuvar, ülkemizde ergenlerde depresyon belirtili sıklığını %27 olarak bildirmişlerdir. Depresyon tanısı almış olan ergenlerin, hastalık öncesi dönemde sağlıklı ergenlere göre daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kaldıkları ve gösterdikleri belirtilerin tipi ve şiddeti ile stresli yaşam olayları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Canat 1997, Öy 1995).

Wade ve arkadaşları (2002), okulu erken bırakan ya da okula bağlılığı ve okul performansı düşük olan öğrenciler ile depresyonun korelasyonunun yüksek olduğunu belirtmektedirler. Yine ergenlerde Eksen I tanı grubu içinde yer alan davranım bozukluğunun, geç çocuklukta ve erken ergenlik döneminde pik yaptığı, okul öncesinden geç ergenlik döneme kadar yayılım gösterdiği, gençler arasında yaygınlığın, son birkaç yılda artma gösterdiği belirtilmektedir (Practice Parameters for Conduct Disorders 1997). Sık görüldüğü belirtilen bu bozuklukların yanı sıra ergenlerdeki ruhsal psikopatolojiler, ya herhangi bir tanı ölçütüne girmekte ya da tanı oluşturmamaktadırlar. Bu dönemde yaşanan gelişimsel çatışmaların ortaya çıkardığı sorunlar ile gelişen psikiyatrik

bozukluklar, ergenin kendisinin ya da çoğunlukla çevresinin bir psikiyatri kliniğine başvurmasına yol açmaktadır.

Ergenlik dönemi depresyonu ülkemiz gençleri arasında da yaygındır (Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992). Bir çalışmada Eskin (2000) lise öğrencilerinden oluşan örneklemin %60,5'inin Genel Sağlık Anketinde (GSA-12) vaka kesim noktası üzerinde bir puan aldığını bulmuştur. Bu, öğrencilerin yüzde 60'ının ruh sağlığı sorununun varlığına işaret edebilecek bir puan aldığını göstermektedir. Başka bir çalışmada Bilal (2005) GSA-12 üzerinde ortalamanın bir standart sapma üzerinde puan alan lise öğrencilerine tanı koydurucu yapılandırılmış bir görüşme olan SCID-I uygulamış ve bir tanı konanlardan %70,9'unun majör depresyonu olduğunu bulmuştur. Bu bakımdan ergenlik dönemi, depresyonun gelişimsel bir psikopatoloji olarak anlaşılması, sağaltımı ve önlenmesi için yapılabilecek girişim stratejilerinin oluşturulması açısından önemlidir.

İlgili literatür incelendiğinde, ergenlik döneminde depresyonun bazı demografik, ailesel ve okulla ilgili özelliklerle ilişkili olduğu görülmektedir. Görgül çalışmalar, kızlar arasında depresyonun erkeklerden daha yaygın olduğunu (Allgood-Merten ve ark. 1990; Nolen-Hoeksama ve Girgus 1994) ve ebeveyn ölümü ya da ayrılığı (Denton ve Kampfe 1994), aile üyelerinde psikiyatrik bir rahatsızlığın olması (Denton ve Kampfe 1994; Kaslow ve ark. 1994; Williamson ve ark. 1995), istismar ve ihmale maruz kalma, ebeveyn desteğine daha fazla gereksinim duyma (Meadows ve ark. 2006), okul başarısızlığı ve düşük not ortalaması (Undheim ve Sund 2005) ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Ergenin bazı bilişsel ve davranışsal özellikleri depresyon ile ilişkilidir. Ergenlik depresyonuyla ilişkili olan özelliklerden biri benlik saygısıdır. Benlik saygısı yüksek ergenlerde depresyon olasılığının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Burwell ve Shirk 2006; Guillon ve ark. 2003; Lewinsohn ve ark. 1998). Ergenlikteki baş etme becerilerinden biri sorun çözme ise diğeri atılganlıktır.

Yetersiz sorun çözme beceri düzeyi depresyon ve intihar davranışının ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemlidir (Nezu ve ark. 1986; Nezu ve Ronan 1988; Marx ve ark. 1992; Priester ve Clum 1993; Pollock ve Williams 2004; Speckens ve Hawton 2005). Sorun çözme yaklaşımı, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki duygusal sorunların önlenmesi ve sağaltımında önemli

bir yol olarak görülmektedir (Heppner ve ark. 1984; Spence ve ark. 2003). Çocukluktan sonra ergen için akranların ve dış dünyanın önemi artmakta, hatta yaşamsal değere ulaşmaktadır. İlişkiyi başlatıp sürdürebilme ve akranların olumsuz etkilerini sınırlayabilme becerileri ergenin ruhsal gelişimi üzerinde etkilidir. Ergenlerde atılganlık becerisi eksikliği hem depresyon (Chan 1993) hem de intihar davranışı için (Eskin 1995; 1996) önemli bir risk etmenidir. Ergen ve çocuklar, ruh sağlığı sorunlarının görece olarak az incelendiği ve bu tür sorunların ele alınabileceği hizmet sunumunun hem nicelik hem de nitelik bakımından yeterli olmadığı bir nüfus kesimini oluşturmaktadır. Ergenler arasındaki ruhsal sorunların yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenlerin incelenerek ortaya konması sözü edilen gruba verilebilecek ruh sağlığı hizmetlerinin hem planlaması hem de sunulması için önemlidir. Önemli bir ruh sağlığı sorunu olmasına rağmen, ülkemizdeki ergenlik çağı depresyonu ile ilgili çalışmaların sayısı yetersizdir.

2.2. ANKSİYETE

Anksiyete sözcüğünün kökü eski Yunanca “anxietas” olup, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir. Freud’a göre anksiyetenin işlevi, olası bir tehdide ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzeneklerine işlerlik kazandırmaktır. Günümüzde anksiyete, bir bireyin birey olarak varlığı için esas kabul ettiği bazı değerlerin, belirsiz ve baş edemeyeceği tehditler altında kalışının anlaşılması ve hissedilmesi durumudur. Çağımız bireyinde anksiyete, bireyin kendi varlığına ya da özdeşim yaptığı şeylere yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Anksiyetenin bu yapıcı, olumlu özelliğinin yanı sıra, patolojik boyutlara varmasıyla yıkıcı ve bozucu yanları da vardır.

Anksiyetenin yaşamın her döneminde ortaya çıkabileceği ve çeşitli durumların anksiyete sıklığını ve şiddetini artırabileceği bilinmektedir (Öztürk, 2001). Anksiyetenin en sık görüldüğü dönemlerden biri ergenlik dönemidir.

Gelecekle ilgili belirsizlikler ve sorunlarla karşılaşılma düşüncesi, bireyin anksiyetesini artırabileceği için, sınav öncesi dönemlerde de anksiyetenin artması beklenen bir durumdur.

Hafif düzeyde anksiyetenin, kişileri daha dikkatli olmaya zorlayarak başarıyı artırdığı, buna karşılık ağır anksiyetenin başarıyı olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Işık, 1996). Sınav dönemlerinde öğrencilerin anksiyete düzeyleri yükselmekte, bu durum bazı öğrencilerde başarısızlığa yol açmaktadır. Başarısızlık ise anksiyetenin daha da ağırlaşmasına neden olmakta ve böylece bir kısır döngü ortaya çıkabilmektedir.

Türkiye’de, yüksek öğretime geçme aşamasında yapılan ve öğrencilerin geleceklerini önemli ölçüde etkileyen Üniversite Seçme Sınavı, önemli bir anksiyete kaynağı olabilecek özelliktedir. Bu nedenle, lise son sınıfta okuyan öğrenciler önemli bir risk grubudur. Üniversite sınavlarına hazırlanan adaylarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin çok yüksek olduğunu, sınavda başarısız olup yeniden sınava giren adaylarda anksiyete ve depresyon

düzeylerinin daha da yükseldiğini gösteren araştırmalar vardır (Ergene ve Yıldırım, 2004; Soylu, 2002).

Günümüzde ruhsal bozukluklar yüksek prevalansı, yüksek kronikleşme eğilimleri ve tedavi güçlükleri ile önemli bir toplum sağlığı sorunu durumundadır. Epidemiyolojik araştırmalara göre anksiyete, prevalansı en yüksek psikiyatrik hastalıktır. Genel popülasyondaki prevalansı % 2.0- 6.4 arasındadır (Canbaz, Sünter, Aker ve Peşken 2007). Anksiyete (anksiyete=bunaltı); bireyin kendini tehdit altında hissettiği çeşitli durumlarda ortaya çıkan sıkıntı, endişe ve bunalma duyguları ile birlikte bazı bedensel tepkilerin oluştuğu bir durumdur. Herkes tarafından zaman zaman yaşanan ve normal bir durum olarak kabul edilen anksiyete, bazen ağırlaşarak patolojik bir duruma dönüşebilir. Anksiyetenin yaşamın her döneminde ortaya çıkabileceği ve çeşitli durumların anksiyete sıklığını ve şiddetini artırabileceği bilinmektedir. Anksiyetenin en sık görüldüğu dönemlerden biri ergenlik dönemidir.

Gelecekle ilgili belirsizlikler ve sorunlarla karşılaşabilme düşüncesi, bireyin anksiyetesini artırabileceği için, sınav öncesi dönemlerde de anksiyetenin artması beklenen bir durumdur. Hafif düzeyde anksiyetenin, kişileri daha dikkatli olmaya zorlayarak başarıyı artırdığı, buna karşılık ağır anksiyetenin başarıyı olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Sınav dönemlerinde öğrencilerin anksiyete düzeyleri yükselmekte, bu durum bazı öğrencilerde başarısızlığa yol açmaktadır. Başarısızlık ise anksiyetenin daha da ağırlaşmasına neden olmakta ve böylece bir kısır döngü ortaya çıkabilmektedir (Günay ve ark. 2008).

Stres yaratan durumlar, neşeden (olay zorlayıcı ama üstesinden gelinebilirse) anksiyete, öfke, düş kırıklığı ve depresyona kadar değişen duygusal tepkilere yol açar. Stres yaratan durum devam ederse, duygularımız, çabalarımızın başarılı olup olmamasına bağlı olarak bu tepkiler arasında gidip gelebilir. Anksiyete, bir stres nedenine karşı en genel tepkidir. Anksiyete ile zaman zaman çeşitli derecelerde yaşadığımız, “üzüntü”, “kuruntu”, “gerilim” ve “korku” gibi terimlerle tanımlanan, hoş olmayan duyguları kastediyoruz.

Bu stresin (gerilimin) artmış, hastalık boyutuna gelmiş, tıbbi tedaviyi gerektirir haline anksiyete diyoruz. Kökeninde yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamak tepisi yatar. Bir yere kadar sağlıklı olan bu duygunun yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını ve diğer bireylerle ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlar. Anksiyete, olaylara, olgulara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine neden olur.

Anksiyete ego'nun tehdit ediliyor olduğunun bir uyarısı olarak iş görür. Anksiyete birey davranışında gerilime sebep olarak, bireyi bu gerilim durumunu azaltmaya motive eden bir güçtür.

Kişi gerginliğe sürükleyici önemli bir olayla, durumla karşılaştığında, gerginlik yaratıcı etmen bitsin ya da devam etsin bir süre anksiyete içine girer. Bu normal bir tepkidir. Böylesi durumlara reaktif anksiyete denir. Sık görülen belirtileri, travmatize edici (örseleyici) olayı sık sık yeniden yaşama (uyanıkken sık sık anımsama ve aynı duygulanımlara kapılma), gece kabuslar görme, duygusal olarak küntleşme (kısıtlılık), umutsuzluk, aşırı irkilme belirtileri, travmayı çağrıştıracak yerlerden, etkinliklerden, düşüncelerden kaçınma, uykusuzluk, sinirlilik, öfke patlamalarıdır.

2.2.1. ANKSİYETİYİ AÇIKLAYAN GÖRÜŞLER

“Anksiyete” sözcüğü insanlık tarihi boyunca en sık kullanılan sözcüklerden biridir. Anksiyete kavramı ruhbilim alanına yüzyılın ilk yarısında girmiş ve bu alanda araştırma ve çalışmalar 1940'lı yılların sonunda yapılmıştır. (Köknel, 1988, ss. 141). Ruh bilim alanında “anksiyete” sözcüğünü ilk kullanılan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıra, Freud (1856-1939) olmuştur.

Freud'a göre anksiyete; fiziksel yada toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur. Hatta normal anksiyeteyi yaşamın sürmesi için gerekli görür (Gençtan, 1981, ss. 231). Her birey arada bir anksiyete duysa da Freud, nevrotiklerde bu duygunun daha sık ve daha yoğun yaşandığını gözlemiştir. Ayrıca tüm nevrozların temelinde anksiyete görmüştür. Freud, ilk

yazılarında anksiyetenin kaynağını libidodan aldığını söylemiştir. Ona göre bireyin kişiliği id, ego ve süper egodan oluşur. Anksiyetenin kaynağı egodur. İdden gelen ve kontrol edilmediği takdirde tehlikeli olacağını gören ego buna bir anksiyete tepkisi ile yanıt verir (Çavuşoğlu, 1990, ss. 2-4).

Freud anksiyeteyi üçe ayırır: Nevrotik Anksiyete; nedeni belli olmayan bir yığılma tepkisi biçiminde yaşanan ve her zaman mantık dışı olan anksiyete olarak tanımlar. Kökenini yetişkin yaşamdan çok bebeklik ve çocukluk yıllarının yaşantılarından alır. Törel anksiyete; egoda utanç yada suçluluk duygusu yaratır. Özellikle süper egonun vicdan diye bilinen bölümü tarafından onaylanmayan durumlarda ortaya çıkar (Gençtan, 1989, ss. 161). Gerçek Anksiyete; fiziksel yada toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyaran ve gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilmesine katkıda bulunan anksiyeteye denir.

Klasik psikanalitik kuramlarına göre anksiyetenin gelişimsel olarak belirlenen iki önemi vardır: Birinci anksiyete ve sonraki anksiyeteler. Freud'un değişimi ile "anksiyete doğum sürecinde örneklenir" (Gençtan, 1981, ss. 232). Bebek doğum anına kadar olan süre içinde ortamın özelliklerine uyum sağlamıştır. Doğumla birlikte kendini uyaran ışık, gürültü, dokunma, uyarılar ve ısı değişiklikleri ile dolu bir dünya bulur, bu ilk anksiyete durumudur. Birinci anksiyeteden sonraki anksiyeteye geçiş egonun olgunlaşmasıyla ilgilidir (Gençtan, 1981, ss. 233).

Adler anksiyeteye aşağılık duygusunun neden olduğunu söyler. Bundan acı çeken, eksiklik duyan kişi üstünlük ve güvenlik kazanmak amacını güder, bunun içinde anksiyete ile başkalarını kontrole yönelir (Çavuşoğlu, 1990, ss. 4). Ayrıca kişi toplumla bağlarını kaybetmiş hissettiğinde anksiyete duyar.

Otto Rank, her çeşit anksiyete ve nevrozların başlangıcını doğum travmalarına bağlar. Aslı "Anneden ayrılma" olan doğum travması bireyin ileriki yaşamında karşılaştığı tüm ayrılmalarda yinelenir ve anksiyetenin temel evrensel nedenini oluşturur (Gençtan, 1981, ss. 237).

Goldstein'e göre anksiyetenin ortak ögesi bireyin yeteneği ile ondan beklenenler arasındaki uyumsuzluktur, bu durum ise kendini gerçekleştirmesini olanaksız kılar (Geçtan, 1981, ss. 237)

Canon, anksiyeteyi dengeleyimi bozacak tehlikelere karşı bir tepki yada bozulan dengeleşimi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa yorumlayışı olarak görür (Geçtan, 1981, ss. 237).

Sullivan ise anksiyetenin bireyin insan ilişkilerini tehlikeye sokan durumunda olduğu görüşünü savunmuştur (Geçtan, 1981, ss. 237).

Horney, korku ile anksiyete kavramlarını iş anlamlı olarak kullanarak iki kavram arasındaki yakınlığı belirtmiştir. Horney, anksiyetenin oluşumunu; iç güdysel dürtülerimizin varlığına karşı geliştirilen korkudan çok baskı altına alınmış dürtülerimize karşı duyulan korku sonucu oluştuğuna inanır (Geçtan, 1981, ss. 237).

May (1938-1967) Valoluşçu Psikiyatri'nin Amerika'daki kurucusudur. Anksiyetenin iki ayrı rolde ortaya çıktığı görüşündedir. Olumlu yönü; bireyin kendisini ürküten durumlarla yüzleşmeyi göze alarak, çeşitli yaşama imkanlarını açmasını sağlar. Acı ve mutsuzluk veren rolü ise anksiyete bu imkanlardan kaçınıp dar bir çerçevede sınırlanan ve bir takım kuralların tutsağı olarak yaşamaya neden olur (Geçtan, 1993, ss. 325).

Ülkemizde anksiyete konusunda tanımlamalar yapılmıştır. Örneğin Necla Öner, anksiyete konusunda ayrıntılı araştırmalarda bulunmuş ve anksiyeteyi bireyin tehlikeli yada tehdit edici olarak algıladığı, etkilerinin hoş olmadığını umduğu çevresel kaynaklı bir uyarıcıya bağlı olan bireyde oluşan bir ruh halidir (Öner, 1977, ss. 23). Köknel, "anksiyete elem doğrultusunda bir duygulanım durumudur" der (Köknel, 1988, ss. 136). Özetlenirse, ruh bilim açısından anksiyete; dürtü, içgüdü, güdüleme, nitelik tepki uyaran olarak kabul edilmiştir.

Anksiyetenin açıklamasında ve verilen tanımlarda sosyal ve kültürel etmenlere daha büyük bir önem verildiği görülmektedir. Genel olarak bireyi olumsuz etkileyen duyguların kişide anksiyete meydana getirdiği söylenebilir (Varol, 1990, ss. 6).

