

**BİR AMACA SAHİP OLMANIN ANKSİYETE BOZUKLUKLARI
VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

BUŞRA BAHAR ÇOKYAMAN

**DOKTORA TEZİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ (DR)**

DANIŞMAN

PROF. DR. AHMET ATAÖĞLU

DÜZCE, 2025

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BİR AMACA SAHİP OLMANIN ANKSİYETE BOZUKLUKLARI
VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

Buşra Bahar ÇOKYAMAN tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından
Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı'nda
DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU
Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU
Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN
Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Şerif DEMİR
Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Atila EROL
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Esra YAZICI
Sakarya Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 13/06/2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13.06.2025

Buşra Bahar ÇOKYAMAN

TEŞEKKÜR

Tüm doktora eğitimim sürecince ve tezimin hazırlanmasında bana her zaman destek olan, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU'na en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Eğitimim sürecince engin bilgi, tecrübe ve hoşgörüsünü esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN'e şükranlarımı sunarım.

Her zaman desteğini yürekten hissettiğim, bilgi ve tecrübeleriyle bana katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Şerif DEMİR'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora çalışmamda yer alan verilerin analizi konusunda bana yardımcı olan, yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Handan ANKARALI'ya içten dileklerimle teşekkür ederim.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı asistanlarına, hemşirelerine ve sekreterlerimiz Burcu DURNA ve Betül ÇAKIR'a şükranlarımı sunarım.

Hayatımın her aşamasında yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

13 Haziran 2025

Buşra Bahar ÇOKYAMAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİL LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
EXTENDED ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. AMAÇ	4
2.1.1. Amaç Kavramı.....	4
2.1.2. Amaç Kavramını Oluşturan Yönelimler.....	7
2.1.3. Başkalarının Gelişmesine Yardımcı Olma	8
2.1.4. Toplum Odaklı Özgecil Anlayış	9
2.2. RUH SAĞLIĞI.....	10
2.2.1. Pozitif Psikoloji	11
2.2.2. Olumsuz (Negatif) Psikoloji.....	12
2.3. RUHSAL BOZUKLUKLAR	13
2.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	15
2.4.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	23
2.4.2. Panik Bozukluk.....	28
2.4.3. Panik Atak.....	29
2.4.4. Ayrılığa bağlı Anksiyete Bozukluğu	31
2.5. DEPRESİF BOZUKLUKLAR	38
2.5.1. Majör depresif bozukluk	46
2.5.2. Distimik Bozukluk.....	48
2.5.3. Yıkıcı Duygu durumu Düzenleyememe Bozukluğu	48
2.5.4. Premenstrual Disforik Bozukluk	48
2.5.5. Madde/İlaca Bağlı Depresif Bozukluk.....	49
2.5.6. Bir Başka Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk	49
2.5.7. Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk.....	49
2.5.8. Tanımlanmamış Depresif Bozukluk	50
3. GEREÇ VE YÖNTEM	51

3.1. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	51
3.2. ÇALIŞMA DIŞINDA TUTULMA KRİTERLERİ.....	51
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI.....	52
3.4. KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	52
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Formu.....	52
3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	52
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	53
3.4.3. Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği.....	53
3.4.4. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği	53
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	54
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	55
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
6. KAYNAKLAR.....	82
7. EKLER.....	104
7.1. EK 1: ETİK KURUL KARAR FORMU	104
7.1.1. Etik Kurul Karar Formu-1	104
7.1.2. Etik Kurul Karar Formu-2	105
7.2. EK 2: ÖLÇEKLER.....	106
7.2.1. Sosyodemografik Özellikler Formu.....	106
7.2.2. Beck Depresyon Envanteri	107
7.2.3. Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği.....	109
7.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	110
7.2.5. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği	111
ÖZGEÇMİŞ.....	

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Beck Anksiyete Ölçeği Puan Tablosu	52
Tablo 3.2. Beck Depresyon Ölçeği Puan Tablosu	53
Tablo 4.1. Klinik Tanılara göre Katılımcıların Kategorik Yapıdaki Özelliklerinin Dağılımı	56
Tablo 4.2. Klinik Tanılara göre Katılımcıların Sayısal Tipteki Özelliklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri	59
Tablo 4.3. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar	61
Tablo 4.4. Beck Depresyon Puanı ile İlişkili Faktörler	63
Tablo 4.5. Beck Anksiyete Puanı ile İlişkili Faktörler	64
Tablo 4.6. Geçmişte Kendine Amaç Oluşturma Durumu ile Anksiyete, Depresyon ve Mental İyi Oluş Puanı Arasındaki İlişkiler	65
Tablo 4.7. Geçmişte Amaç Oluşturan Kişilerde “Bu Amacın Hayatınızdaki Önemini 1-10 Arasında Puanlayınız” Denilince Elde Edilen bu Puanlar ile Beck Anksiyete Puanları ve Beck Depresyon Puanları Arasındaki İlişki	66
Tablo 4.8. Katılımcıların kategorik özellikleri ve hayatın anlamlılığı ve amaç sahipliği ile ilgili “Olumlu Boyut” ve hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu ile ilgili “Olumsuz Boyut” puanları arasındaki ilişkiler	67