Bazı düşünürler ve bilim adamları içinde yaşadığımız xx. Yüzyılı “Anksiyete Çağı” ve bu çağın hastalığı olarak da “stres”i görmektedirler. İnsan başta doğanın egemenliğinden kurtulmak için teknolojiyi geliştirmiş ancak bu kez kendi yarattığı uygarlığın tutsağı durumuna gelmiştir. Bu tutsaklık onun, birey olarak dünya içindeki yerini ve kimliğinin yitirilmesine yol açmıştır. Bireyler yabancılaşmış, yalnızlaşmış, bireylerle yakın ilişkiler kuramam durumuna gelmiştir. Bunun yanında teknolojinin büyük bir hızla ilerlemesi sonucunda toplumlar, kültürel farklılıklar gösterdiği gibi bir toplumda aynı kültüre sahip üyelerin aldığı eğitim, sosyal-ekonomik seviye gibi özelliklerin de farklılaştığı görülmektedir.

Günümüz bireyinin anksiyetesi azalmamakta giderek artmaktadır. Çünkü günümüzdeki ilerlemeler değişimler baş döndürücü bir hızla sürmektedir, değişimlere uyum sağlama, güçlüklerle baş edebilmek, için çaba içinde olan birey engellerle karşılaşması sonucu anksiyete ortaya çıkmaktadır.

Bu hızla değişim içinde bir “aydın” misyonunu yüklenecek olan genç, bu süreç içinde yerini alır. Kendisini gerçekleştirmek, geliştirmek, kimliğine sahip olmak, toplumsal olaylara kafa yoran ve bunlara çözüm ararken anksiyete duygusuyla karşılaşacaktır. Toplumsal en dinç birey gücü ve en verimli kaynağı olan gençlerde anksiyete oluşturan çok boyutlu ve karmaşık sorunlar ortaya çıkar (Yörükoğlu, 1985, ss. 6).

Anksiyetenin artması kişinin geleceği hakkında ne yapacağını bilememesine, karar verememesine yol açar, başına kötü bir şey geleceğini sanması gibi yersiz korkulara sahip olmasına neden olur.

Ülkemizde üniversiteye gelen öğrenciler büyük zorlu bir yarıştan geçtikten sonra üniversiteli olmaktadır. Üniversiteli olmalarıyla anksiyeteleri bitmemekte daha sonra da öğrenimin bitirilmesi ve gelecek anksiyetesi yakalarını bırakmamaktadır.

Üniversiteli öğrenciler, Meslek Yüksek Okul, Fen-Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Siyasal Bilgiler, Hukuk, Tıp Fakültesi, Çevre Mühendisliği, İlahiyat, Eczacılık Fakültesi ve Ziraat Fakültelerinde okumaktadırlar. Eğitim süreleri iki ile altı yıl arasında değişmektedir.

Okullarda verilen eğitim bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla ve kısıtlı olarak istedik değişimler meydana getirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Ertürk, 1975, ss. 2).

Varol'un (1990, ss. 8), Birsen'den (M.E.B, No: 270, ss. 16) aktardığına göre eğitim, bireyin davranışlarında istedik değişiklik meydana getirmenin yanı sıra geniş anlamda, beden ve ruh güçlerinin geliştirilmesini de içermektedir.

Eğitim öğretimin son sınıfında bulunan üniversite son sınıf öğrencileri yaşamlarının en önemli noktalarının birindedirler. Artık okul hayatının sonucu ve iş hayatının yada işsizlik hayatının başlangıcı demektir. İş seçimi, gerçek hayatta rolünü almasına yönelik planlar, yaşadığı arkadaşlıklar, iş bulamama korkusu ve çeşitli sorumluluklar kişide anksiyete yaratıcı etmenlerden bazıları olarak görülebilmektedir.

Son sınıfta okuyan üniversiteli öğrencilere gerekli olan yardım ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik yapıldığı takdirde sorunlara çözüm bulunabilecektir. Bu yardımlarla; kişilerin gerçekçi kararlar alması, kendilerini tanıması, kapasitelerini geliştirilmesi, diğer bireyleri ve kendisini anlaması dengeli bir uyum yapması ve kendini gerçekleştirmesine katkıda bulunacaktır.

İnsan sosyal bir varlık olduğu için, içinde yaşadığı sosyal çevrenin birey üzerindeki etkisi önemlidir. Bunların içinde aile ilk sırada yer alır. Çünkü öğrencinin sağlıklı bir ilişki geliştirmesinde diğer çevrelerden daha yüksek güce sahip bir değişken olarak görülmektedir. Ailenin istemleri, beklentileri, yaşantısı, tutumu, kardeş sayısı, öğrencide anksiyetenin oluşumunda önemli etkenlerden biri olarak sayılmaktadır. Öğrencilerde görülen anksiyetenin çoğu onların okul başarılarında, ana babanın yüksek beklentilerine ulaşamama anksiyetesinden oluşur (Varol, 1990, ss. 10).

Ana-babanın koruyuculuğu, görmüş olduğu olumsuz eğitim ve bulunduğu arkadaş grubunun olumsuz ilişkisi, kendini geliştiremeyen, kimliğini kavramayan, günlük yaşamını sürdüreceği yetenekleri geliştiremeyen, hayat içinde hayat mücadelesine ayak uyduramayan kişiler diğerlerine oranla yetersiz kalmakta bu durum ise onun için bir anksiyetesiyle son bulmaktadır.

Öğrencinin cinsiyeti, ailesinin sosyo-ekonomik düzeyi kişiliği ve duygusal durumuna ilişkin yapılan bazı araştırmalarda ana-baba mesleği, okuldaki başarı, barındığı yer, ailenin ekonomik durumu arkadaş çevresi öğrencide anksiyete yaratıcı etmenler olarak görülmektedir. Ayrıca anksiyete kişinin ruhsal durumunu etkileyebilmektedir.

Bireyin kendisini bulduğu, kendisi tanıdığı, değerlendirdiği ve gelişmeye başladığı üniversite yılları birey için son derece önemlidir. Bu dönem büyük önem arz ettiği için yaşanan örseleyici yaşantılar olumsuz etkilemeler, büyük beklentiler, gelecekle ilgili düşler bireyde anksiyeteye neden olur. Anksiyetenin artıyor olması bireyin ruh sağlığının bozulmasına neden olur.

Başlıca belirtiler;

- Çarpıntı, kalp hızında artma, tansiyon yükselmesi ya da düşmesi, nefes yetmiyormuş hissi, esneme, yorgunluk duyma ve çabuk yorulma, titreme, bağırsakların hareketlenmesi, sık büyük tuvalete çıkma, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, terleme, kızarma, ateş basması...
- Daha önceki etkinliklere karşı ilgisizlik ve başkalarından uzaklaşma duygusu ile birlikte görülen dünyaya karşı kayıtsızlık hissini
- Travmanın geçmiş olayların hatırlanmasında ve rüyalarda tekrar tekrar ortaya çıkmasını
- Uyku bozuklukları, yoğunlaşma zorlukları ve aşırı dikkatliliği kapsar.

Bazı kişiler ise başkalarına karşı suçluluk duyarlar.

Nazi toplama kamplarında yaşayanlar üzerinde yapılan bir araştırmada, kampta kalanların %97'sinin kamptan kurtulduktan 20 yıl sonra hala anksiyete yaşadıklarını ortaya koydu.

İnsan yavrusunun biyolojik yetersizliği, onu zorunlu olarak acı verici aşırı gerilim hallerine sokar. Organizmanın egemen olabildiği sınırları aşan

miktarlarda uyarılma kapsandığı bu durumlara, travmatik durumlar denir. Kaçınılmaz ilk travmatik durumların henüz ayrılaşmamış ve dolayısıyla daha sonraki belirli duygularla eş olmayan ıstırapı, daha sonraki farklı duyguların ve kuşkusuz anksiyetenin de ortak kökenidir.

2.2.1.1. Karen Horney'in Anksiyete Kavramı

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'den gelmiştir. Horney yazılarında korku ve anksiyeteyi sık sık eşanlamda kullanarak iki kavram arasında yakınlığı belirtmeye çalışmıştır. Gerçekten her ikisi de tehlikeye karşı geliştirilmiş duygusal tepkilerdir. Her iki duyguya da titreme, terleme, ölüm korkusu yaratabilecek kadar hızlı kalp atışları gibi bedensel belirtiler eşlik ederse de aralarında önemli bir farklılık bulunur.

Korku bir bireyin karşılaştığı tehlikeyle orantılı bir duygudur. Oysa anksiyetede durumla orantısız, hatta çoğu kez imgesel bir tehlikeye karşı geliştirilen bir tepki söz konusudur. Korku ve anksiyete duygularının her ikisi de var olduğuna inanılan tehlikeyle orantılıdır. Ne var ki korkuyu yaratan tehlikenin açık ve nesnel olmasına karşılık, anksiyeteyi yaratan tehlike gizli ve öznedir.

İnsanlar anksiyeteden kaçabilmek için her türlü yola başvururlar. Bunun nedeni, anksiyetenin bireyin yaşayabileceği en katlanılmaz duygulardan biri olmasıdır. Yoğun anksiyete nöbetleri geçiren bireyler, çoğu kez ölümü bile böyle bir yaşantıya yeğlediklerinden söz ederler. Özellikle güç kazanma, yükselme ve çevreye egemen olma kavramlarına çok önem veren kişilerde bu duygu daha da yoğundur.

2.2.2. Sınav Anksiyetesi

Sınavlarla ilişkili stres ve sınav anksiyetesi öğrenciler için önemli bir sorundur. Sınavlar bireyin kariyer seçimini ve gelecek fırsatlarını etkiliyorsa özellikle stresli olabilmektedir (Peleg-Popko, 2004). İlimli düzeydeki sınav anksiyetesi

akademik başarıyı olumlu yönde etkilerken, yüksek düzeydeki anksiyete performans üzerine olumsuz etki yapmaktadır (Ekşi, 1998; Musch ve Broder, 1999).

Sınav anksiyetesinin altında yatan nedenlere odaklanan çalışmalarda; öğrencilerin geçmiş deneyimleri ve inançları (Mc Donald, 2001; Kavakçı ve ark., 2010a), aile tutumları (Aslan 2005), ders yükü ile ilgili algılar ve zaman yönetme becerilerinin (Sansgiry ve Sail, 2006) sınav anksiyetesi üzerinde etkili olabileceği bildirilmiştir. Sarason (1980) sınav anksiyetesinin, sınava girenin, başkalarının zihninde kendisi ile ilgili "çok zeki", "çok çalışkan" gibi özel bir izlenim bırakmak istediğinde ve olumsuz bir sonucun bu izlenimi bozacağını düşündüğünde ortaya çıkan bir tür sosyal anksiyete olduğunu vurgulamıştır.

Sınav anksiyetesi; Afrika, Amerika, Çin, Çekoslovakya, Mısır, Almanya, Hollanda, Hindistan, İsrail, İtalya, Japonya, Kore, Ürdün, Suudi Arabistan, Türkiye ve Uruguay gibi pek çok ülkede, pek çok araştırmada çalışılmış ve kültürel ve coğrafi sınırları aşan bir kavram olduğu anlaşılmıştır (Bodaş ve Ollendick, 2005). Öner ve Kaymak (1987) Türk gençlerinin sınav anksiyetesi düzeyleriyle çalışmışlar ve sadece Kore, İran, Ürdün'deki gençlerden daha düşük sınav anksiyetesine sahip olduklarını bulmuşlardır. Sınav anksiyetesinin bir ülkede sınava verilen önemin artmasıyla doğru orantılı olarak artış gösterdiği görülmüştür (McDonald 2001).

Yüksek riskli sınavlar algılanan önemleri ve yüksek performans baskısı nedeniyle öğrencilerin ruhsal durum ve duygusal dengelerine zararlı olabilir. Sınav anksiyeteli öğrenciler yüksek riskli sınavlarda kendine güveni ve bu sınavların gerektirdiği yüksek düşünme düzeyini bir yana bırakıp, başarısızlığın yan etkileri ile aşırı ilgili hale gelebilirler (Spielberger ve Vagg, 1995). Sınavlar özellikle bireylerin gelecek fırsatlarını ve kariyer seçimlerini etkilediği zaman stres yaratmaktadırlar (Peleg-Popko 2004). Ülkemizde de yüksek-riskli üniversite sınavının, sınava hazırlanan öğrenciler tarafından geleceğe yönelik bir 'tehdit' olarak değerlendirilmekte olduğu, bunun da sınav anksiyetesinin hem bilişsel hem de fizyolojik bileşenlerinde artışa neden olduğu söylenebilir. Dereli (2003)'nin çalışmasında üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin % 47'sinin anksiyete düzeyinin yüksek olduğu

görülmüştür, bu bulgu öğrencilerin önemli bir bölümünün sınav anksiyetesi yaşadığını göstermektedir.

Dereli (2003) Türkiye’de ilköğretim ve lise eğitimi boyunca başarı ve başarmaya aşırı vurgu yapıldığını belirtmektedir. ÖSS adaylarından % 19’unun “düşük”; % 42’sinin “orta”; % 39’unun “yüksek” sınav anksiyetesine sahip olduğu bulunmuş ve buna göre Türkiye’de sınavlara hazırlanan öğrencilerin daha yaygın olarak yüksek sınav anksiyetesi yaşadıkları öne sürülmüştür (Yıldırım 2004; Yıldırım ve ark. 2008).

Bu alanda yapılan araştırmalar, sınav anksiyetesinin iki önemli bileşeninin, biliş ve duygu olduğunu göstermiştir (Morris ve ark. 1981). Bilişsel bileşen; zihnin sürekli sınavla meşgul olması ve sınavla ilişkili durumlarla, örneğin, başarısızlığın sonuçları hakkında düşünmek (Zeidner 1998), sınav hakkında çok fazla endişelenmek (Liebert ve Morris 1967) ve sınav yeteneği hakkında kendine güven eksikliğidir (Sarason ve Sarason 1990). Duygusal bileşen; sınav anksiyetesinin yol açtığı gerginlik, korku ve sınav yaklaştıkça artan sinirliliktir ve genellikle çarpıntı, bulantı ve terleme gibi somatik belirtilerle beraber olabilir (Liebert ve Morris 1967).

Sınav anksiyetesinin nedenlerini değerlendirmek üzere çeşitli modeller ileri sürülmüştür. Bunlar olumsuz düşünce ve olumsuz bilişler (Sarason, 1980; Sarason ve Stoops, 1978), bilişsel etkenler ve öğrenme stratejilerindeki yetersizlikler (Meichenbaum ve Butler, 1980), beklenti ve motivasyondur (Bandura, 1997). Ayrıca vejetatif uyaranlar ile bedensel olarak uyarılma sınav anksiyetesi için sonuca etki eden bir etken olarak tartışılmıştır (Neudert ve ark., 2009).

Sınav anksiyetesi olan bireylerde dikkat ve öğrenme yetersizlikleri sıklıkla vurgulanmasına rağmen, sınav anksiyetesi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), test anxiety ve ADHD anahtar kelimeleri ile tarandığında; sınav anksiyeteli bireylerde bir bozukluk olarak DEHB’nin etkisi üzerinde çalışmaya rastlanamamaktadır. Son yıllardaki çalışmalar, DEHB ile depresyon, sosyal anksiyete ve diğer anksiyete bozukluklarının birlikteliğine sıklıkla vurgu yapmaktadır (Kessler ve ark. 2006, Biederman ve ark. 1993a, Shekim ve ark. 1990; Van Ameringen ve ark. 2010).

DSM tanı sistemi sınav anksiyetesini sosyal anksiyete bozukluğu tanısı içinde ele almaktadır. Ancak sosyal anksiyete bozukluğunun hangi tipi ile daha ilişkili

olduğu belirtilmemiştir. Sınav anksiyetesi ile diğer psikopatolojilerin birlikteliği de yeterince çalışılmamış bir alandır.

Eğitim psikolojisine göre belirli bir anksiyete düzeyi öğrenme üzerine olumlu etki gösterirken, aşırı kaygı hem öğrenme hem de akademik başarı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır ve sınav anksiyetesi eğitim ortamında karşılaşılan öğrenen özelliklerinden biridir (Hancock, 2001; Dönmezer,2000; Kennedy ve Doepke, 1999; Kondo, 1997; Lufi, Okasha ve Cohen, 2004; McDonald, 2001). Sınav anksiyetesi olan öğrencilerin sınavları diğer öğrencilere göre daha kısa sürede tamamladıkları ve sınav başarısının daha düşük olduğu saptanmıştır (Lufi, Okasha ve Cohen, 2004).

Öğrencilerin sınavlara karşı gösterdikleri duygusal tepki olarak tanımlanan sınav anksiyetesi öğrenci başarısı üzerine etkili olan bir etmendir. Sınavdan önce sınavı başarıp başaramayacağı endişesi ile zihnin sürekli meşgul olması, bu duygu nedeniyle günlük yaşamın etkilenmesi, uyuma ve yeme davranışları üzerine olumsuz etkilerinin olması durumunda öğrencilerde sınav anksiyetesinden söz etmek olanaklıdır¹. Sınav anksiyetesi; tehditkar bir durum karşısında psikolojik, fizyolojik ve davranışsal tepkilerde azalma ile kendini gösteren stabil bir kişilik özelliği olarak da tanımlanmaktadır (Hancock, 2001; Lufi, Okasha ve Cohen, 2004; Cheek, Bradley, Reynolds ve Coy, 2002). Sınav anksiyetesinin, sınav başarısı ile iç içe olan anksiyete ve duygusal uyarılmışlık olmak üzere iki bileşeni vardır; bu nedenle akademik performansı olumsuz etkilemektedir (Kondo, 1997). Lufi ise sınav anksiyetesinin anksiyete, gerginlik, sınavla ilgili düşünceler ve fiziksel bulgular olmak üzere dört bileşeni olduğunu belirtmektedir. Öğrenciler arasında sınav anksiyetesi sıklığının %30 olması konunun öneminin vurgulanması açısından değerli bir veridir (Lufi, Okasha ve Cohen, 2004).

Yapılan çalışmalar, öğretmen geribildirimlerinin öğrencilerin sınav anksiyetelerini azalttığı ve akademik başarılarını artırdığını, ancak uygun olmayan ya da olumsuz geribildirimlerin ise anksiyete üzerinde olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir.

Öğretmenlerin yapıcı geribildirimleri önem taşımaktadır. Sınavı, yaşamını tehdit eden bir durum olarak algılayan öğrencilerde ve başarısızlığın dikkat

¹ Sınav Kaygısı Nasıl Tanınır? Erişim Tarihi: 09.11.2012; <http://annelergrubu.com/ferahim/base.asp?selectedID=2481>

çektığı sınıflarda sınav anksiyete düzeyleri de daha yüksektir (Hancock, 2001). Fen ve Anadolu liseleri gibi başarısızlık durumunun daha dikkat çektiği okullardaki anksiyete düzeyi yüksekliğinin bu nedenle olduğunu söylemek olasıdır.

Sınav sırasında başarısız olacağı korkusu, yeterince çalışmadığı suçluluğu, süreyi etkin kullanamayacağı ve hiç bir şey anımsamayacağı düşüncesi, sık sık alacağı nota odaklanma, diğer öğrencilere göre kendini değersiz ve başarısız hissetme, aileyi hayal kırıklığına uğratma ve hatta ölme isteği gibi olumsuz duyguların yanında bulantı, aşırı hareketlik, tansiyon yüksekliği gibi fizyolojik bulgular da görülmektedir. Bu tür duyguları olan öğrenciler sınavı "ölüm kalım savaşı" olarak algılamaktadırlar. Sınav anksiyetesi, sınav öncesi, sınav sırası ve sonrasında hissedilmektedir. Sınav anksiyetesinin öğrenciler üzerindeki etkilerini inceleyen araştırma bulguları öğrencilerin bağışıklık sisteminin de anksiyeteden etkilendiğini göstermektedir (Spangler, 1997). Stres ve anksiyete aynı zamanda hipertansiyon, koroner damar hastalıkları, nefes darlığı ve bağışıklık sisteminde düşme gibi sağlık sorunlarını da tetiklemektedir (Aysan, Thompson ve Hamarat, 2001).

Kötü çalışma alışkanlıkları, sınavlara ilişkin yüksek beklentiler, mükemmeliyetçi yaklaşım, görev ve sorumluluklarda başarısız olma, ailenin beklentilerine yanıt verememe ya da zeka düzeyinin sınav başarısı ile değerlendirileceği korkusu sınav anksiyetesinin nedenleri arasındadır (McDonald, 2001).²

Sınav anksiyetesi ile baş etme teknikleri konusunda çok sayıda literatüre ulaşmak olanaklıdır. Literatürde baş etme mekanizmaları farklı sınıflamalar altında sunulmaktadır.

Sınav anksiyetesi ile baş etmede anksiyetenin, gerginliğin ve stresin azaltılması olmak üzere temelde üç strateji üzerinde durulmaktadır. Sınav soruları içinde mizahın kullanılması ile sınav anksiyetesinin azalacağı buna karşın sınav başarısının artacağına ilişkin çalışmalara göre mizah kullanımı öğrencilerin kendilerine olan ilgiden uzaklaşmalarını sağlamaktadır. Özellikle gülmenin öğrencilerin hormonal düzeyleri üzerine olumlu etkileri ile anksiyeteyi azalttığı belirtilmektedir (Berk, 2000).

² Sınav Kaygı ve Baş Etme Yolları. Erişim Tarihi:09.11.2012; http://www.tr.net/saglik/cocuk_sagligi_sinav_kaygi.shtml

Sınav anksiyetesini azaltmada ve ortaya çıkacak sağlık sorunlarını önlemede, anksiyete ile baş etme mekanizmalarının ve sosyal desteğin olması ile algılanan stres düzeyinin etkili olduğunu belirtilmektedir (Aysan, Thompson ve Hamarat, 2001). Araştırmalar, anksiyete ile baş etmede cinsiyete göre farklı mekanizmaların kullanıldığı, Türkiye'de sınavların öğrenciler için çok önemli olduğu ve sınava ilişkin endişelerin de sınav periyodunda daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Anksiyete ile baş etmede çoklu yaklaşımların önemi üzerinde durmakta ve gevşeme teknikleri, sistematik duyarsızlaştırma ve bilişsel-davranışsal girişimlerin bir arada kullanılması önerilmektedir (Kennedy ve Doepke, 1999; Cheek vd., 2002). Baltaş (2003) ve Kondo (1997) da sınav anksiyetesi ile baş etme mekanizmalarında bilişsel, duysal ve davranışsal yaklaşımlara odaklanılması gerektiğini belirterek çoklu yöntem kullanımına dikkat çekmektedir. Bilişsel yaklaşımda sınav anksiyetesinin temel nedeni olan sınav koşullarına ilişkin rahatsız edici düşünceler ele alınır. Duysal yaklaşımda sınav koşulları ve anksiyete arasındaki olumsuz ve istenmeyen ilişkinin değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme ve geribildirim bu değişim için kullanılan tekniklerdendir. Davranışsal yaklaşımda ise alınan bir sınavla ilgili yaşanan başarısızlığın sınav anksiyetesine neden olduğu ve düzenli çalışma alışkanlığı ile anksiyetenin azaltılabileceği düşünülmektedir (Kondo, 1997; Baltaş, 2003).

Sınav anksiyetesi, bireyin öğrenim hayatı boyunca birçok kez yaşadığı duygu durumudur. Bu durum, sınava yeteri kadar hazırlanılmaması, verimli çalışma yöntemlerinin bilinmemesi, başarı beklentisinin sahip olunan yeterlik düzeyinin üzerinde olması, geçmişte yaşanan kötü sınav deneyimleri, özgüven eksikliği gibi birçok nedenle sınav öncesinde ve sınav sırasında performans göstermesi beklenen kişide görülen endişe ve huzursuzluk olarak açıklanabilir. Anksiyeteli kişilerde sınav öncesindeki tasalanma durumu, etkili çalışabilmek için gerekli olan sağlıklı düşünme yeteneğini ve belleği olumsuz etkilerken, sınav esnasında da başarılı olmak için gereken zihin açıklığını engellemektedir. Sınav sırasında tasalanmak, sınavın ne kadar başarısız geçeceğinin doğrudan bir göstergesidir. Zihinsel kaynaklar, tek bir bilişsel iş olan tasalanma için harcandığında, diğer bilgileri işlemek için yeterince kaynak kalmamaktadır (Goleman, 2003).

Baltaş ve Baltaş (1997), sınav anksiyetesi ile daha az rahatsız edici bir duygu olan ve kişiyi güdüleyen sınav korkusunu birbirinden ayırmışlardır. Bu araştırmacılara göre, sınavdan korkan bir öğrenci, yaklaşan sınava göre zamanını ayarlamaya çalışmakta ve zamanla korkusu azalmaktadır. Hiç kuskusuz öğrenci sınavdan önce bir heyecan duyar; ancak bu heyecan, onu başarıya götürecektir, canlı tutacak ölçüde gerekli bir duygudur. Sınav anksiyetesi duyan bir öğrencinin ise sınav yaklaştıkça korkusu ve telaşı artar. Bu durumda anksiyete öğrencinin çalışmasına ve öğrenmesine engel olur (Akt. Alyaprak, 2006).

Spielberger (1972) sınav anksiyetesinin doğasını araştırmış ve sınav anksiyetesini “Durumluk-Süreklilik” modeli ile açıklamıştır. Durumluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu durumu, tehdit eden, tehlike yaratan biçimde algılanmasından ve yorumlanmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum sıkıntı veren, hoş olmayan bir duygulanım durumu yaratır. Durumluk anksiyete tepkileri uyarılma, uyanıklık, korku, kuruntu, şaşkınlık, benlik saygısında düşme gibi negatif duygulardan oluşur. Sürekli anksiyetede ise, anksiyetenin şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişir (Akt. Lufi, Okasha ve Cohen, 2004). Anksiyeteye yatkın bir kişilik yapısına sahip olunması sürekli anksiyete düzeyini etkiler. Bireyin benlik saygısını tehdit eden değerlendirme durumlarında, sürekli anksiyete düzeyleri yüksek bireyler, sürekli anksiyete düzeyleri düşük bireylere göre daha fazla durumluk anksiyete tepkileri göstermektedirler. Sürekli anksiyete düzeyleri yüksek bireylerin performans kaybı iki etkenle açıklanabilir. Bunlardan birinci etkene ilişkin performans kaybı, durumluk anksiyeteye bağlı olarak artar, yüksek güdü düzeyi ya da heyecanla açıklanabilir. İkinci etkene ilişkin performans kaybı ise; durumluk anksiyete tepkisinin harekete geçirdiği kuruntu ve diğer benlik merkezli müdahale tepkileri ile açıklanabilir (Sarason, 1980, Akt. Yıldız, 2007).

Türkiye’de anksiyete seviyelerine göre değişmekle birlikte yüzde 65 – 70 oranında sınav anksiyetesi görülmektedir. Sınav sistemi bu oranı diğer ülkelere göre arttırmakta ve anksiyete kontrolü performansı geliştirmek için önem taşımaktadır.

2.2.3. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyeteli bir öğrenci zihinsel, duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtiler gösterir.

1. Zihinsel belirtiler:

- “başaramazsam”, “kazanamazsam”, “sınavda bayılırsam”, “dereceye giremezsem”, “sunum sırasında bildiklerimi unutursam”, “sesim titrerse”, kimse beğenmezse” gibi gerçekçi olmayan başarısızlık düşüncelerine sahip olmak
- “başarısızım”, “puanım yeterli değil”, “yapamayacağım”, “kazanamayacağım”, “beceriksizin tekiyim”, “istemiyorum” şeklinde kendini sürekli eleştirme ve özgüven azlığı
- Düşüncelerini organize edememe, dikkat dağınıklığı, yoğunlaşamama
- Kavramları hatırlayamama, zihin boşalması

2. Duygusal belirtiler:

- Panik hissi
- Genel sinirlilik ve öfke hali
- Sürekli ağlama
- Aşırı engellenmişlik hissi
- Şaşkınlık
- Depresif duygu durumu

3. Davranışsal belirtiler:

- Çalışma isteksizliği
- Başarısızlık
- İstek ve ihtiyaç düzenleyememe, unutkanlık
- Kontrolü dışsal nedenlere yükleme
- Sınavdan kaçınma, sınavlarda donup kalma, dikkatsizlik

4. Fiziksel belirtiler:

- Baş ağrısı, mide ve bağırsak sorunları
- Kalp çarpıntısı, ellerde titreme, terleme, kasılma
- Nefes hızında artış
- Yorgun ve halsiz hissetme
- Uyku sorunları
- Tikler ve dürtü kontrol sorunları

DEPRESYON VE ANKSİYETE:

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen ruhsal bozukluklar olduğu bilinen bir gerçektir (Kaya ve ark., 2007; Kılıç ve Şener 2005). Öğrencilik döneminde stres etkenlerini ve bunların tetikleyebildiği ruhsal rahatsızlıkları araştıran çalışmalar, depresyonun öğrenmeyi olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Öğrencilerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Gençlik dönemi, bireyin sosyal ve fiziksel değişiklikler yaşadığı, duygusal, davranışsal, cinsel, ekonomik, akademik ve toplumsal çatışma yaşadığı, kimlik bulma çabalarının arttığı bir çelişkiler dönemidir. Bu dönemde üniversite gençliğinin ruhsal sağlığı, toplumsal sağlığın önemli bileşenlerinden biri olmaktadır (Kaya ve ark. 2007).

Alt sosyo-ekonomik durumda bulunan ergenler eğitim, kültür, sosyal faaliyetler, iyi bir yaşam ve çalışma ortamı gibi pek çok olanaktan yoksun olmakta, ya da bunlara yeterince sahip olamamaktadır. Elbette ki bu gibi koşulların onlarda çeşitli engellenme duyguları yaşatması olasıdır. Bu nedenle, onlara göre daha fazla olanaklara sahip olan orta ve üst sosyo-ekonomik durumdaki ergenlere kıyasla daha fazla depresyon, anksiyete benzeri duygulanımları yaşama ve bunları somatik belirtiler şeklinde sergileme ihtimalleri de yükselmektedir (Şahin, Batıgün ve Uğurtaş 2002).

ERGENLİK

Latince büyüme, kıllanmak anlamına gelen ergenlik dönemi (adolescence) biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin hızlandığı ve birbirleri ile yoğun etkileşim içine girdiği bir yaşam evresidir (Hamburg ve Takanishi, 1989). Bu dönemde, genç hem sosyal dünyada kendine yer edinmeye çalışmakta hem de kendisiyle ilgili kişisel plan ve hedeflerini oluşturmaya ve gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Çocukluğa kıyasla uyum sağlanması gereken değişim alanları ve hızı artınca, ergenlikte ruh sağlığı sorunları olan kişi sayısı da artmaktadır (Kim 2003). Günümüzde geçmişe göre de daha fazla ergenin ruh sağlığı sorunu yaşadığı bildirilmektedir (Collishaw ve ark. 2004).

Ergenlik, çocukluk ile yetişkinlik arasında uzanan ve aşağı yukarı 13. yaş ile 20. Yaşlar arasını kapsayan bir geçiş dönemidir. Yaş sınırları çok açık bir biçimde belirlenmez. Bu dönemde genç birey cinsel olgunluğa ulaşır ve aileden ayrı bir birey olarak kendi kimliğini kazanır.

Ergenlik dönemi, birey gelişimindeki en hızlı iki büyüme evresinden birini oluşturur. Bu dönemdeki bedensel gelişim, bir anlamda duygusal, sosyal ve zihinsel olgunlukların temelini oluşturmaktadır. Bir başka deyişle ergenlik, biyolojik değişimle başlar ve bedensel, zihinsel ve ruhsal gelişimle son bulur. Öyle ki ergenlik, fiziksel gelişmenin 0-2 yaş döneminden sonra en yoğun ve kapsamlı bir biçimde yaşandığı evredir.

Ergenlerin beden yapısında ve vücut metabolizmasındaki hızlı kimyasal değişim nedeniyle, denge ve yoğunlaşma gerektiren devinsel becerileri yeterince gösterememeleri doğaldır. Ergenin kısa bir zaman diliminde geçirdiği yoğun fiziksel gelişme, bazı uyum sorunlarını da beraberinde getirebilir.

Erkeklerde ve kızlarda delikanlılık, ergenliğin ardından erişkinlik çağına dek uzanan döneme (15-20 yaşlar) denir. Ergenlik ve delikanlılık çağındaki hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliğin henüz tam olgunlaşmamış olması ve toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenlerle bu çağ sorunları yüklü fırtınalı bir dönem olabilir. Bu bocalamaların genel olarak daha önceki dönemleri sağlıklı geçirip geçirmemiş olmasına, biyolojik yapısına, aile

ve toplum tutumlarına göre değişebilir. Yani çocukluk dönemlerinde arta kalan sorunların çözümü bu çağda yapılacaktır. Genelde bu, sanıldığından ağır bir sorundur. Bu dönem kimlik gelişimi açısından en önemli evrelerden biridir. Bir mesleğe yönelme çabalarının gösterildiği 8-10 yıllık bir çağdır.

ROL KARMAŞASI

Yaşamın bu döneminde ergen, kişiliği için bir kimlik geliştirmeye çalışır. Bu dönemde dış görünüm önem kazanır. Görünümüne gösterdiği ilgi benliğin gelişmesine yardımcı olur. Kimliğini arayış çabası içinde kahramanlara, öğretilere, karşı cinsten kişilere tutulur. Kararsızlık ve şaşkınlık bu yaştaki gençlerin dayanışma grupları oluşturmalarına neden olur. Bu dönemde ergen, çocuklukta öğrenmiş olduğu kurallarla, yetişkinin geliştirmesi gereken değer yargıları arasında bocalar. Bu dönemde başarılı olabilmek, daha önceki dönemlerde ana-babanın neler verebilmiş olduğuna ve ergenin çevresiyle nasıl etkileşeyeceğine bağlıdır. Kimlik sorununu başarılı bir biçimde çözümlemiş olan ergen, kendi kimliğini yitirmekten korkmaksızın bireylerle yakınlık kurabilir.

2.5.1. Gençlik Çağının Ruhsal Özellikleri

Duyguları, hızlı iniş ve çıkışlar gösterir. Çabuk sevinir, çabuk üzülür. Çabuk sinirlenir, olur olmaz şeyi sorun yapar. Tepkileri önceden kestirilemez olur. Derslere ilgisi azalmış, çalışma düzeni bozulmuştur. İstekleri artmıştır. Gencin içine düştüğü bu ruhsal çalkantının bir nedeni, bir anlamı vardır. Hızlı beden gelişmesiyle birlikte gelen cinsel uyanış, genci hazırlıksız yakalamakta ve bunaltmaktadır. Genç, içten gelen saldırganlık ve cinsel dürtülerin baskısı altında bunalmakta, kendisi için yeni ve yabancı olan bu duyguları bir düzene sokmaya çalışmaktadır.

Bu denli fırtınalı bir dönemde ruhsal sorunların da çok olması beklenir. Gerçekten, gözlemler, bu çağda gençlerin en az yüzde on ile on beşinin önemli uyumsuzluk belirtileri olduğunu ortaya koymaktadır. Okul başarısızlığı, okuldan kaçma, kendini uygunsuz arkadaşlara kaptırma ortaya çıkar.

Uyumsuzluk, okulda ve evde sürekli bir srtme, söz dinlememe, kuralları çiğneme, bağırıp çağırma, vurup kırma, kavgacılık ve evden kaçma biçiminde dışa vurulabilir.