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Amacı oluşturan yönelimlerin yer aldığı kategoriler..... 8



KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektrokonvülsif Tedavi
GABA	Gama Amino Butirik Asit
MAO	Monoaminoksidaz
MDB	Majör Depresif Bozukluk

ÖZET

BİR AMACA SAHİP OLMANIN ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

Buşra Bahar ÇOKYAMAN

Düzce Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı
Doktora Tezi
Danışman: Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU

Haziran 2025, 111 sayfa

Bu araştırma, bireylerin yaşamda bir amaca sahip olmasının psikolojik iyilik hali üzerindeki etkisini ve depresyon ile anksiyete bozukluklarıyla olan ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışma kapsamında, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve DSM-5-TR'ye göre depresyon (n=50) ve anksiyete bozukluğu (n=50) tanısı almış toplam 100 hasta ile kontrol grubunu oluşturan 102 sağlıklı bireyden oluşan 202 kişi yer aldı. Örneklem grupları rastgele belirlenmiş, veriler gönüllü katılımcılarla çalışılarak toplanmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Özellikler Formu, Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçekleri, Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği ile Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hayatın anlamı ve amacı ölçeğinin olumlu boyut puanları hasta gruplarda sağlıklı bireylere göre daha düşük, olumsuz boyut puanları ise daha yüksek bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete puanları ile hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu arasında pozitif; psikolojik iyilik hali ile bu olumsuz boyutlar arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca mental iyi oluş puanındaki her 1 puanlık artış, depresyon puanını 0.464 ve anksiyete puanını 0.508 puan azaltmıştır. Geçmişte amacı olduğunu belirten bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyleri daha düşük, psikolojik iyilik halleri ise daha yüksek bulunmuştur. Amacın hayattaki önemi arttıkça depresyon azalmakta, mental iyilik hali artmaktadır. Sonuç olarak, yaşamda bir amaca sahip olmak, depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmakta ve psikolojik iyi oluşu desteklemektedir. Bu nedenle bireylerde amaç oluşturma becerilerinin geliştirilmesi, ruh sağlığının korunmasında önemli bir adım olabilir.

Anahtar sözcükler: Amaca Sahip Olmak, Anksiyete Bozuklukları, Depresyon Bozuklukları, Mental İyi Oluş

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HAVING A PURPOSE AND ANXIETY DISORDERS AND DEPRESSION

Buşra Bahar ÇOKYAMAN

Düzce University
Graduate School, Department of Mental Health and Diseases
Doctoral Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU

June 2025, 111 pages

This study aims to investigate the impact of having a purpose in life on psychological well-being and its relationship with depression and anxiety disorders. The sample consisted of 202 individuals, including 100 patients diagnosed with depression (n=50) and anxiety disorders (n=50) according to DSM-5-TR at the Psychiatry Outpatient Clinic of Düzce University Faculty of Medicine, and 102 healthy individuals as a control group. The sample was randomly selected, and data were collected from voluntary participants. The participants completed the Sociodemographic Data Form, the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, the Purpose and Meaning in Life Scale, and the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale. The findings revealed that the positive subscale scores of the Purpose and Meaning in Life Scale were significantly lower in the patient groups compared to the healthy group, while the negative subscale scores were significantly higher. There was a positive correlation between depression/anxiety scores and the sense of meaninglessness and lack of purpose, and a negative correlation between psychological well-being and these negative dimensions. Moreover, each 1-point increase in mental well-being was associated with a 0.464-point decrease in depression and a 0.508-point decrease in anxiety. Individuals who previously had a purpose in life reported lower depression and anxiety levels and higher psychological well-being. As the perceived importance of that purpose increased, depression decreased and psychological well-being improved. In conclusion, having a purpose in life contributes to the reduction of depression and anxiety symptoms and promotes psychological well-being. Developing purpose-oriented habits may serve as a protective factor for mental health and foster a healthier society.

Keywords: Purpose in Life, Anxiety Disorders, Depressive Disorders, Mental Well-Being

EXTENDED ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HAVING A PURPOSE AND ANXIETY DISORDERS AND DEPRESSION

Buşra Bahar ÇOKYAMAN

Düzce University
Graduate School, Department of Mental Health and Diseases

Doctoral Thesis
Supervisor: Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU
June 2025, 111 pages

1. INTRODUCTION

Mental health issues such as depression and anxiety have increasingly been recognized as significant public health concerns due to their serious negative impacts on individuals' quality of life and overall well-being. In recent years, existential constructs—particularly meaning and purpose in life—have become central themes in psychological research. Numerous studies suggest that a strong sense of purpose may serve as a psychological buffer against distress. This study aims to examine the relationship between having a purpose in life and symptoms of depression and anxiety, as well as its overall impact on psychological well-being. By including both clinically diagnosed individuals and healthy participants, the study investigates whether a sense of purpose has a protective role in mental health and contributes to psychological resilience.

2. MATERIAL AND METHODS

The primary objective of this study is to explore the psychological effects of having a purpose in life and to evaluate its potential contribution to the prevention of depression and anxiety disorders. Additionally, it seeks to determine how a strong sense of purpose is associated with psychological well-being across both clinical and non-clinical populations.

A total of 202 individuals participated in the study. Of these, 100 participants were diagnosed with either depression (n=50) or anxiety disorders (n=50) at the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Düzce University, in accordance with DSM-5-TR criteria. The control group consisted of 102 healthy individuals with no psychiatric

diagnoses. All participants were randomly selected and voluntarily agreed to take part in the study, having met the relevant inclusion and exclusion criteria.

The following assessment tools were used to collect data:

- Sociodemographic Information Form.
- Beck Anxiety Inventory (BAI).
- Beck Depression Inventory (BDI).
- Meaning and Purpose in Life Scale.
- Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale.

Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analyses, and regression models to examine the relationships between life purpose and mental health indicators.

3. RESULTS AND DISCUSSIONS

The findings indicate that having a purpose in life is significantly associated with mental health. Participants in the depression and anxiety groups had significantly lower scores on the positive dimension of the Meaning and Purpose in Life Scale compared to the healthy control group. Conversely, their scores on the negative dimension—representing meaninglessness and purposelessness—were significantly higher.

The correlation analyses revealed the following relationships:

- A strong negative correlation between the positive dimension and scores on the Beck Depression and Anxiety Inventories.
- A positive correlation between the negative dimension and both depression and anxiety scores.
- A positive correlation between psychological well-being and the positive dimension of purpose.
- A negative correlation between psychological well-being and the negative dimension.

According to the regression analysis:

- Each one-point increase in the meaninglessness score was associated with a 0.323-point increase in the Beck Depression score.
- Each one-point increase in the mental well-being score resulted in a 0.464-point decrease in the depression score and a 0.508-point decrease in the anxiety score.

Moreover, individuals who had previously set life goals ($n=136$) exhibited significantly lower levels of depression and anxiety, and significantly higher levels of psychological well-being compared to those who had not. When these participants rated the importance of their past goals on a scale from 1 to 10, the results showed:

- No significant relationship with anxiety scores.
- A weak but statistically significant negative correlation with depression scores.
- A significant positive correlation with psychological well-being.

Additionally, individuals who had never set goals in life scored significantly higher on the dimension of purposelessness and meaninglessness.

4. CONCLUSION

The findings support the notion that having a purpose in life may serve as a protective psychological factor. Individuals who perceive their lives as meaningful and purpose-driven tend to have lower levels of depression and anxiety and report higher levels of psychological well-being. These results are consistent with existing literature, which highlights the role of existential constructs such as meaning and purpose in enhancing mental resilience. Conversely, individuals lacking direction in life may be more prone to feelings of emptiness, hopelessness, and emotional vulnerability—core features of psychological disorders.

An important finding is that the psychological benefit is not solely dependent on having had a purpose in the past but also on the subjective importance attributed to that purpose. In other words, the perceived value of life goals strengthens their role as a protective factor in mental health.

These findings have valuable implications for clinical practice and public mental health policy. In particular, cognitive-behavioral therapy (CBT) interventions may benefit from integrating structured goal-setting exercises to foster a sense of life purpose in clients. Likewise, public education initiatives may promote the importance of setting long-term, meaningful goals, especially among vulnerable populations.

As part of mental health prevention strategies, purpose-oriented practices may be implemented in schools, workplaces, and healthcare settings. Supporting individuals in identifying and pursuing meaningful life goals can serve as a proactive approach to reducing the prevalence and severity of depression and anxiety disorders.

This study demonstrates that having a purpose in life is significantly associated with lower levels of depression and anxiety, and higher levels of psychological well-being. Accordingly, cultivating a sense of purpose in individuals may be a valuable resource in the prevention and improvement of mental health. The integration of purpose-based interventions into both educational and therapeutic settings may contribute to the development of a more resilient and psychologically healthy society.