Bu ağda, zekıyım (intihar) girişimleri önemli ölçüde artar. Ailesi ve toplumla önemli çatışmalara den ve kendine bir çıkış yolu bulamayan gençler, özellikle genç kızlar, kendilerini öldürmeye kalkıırlar. Kimi Batı lkelerinde zekıyım sonucu olan ölümler, bu çağdaki ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alır. Genç, bu davranışıyla, sözle anlatamadığı ruhsal bunalımından bir çıkış yolu aramakta, bir bakıma, yardım çağrısında bulunmaktadır.

Bu ağ gencin yeni arayıla içinde olduğu bir ağdır. Kendi kimliğine kavuabilmesi için, genç, önce anababa etkisinden sıyrılmaya çalışır.

Aydın ve kentli anababalar bilinçli olarak yapmasalar bile, çocukların i ve e seçiminde ağırlıklarını koyarlar. nemli kararlarını almadan anaya babaya danısın isterler. Bu genç kendine güvensiz, kararsız ve çekingen bir yetişkin olarak topluma karıtığında Őaırıp kalırlar. Gencin toplumdaki baarısızlığından d kırıklığına uğrarlar. Her Őeylerini vermişlerdir ama, gencin elinden bağımsızlığını almışlardır.

2.5.2. Ergenin Duygusal Yapısı

Ergenlik dönemi, zlem duyulan bir yaşam dilimi olmadığı gibi, gelişmekte olan ocuk için de yaşanması oldukça zor bir evredir. Ergenlik konularındaki çalışmalarıyla tanınan Stanley Hall'a göre bu evredeki genç, duygusal, dengesiz, nseziden yoksun bir bireydir. Bu bağlamda ergenin duygusal dünyasında bazı çelişkiler dikkati çeker. Yalnızlıktan duyulan hazzın yanı sıra, bir gruba katılma özlemi, yetikini hor görme, ama ona dayanma; anksiyete ve umutsuzluğa karşın geleceğe coşkuyla yneli, bu evrenin belirgin çelişkili duyguları arasında sayılabilir. Ergenin duygusal tepkilerini etkileyen başlıca etkenler sağlık durumu, zeka düzeyi, cinsiyet, okul başarısı ve sosyal kabul düzeyidir.

Birçok araştırıcı, ergenlik döneminde yüksek bir duygusallık görüldüğü noktasında birleşmektedir. Bu evrede duyguların şiddet kazandığı ve ergenin tüm yaşamında etkili olduğu görülür. Bu hızlı değişme ve gelişim, ergenler için önemli bir anksiyete kaynağı oluşturur.

2.5.3. Ergenliğin Psikolojik Etkileri

Geleneksel görüş, ergenliğin, huzursuz iç çatışmalar ve isyankârlıkla nitelenen “fırtınalı ve gergin” bir dönem olduğunu savunur. Ancak araştırmalar bu kötümser görüşü desteklememektedir. Elde edilen veriler ergenliğin beden imgesi, özsaygı, ruhsal durum, ana babayla ve karşı cinsle kurulan ilişkiler üzerinde önemli etkiler yarattığını göstermekteydi. Bu etkilerden bazıları, doğrudan doğruya erinlik sırasında oluşan hormonal değişikliklerle bağlantılı olabilir (Buchanan, Eccles ve Becker,1992) ancak bunların çoğu bedensel oluşan fiziksel değişimlerin kişisel ve toplumsal etkileriyle ve en önemlisi bu değişimlerin zamanlamasıyla ilişkilidir.

Erken olgunlaşma kızların özsaygıları üzerinde zıt etki yaratır. Geç olgunlaşanlara kıyasla, erken olgunlaşanlarda daha çok depresyon ve anksiyete görülür (Brooks-Gunn ve Ruble,1983)

Ancak şunu da vurgulamak gerekir ki, her iki cinsiyet üzerinde yapılan geniş ölçekli ve uzun dönemli bir araştırmada, erken ergenliğin, incelenen deneklerin yaklaşık yarıdan fazlası için daha sorunlu olduğu görülmüştür. Grubun yaklaşık %30’u aralıklı olarak sorunlar yaşamıştır. %15’i bir “sorun ve karmaşıklık girdabı”na düşmüştür; 8.sınıfta ortaya çıkan duygusal ve akademik sorunlar 12.sınıfa kadar sürmüş ya da kötüleşmiştir (Petersen, 1989).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, verilerin elde edildiği evren ve örneklem, verilerin toplanmasında kullanılan araçlar, veri toplama işlemi ve verilerin çözümlenmesinde uygulanan istatistiksel tekniklere ilişkin açıklamalar yer almıştır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma betimsel bir araştırmadır ve ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Araştırma Türkiye genelinde gerçekleştirilmiştir. Farklı depresyon düzeyleri ile anksiyete arasındaki ilişki belirlenmiştir. Tarama modelleri, "geçmişte ya da hala var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Bu modellerle önemli olan, var olanı değiştirmeye kalkmadan gözlemleyebilmektir." (Karasar, 2000). İlişkisel tarama modelleri ise, "ilki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/ya da derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir" (Karasar, 2000).

Bu araştırma ile farklı (düşük, orta, yüksek) depresyon düzeylerine sahip öğrencilerin, anksiyete puan ortalamalarıyla anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmış; ayrıca öğrencilerin depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, okul türü ve sosyo-ekonomik değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisel olarak incelenmiştir.

3.2. Sınırlılıklar

Bu araştırma Türkiye İstanbul ilinin Bahçelievler ilçesinde bulunan Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı bazı özel ve devlet liselerinde son sınıfta okumakta

olup üniversiteye hazırlanan 193 öğrenci ve araştırmaya katılmak için onam veren öğrencilerle sınırlıdır. Eldeki bulgular bu yönde bilgi vermektedir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırma örneklemini evreni temsil edecek nitelikte tesadüfî küme örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Bu görüş çerçevesinde bu araştırmanın örneklemini, Türkiye İstanbul ilinin Bahçelievler ilçesinde bulunan Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı özel liselerde ve devlet lisesinde son sınıfta okumakta olup üniversiteye hazırlanan 193 öğrenci oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Beck-Anksiyete Envanteri (BAE) ve Beck Depresyon Envanteri(BDE) kullanılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan deneklerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu da deneklere verilmiştir.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada öğrencilere ilişkin sosyo-demografik bilgiyi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunda öğrencinin yaş, cinsiyet, okul türü ve sosyoekonomik düzey bulunmaktadır. Etik kurallar ve gerçekçi cevaplar alabilmek amacıyla araştırma sırasında öğrencilere kimlik bilgilerini içeren sorular yöneltilmemiştir.

3.4.2. Beck Anksiyete Envanteri

Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından 1988 yılında geliştirilen Beck Anksiyete Envanteri'nin (BAE) Şahin ve Erkmen (1996) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır (Şahin ve Savaşır, 1997).

Ölçek 21 maddeden oluşmuş, maddeleri 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla, anksiyete puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir.

Beck Anksiyete Envanteri'nin güvenilirlik çalışmasında toplam 177 psikiyatrik hastadan oluşan bir örneklem üzerinde çalışılmış ve ölçeğin Cronbach Alfa İç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Araştırmada ayrıca, madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ise 0.45 ile 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = 0.57$ olarak hesaplanmıştır. Beck Anksiyete Envanteri'nin geçerlik çalışmasına yönelik yapılan araştırmada ise ölçeğin (ölçüt bağıntılı geçerlik) Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu 0.41, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile 0.34, Beck Depresyon Envanteri ile 0.46, Durumluk Anksiyete Envanteri (STAI-S) ile 0.45 ve Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI-T) ile 0.53 olarak bulunmuştur. Araştırmada ayrıca, Beck Anksiyete Envanteri'nin yapı geçerliği çalışmasında ise ölçeğin anksiyeteli grubu diğer tanı gruplarından (depresyon, karışık ve kontrol 41 gruplarından) anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir. Uygulanan etken analizi sonucunda ölçeğin "sübjektif anksiyete" (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17 ve 19. maddeler) ve "somatik belirtiler" (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20 ve 21. maddeler) olmak üzere iki etkenden oluştuğu saptanmıştır.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck, Rush ve Emery (1979) tarafından, depresyonda görülen, duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilerin derecesini belirlemek amacıyla geliştirilen 21 maddelik bir ölçektir. Dört seçenekten oluşur her belirti maddesi, 0 ile 3 arasında puan alır ve puan aralığı 0 - 63 arasında değişmektedir. 1988 yılında Beck Depresyon envanteri (BDE) adı ile Hisli tarafından Türkçeye çevrilmiştir. BDE'nin Türkçe formunun iki yarım test güvenilirlik katsayısı 0.74 olduğu ölçüt bağıntılı geçerlik katsayısının ise 0.47 ile 0.63 arasında değiştiği bulunmuştur.

Envanter tek ve çift sayılı maddelerden oluşmuştur. İki Yarım tek güvenilirlik katsayısı Hisli (1988) tarafından 259 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada 0.74 olarak bulunmuştur.

Hisli (1988), Beck Depresyon Envanterinin güvenilirliği ve geçerliği üzerine yaptığı çalışmada, psikiyatrik bir örnekleme MMPI-D skalası ile envanter puanları arasındaki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısını 0.63 olarak hesaplamıştır. Üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme ise MMPI-D skalası ile envanter puanları arasındaki Pearson momentler çarpımı korelasyon çarpımı 0.62 çıkmıştır. Bu bilgiler ışığında araştırmamızda kullanılan envanterin geçerlilik ve güvenilirliğin sağlandığını söylenebilir.

Ayrıca, Tegin (1980) ölçeğin Depresyonda Bilişsel Tepkiler Ölçeği ile korelasyonunu incelemiş ve bu korelasyonu normal deneklerde 0.20, depresif deneklerde 0.52 ve şizofrenik deneklerde 0.33 olarak bulmuştur.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma verileri toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılarak analizler için hazır duruma getirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde değişkenlere bağlı olarak SPSS 20,0 programı kullanılarak Kruskal Wallis testi, mann whitney u testi, bağımsız t testi, tek yönlü varyans analizi, tukey testi ve spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Ankete katılan kişilere ilişkin kişisel bilgilerin dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre katılımcıların %63,2'si kız, %36,8'i erkektir. Katılımcıların neredeyse tamamına yakın kısmının anne ve babası hayatta olup %59,6'sının annesi ilkokul mezunu olup, üniversite, yüksek lisans ve üzeri mezuniyete sahip annelerin oranı %13,5'tir. Katılımcıların babalarının eğitim durumları incelendiğinde ise çoğunluğun %48,7 ile ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Gelir düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %28'i 851-1250 TL gelir düzeyine, %19,2'sinin 1251-1500 TL gelir düzeyine sahipken %6,7'sinin 6000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo.2: Kişisel Bilgi Dağılımı

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kız	122	63,2
	Erkek	71	36,8
Anne	Sağ	192	99,5
	Vefat	1	,5
Baba	Sağ	186	96,4
	Vefat	7	3,6
Anne Eğitim Durumu	Okumadı	21	10,9
	İlkokul	115	59,6
	Lise	30	15,5
	Üniversite	21	10,9
	Y. Lisans ve üstü	5	2,6
	Cevapsız	1	0,5
Baba Eğitim Durumu	Okumadı	3	1,6
	İlkokul	94	48,7
	Lise	66	34,2
	Üniversite	20	10,4
	Y. Lisans ve üstü	9	4,7
	Cevapsız	1	0,5
Gelir Düzeyi	450-850	18	9,3
	851-1250	54	28,0
	1251-2000	37	19,2

2001-2750	22	11,4
2751-4000	19	9,8
4001-6000	18	9,3
6000 tl ve üzeri	13	6,7
Cevapsız	12	6,2
Total	181	93,8

1. Kaygı ve depresyon düzeylerinin arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo.3: Anksiyete puanı ile korelasyon puanı ilişkisi

		Anksiyete Puanı	Depresyon Puanı
Anksiyete Puanı	Pearson Correlation	1	,633
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	193	193
Depresyon Puanı	Pearson Correlation	,633	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	193	193

Anksiyete puanı ile Depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup ($p=0<0.05$) aralarındaki ilişki pozitif yönlü ve %63.3 düzeyindedir.

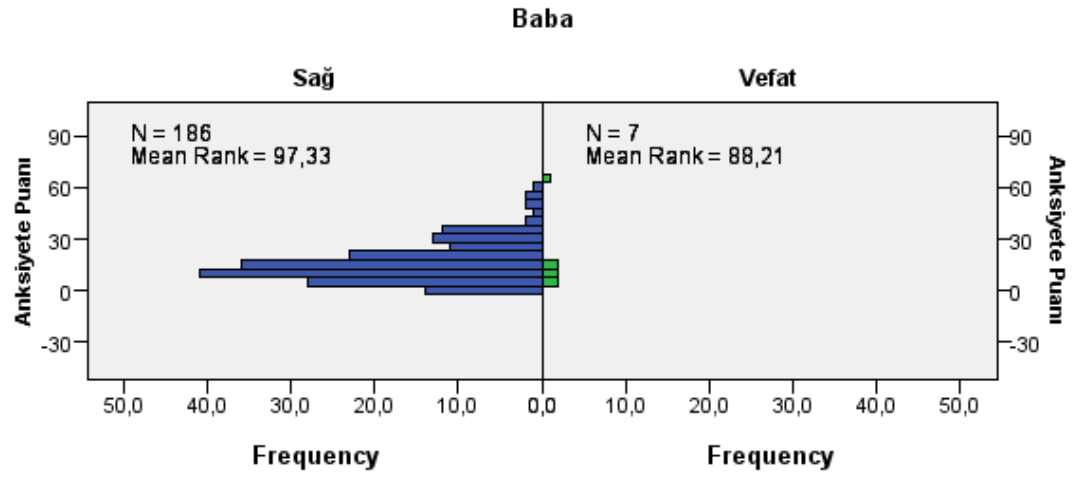
2. Kaygı düzeyi cinsiyet göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.4: Cinsiyete göre kaygı düzeyleri

		N	Ortalama	t	p
Anksiyete Puanı	Kız	122	17,87	2,292	0,023
	Erkek	71	13,76		

Kızlarda kaygı düzeyi ortalaması 17.87 iken, erkeklerde bu düzey 13.76'dır. Aralarındaki farkın anlamlılığı testi için bağımsız t testi yapıldığında $p=0.288>0.05$ olduğundan dolayı aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır denilebilir.

3. Kaygı düzeyinin babanın sağ-ölu olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşma var mıdır?



Grafik.1: Baba sağ-ölu olma durumu ve kaygı düzeyi

Tablo.5: Kaygı Düzeyi ile Baba sağ-ölu olma durumu

	Baba	N	Ortalama	Wilcoxon W	p
Anksiyete Puanı	Sağ	186	16,30	589.5	0,74
	Vefat	7	17,86		

Babası sağ olanlarda ortalama kaygı düzeyi 16.30 iken babası vefat edenlerde ortalama kaygı düzeyi 17.86 düzeyindedir. Babası sağ olanlar ile babası vefat edenlerin kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.74>0.05$).

4. Kaygı düzeyi anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.6: Anksiyete Puanı anne eğitim durumuna göre değişimi

	N	Ortalama	Std. Sapma	Kruskal Wallis	p
Okumadı	21	13,81	12,02		
İlkokul	115	16,19	11,04		
Lise	30	16,07	11,35	4.471	0.346
Üniversite	21	16,57	13,44		
Y. Lisans ve üstü	5	33,60	24,71		
Total	192	16,41	12,15		

Anne eğitim düzeyleri açısından kaygı seviyeleri ortalamaları yukarıdaki tabloda verilmektedir. Buna göre en yüksek kaygı seviyesine sahip kişiler anne eğitim durumu Y.Lisans ve üstü olanlardır (33.60) En düşük kaygı seviyesi ise anne eğitim durumu okumamışlardır (13.81). Farklı anne eğitim düzeylerinin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı için tek yönlü varyans analizinin non parametrik karşılığı olan Kruskal wallis testi yapılmıştır. Kruskal wallis testi sonuçlarına göre kaygı düzeyi anne eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.346>0.05$).

5. Kaygı düzeyi baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.7: Anksiyete Puanının baba eğitim düzeylerine göre farklılığının testi

	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
İlkokul	97	15,63	11,972		
Lise	66	15,33	9,621		
Üniversite	20	17,50	10,180	4,541	0,04
Y. Lisans ve üstü	9	30,33	23,796		
Total	192	16,41	12,147		

Baba eğitim düzeyleri açısından kaygı seviyeleri ortalamaları yukarıdaki tabloda verilmektedir. Buna göre en yüksek kaygı seviyesine sahip kişiler baba eğitim durumu Y.Lisans ve üstü olanlardır (30.33) En düşük kaygı seviyesi ise baba eğitim durumu lise olanlardır (15.33). Farklı baba eğitim düzeylerinin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizine göre Kaygı düzeyi baba eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($F= 4,541$; $p=0.04<0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post hoc testlerden olan Tukey testi yapılmıştır.

Tablo.8: Anksiyete Puanı Tukey HSD testi sonuçları

Anksiyete Puanı Tukey HSD testi sonuçları

(I) Baba Eğitim Durumu		Ortalama Farkı	p
İlkokul	Lise	0,296	1,00
	Üniversite	-1,871	0,92
	Y. Lisans ve üstü	-14,7	0,00
Lise	İlkokul	-,296	1,00

	Üniversite	-2,167	0,89
	Y. Lisans ve üstü	-15,000*	0,00
Üniversite	İlkokul	1,871	0,92
	Lise	2,167	0,89
	Y. Lisans ve üstü	-12,833*	0,04
Y. Lisans ve üstü	İlkokul	14,704*	0,00
	Lise	15,000*	0,00
	Üniversite	12,833*	0,04

Babası yüksek lisans ve üzeri mezunu olan kişilerin kaygı puanı ile ilkokul, lise ve üniversite mezunu olanların anksiyete puanları arasında anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır.