1. GİRİŞ

İnsan, varoluşuyla birlikte kendi yaşamının anlamını ve varlık nedenini sorgulamaya başlamıştır. Bu sorgulama süreci, bireyin kendini gerçekleştirme arzusunu doğurmuş; birey, gerçekleştirdiği eylemler aracılığıyla hem kendi varlığını hem de yaşamını anlamlandırma çabası içine girmiştir. Anlam arayışı, bireyin psikolojik canlılığını destekleyerek iyi oluş halini pekiştirmekte ve onu daha ileri düzeyde bir kendini gerçekleştirme motivasyonuna yönlendirmektedir. Bu bağlamda, bireyin yaşamına yön veren amaçlar da bu anlamlandırma sürecinin bir çıktısı olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, bir amaca sahip olmak yalnızca belirli hedeflere ulaşmayı değil; aynı zamanda bireyin kendisini ve yaşamını anlamlandırmasına zemin hazırlayan derin bir psikolojik ve varoluşsal süreci de içermektedir [1]. Amaç, gerçekleştirilmek istenen düşüncedir. Bir amaca sahip olmak; amaca götüren hedeflerle ilgili düşüncenin yarattığı anlamlı duygular yaşanmasını sağlar, hedefleri organize eder, davranışları yönlendirerek bireyin yakın hedeflerini belirgin hale getirir ve bu doğrultuda amacı gerçekleştirmesini kolaylaştırır [2]. Hayati bir gereksinim olan amaca sahip olmak, bireyin hayatını düzenler ve değer verilen hedeflere göre kişiyi yönlendirir [3]. Hayata bağlanmak için bireylere bir neden yaratır [4]. Amacı olan bir bireyin hayatı anlamlı bir bütünlük kazanır bu da niyetleri ve eylemleri anlamlı olarak algılayarak hayatın kendisi için değerli olduğuna inanır [5]. Psikolojik iyi oluşun altı temel boyutundan birinin yaşamdaki amaç olduğu belirtilmiştir [4].

Amaç, insanın biyolojisini, psikolojisini, düşüncelerini ve davranışlarını organize ederek hedefe varma uğrunda bir bütünlük oluşturarak hayata bağlanma güdümüzü artırır, var olmamızı anlamlandırır böylece boşluk ve anlamsızlık duygusu yaşamamızın önüne geçer. Amaç aynı zamanda kişinin hedefe varma uğrundaki düşüncesine davranışlarına da anlam katma eğilimini arttırarak kişide davranış ve düşünce bütünlüğü ve alışkanlığı kazanmasına yol açar. Bu da kişinin çevresinde tutarlı, ne istediğini bilen, güvenilir biri olmasını sağlar. Çevresine oluşturduğu bu algının kişiye geri dönüşümü ise kendisine olan saygısı ve özgüvenidir.

İnsan her düşüncesini, her davranışını amaçları doğrultusunda bilinçli ve kararlı olarak gerçekleştirdiğinde, davranışlarını ve davranışlarının sınırlarını belirler ve yaptıklarını

anlamlandırır bu da anlamlı bir kendilik algısına yol açarak neyi, neden ve nasıl yapması gerektiğini anlar.

Belirli ve net amaçlara sahip olmak, bireyin ve topluluğun karşılaştığı belirsizlikleri ortadan kaldırarak daha odaklanmış bir şekilde hareket etmelerini sağlar. Belirsizlik, insan psikolojisi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilen bir faktördür. Bu durum, kaygı ve endişe gibi duygusal tepkileri tetikleyerek anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir [6].

Bir amacı olmayan birey, karşılaştığı kaygı ve endişe yaratan durumlara karşı savunmasız hale gelir, bu da çözüm arayışını zorlaştırarak kaygı ve endişenin sürekliliğini artırabilir. Sonuç olarak, bu durum umutsuzluk ve çaresizlik gibi olumsuz düşüncelerin ortaya çıkmasına yol açabilir, bu da anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozuklukların gelişmesine neden olabilir [7] Anksiyete ve depresyonda görülen olumsuz duygu ve düşünceler de kişinin kendine olan özgüvenini azaltır.

Anksiyete, kaygı ve endişenin çeşitli semptomlarla ortaya çıkmış halidir. Anksiyete bozukluğu, sık sık endişe duyma, yorgunluk, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik, kas gerginliği, tatmin edici olmayan uyku gibi semptomlarla karakterize bir durumdur [8]. Anksiyete bozuklukları, ruhsal bozuklukların en yaygın grubunu oluşturur, genellikle erişkinlik döneminden önce veya erken erişkinlik döneminde başlar. Yaşam boyu görülme sıklığı %20'nin üzerindedir [9].

Stres ve anksiyetenin temelini genellikle korku oluşturur. Bir amaca sahip olmamanın yarattığı belirsizlik, kişide korkuya dayalı kaygı bozukluklarının gelişmesine zemin hazırlayabilir. Bu durum, bireyin geleceğe dair belirsizliğe karşı duyduğu endişeyi artırarak, kaygı ve stresin artmasına yol açabilir [10].

Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında olan depresyon, uygun tedavi edilmediğinde yüksek tedavi maliyetleri, yüksek mortalite ve morbidite oranları ile çok ciddi toplumsal sorunlara yol açmaktadır [11]. Özellikle üzüntü, keder, ilgi kaybı, enerji yoksunluğu ile karakterize olan depresyon kişiyi hayattan koparıp yaşama isteğini yok eden ruhsal bir hastalıktır [12]. Genellikle yorgunluk, uyku, iştah, cinsellik ve beden yakınma bozuklukları gibi fiziksel semptomlar yanında düşüncede yavaşlama, kararsızlık, içsel bir sıkıntıyla kendini gösterir. Bu nedenle depresyon bozukluğu olan kişiler toplum içerisinde ortalama olarak diğer kişilere kıyasla daha kötü bir yaşam kalitesine sahiptir [13]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2008 yılında depresyonla ilgili

raporunda, 2030 yılında küresel hastalık yükünün en büyük nedeninin depresyon olacağını belirtmiştir [14]. Depresyonun oluşumunda stresli yaşam olayları, yatkınlık faktörleri, kişilerarası ilişkiler, çaresizlik, umutsuzluk gibi çeşitli psikolojik nedenler rol oynamaktadır [15].

İnsan hayatında strese yatkın dönemler ağırlıklı olarak gençlik dönemleridir, nedeni de gençlik döneminin özelliği ile ilişkilidir. Bu dönemde insanlar çocukluk döneminden çıkıp sosyal hayata katılmaktadır ve sosyal hayatta karşılaşılan çok farklı ilişkiler ve beklentiler strese yatkınlığı arttırmaktadır. Gençlik dönemi, yeteri kadar kişinin kendini strese karşı donatıp, kendini yeterli göremediği, yeterli baş etme yöntemlerini elde edemediği ayrıca kişinin kendini oluşturmaya çalıştığı ama neyi, nasıl, ne kadar yapıp yapamayacağını öğrenme dönemidir. Bu nedenlerle insanlar bu dönemde strese daha fazla yatkın hale gelebilmektedir. Bu belirsizlik döneminde doğru amaçlar edinmeleri belirsizliklerini azaltır davranışlarını belirler [16]. İleri yaşlarda ise kişinin karşılaştığı zorluklarla baş etmesinde yol gösteren amaçlardan yoksun olması veya yeni amaçlar oluşturamaması kişiyi strese açık hale getirir ve baş etmesini zorlaştırır [17].

Bir amaca sahip olmanın kazandırdığı düşünce, kaygı ve endişe yaratacak olaylarla baş etmenin yollarından biridir. Kişinin amaca odaklanması, amaca uygun davranışlarda bulunması ve gerçekleştirdikleri kişinin olumlu düşüncelerini artırır, belirsizliği ortadan kaldırır ve yapılacakları belirgin hale getirir. Kaygı aynı zamanda zorluklar karşısında çıkış yolları da gösterir, kişinin zorluklar karşısında baş etme gücünü kullanmasına özgüveninin artmasına da yol açarak, umutsuzluğa bağlı kaygı ve depresyonun ortaya çıkmasını önleyebilir [18].

Bir amaca sahip olmanın kazandırdığı moral değerler, olumlu düşüncelerin ve benlik saygısının artmasına yol açarak korkunun yol açtığı anksiyeteyi kaygıların devam etmesiyle ortaya çıkan umutsuzluk ve hayal kırıklıklarının yol açtığı depresyonun ortaya çıkmasını önleyebilir [19].

Bu çalışmanın amacı; bir amaca sahip olmanın psikolojik iyilik halini artırıp depresyon ve anksiyeteyi azaltabileceği hipotezi doğrultusunda, anksiyete ve depresyonu olan hastaların bir amaca sahip olup olmadıklarını araştırmaktır. Ayrıca, bu hastaların sahip oldukları amaçları sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak, amaç varlığı ya da eksikliğinin bu hastalıkların oluşması ile ilişkisini ortaya çıkarmayı hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AMAÇ

2.1.1. Amaç Kavramı

Amaç; gerçekleştirilmek istenen düşüncedir. Amaca sahip olmak ise gerçekleştirilmesi istenen hedefe sahip olmaktır. Bir amaca sahip olmak, hayati bir gereksinimdir, bireyin hayatını düzenler ve değer verilen hedeflere göre kendisini yönlendirir [3]. Hedefleri organize eden, davranışları yöneten ve bir anlam duygusu sağlayan amaç sahibi olma durumu, bireyin yakın hedeflerini belirgin hale getirir ve bu doğrultuda karar vermesini kolaylaştırır [3]. Amacı olan bireyin hayatı anlamlı bir bütünlük kazanır böylece niyetleri ve eylemleri anlamlı olarak algılayarak hayatın kendisi için değerli olduğuna inanır [5]. Amaç sahibi olmak, hayata bağlanmak için bireylere bir neden yaratır [4].

Hedef, bilişsel olarak temsil edilen belirli bir son noktaya odaklanarak bireyin davranışını söz konusu noktaya doğru yönlendirmeye hizmet eder [20]. Amaç ise hedefleri teşvik eden ve davranışı etkileyen daha geniş bir motivasyon bileşeni sağlar [21]. Hedefler, diğer alt hedefler için düzenleyici bir çerçeve işlevi görebilir [22]. Amaç da benzer şekilde, birçok küçük, tutarlı hedefi teşvik eder. Bazıları bu bakış açısından, amacın yalnızca daha düşük düzeylerdeki hedefleri teşvik eden daha yüksek seviyede bir hedefi temsil ettiğini iddia edebilir [23]. McKnight ve Kashdan'a göre amaç, üst düzey hedefleri yönlendirir. Birey daha yüksek düzeyde bir hedefi gerçekleştirdiğinde, mantıksal olarak amaçla tutarlı olan başka bir hedef uygulanabilir hale gelir böylece amaçla tutarlı diğer alt düzey hedeflerin ortaya çıkmasını teşvik eder. Sonuç olarak amaç, üst düzey hedef yöneticisidir. Hem üst düzey hem de alt düzey hedefler bir amaçtan meydana gelir. Hayatta bir amacı olan bireylerin problem yaşamadan amacı ile tutarlı bir hedeften diğerine geçmelerini veya aynı anda birden fazla hedefi yönetmeleri muhtemeldir. Buna karşılık bir amacı olmayan bireyler de belirlenmiş bir hedefe ulaşmayı başarabilir ancak bu başarıdan sonra başka bir hedefi belirlemekte büyük zorluk yaşarlar. Bu nedenle, hedefler merkezidir ve amaca göre üretilir [3].

Yaşam içerisinde amaçlar genellikle soyut, uzun vadeli ve özünde değerli hedefleri kapsar [24]. Günlük duygu, düşünce ve davranışları etkileyen “psikolojik organizasyonun temel taşı” olarak hizmet eder [25]. Amaçlar, tüketilemeyecek değerler taşır aksi halde o amaca sahip olan birey için yaşamın bir anlamı kalmayacaktır. Bir amaca sahip olma

kavramı ile yaşamın anlamlılığı genellikle eşanlamlı olarak kullanılmaktadır [3]. Yaşamda bir amaç duygusuna sahip olmanın, özellikle insan gelişiminin önemli bir bileşeni olduğu düşünülmektedir [26]. Ryff ve Keyes, psikolojik iyi oluşun 6 temel boyutundan birinin yaşamdaki amaç olduğunu öne sürmüşlerdir [4].

Amaçlar; kapsam, güç ve farkındalık kavramları altında 3 boyutlu bir sürekliliğe sahiptir. **Kapsam**; bireyin hayatında amacın ne kadar yaygın olduğunu ifade eder böylece yaşamın merkezinde yer alan amaç, bireye ait tüm eylemleri, duyguları ve düşünceleri etkiler. Kapsam, amacın farklı bağlamlar ve koşullar altında eylemi ne ölçüde etkilediğini belirler [27].

Güç; amacın kapsamıyla ilgili alanlardaki eylemleri, düşünceleri ve duyguları etkileme eğilimi olarak tanımlanabilir. Güçlü bir amaç, bireyin davranışlarını şiddetli bir şekilde etkisi altına alır ayrıca kapsam ve güç kavramları, amacın bireyin sağlığını ve esenliğini ne ölçüde etkilediğini de belirler. Geniş kapsam ve güç ile karakterize edilen bir amaç, bu sonuçlar üzerinde daha belirgin bir etkiye sahip olur. Bu nedenle, bir amaç bireyin hayatının ne kadar merkezindeyse ve bu amaç o bireyin eylemlerini, düşüncelerini ve duygularını ne kadar fazla etkilerse, söz konusu bireyin o amaçtan fayda sağlaması daha muhtemeldir. Üstelik daha geniş kapsamlı güçlü bir amaç karşılaşılan engellere karşı dayanıklılık sağlayacaktır [28].

Farkındalık; bireyin amacının ne olup ne olmadığını bilmesi, kendi güçlerini ve amacını ne kadar isteyip istemediğini fark edebilmesidir. Farkındalık, bireyin amacının ne ölçüde farkında olduğunu ve amacını dile getirebildiğini yansıtır. Aslında birey, mevcut ve belirgin olduğu ölçüde amacının farkında olabilir ayrıca kapsam ve güç kavramları da farkındalığı önemli ölçüde etkiler [29]. Birey yaşamında amacını tam olarak fark edemiyorsa amacı ile ilgili güçlü düşünceler ve davranışlar ortaya koyamaz. Birey amacının farkında değil ancak yine de bu amaçtan etkileniyorsa daha fazla bilişsel yüke maruz kalır bu nedenle de enerji-zaman gibi kaynaklarını verimsiz bir şekilde kullanır. Böylece, birey çeşitli davranış seçeneklerini sıralamak için daha fazla zamana ve çabaya ihtiyaç duyar. Birey eğer amacının farkındaysa bu amaç muhtemelen birçok çevresel koşul tarafından tetiklenecektir ve amacın peşinden gitmek daha az çaba gerektirecektir. Bu nedenle farkındalık hem davranışsal esnekliği hem de enerji ve zaman gibi kaynakların etkili bir şekilde dağıtılmasını sağlar. Ayrıca farkındalık, psikolojik iyi oluş ile amaç arasındaki gücü de artırabilir [30]. Aslında amaç sahibi olma durumu; mental

sağlık, fiziksel sağlık ve beklenen yaşam süresi gibi kavramları sentezleyerek test edilebilir nedensel bir sistem ortaya çıkarmaktadır [3].