6. Kaygı düzeyi aile gelir düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.9: Gelir düzeylerine göre kaygı düzeyleri farklılıkları

	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
450-850	18	11,67	10,41		
851-1250	54	17,02	10,21		
1251-2000	37	14,89	9,58		
2001-2750	22	17,55	15,76	1,747	0,113
2751-4000	19	13,26	7,74		
4001-6000	18	17,61	11,81		
6000 tl ve üzeri	13	24,15	22,46		
Total	181	16,29	12,23		

Gelir seviyelerine ilişkin kaygı düzeyleri ortalamaları yukarıdaki tabloda görülmektedir. Kaygı düzeyi en yüksek olan gelir seviyesi 6000 TL ve üzeri olan gruptur (24.15). En düşük kaygı düzeyine sahip gelir grubu ise 450-850

gelir grubudur (11.67). Farklı gelir seviyelerinin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizine göre kaygı düzeyleri gelir gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.113>0.05$).

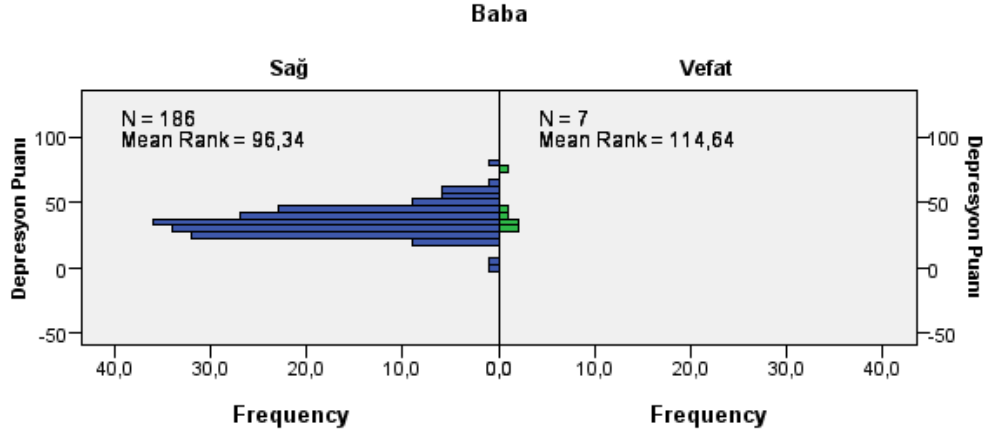
7. Depresyon düzeyi cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.10: Cinsiyet ve Depresyon Puanı İlişkisi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Depresyon Puanı	Kız	122	37,05	9,69	1,671	0,096
	Erkek	71	34,34	12,66		

Kızların depresyon puan ortalaması 37.05 iken, erkeklerde bu ortalama 34.34 dür. Kız ve erkeklerin ortalama puanları arasındaki farkın anlamlılığı için ise bağımsız t testi uygulanmıştır. Buna göre ortalamalar arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.511>0.05$). Bir diğer ifade ile Depresyon düzeyi cinsiyet göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

8. Depresyon düzeyinin babanın sağ-ölü olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşma var mıdır?



Grafik.2: Depresyon düzeyi ve babanın sağ-ölü olma durumu

Tablo.11: Depresyon düzeyi ve babanın sağ-ölü olma durumu

	Baba	N	Ortalama	Std. Sapma	Wilcoxon w	p
Depresyon Puanı	Sağ	186	35,86	10,74	802.5	0,394
	Vefat	7	41,14	15,07		

Babası vefat edenlerin ortalama depresyon puanı 41.14 iken babası sağ olanların ortalama depresyon puanı ise 35.86 dır. Aradaki farkın anlamlılık testi için wilcoxon t testi yapılmıştır.

Wilcoxon t testi sonuçlarına göre ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.542>0.05$). Diğer bir ifadeyle Depresyon düzeyinin babanın sağ-ölü olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

9. Depresyon düzeyi anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.12: Anne eğitim düzeyine göre depresyon puanı

	N	Ortalama	Std. Sapma	Kruskal Wallis	p
Okumadı	21	35,33	10,841		
İlkokul	115	35,87	10,282		
Lise	30	35,2	8,495	2,645	0.619
Üniversite	21	35,24	11,878		
Y. Lisans ve üstü	5	51,2	24,386		
Total	192	36,04	10,948		

Anne eğitim düzeyine göre depresyon puanları tablosu yukarıda görülmektedir. Buna göre en yüksek depresyona sahip kişiler 51.20 ile annesi yüksek lisans ve üzeri mezuniyete sahip kişiler iken, en düşük depresyona sahip kişiler ise 35.20 ile annesi lise mezunu olan kişilerdir. Depresyon düzeyi anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını testi için tek yönlü varyans (One way ANOVA) analizi nin non parametrik karşılığı olan Kruskal wallis testi yapılmıştır.

Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre Depresyon düzeyi anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.619>0.05$).

10. Depresyon düzeyi baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.13: Depresyon ve baba eğitim düzeyi

	N	Ortalama	Std. Sapma	Kruskal Wallis	p
İlkokul	97	35,5	11,625		
Lise	66	35,23	9,198	6,812	0,146

Üniversite	20	35,7	6,876
Y. Lisans ve üstü	9	48,78	16,902
Total	192	36,09	10,939

Babanın eğitim düzeylerine göre depresyon seviyeleri görülmektedir. En yüksek depresyon seviyesi yüksek lisans ve üzeri mezuniyete sahip kişilerin çocuklarına aittir (48.78). En düşük depresyon düzeyi ise 35,23 ile babası lise mezunu kişilere aittir (35.23). Depresyon düzeyi baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için ise tek yönlü varyans (One way ANOVA) analizinin non parametrik karşılığı olan Kruskal wallis testi yapılmıştır.

Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre Depresyon düzeyi baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.146>0.05$).

11. Depresyon düzeyi aile gelir düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Tablo.14: Aile gelir düzeyine göre depresyon puanları karşılaştırması

	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
450-850	18	35,83	13,391		
851-1250	54	34,35	11,885		
1251-2000	37	36,05	9,104		
2001-2750	22	38,82	10,635	1.848	0.092
2751-4000	19	32,79	5,663		
4001-6000	18	36,5	8,198		
6000 tl ve üzeri	13	44	17,292		
Total	181	36,13	11,193		

Farklı gelir düzeylerine ilişkin depresyon seviyeleri tabloda görülmektedir. En yüksek depresyon seviyesi aile gelir durumu 6000 TL ve üzeri olan ailelerde görülürken (44), en düşük depresyon seviyesi aile gelir durumu 2751 - 4000 TL olan aileler arasında görülmektedir. Depresyon düzeyinin gelir düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ise tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile test edilmiştir.

ANOVA testi sonuçlarına göre depresyon düzeyi gelir seviyesine göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($F= 1.848$; $p=0.092>0.05$).

12. Anksiyete ve depresyon puanı, okul türüne göre farklılaşmakta mıdır?

Tablo.15: Anksiyete ve Depresyon Puanının okul türüne göre karşılaştırması

	Okul	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Anksiyete Puanı	Özel	53	15,72	10,908	-0,45	0,653
	Devlet	140	16,60	12,601		
Depresyon Puanı	Özel	53	35,02	7,425	-0,808	0,420
	Devlet	140	36,44	11,983		

Tabloda anksiyete ve depresyon puanlarının cinsiyete göre farklılığının testi yapılmıştır. Anksiyete puanı için okul türü Özel olanların ortalama puanı 15.72 iken okul türü Devlet olanlar için anksiyete puanı 16.60 dır. Aradaki farkın anlamlılığı ise bağımsız gruplarda t testi ile yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre okul türlerine göre ortalama anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p=0,653>0,05$)

Depresyon puanı için okul türü Özel olanların ortalama puanı 35.02 iken okul türü Devlet olanlar için anksiyete puanı 36.44 tür. Aradaki farkın anlamlılığı ise bağımsız gruplarda t testi ile yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre okul türlerine göre ortalama anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p=0,42>0,05$)

BÖLÜM 6

TARTIŞMA

5. TARTIŞMA

Araştırmanın temel amacı, üniversite sınavına hazırlanan lise son sınıf öğrencilerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyo demografik değişkenlere göre incelemektir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan araştırma sorularına uygun istatistiksel analizlerle cevap aranmış ve elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %63,2'si kız, %36,8'i erkektir. Katılımcıların neredeyse tamamına yakın kısmının anne ve babası hayatta olup %59,6'sının annesi ilkököl mezunu olup, üniversite, yüksek lisans ve üzeri mezuniyete sahip annelerin oranı %13,5'tir. Katılımcıların babalarının eğitim durumları incelendiğinde ise çoğunluğun %48,7 ile ilkököl mezunu olduğu görülmektedir. Babaların neredeyse yarısı okula gitmemiş ve bu aile içi iletişimi kötü etkiliyor, oda bazı sıkıntılar (Altıntaş vd., 2003) doğuruyor olabilir. Gelir düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %28'i 851-1250 TL gelir düzeyine, %19,2'sinin 1251-1500 TL gelir düzeyine sahipken %6,7'sinin 6000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada amaçlanan hedeflerden birisi, lise son sınıf öğrencilerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin arasında anlamlı ilişki olup olmadığıdır. Bulgularımız Anksiyete puanı (16.36) ile Depresyon puanı (36.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup ($p=0<0.05$) aralarındaki ilişkinin pozitif yönlü ve %63.3 düzeyinde olduğudur. Çocuklar ve gençler ruhsal sorunların görülme sıklığı ve sürekliliği bakımından önemli risk gruplarındandır (Ceyhun, 1993; Özen vd., 2001). Çünkü bu yaş grubunun kişilik gelişimi evrelerinde sosyal, kültürel, fiziksel çevrelerinde ve ekonomik durumlarında önemli değişiklikler olabilmektedir. Ergen yaş grubunun başlıca özellikleri arasında; bedensel gelişimin hızla devam etmesi, ikincil cinsel

karakterlerin belirginleşmesi, cinsel ilgi ve dürtü artışı, meslek seçimi ve toplumsal statünün tam olarak netleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi ve benliğin henüz tam olgunlaşmamış olması sayılabilir. Bulgularımızla örtüşen bir çalışma olan, İtalya’da bir okulda yaşları 8 ile 17 arasında değişen 685 öğrenciye Children Depression Inventory (CDI) ölçeği kullanılarak depresif semptomları tespit etmek amacıyla yapılan araştırmada öğrencilerin %10’undan daha fazlası kliniksel eşik olan 20 rakamından daha yüksek puan almışlardır. Bir süper lisenin son sınıf öğrencileriyle Ankara’da yapılan bir çalışmada (Altıntaş vd., 2003) BDE puanı %18.9 kişide 17 ve üstünde bulunmuştur. Kıyaslanan örnekler tek bir liseye ait olsa da sonuçlarımız, örneklemeimize katılan öğrencilerin verilen örnek çalışmadakilerden daha depresif olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada ele alınan örnekleme, kaygı düzeyinin cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında ise, kızlarda anksiyete düzeyi ortalaması 17,87 iken erkeklerde bu düzey 13.76’dır. Aralarındaki farkın anlamlılığı testi için bağımsız t testi yapıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır denilebilir ($p=0.288>0.05$). Canbaz, Sünter, Aker ve arkadaşlarının (2007) tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 67’si (% 39.9) kız ve 101’i (% 60.1) erkek toplam 168 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada kadınlardaki anksiyete puanının, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaygı ve strese verilen tepkilerde cinsiyet açısından farklılıklar olduğu; kadınlarda kaygıya daha sık rastlandığı, stres ve kaygı durumlarında erkeklerin daha saldırgan olduğu, kadınların stres karşısında daha çok kaygı ve çökkünlük gösterme eğilimleri olduğu tespit edilmiştir (Baltaş, Baltaş, 1998). Anksiyete konusunda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de kız öğrencilerinin anksiyete düzeylerinin erkekler öğrencilerin anksiyete düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Varol, 1990; Girgin, 1990; Özusta, 1993; Dong, Yang and Ollendick, 1994; Ronan, Kendall and Rowe, 1994). Bu durum, araştırmamızda bulunan sonucun anlamsız olmasına rağmen verilen örnek çalışmalarla değerlerimizin benzer olduğunun göstergesidir. Dolayısı ile araştırmamız sonuçları ile literatür sonuçları birbiri ile çelişmemektedir denilebilir.

Kız (37,05) ve erkeklerin (34,34) ortalama depresyon puanları arasındaki farkın anlamlılığı incelendiğinde, ortalamalar arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.511>0.05$). Bir diğer ifade ile depresyon düzeyi cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Depresyon epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğudur (Adewuya et al 2006, Ackard et al. 2006, Kaplan ve ark. 1995, Ertem ve Yazıcı 2006, Ünal ve ark. 2002, Öner ve ark. 2004). Hormonal farklılıklar, toplumsal değer yargıları, farklı stresörlerle karşı karşıya kalmak bayanlarda depresyon yatkınlığını arttırmaktadır (Doğan 2000). İsveç'te çocuk ve ergenler üzerinde 2003 yılında The Seasonal Pattern Questionnaire (SPAQ) ölçek kullanılarak yapılan bir araştırmada 17–18 yaşlarda kız öğrencilerde depresyon semptomları % 25,5, erkeklerde ise %13,8 oranında bulunmuştur. 1999'da Diyarbakır'ın yoğun göç alan bir mahallesindeki bir lisede yapılan bir çalışmada (Özen vd., 2001) kontrol grubu erkek öğrencilerde BDE puanı ortalaması 18.2 bulunmuş; kontrol grubu kızlarda BDE puanı ortalaması 22.0 bulunmuştur. Ulubak'ın (2009) çalışmasında depresyon ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde kız öğrencilerde anlamlı iken (16,00), bulgumuzla örtüşür nitelikte erkek öğrencilerde anlamsız (12,51) bulunmuştur ($p=0,038>0,05$). Bu sonuca göre kız öğrencilerin depresyona eğiliminin erkeklere göre daha fazla olduğu söylenebilir. Verilen çalışmalardaki değerler ve bilgiler incelendiğinde bulgularımızla benzer nitelik göstermektedir.

Anne eğitim düzeyleri açısından kaygı seviyeleri ortalamalarına göre en yüksek kaygı seviyesine sahip kişiler anne eğitim durumu yüksek lisans ve üstü olanlardır (33.60). En düşük kaygı seviyesi ise anne eğitim durumu okumamış olanlardır (13.81). Farklı anne eğitim düzeylerinin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı için tek yönlü varyans analizinin non parametrik karşılığı olan Kruskal wallis testi yapılmıştır. Kruskal wallis testi sonuçlarına göre kaygı düzeyi anne eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.346>0.05$). Baba eğitim düzeyi ile anksiyete ilişkisi incelendiğinde ise, yüksek lisans ve üzeri eğitim seviyelerine sahip olan babaların çocuklarının anksiyete düzeylerinin diğer gruplardan anlamlı bir şekilde farklı olduğu görülmektedir. Buna göre babası ilkökul, lise ya da

üniversite mezunu çocukların anksiyete düzeyleri arasında fark bulunmazken, babası yüksek lisans ve üzeri mezuniyete sahip çocukların anksiyete düzeyleri anlamlı olarak diğer gruptan daha yüksektir.

Anne eğitim düzeyine göre en yüksek depresyona sahip kişiler 51.20 ile annesi yüksek lisans ve üzeri mezuniyete sahip kişiler iken, en düşük depresyona sahip kişiler ise 35.20 ile annesi lise mezunu olan kişilerdir. Depresyon düzeyinin anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığının testi için tek yönlü varyans (One way ANOVA) analizi nin non parametrik karşılığı olan Kruskal wallis testi yapılmıştır. Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre Depresyon düzeyi anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.619>0.05$). Literatüre bakıldığında ise Gamsız ve arkadaşları çalışmalarında (2004) annelerin eğitim düzeyi düştükçe çocuğa ceza verme oranlarının arttığını belirlemişlerdir. Erken çocukluk yıllarında anne-çocuk ilişkisindeki bozuklukların depresyon riskini arttırdığı göz önünde bulundurulduğunda annenin eğitim düzeyiyle birlikte çocuğa yaklaşım tarzını ve dolayısıyla çocukta depresyonu etkileyebileceğini düşündürmektedir (Doğan 2000). Araştırmalar bulgumuzla çelişir yöndedir.

Baba eğitim düzeyleri açısından anksiyete seviyeleri ortalamalarına göre en yüksek anksiyete seviyesine sahip kişiler baba eğitim durumu yüksek lisans ve üstü olanlardır (30.33) En düşük anksiyete seviyesi ise baba eğitim durumu lise olanlardır (15.33). Yüksek lisans diğer gruplardan anlamlı derecede farklıdır. Farklı baba eğitim düzeylerinin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizine göre Kaygı düzeyi baba eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($F= 4,541; p=0.04<0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post hoc testlerden olan Tukey testi yapılmıştır. Buna göre babası yüksek lisans ve üzeri mezunu olan kişilerin kaygı puanı ile ilkokul, lise ve üniversite mezunu olanların anksiyete puanlarından anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır. Deveci, Çalmaz ve Açık (2012) araştırmasında ebeveyn eğitim durumu ile öğrencinin anksiyete düzeyi arasında bir ilişki saptamamıştır. Varol (1990) anne-babaların eğitim durumu ile çocukların kaygı düzeyleri arasında önemli bir farkın olmadığını belirlerken, Gümüş (1997) ise anne-baba eğitim durumu ile çocukların sosyal

kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu, anne-babası yüksekokul mezunu olan çocukların kaygı düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir.

Babanın eğitim düzeylerine göre en yüksek depresyon seviyesi yüksek lisans ve üzeri mezuniyete sahip kişilerin çocuklarına aittir (48.78). En düşük depresyon düzeyi ise 35,23 ile babası lise mezunu kişilere aittir (35.23). Depresyon düzeyinin baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için ise tek yönlü varyans (One way ANOVA) analizinin non-parametrik karşılığı olan Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre Depresyon düzeyi baba eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.146>0.05$).