Sharpe ve Walgate'e göre en temel haliyle amaç kavramı, bir sonuca varmaya veya başarmaya kararlı olma niteliğidir. Bu açıdan bakıldığında amaç, evrende her parçacıkta, hücrede, bileşikte, kütlede ve enerji biçiminde olmak üzere her yerde bulunmaktadır. Ayrıca antropik ilke çerçevesinde, karmaşık yaşamda evrenin kendisinin dahi bir amacı vardır [31].

Frankl, hayatın doğası gereği yaşamın anlamsız olduğunu savunarak, amaç duygusunun nihayetinde anlam isteğinin bir ürünü olduğunu ve hayatlarımızı değerli kılmak için bir motivasyon kaynağına dönüştüğünü öne sürer. Böylece amaç, anlamsız dünyada anlam kavramını ortaya çıkartarak bireyin geleceğiyle ilgili belirsizliği azaltır ve bu sayede birey, yaşamının bir değeri olmadığı endişesine karşı kendisini savunur [32]. Aslında sahip olunan amaç duygusu, bireyin gelecek zamanda önemli ve faydalı bir işi gerçekleştireceğini kabul etmesiyle ortaya çıkar. Bireyler yaşadığı süre içerisinde bir amaç edindiklerinde, amacı kapsamında bireysel ve sosyal faaliyetlere yaşamlarının bir bölümünü ayırması sonucunda canlılık duygusunu keşfederler, zaten geleceğin belirsizliğini azaltan da bu amaç duygusudur. Çünkü sahip olunan amaç sebebiyle, bireylerin gelecekte başarmaları gereken bitmemiş işleri onlar için önemli olmaya devam edecektir [33].

Amaç, yaşam boyu sağlık ve zindeliği sürdürmek için en önemli varlıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar sürekli olarak amaç kavramını insanların refahı, sağlığı, umudu, mutluluğu, sebatı, motivasyonu ve kariyer başarısı için önemli bir katkı olarak göstermiştir [34]. Profesyonel ve kişisel rollerinin farkında olan amaç sahibi bireyler, rol çatışmalarının neden olduğu strese karşı donanımlıdırlar ve bir iş-yaşam dengesi bilincine sahiptirler. Bragger ve ark. kariyerlerinde bir amaç duygusunu paylaşan çiftlerin, iş-aile dengesinin kurulabilmesi için evlilikte daha uyum gösterdiklerini, daha az gerginlik yaşadıklarını, zorluklarla daha kolay baş ettiklerini ve aile yaşamlarında daha fazla fayda elde ettiklerini belirtmişlerdir [35]. Graça ve ark. ise, yüksek öğretim görevlileri ve araştırmacılar gibi meslek sahibi bireylerin yaptıkları çalışmalar ile toplumun refahına katkıda bulunmanın vereceği duyguyu keşfettiklerinde söz konusu mesleklerde çalışan kişilerin daha fazla motivasyon, mutluluk ve üretkenlik hissettiklerini bildirmişlerdir [36].

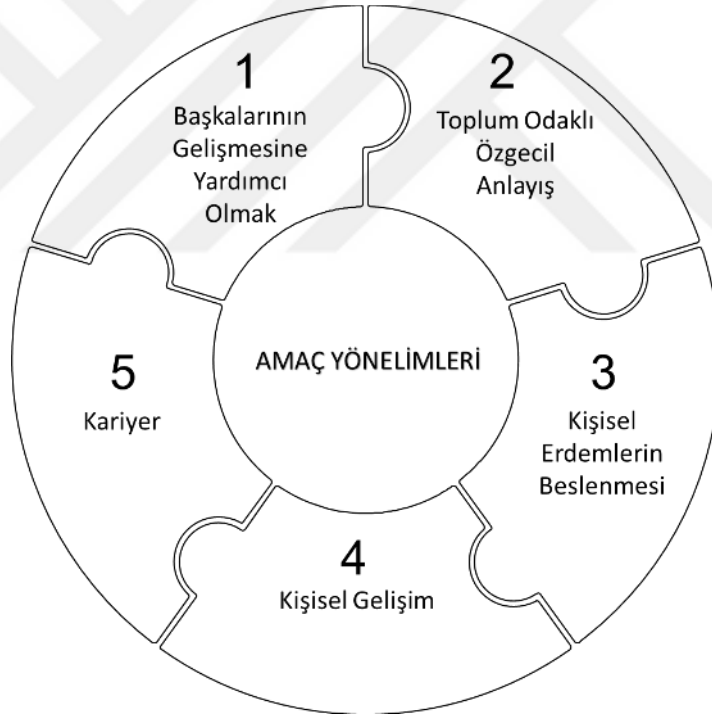
Aslında, yaşamın değersiz ya da endişe verici görüldüğü zamanlarda bile anlam ve amaç bulma inancı, insan gelişiminin ve kendini iyi hissetmenin merkezinde yer alır [37]. Sıkıntılı durumlar ve güçlükler karşısında sahip olunan amaç duygusu hedeflere doğru bir yönelim sağlar ve kişisel değerlerle uyumlu eylemleri motive eder böylece birey zorluklara karşı daha dirençli hale gelir [38]. Özellikle, yaşamda güçlü bir amaç duygusuna sahip olmak, yaşa bağlı kalp hastalıkları ve hafif bilişsel bozukluk risklerini azaltarak uzun ve sağlıklı bir ömür yaşamaya katkı sağlamaktadır [39] – [41].