Babanın sağ-ölü olma durumuyla depresyon ilişkisine bakıldığında Babası vefat edenlerin ortalama depresyon puanı 41.14 iken babası sağ olanların ortalama depresyon puanı ise 35.86 dır. Aradaki farkın anlamlılık testi için wilcoxon t testi yapılmıştır. Wilcoxon t testi sonuçlarına göre ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.542>0.05$). Diğer bir ifadeyle Depresyon düzeyinin babanın sağ-ölü olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Oysa Jensen ve arkadaşları (1991) yaptıkları araştırmalarda anne-baba ayrılıkları, boşanmalar ya da ölümler nedeniyle tek ebeveyn ile büyüyen çocukların diğer çocuklara göre daha fazla risk altında olduğunu bildirmişlerdir. Çocuklukta anne-baba kaybının depresyon riskini 2-3 kat artırdığı bilinmektedir (Jensen, Richters ve Usser, 1991). Bu bulguyu Şirvanlı (1999) ve Yılmaz'ın (1998) yaptığı benzer araştırma bulguları da desteklemektedir. Ancak tek ebeveynle yaşamının neden olabileceği stres etkisinden çocuğun nasıl etkileneceği, çocuğun baş etme yetisiyle yakından ilgilidir. Bu bağlamda tek ebeveynle yaşayan her bireyde depresyon düzeyi yüksek olmayabilir.

Araştırmamızda annesi vefat eden 1 öğrenci olduğundan dolayı annesi sağ ve ölü olanların depresyon ve anksiyete ortalamaları arasında istatistiksel bir karşılaştırma yapılamamıştır. Babası sağ olanlarda ortalama anksiyete düzeyi 16.30 iken babası vefat edenlerde ortalama anksiyete düzeyi 17.86 düzeyindedir. Deveci, Çalmaz ve Açık'ın (2012) araştırma bulgularında, araştırmamızla paralel olarak babanın hayatta olma durumu ile öğrencinin

anksiyete düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. Oysa Özdal ve Aral (2006)'ın araştırmasında baba yoksunu olan çocukların anksiyete puan ortalamalarının, babası sağ olan çocukların anksiyete puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmüştür. Aral ve Başar (1998) yaptığı çalışmada ailenin parçalanma durumunun anksiyete üzerinde anlamlı derecede etkili olduğunu bulmuşlardır.

Anksiyete düzeyi en yüksek olan gelir seviyesi 6000 TL ve üzeri olan gruptur (24.15). En düşük kaygı düzeyine sahip gelir grubu ise 450-850 gelir grubudur (11.67). Farklı gelir seviyelerinin kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizine göre kaygı düzeyleri gelir gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p=0.113>0.05$). Oysa Deveci, Çalmaz ve Açıık'ın (2012) araştırmasına göre ailelerin aylık geliri düşük olanların yüksek olanlara göre anksiyete puanları daha yüksektir. Akgün ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada ise bulgumuzla paralel olarak öğrencilerdeki anksiyetenin ailenin gelir durumundan etkilenmediği görülmektedir.

Farklı gelir düzeylerine ilişkin depresyon seviyeleri incelendiğinde en yüksek depresyon seviyesi aile gelir durumu 6000TL ve üzeri olan ailelerde görülürken (44), en düşük depresyon seviyesi aile gelir durumu 2751-4000TL olan aileler arasında görülmektedir. Depresyon düzeyinin gelir düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ise tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile test edilmiştir. ANOVA testi sonuçlarına göre depresyon düzeyi gelir seviyesine göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($F= 1.848$; $p=0.092>0.05$). Bostancı ve arkadaşlarının çalışması (2005) bulgularımızla çelişir niteliktedir. Düşük sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan kadınlarda ve iş yaşamları ile ilgili stres yaşayan erkeklerde depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu düşünüldüğünde, bu aile ortamında yaşayan çocuklarda da depresyon oranı yükselecektir (Tuğrul 2000). Bulgularımızla çelişkili olmasına rağmen, depresyona ilişkin olarak düşük sosyo-ekonomik düzeyli bireylerin ortalamalarının orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyli bireylere göre daha yüksek olduğu araştırmalarda görülmektedir. Bunun nedenleri arasında, lise öğrencileri içinde buldukları evre itibarı ile oldukça duyarlı ve kırılgan özellikler gösterdiklerinden sosyo-ekonomik açıdan düşük düzeyli olmak - kendilerini diğer bireylerle karşılaştırmaları bağlamında- onların deprese

olmalarını hazırlayıcı bir etken olabilir. Ekonomik olarak kendilerini yeterli düzeyde görmeyen ergenlerin yaşama ilişkin negatif çıkarımlar yapma, işlevsel olmayan sayıltılar geliştirme olasılıkları yükselebilir. Cui ve Vaillant (1997)'ın yapmış olduğu araştırmada da sosyo-ekonomik düzey açısından düşük düzeyde olan bireylerin kişilerarası negatif yaşam olayları yaşayarak depresyona girme ihtimallerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Gökçakan (1997)'ın çalışmasında depresyonun en çok düşük sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde, onu takiben ortanın üstü sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde, en az da orta sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde görüldüğü ortaya çıkmıştır. Erözkan (2003)'ın yapmış olduğu araştırmada düşük sosyo-ekonomik düzeyli bireylerin ortalamalarının orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyli bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992)'ın araştırmalarında üst sosyo-ekonomik düzeyden gelen ergenler diğer iki gruba - düşük ve orta- göre daha az derecede depresyon belirtileri göstermişlerdir. Öy (1995) de düşük sosyo-ekonomik düzeyli ailelerden gelen ergenlerde daha çok depresyon görüldüğünü ve aile içi sorunların, olumsuz yaşam deneyimlerinin, düşük benlik saygısının ve okul başarısızlıklarının depresyona neden olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular araştırmamızın bulguları ile paralellik göstermemektedir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgulara dayalı olarak genel sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

Araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir.

1. Üniversite sınavına hazırlanan lise son sınıf öğrencilerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında olumlu yönde bir ilişki görülmüştür.
2. Öğrenci annelerinin eğitim düzeyi arttıkça öğrencinin anksiyete düzeyinin arttığı görülmüştür.
3. Öğrenci babalarının eğitim düzeyi arttıkça öğrencinin anksiyete düzeyinin arttığı görülmüştür.
4. Aile gelir düzeyi yükseldikçe öğrenci anksiyete düzeyinin arttığı görülmüştür.
5. Depresyon düzeyinin cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.
6. Babanın sağ-ölü olma durumuna göre öğrencinin depresyon düzeyinin anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.
7. Öğrenci annelerinin eğitim düzeyi arttıkça öğrencinin depresyon düzeyinin arttığı görülmüştür.
8. Öğrenci babalarının eğitim düzeyi arttıkça öğrencinin depresyon düzeyinin arttığı görülmüştür.
9. Ailenin gelir durumuyla öğrencinin depresyon düzeyinin anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.

Bu çalışma; bundan sonraki birçok çalışmaya da ışık tutacaktır. Üniversite sınavına hazırlanan lise son sınıf öğrencilerine yönelik daha fazla katılımcıya sahip örneklem grubu oluşturulması, farklı okul türleri ve bölümlerde okuyan bireylerin dahil edilmesi önemlidir. Çalışmanın sonuçlarının katılımcı sayısı dolayısıyla dış geçerlilik açısından bir sorun yaratmadığı düşünülmektedir. Bundan sonraki çalışmalar daha çeşitli okul gruplarını da içeren katılımcılar üzerine yoğunlaşabilir. Danışmanlığın daha iyi olduğu, böylelikle daha profesyonel yaklaşıldığı durumlarda daha az stres yaşandığının bilinciyle, danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin önerisiyle sonuçlanan birçok çalışmaya hala ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada çeşitli okul türleri olmaması bir eksiklik olarak görülebilir. İlerideki çalışmalarının farklı okul grupları ile zenginleştirilmesi sonuçların karşılaştırılması açısından önem teşkil edecektir.

Sonuç olarak, öğrencilerin geleceğini etkileyen ve eleme esasına dayanan üniversite sınavına girecek olmaları, genel olarak kendilerini başkaları ile karşılaştırdıklarında olumsuz algılamaları da cinsiyet, sosyoekonomik değişkenler ve sınava tekrarlı girişlerin depresyon ve anksiyete düzeylerini olumsuz etkilediği ve bu durumun ruhsal belirti sıklığını da etkilediği söylenebilir. Bu nedenle risk grupları göz önüne alınarak, lise son sınıflarda rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin yoğunlaştırılması, boş zaman uğraşlarının denetlenmesi ve gençlerin ruhsal gelişimi konusunda mümkün olduğu kadar aile-okul-çevre arasında düşünce ve uygulama paralelliğinin sağlanması ve önlemlerin alınması yararlı bir yaklaşım olacaktır. Psikolojik danışma ve rehberlik birimleri tarafından bireylerin kaygı yaşamalarına neden olan bakış açılarını değiştirebilmeye yönelik bilişsel-davranışçı yönelimli bireysel ve grupla psikolojik danışma uygulamalarına yer verilmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir. Gelecekleri ile ilgili kaygı duyan öğrenciler için koruyucu önleyici çalışmalar kapsamında seminer ve çalışma grupları da düzenlenebilir. Ayrıca daha detaylı bilgilere ve bulgulara ulaşılabilme açısından lise son sınıf öğrencisi üniversite adaylarının yaşadıkları depresyon ve kaygının nedenlerinin açıklanmasına yönelik olarak farklı değişkenlerin de yer aldığı yol gösterici çalışmaların yapılması gerekli görülmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abramson, L, Seligman, M.E. P. ve Teasdale, J. D. (1978). **Learned Helplessness: Critique and Reformulation.** *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1):49-74.

Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 59-66.

Adewuya, A.O., B.A. Ola, O.A. Olutayo, B.M. Mapayi and O.O. Oginni, 2006. Depression amongst Nigerian university students, Prevalence and socio-demographic correlates. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 41: 674-678.

Akgün A, Gönen S, Aydın M. İlköğretim Fen ve Matematik Öğretmenliği Öğrencilerinin kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi (www.e-sosder.com)* 2007;6(20):283-299.

Allgood-Merten B, Lewinsohn PM, Hops H ve ark. (1990) **Sex differences and adolescent depression.** *J Abnorm Psychol*, 99: 55-63.

Alparslan, S., Koçkar, A.İ., Şenol, S. ve Maral I. (1999). **Marmara Depremini Yaşayan Çocuk ve Gençlerde Ruhsal Bozukluk ve Kaygı Düzeyi.** *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3):135-142.

Alper, Y. (1997). **Depresyon Psikoterapisi.** Ara Yayıncılık. İstanbul.

Alyaprak, İ. (2006). **Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerde sınav kaygısını etkileyen faktörlerin incelenmesi,** Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Aral, N. ve Başar, F., 1998, Çocukların Kaygı Düzeylerinin Yaş, Cinsiyet, Sosyoekonomik Düzey Ve Ailenin Parçalanma Durumuna Göre İncelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 22(110), 7-11.

Aslan SA (2005) **Ergenlerde ana-baba tutumu, sınav kaygısı, ders çalışma becerilerinin lise giriş sınavını yordama düzeyleri**. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aslıhan, M.N.(1998). **Parçalanmış veya Tam Aileye Sahip Çocukların Öz Kavramı Depresyon Düzeyleri ve Akademik Başarılarının Yaş ve Cinsiyet Yönünden Karşılaştırılması**. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri A.B.D., Adana.

Aşkın, R. (1999). **Depresyon El Kitabı**. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. Selçuk Üniversitesi, Konya.

Atkinson, J.R., ve. Atkinson, C.R (1995). **Anormal Psikoloji** çev. Kemal Atalay, Mustafa Atalay, Sosyal Yayınları, İstanbul.

Aydın, B. (2005). **Çocuk ve ergen psikolojisi**. (2. Baskı). Atlas Yayınları, İstanbul.

Aysan F. Thompson D. Hamarat E. (2001). **Test anxiety, coping strategies, and perceived health in a group of high school students: a Turkish sample**. *J Genet Psychol*;162: 402-11.

Aytar, G. ve Erkman, F. (1985). **Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yaşam Olayları, Depresyon ve Kaygı Araştırması**. *XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, Çukurova Üniversitesi Yayını, 75-79.

Bağ, B. (1998). Atatürk Üniversitesinde hemşirelik ve ebelik eğitimi alan yüksekokullardaki öğrencilerin depresyona yatkınlığının araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

Baltaş, A. (2003). **Öğrenmede ve Sınavlarda Üstün Başarı**. 20. Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi.

Bandura A (1997) **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change**. Psychol Rev, 84:191-215.

Beck, A. (1972). **Depression: Causes and Treatment Pennsylvania**. Universty of Pennsylvania Press.

Beck, A.T., Rush, A., Shaw, J., Brayn F. ve Emery, G. (1984). **Cognitive therapy of depression**. Guilford. New York.

Berk R.A. (2000). **Does Humor in Course Test Reduce Anxiety and Improve Perdormance?** College Teaching; 48:151-158.

Bernstein GA (1991) **Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample**. J Am Acad Child Adolesec Psychiatry, 30:43-50.

Biederman J, Faraone SV, Spencer T (1993a) **Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder**. Am J Psychiatry, 150:1792-1798.

Bilal F (2005) **Ergenlerde Çevresel Risk Etmenleri ve Psikopatoloji**, Yayınlanmamış Yük. Lis. Tezi, ADÜ Sağlık Bil. Enst.

Blackburn, I.M. (1987). **Coping with depression**, W.R. Chambers, Limited Edition, Edinburgh.

Bodas J, Ollendick TH (2005) **Test Anxiety: A Cross-cultural perspective clinical child and family** psychology review, 8 (1).

Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK et al. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. Croatian Medical Journal 46(1): 96-100.

Bowlby, J. (1982). “**Caring for children: Some influences on its development.**” In Cohen Weissman ve Cohler (eds.) *Parenthood*, New York: The Guilford Press.

Bozkurt, N. (2004). “**Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri İle Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler.**” *Eğitim ve Bilim*, 29(133):52-59.

Brandli, H. (1999) “**The Image Of Mental İllness İn Switzerland. The Images Of Madness. The Public Facing Mental İllness And Psychiatric Treatment.**” Guimon J, Fischer W, Sartorius N (Eds), *Basel Karger*, 29-37.

Brown, G.W., Harris T.O. ve Eales M.J. (1993). “**Aetology of Anxiety and Depressive Disorders in an Inner City Population 2. Comorbidity and Adversty.**” *Psycological Medicine*, (223) 155-165.

Burwell RA, Shirk SR (2006) **Self processes in adolescent depression: The role of self-worth contingencies.** *J Res Adolescence*, 16: 479–490.

Canat S (1997) **Ergenlerde Depresyon.** Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; Ege Psikiyatri Derneği Yayın Organı, 2:469-472.

Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Peşken Y(2007). **Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler.** *Genel Tıp Dergisi*, 17(1): 15-19.

Cappeliez, P.ve Flynn, C. (1993). “**Depression in Elderly Persons: Prevalence, Predictors, and Psychological Intervention.**” *Depression and the social environment: Research and intervention with neglected populations.* 332-368 Montreal, QC: McGill-Queen’s University Press.

Ceyhun B: Depresyon monografı serisi - 5. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1993.

Chan D.W. (1993). **Components of assertiveness: Their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong**, *Beh Res Ther*, 31: 529–238.

Ceyhan, E., Ceyhan, A.A. ve Kurtyılmaz, Y. (2005). “**Depression Among Turkish Female and Male University Students.**” *Social Behavior And Personality*, 33(4), 329-340.

Cheek, J.R. Bradley L.J. Reynolds J. Coy D. (2002). **An Intervention for Helping Elementary Students Reduce Test Anxiety**. *Professional School Counseling*; 6:163-165

Cichetti, D. ve Toth S.L. (1999). “**Çocuk ve Gençlerde Depresyonun Gelişimi.**” çev. Sibel Kazak, *Türk Psikoloji Bülteni*, 4 (10): 105-112.

Cimilli, C. (2001). **Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler**. *Duygudurum Dizisi*, 4, 157-168.

Cohen, S. ve Rodriguez, M.S. (1995). “**Pathways Linking Affective Disturbances and Physical Disorders.**” *Health Psychology*, 14 374-380.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Valez, C.N.(1993). “**An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence-1. Age and Gender- Specific Prevelans.**” *Journal of Child Pcyhology And Psychiatry*, 34 (6):854-867.

Collishaw S, Maughan B, Goodman R ve ark. (2004) **Time trends in adolescent mental health**. *J Child Psychol Psyc*, 45: 1350-1362.

Cooley, M.R., Turner, S.M. ve Beidel, D.C .(1995). “**Assesing Community Violence: The Children’s Report of Exposure to Violence,**” *Journal Am Acad Child Adolesc Psykiatry*, 34:201-208.

Craig WM, Pepler DJ (2003) **Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization**. *Can J Psychiatry*, 48:577-582.

Curry, J.F. ve Craighead, E. (1990). “**Attributional Style in Clinically Depressed and Conduct Disordered Adolescents.**” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1):109-115.

Çavuşoğlu, E. Y. (1990). **Ansiyetenin Öğrenme ve Belleğe Etkisi.** Bitirme Tezi, İzmir.

Çelikkol, A. (1999). **Ruh Hastalıklarından Korunma.** Gendaş Yayıncılık, İstanbul.

Çifter, İ. (1993). “**Depresyon Kavramının Gelişimi.**” *Depresyon Monografılar Serisi*, 1. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Çuhadaroğlu F. (1993) **Adolesanlarda Depresyon ve Anksiyetenin Görülmesi: Bir Araştırma.** *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4:189-194.

Çuhadaroğlu F., Sonuvar B. (1992) **Adolesanlarda depresyon.** *NöroPsikiyatri Arşivi*. 29: 145–150.

Deniz, E.M., Sümer, S.A. (2010). "Farklı Özanelayış Düzeylerine Sahip Üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi". *Eğitim ve Bilim Dergisi*, Cilt 35, Sayı 158.

Denton RE, Kampfe CM (1994) **The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review.** *Adolescence*, 29: 475–495.

Depue, R.A. ve Monroe, S.M (1978). “**Learned Helplessness in the Perspective of the Depressive Disorders: Conceptual and Definitional Issues.**” *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1):3-20.

Dereli, A. (2003). **Üniversite sınavına hazırlanan Öğrencilerde sınav kaygısını nasıl azaltabiliriz?** Yoret Postası. 02.11.2012, <http://www.yoret.org.tr/download/posta/68.doc>

Deveci, S.E., A. Çalmaz, Y. Açık, “Doğu Anadolu’da yeni açılan bir üniversitenin öğrencilerinde kaygı düzeylerinin sağlık, sosyal ve demografik faktörler ile ilişkisi”, Dicle Tıp Dergisi, 39, 189-196 (2012).

Dixon, W.A. ve Reid, J.K. (2000). “**Positive Life as a Moderator of Stress-Related Depressive Symptoms.**” *Journal of Cuunseling and Devalopment*, Summer, 78:343-347.

Docherty JP (1997) **Barriers to the diagnosis of depression in primary care.** J Clin Psychiatry 58 (Suppl 1), 5-10.

Doğan, O. (2000). “**Depresyonun Epidemiyolojisi.**” *Duygudurum Dizisi*, 1:29-38.

Dong, Q., Yang, B. And Ollendick, T.H. (1994). Fears in Chinese Children and adolescent and Their Relation to Anxiety and Depression, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (2): 351-363.

Dökmen, Ü. (1992). **T.C. Yükseköğretim Kurulu Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi, Kuruluşu, Gelişmesi, Çalışması.** Ankara, ÖSYM Yayınları.

Dönmezer İ.(2000). **Eğitim Psikolojisi (Gelişim ve Öğrenme).** EÜ. Basımevi.

DSM-IV-TR, (2001). **Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı.** Çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Ekşi, A. (1990). **Çocuk, Genç, Ana Babalar.** Bilgi Yayınevi, İstanbul.

Ekşi, P. (1998) **Sınav kaygısının üniversite adayı ergenlerde incelenmesi.** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Elgün, S.(2001). “**Depresyon Nörobiyokimyası.**” *Modern Tıp Seminerleri*, 18 8-19.

Ergene, T. ve Yıldırım, İ (2004).“**Üniversite Adaylarının Depresyon Düzeyleri.**” 3P Dergisi, Haziran, 12(2):91-100.

Erikson, E.H. (1968). **Identity.** WW Norton & Company, New York, London.

Erözkan, Atılgan, (2003), "Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası Duyarlılık Ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi", VII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi'nde Sunulan Bildiri, İnönü Üniversitesi, 9-11 Temmuz 2003, Malatya.

Ertem Ü, Yazıcı S (2004). Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon. *Aile ve Toplum* 3(9): 7-12.

Ervatan, S., Özel, A., Türkçapar, H.ve Atasoy, N. (2003). “**Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzleme Çalışması.**” *39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildirileri*, 5-11

Eskin, M. (1995). **Suicidal Behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A crosscultural investigation.** *J Clin Psychol*, 51: 158-172.

Eskin, M. (1996). **Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation.** *J Gender Culture Health*, 1: 189–205.

Eskin, M. (2000). **Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri.** *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3: 228–234.

Eysenck, M.W. ve Mark, T.K. (1996). **Cognitive Psychology, A Student Handbook.** Third Edition, UK: Psychology Pres.

Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP (2004) **Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims.** J Pediatr, 144:17-22.

Ferster, C. (1966). “**Animal Behavior and Mental illness.**” *Psychological Record*, 16, 37-43.

Freeman J.B., Garcia A.M., Leonard H.L. (2002). **Anxiety Disorders. Child and Adolescent Psychiatry**, M. Lewis (Ed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 821-834.

Garber, J. ve Seligman, M.E.P (1980). **Human helplessness: Theory and applications.** New York, NY: Academic Press.

Garrison, C.Z., Schlucheter, M.D., Schoenbach, V.J. ve Kaplan, B.K (1989). “**Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review.**” *Journal of Amerikan Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 28(3). 343-351.

Gatz, M., Qualls, S.H. ve Abeles, N. (2000). “**Variations on Depression in Later Life**”. *Psychology and The Aging Revolution: How We Adapt to Longer Life.* *American Psychological Association*, 239-254.

Gençdoğan, B. (1998). “**Üniversite Öğrencilerinde Depresyon ve Uyum Düzeyleri İle Mide Yakınlıkları Arasındaki İlişki.**” IX. Ulusal Psikoloji Kongresi -18-20 Eylül, Bilimsel Çalışmalar Boğaziçi Üniversitesi, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*. 15: 413-420. Ankara.

Gençtan, E. (1981). **Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar.** Ankara Maya Matbaacılık Yayıncılık Lt. Şti. Yayınları Eğitim Dizisi.

Gençtan, E. (1984). **Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar.** Maya Yayınları Nr. 3 Ankara.

Ge, X., Lorenz, F.O., Glen, C.R., Elder, H. ve Simons, R.L. (1994). **“Trajectories of Stressful Life Events and Depressive Symptoms During Adolescence.”** *Developmental Psychology*, 30:467–483.

Gibb, B.E., Abramson, L.Y., ve Alloy, L.B (2004). **“Emotional Maltreatment From Parents, Verbal Peer Victimization, and Cognitive Vulnerability to Depression1.”** *Cognitive Therapy and Research*, February, (1):1–21.

Girgin, G. (1990). Farklı Sosyo Ekonomik Kesimden 13-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Kaygı Alanları ve Kaygı Düzeylerinin Başarıyla İlişkisi,(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Goleman, D. (2003). **Duygusal zeka.** (24. Basım). İstanbul: Varlık Yayınları.

Goodyer, I., Wright, C.ve Altham, P. (1988). **“Maternal Adversity and Recent Stressful Life Events İn Anxious and Depressed Children.”** *Journal of Child Psychology and Psychiatry Allied Disciplines*, 29:651–667.

Gordon, M.S. ve Tonge, B.J. (2001). **“Çocukluk ve Ergenlik Çağında Depresyonun Tanısı ve Tedavisi”.** *Modern Medicine*, Temmuz ,9(7):22-26. İstanbul.

Gotlib, I.H. (1984). **“Depression and General Psychopathology in University Students.”** *Journal of Abnormal Psychology*, 9 3(1): 19-30.

Gökçakan, N. (1997). **“Çeşitli Dercelerdeki Depresyonun Giderilmesinde Beck’in Bilişsel Terapisinin Etkinliğinin İncelenmesi.”** *Yayınlanmamış Doktora Tezi.* Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.

Guillon MS, Crocq MA, Bailey PE ve ark. (2003) **The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents.** *Eur Psychiat*, 18: 59–62.

Güleç, C.(1993). **Psikoterapiler**. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Günay O., Öncel Ü.N., Erdoğan Ü., Güneri E., Tendoğan M., Uğur A. (2008). **Lise son sınıf öğrencilerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyini etkileyen faktörler**. Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(2): 77-85.

Güney, M. (1998). “**Ergenlik Dönemi Depresyonları.**” *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 2: 41-44.

Hamburg DA, Takanishi R (1989) **Preparing for life. The critical transition of adolescence**. Am Psychol, 44: 825-827.

Hammen, Co., Henry, R ve Daley, S. (2000). “**Depression And Sensitization To Stressors Among Young Women As A Function Of Childhood Adversity.**” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:782–787.

Hammen, C. ve Mazure, C.M. (2003). “**Symposium: Understanding the Interaction of Strees and Gender in the Prediction of Major Depression-Intreduction.**” *Arc Womens Ment Health*, 6. 3-4.

Hancock D.R. (2001). **Effects of Test Anxiety and Evaluative Threat on Students' Achievement and Motivation**. The Journal of Educational Research; 94: 284-290.

Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R.ve Angell, K.E. (1998). “**Development Of Depression From Preadolescence To Young Adulthood: Emerging Gender Differencesin a 10-Year Longitudinal Study.**” *Journal of Abnormal Psychology*, 107: 128–141.

Hankin, B.L. ve Abramson, L.Y. (1999). “**Development of Gender Differences İndepression: Description and Possible Explanations.**” *Annals of Medicine*, 31:372–379

Henkel V, Mergl R, Kohnen R ve ark. (2003) **Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study.** *BMJ*, 326:200:201.

Heppner PP, Neal GW, Larson LM ve ark. (1984) **Problem-solving training as prevention with college students.** *Pers Guid J*, 62: 514–519.

Hisli, N. (1989). “**Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği.**” *Psikoloji Dergisi*, Psikologlar Derneği Yayını, Kasım, 7(23):3-13.

Horney, K. (1945). **New ways in psychoanalysis.** Norton Publishing, New York.

Horney, K.(1999). “**Nevrozlar ve İnsan Gelişimi. Öz Gerçekleştirme Kavgası.**” Öteki Yayınevi, Çev. Selçuk Budak, Ankara.

Horowitz, K., Weine, S. ve Jekel, J. (1995). “**PTSD Symptoms İn Urban Adolescent Girls: Compounded Community Trauma.**” *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1353-1361.

Inaba, A., Thoits, P.A., Ueno, K., Gove, W.R., Evenson, R.J. ve Sloan, M. (2005). “**Depression in The United States and Japan: Gender, Marital Status, and Ses Patterns 1.**” *Social Science & Medicine*, 61: 2280–2292

Ingram, R.E. (2001). “**Devoloping Perspectiveon the Cognitive-Developmental Origins of Depression: Back Is the Future.**” *Cognitiv Therapy and Research*,. 25(4):497-504.

Işık E. (1996). **Nevrozlar.** Kent Matbaası, Ankara; ss 31–45.

Jensen, P., Richters, S., Ussery, T. (1991). "Child psychopathology and environmental influences: discrete life events versus ongoing adversity". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30, 303-309.

Johansen, W.J. (1969). “**Attitudes Toward Mental Patients: A Review of Ampirical Research.**” *Mental Hygiene*, 53:218-228.

Johnson, L.S. (2003). **Therapist’s Guide to Clinical Intervantion.** New York: Academic Pres, 314.

Johnson, S., Monroe S., Simons A. ve Thase M. (1994). “**Clinical Characteristics Associated With İnterpersonal Depression: Symptoms, Course and Treatment Response.**” *Journal of Affective Disorders*, 31:97–109.

Kalafat, S. (1996). “**Depresyon ve Mutlulukta Otomatik Düşüncelerin Rolü.**” *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ondukuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1995) *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza, pp. 218-228.

Karakuş, S. (2003). “**Anne-Babası Boşanmış Çocukların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi ve Okul Başarısına Yansıması.**” *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Karasar, N. (2000). **Bilimsel Araştırma Yöntemi**, Nobel Yayın, Ankara, 327.

Kashani, J.H ve Sherman, D.D (1988). “**Childhood Depression: Epidemiology, Etiological Models and Treatment Implications.**” *Integrative Psychiatry*,6 (1): 1-8.

Kashari JH, Orvaschel H (1988) **Anxiety Disorders in Mid-Adolescence: a community sample.** *Am J Psychiatry*, 145: 960-964.

Kashari JH, Orvaschel H (1990) **A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents.** *Am J Psychiatry*, 147: 313-318.

Kaslow NJ, Deering CG, Racusin GR ve ark. (1994). **Depressed children and their families**. Clin Psychol Rev, 14: 39–59.

Katon W (1982) **Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care**. Comprehensive Psychiatry, 23(3):274-287.

Kavakcı Ö., Yıldırım O., Kuğu N. (2010a). **Travma sonrası stres bozukluğu ve sınav kaygısı için EMDR: Olgu sunumu**. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2010;13:42-47.

Kaya M., Genç M., Kaya B., Pehlivan E. (2007). **Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler**. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2): 137-146.

Kendler, K., Kessler R., Walters, E.E., MacLean, C., Neale, M.C., Heath, A.C. ve Eaves, L.J. (1995). “**Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression.**” *American Journal of Psychiatry*,152:833–842.

Kennedy D.V. Doepke K.J. **Multicomponent Treatment of a Test Anxious College Student**. Education and Treatment of Children. 1999;22:203-217.

Kessler RC, Walters EE (1998). **Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey**. Depress Anxiety, 7: 3-14.

Kessler R.C., Adler L.A., Barkley R. ve ark. (2006). **The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication**. Am J Psychiatry, 163:716-723.

Kılıç, C. (1998). **Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımını sonuçları**. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Kılıç G.B., Şener Ş. (2005). **Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psiko-sosyal değişkenlerin karşılaştırılması.** Türk Psikiyatri Dergisi, 16(1): 21-28.

Kim YS, Koh YJ, Leventhal B (2005) **School bullying and suicidal risk in Korean middle school students.** Pediatrics, 115:357-363.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. ve Chevron E.S. (1984) **Interpersonal Psychotherapy of Depression.** New York, Basic Books.

Kondo D.S. (1997). **Strategies for Coping with Test Anxiety.** Anxiety Stress and Coping;10:203-215.

Köknel, Ö. (1988). **Zorlanan İnsan.** İstanbul; Altın Kitaplar Yayınevi, 2. Basım.

Köknel, Ö. (1989). **Depresyon:Ruhsal Çöküntü.** Altın Kitapları Yayınevi, İstanbul.

Kulaksızoğlu, A. (2001). **Ergenlik Psikolojisi,** Remzi Kitabevi, İstanbul.

Kuiper, N. A. ve Olinger, L. J. (1986). **“Dysfunctional attitudes and a self-worth contingency model of depression.”** *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, 5, 115-142.

Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & MacDonald, M. R. (1988). **“Vulnerability and episodic cognitions in a self-worth contingency model of depression.”** In L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression*,. New York: Guilford Press, 289-309.

Kumpulainen K, Rasanen E, Henttonen I ve ark. (1998) **Bullying and psychiatric symptoms among elementary schoolage children.** Child Abuse Negl, 22:705-717.

Kumpulainen K, Rasanen E (2000). **Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. An epidemiological sample.** *Child Abuse Negl*, 24:1567-1577.

Kuzgun, Y. & Eldeleklioğlu, J. (2005). **Rehberlik ve psikolojik danışmada kullanılan lme araları ve programlar dizisi.** *Nobel Yayın Dağıtım*, Ankara.

Lefkowitz, M. M., & Tesiny, E. P. (1985). **Depression in children: Prevalence and correlates.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 647–656.

Lewinsohn, P.M. (1982). “**The Measurement of Expectancies and Other Cognitions in Depressed Individuals.**” *Cognitive Therapy and Research*, 6:64-71.

Lewinsohn, P.M., Robertes, R.E (1994). “**Adolescent Psychopathology: II. Psychosocial Risk Factors for Depression.**” *Journal of Abnormal Psychology*,103(2): 302-315.

Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. ve ark. (1998). **Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications.** *Clin Psychol Rev*, 18: 765-794.

Liebert RM, Morris LW (1967) **Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data.** *Psychol Rep*, 20: 975–978.

Lu, L. (1994) “**University Transition: Major and Minor Life Stressors, Personality Characteristics and Mental Health.**” *Psychological Medicine*, 24:81–87.

Lufi D. Okasha S. Cohen A. (2004). **Test Anxiety and Its Effect on the Personality of Students with Learning Disabilities.** *Learning Disability Quarterly*;27:176-184.

Marttunen, M, Aro H, Henriksson M. ve Lonqvist (1994). “**Psychosocial Stressors More Common In Adolescent Suicides With Alcohol Abuse Compared With Depressive Adolescent Suicides.**” *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 33:490–497.

Marx E.M., Williams J.M., Claridge G.C. ve ark. (1992) **Depression and social problem solving.** *J Abnorm Psychol*, 101: 78–86.

Mc Cauley, E. ve Myers, K. (1993). “**Treatment of Depression Disorders in Adolescents.**” *Dunnner Current Psychiatric Therapy*, Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Mc Cleary, L. ve Sanford, M. (2002). “**Parental Expressed Emotion in Depressed Adolescent: prediction of Clinical Course and Relationship to comorbid Disorders and Social Functioning.**” *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5):587-595.

Mc Donald AS (2001) **The prevalence and effects of test anxiety in school children.** *Educational Psychology*, 21:89-101.

Meadows S.O., Brown J.S., Elder G.H. ve ark. (2006) **Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood.** *J Youth Adolescence*, 35: 93–103.

Meeks, S., Murrell, S.A., ve Mehl, R.C. (2000). “**Longitudinal Relationships Between Depressive Symptoms and Health In Normal Older and Middle-Aged Adults.**” *Psychology and Aging*, 15:100-109.

Meichenbaum D, Butler L (1980) **Toward a Conceptual Model for the Treatment of Test Anxiety: Implications for Research and Treatment.** *Test Anxiety: Theory, Research, and Applications.* Sarason IG (Ed), Erlbaum, Hillsdale.

Miranda, J. (1992). “**Dysfunctional Thinking is Activated by Stressful Life Events.**” *Cognitive Therapy and Research*, 16:473-483.

Morris L.W., Davis M.A., Hutchings C.H. (1981). **Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and a revised worry-emotionality scale.** *J Educ Psychol*, 73: 541–55.

Murray C, Lopez A (1997) **Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020: Golden burden of disease study.** *Lancet*, 349:1498-1504.

Myers, D.G. (1987). **Social Psychology.** Second edition. USA: Mc Graw-Hill Book Company.

Musch J., Broder A. (1999). **Test Anxiety versus Academic Skills: A comparison of two alternative models for predicting performance in a statistics exam.** *Br J Educ Psychol*, 69:105-116.

Mynard H., Joseph S., Alexander J. (2000). **Peer-victimisation and posttraumatic stress in adolescents.** *Personality and Individual Differences*, 29:815-821.

Neudert, S., Jabs, B., Schmidtke, A. (2009). **Strategies for reducing test anxiety and optimizing exam preparation in German university students: a prevention-oriented pilot project of the University of Würzburg.** *J Neural Transm*, 116:785-790.

Nezu, A.M., Ronan, G.F. (1988). **Stressful life events, problem solving, and depressive symptoms: A prospective analysis.** *J Couns Psychol*, 35: 134-138.

Nezu, A.M., Nezu, C.M., Saraydarian, L. ve ark. (1986). **Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms.** *Cognitive Ther Res*, 10: 489–498.

Noble, R.E. (2005). **Depression in women.** *Metabolism*; 54(5 Suppl 1):49-52.

Nolen-Hoeksema, S., Girgius, J.S. ve Seligman, M.E.P. (1986). “**Learned Helplessness in Children: A Longitudinal Study of Depression, Achievement and Explanatory Style.**” *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2): 435-442.

Nolen-Hoeksema S, Girgius JS (1994) **The emergence of gender differences in depression during adolescence.** *Psychol Bull*, 115: 424–443.

Nolen-Hoeksema, S. (2004). **Abnormal Psychology (International Edition).** Boston: McGraw-Hill, 304-305.

North, C.S., Smith E.M., Spitzange E.L. (1994). “**Posttraumatic Stress Disorder in Survivors of a Mass Shooting.**” *Am Journal Psychiatry*, 151:82-88.

Olsson, I., Nordstroem M.L., Arinell H. ve von Knorring, A.L. (1999). “**Adolescent Depression and Stressful Life Events.**” *Nordic Journal of Psychiatry*, 53:339–346.

O’Rourke, N., Cappeliez, P. ve Guindon S. (2003). “**Depressive symptoms and physical health of caregivers of persons with cognitive impairment: Analysis of reciprocal effects over time.**” *Journal of Aging and Health*, 15:688-712.

Overmier, J.B. ve Seligman, M.E.P. (1967). “**Effects of Inescapable shock upon Subsequent Escape and Avoidance Learning.**” *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33.

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (1999). **Öğrenci Seçme Sınavı Kılavuzu.** Ankara: Meteksan Anonim Şirketi.

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (2001). **Öğrenci Seçme Sınavı Kılavuzu**. Ankara: Meteksan Anonim Şirketi.

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (2006). **2006 Yılı Faaliyet Raporu**. Ankara.

Öner, N, Le Compte, A. (1985). **Süreksiz Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri. El Kitabı**. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No: 33, ss. 19.

Öner N., Kaymak D.A. (1987). **The transliteral equivalence and the reliability of the Turkish TAI**. Unpublished manuscript, University of Missouri-Columbia.

Öner S, Buğdaycı R, Şaşmaz T ve ark. (2004). **Mersin Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencilerinde depreyon ve etkileyen faktörler**. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 18: 36-42

Öy, B. (1995). “**Çocuk ve ergenlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Etkenleri.**” *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2 (1): 40-45.

Özbay, H. ve Öztürk E. (1991). **Gençlik, Cep Üniversitesi**. İletişim Yayınları. 24-25. Ankara.

Özdal, F. ve Aral, N. (2006). " Baba Yoksunu Olan ve Anne-Babası ile Yaşayan Çocukların Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi". Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(2), 255-267.

Özkürkçügil, A.ve Kırılı ,S. (1998). “**Depresyonda Değerlendirme.**” *Psikiyatri Dünyası*, 1:26-34.

Özmen, E. (2004). “**Depresyona Yönelik Tutumlar ve Damgalama.**” *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*,12(3):51-60.

Öztürk, M.O. (2001). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.

Öztürk O. (2004) “**Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**”, Feryal Matbaası, Ankara.

Özusta, Ş. (1993). Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarılama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Peleg-Popko O (2004) **Differentiation and test anxiety in adolescents**. J Adolesc, 27: 645-662.

Peterson, C., Charles Raps, S. ve Villanova, P. (1985). “**Depression and Attributions: Factors Responsible for Inconsistent Results in the Published Literature.**” *Journal of Abnormal Psychology*, 94:165-168.

Peterson, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. ve Grant, K.E. (1993). “**Depression in Adolescence.**” *American Psychologist*, 48:155–168.

Peterson, A.C. ve Seligman, M.E.P (1987). “**Explanatory Style and İllness.**” *Journal of Personality*, 55: 237–265.

Pervin, L.A. (1996). **The Science of Personality**. USA: John Wiley and Sons İne.

Pollock LR, Williams MG (2004) **Problem solving in suicide attempters**. Psychol Med, 34: 163–167.

Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Conduct Disorder (1997) J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36 (Supp 10) 122-139.

Priester MJ, Clum GA (1993) **Perceived problem solving ability as a predictor of depression, hopelessness, and suicide ideation in a college population.** J Consult Clin Psychol, 40: 79–85.

Rahav, M., Struening E.L.ve Andrews H. (1984). “**Opinions On Mental İllness İn Israel.**” *Socioal Scicence Medatory*, 19:1154-1158.

Rezaki M (1995a) **Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon.** Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):13-20.

Rezaki M (1995b) **Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar üzerine bir alan araştırması.** Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):3-11.

Rigby K (2003) **Consequences of bullying in schools.** Can J Psychiatry, 48:583-590.

Robert F, Ferdinand MD (1995) **Continuity and chage of selfreported problem behaviors form adolescence into young adulthood.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34:5.

Roberts, J.E., Gotlib, I.H. ve Kassel, J.D. (1996). “**Adult attachment styles and symptoms of depression: The mediating role of dysfunctional attitudes and low self-esteem.**” *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 310-320.

Rogers, B. ve Hope S. (1997). “**Parental Divorce and Adult Psychological Distress: Evidence From A National Birth Cohort. a Research Note.**” *Journal of Child Psychiatry and Allied Disciplines*, 38:7.

Ronan, P.C. Kendalli P.C. and Rowe, M. (1994). **Negative Affectivity in Children.** *Cognitive Therapy and Research*, 18(6): 509-528.

Roth, S. ve. Bootzin, R.R (1974). “**Effects of Experimentally Induced Expectancies of External Control: An Investigation of Learned Helplessness.**” *Journal of Personality and Social Psychology*, 29:253-264.

Sağduyu A, Ögel K, Özmen E ve ark. (2000) **Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon.** *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:3-16.

Saluja G, Iachan R, Scheidt PC ve ark. (2004) **Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents.** *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158:760-765.

Samuel, W. (1981). “**Personality- Serching for The Sorces of Human Behavior.**” *McGraw-HILL Book Company*. Tokyo.

Sansgiry SS, Sail K (2006) **Effect of Students' Perceptions of Course Load on Test Anxiety.** *Am J Pharm Educ*, 15:26.

Sarason IG (1980) **Introduction to the study of test anxiety. Test anxiety: Theory, research, and applications.** IG Sarason (Ed), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, s.3-14.

Sarason IG, Sarason BR (1990) **Test Anxiety. Handbook of Social and Evaluative Anxiety.** Leitenberg H (Ed), NY, Plenum Press, s.475-496.

Sarason IG, Stoops R (1978) **Test anxiety and the passage of time.** *J Consult Clin Psychol*, 46:102-109.

Sayıl, I. ve Berksun, O.E. (1998). “**Depresyon ve İntihar**”. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 2:52-56.

Seals D, Young J (2003) **Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression.** *Adolescence*, 38:735-747.

Sellick, K. ve Goodear, J., (1985). “**Community Attitudes Toward Mental Illness: The Influence Of Contact And Demographic Variables.**” *Austr NZ J Psychiatr*, 19:293-298.

Seligman, M.E..P. ve Maier, S.F. (1967). “**Failure to Escape Traumatic Shock.**” *Journal of Experimental Psychology*, 74:1-9.

Shekim WO, Asarnow RF, Hess E ve ark. (1990) **A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state.** *Compr Psychiatry*, 31:416-425.

Siegel, L.J. ve Griffin, N.J. (1983). “**Adolescent's Concepts Of Depression Almond Their Peers.**” *Adolescence*, 18:965-973.

Skinner, B.F. (1957). **Verbal Behavior.** New York: Apletton.

Soylu Ö. (2002). **Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Ailelerinden Sosyal Destek Algılayıp-Algılamama Durumlarına Göre Psikolojik Belirtiler Yönünden Karşılaştırılması.** Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Spangler G. (1997). **Psychological And Physiological Responses During An Exam And Their Relation To Personality Characteristics.** *Psychoneuroendocrinology*; 22:423-441.

Speckens AEM, Hawton K (2005). **Social problem-solving in adolescents with suicidal behaviour: a systematic review.** *Suicide and Life-Threat*, 35: 365–387.

Spence S, Sheffield J, Donovan C ve ark. (2003) **Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program.** *J Consult Clin Psych*, 71: 3–13.

Spielberger CD, Vagg RR (1995) **Test anxiety, theory, assessment and treatment**. Washington, DC: Taylor & Francis, 183-215.

Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S(2002). **Kısa semptom envanteri (KSE): ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı**. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2): 125-135.

Şahin, H. N. ve. Rugancı, R.N (1992). **Depresyonla Başa Çıkma Yolları**, Remzi Kitapevi, İstanbul.

Şirvanlı, Özen D. (1999). "Eşler Arası Çatışma ve Boşanmanın Çocuklar Üzerindeki Etkileri: 2. Sosyal Destek". Çocuk ve Genlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6 (2), 83-88.

Tegin, B. (1990). "Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtilerle Atılganlık Düzeyi Arasındaki İlişki." H.Ü. Edebiyat Fakültesi Dergisi, Kasım,1(2):51-63.

Tennant, C. (1988). "Parental Loss In Childhood: Its Effect In Adult Life." Archives of General Psychiatry, 45:1045-1050.

Tuğrul, C.D. (2000). "Stres ve Depresyon." Psikiyatri Dünyası Dergisi, 4 :12-17.

Türküm, S. (1999). **Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Bilişsel Carpıtmalar ve İletişim Becerileri üzerindeki Etkisi**. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, N0:56,Eskişehir.

Undheim AM, Sund AM (2005) **School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents**. Eur Child Adoles Psy, 14: 446–453.

Uzunöz, A.(1990). "Yükleme Kuramı Ve Depresif Kişilerin Başarı Ve Başarısızlıklarına Yaptıkları Nedensel Yüklemelerin İncelenmesi." Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 7(1-2): 35-50.

Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y.E. ve Kırılı, S. (2002). “**Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri.**” Türk Psikiyatri Dergisi, 8-15.

Valenstein M, Vijan S, Zeber JE ve ark. (2001) **The cost-utility of screening for depression in primary care.** Ann. Intern. Med, 134: 345-360.

Van Ameringen M, Mancini C, Simpson W ve ark. (2010) **Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in an Anxiety Disorders Population.** CNS Neurosci Ther. Apr 8. (Baskıda).

Varan A (1997) **Ergenlik Dönemiyle İlgili Bazı Temel Tartışmalar.** Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2: 313-324.

Varol, Ş. (1990) **Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler.** Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

Viinamaki, H., Hintikka, J., Antti, T., Honkalampi, K., Antikainen, R., Koivumaa-Honkanen, H. ve diğerleri (2002). “**Partial Remission in Major Depression: a Two-Phasa, 12- Month Prospective study.**” Taylor Francis Healthclences, 33-37.

Wade TJ, Cairney J, Pevalin JD (2002) **Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence: National Panel Results from Three Countries.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41: 190-198.

Whooley MA, Avins AL, Miranda J ve ark. (1997) **Case-finding instruments for depression.** J Gen Intern Med, 12:439-445.

Williamson DE, Ryan ND, Birmaher B ve ark. (1995) **A case-control family history study of depression in adolescents.** J American Acad Child Psy, 34: 1596–607.

Yemez, B. ve Alptekin, K. (1998). “**Depresyon Etiyolojisi**” Psikiyatri Dünyası Dergisi,1: 21-25.

Yıldırım İ. (2004). **Depresyonun yordayıcısı olarak sınav kaygısı, gündelik sıkıntılar ve sosyal destek**. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 27: 241-50.

Yıldırım İ, Gençtanırım D, Yalcın İ ve ark. (2008) **Sınav kaygısının yordayıcıları olarak akademik başarı, mükemmeliyetçilik ve sosyal destek**. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 34: 287-96.

Yıldız, H. Y. (2007). ‘**Sınav kaygısı-ana-baba tutumları ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkinin incelenmesi**’, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yılmaz, A. (1998). "Tek Ebeveynli ve İki Ebeveynli Ailelerden Gelen Üniversite Öğrencilerinin Kendilik İmgesi". Çocuk ve Genlik Ruh Sağlığı Dergisi, 5 (3), 142-150.

Yılmaz, E. (2003). “**Depresyon**” Bilim Teknik Dergisi, 433:76.

Yörükoğlu, A. (1985). **Gençlik Çağı**. Ankara; T. İş Bankası Kültür Yayınları, 1985.

Zeidner, M. (1998). **Test Anxiety: The State of the Art**. New York: Plenum Press.

EKLER

EK-1 ÜNİVERSİTE SINAVINA HAZIRLANAN LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yüksek Lisans tezim için sizlere bir dizi anket uyguluyorum. Bu anketleri cevaplandırırken lütfen, maddeleri dikkatlice okuyup size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz ve anketin başındaki yönergelerde belirtildiği şekilde değerlendiriniz. Lütfen, hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Bu anketlere vereceğiniz cevaplar yalnızca araştırmacı tarafından bilinecek ve gizli kalacaktır. Cevaplar araştırma amacıyla kullanılacağı için adınızı yazmayınız.

Katkılarınız için teşekkürler.

İnci YELKENCİ

Okulunuz	
Cinsiyetiniz	() Kız () Erkek
Anne	() Sağ () Vefat
Baba	() Sağ () Vefat
Annenizin Eğitim Durumu	() Okumadı () İlkokul () Lise () Üniversite () Y.Lisans ve üstü
Babanızın Eğitim Durumu	() Okumadı () İlkokul () Lise () Üniversite () Y.Lisans ve üstü
Ailenizin/Hanenizin Aylık Geliri	() 450-850TL () 851-1250TL () 1251-2000TL () 2001-2750TL () 2751-4000TL () 4001-6000TL () 6001 ve üstü

EK-2 BECK KAYGI ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

- 0.Hiç
1.Hafif Derecede
2.Orta Derecede
3.Ciddi Derecede

	0	1	2	3
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basması				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp Çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

EK-3 BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1.	a.	Kendimi üzgün hissetmiyorum.
	b.	Kendimi üzgün hissediyorum.
	c.	Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
	d.	Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.	a.	Gelecekte umutsuz değilim.
	b.	Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
	c.	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
	d.	Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3.	a.	Kendimi başarısız görmüyorum.
	b.	Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
	c.	Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
	d.	Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.	a.	Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
	b.	Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
	c.	Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
	d.	Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5.	a.	Kendimi suçlu hissetmiyorum.
	b.	Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
	c.	Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
	d.	Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6.	a.	Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
	b.	Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
	c.	Cezalandırılmayı bekliyorum.
	d.	Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7.	a.	Kendimden hoşnutum.
	b.	Kendimden pek hoşnut değilim.
	c.	Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
	d.	Kendimden nefret ediyorum.
8.	a.	Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
	b.	Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
	c.	Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
	d.	Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.	a.	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
	b.	Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.
	c.	Kendimi öldürmeyi isterdim.
	d.	Bir fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
10.	a.	Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
	b.	Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
	c.	Şu sıralarda her an ağlıyorum.
	d.	Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11.	a.	Her zamankinden daha sinirli değilim.
	b.	Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
	c.	Çoğu zaman sinirliyim.
	d.	Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
12.	a.	Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
	b.	Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
	c.	Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
	d.	Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13.	a.	Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
	b.	Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
	c.	Karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
	d.	Artık hiç karar vermiyorum.

14.	a.	Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
	b.	Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
	c.	Dış görünüşümde değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
	d.	Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15.	a.	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
	b.	Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
	c.	Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi zorluyorum.
	d.	Hiçbir iş yapamıyorum.
16.	a.	Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
	b.	Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
	c.	Eskisine göre 1-2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
	d.	Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17.	a.	Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
	b.	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
	c.	Şu sıralar neredeyse her şey beni yoruyor.
	d.	Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18.	a.	İştahım eskisinden pek farklı değil.
	b.	İştahım eskisi kadar iyi değil.
	c.	Şu sıralar iştahım epey kötü.
	d.	Artık hiç iştahım yok.
19.	a.	Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
	b.	Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim.
	c.	Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim.
	d.	Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim.
		Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. (evet) (hayır)

20.	a.	Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
	b.	Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
	c.	Son zamanlarda ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
	d.	Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21.	a.	Son zamanlarda karşı cinse bakış açımda dikkatimi çeken bir değişiklik yok.
	b.	Eskisine oranla karşı cinse karşı daha az ilgiliyim.
	c.	Şu sıralarda karşı cins ile pek ilgili değilim.
	d.	Artık, karşı cinse hiçbir ilgim kalmadı.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI: İNCİ YELKENCİ

DOĞUM YERİ VE TARİHİ: İSTANBUL 06/05/1984

MEDENİ HALİ: BEKAR

E-MAIL: inciyelekenci@windowslive.com

ADRES (EV) : Kırserdar sok. Nida apt. No:27/4 Florya/ İstanbul

ADRES (İŞ) : Hamdullah Suphi Tanrıöver Sokak No:1 Yeşilköy/İstanbul

TELEFON (EV/CEP/İŞ) : 0212 695 44 39 / 0532 457 65 78 / 0212 662 33 10

EĞİTİM DURUMU

2009 – 2013 İstanbul Arel Üniversitesi- Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2003 – 2008 İstanbul Ticaret Üniversitesi- Psikoloji Bölümü

1999 – 2002 Yeşilköy 50.Yıl Lisesi

2002 – 1997 Özel Uğur Koleji

1997 – 1992 Mevlana İlköğretim Okulu

YABANCI DİL

İngilizce (iyi seviye), Almanca (başlangıç)

İŞ TECRÜBESİ

2012-... Özel Yeşilköy 2001 Koleji

2011-... Quantum Danışmanlık Merkezi

2008-2012 Özel İhlas Koleji

2004-2008 Yimpa-Yelkenciler