2.1.2. Amaç Kavramını Oluşturan Yönelimler

Kasser ve Ryan, amaç kavramının iki ana yönelimden meydana geldiğini ifade ederler. Birinci yönelim; bireylerin materyalist bir yaklaşımla edindiği çok para kazanma arzusu, şöhret olma isteği, dış görünüşte mükemmeliyetçilik gibi amaçları ekstrensek amaçlar olarak adlandırırlar. İkinci yönelim; topluma faydalı olma, başkalarına yardım etme, sosyal yapıyı etkileme gibi daha özgecil bir tutumla meydana gelen amaçları ise intrinsek amaçlar olarak belirtirler [42]. Ekstrensek amaçlara yönelen bireylerin, intrinsek amaçlara yönelenlerden daha düşük bir yaşam kalitesi deneyimleri olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar vardır. Ekstrensek amaç yönelimli bireylerin başkalarıyla daha kısa, daha çatışmalı ve daha rekabetçi ilişkileri olduğu, bu bireylerle ilişki içerisinde bulunanların da yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Zengin, ünlü olma arzusu, fiziksel görünüş gibi bireysel bir amaca sahip olmanın daha düşük bir yaşam kalitesine yol açtığı savunulmuştur [43].

Hill ve ark. amaç kavramını evrene benzeterek amaca ilişkin yönelimleri “yaşam amacının takımyıldızları” olarak tanımlamışlardır. Amaca ilişkin yönelimler, insanların yaşam amaçları ile genel bir ilişki içerisinde. Topluma faydalı olma, başkalarına yardım etme amacı olan kişilerin tek bir konuda sosyal fayda sağlamaktan ziyade genel olarak toplum refahını artırma, başkalarıyla dayanışma içerisinde olma ve çok sayıda kişiye yardım sağlama gibi birçok yönelimi barındıran bir amaca sahip oldukları görülmektedir. Aynı çalışmada Hill ve ark. Kaliforniya Üniversitesi Yüksek Öğretim Araştırma Enstitüsü tarafından yapılan ankette yer alan 17 farklı yaşam amacına ilişkin sorulara faktör analizi uygulayarak, üniversite öğrencilerinin amaçlarına yönelik olarak; topluma fayda sağlama, ekonomik bağımsızlık kazanma, popülerlik ve yaratıcılık olmak üzere 4 yönelim belirlemişlerdir [44].

Yukhymenko-Lescroart ve Sharma tarafından yapılan çalışmada, yaşam amacını oluşturan yönelimler 5 kategori altında ele alınmıştır [45]. Birinci kategori; başkalarının gelişmesine yardımcı olmaya odaklanılmıştır, buna insanların daha yüksekleri hedefleyerek mükemmelliğe ulaşabilecekleri veya daha fazlasını başarabilecekleri konusunda motive etme çabası örnek olarak verilebilir. İkinci kategori; toplum odaklı özgecil bir anlayış üzerine oluşturulmuştur, burada topluma fayda sağlayacak olumlu davranışlar incelenmiştir. Üçüncü kategori; bireyin iç dünyasında adalet, merhamet, cesaret, güvenilirlik, alçak gönüllülük gibi kavramların geliştirilmesini sağlayacak kişisel erdemlerin beslenilmesine odaklanılmıştır. Dördüncü kategori; kişisel gelişim kavramı ele alınmıştır, birinci kategoride geçen başkalarına sağlanan motivasyonu bu kategoride birey kendisi için kullanır. Beşinci kategori; kariyer odaklı amaç yönelimine odaklanılmıştır [46]. Bu kapsamda amacı oluşturan yönelimlerin yer aldığı 5 kategori Şekil 2.1’de gösterildi.



Şekil 2.1. Amaçı oluşturan yönelimlerin yer aldığı kategoriler

2.1.3. Başkalarının Gelişmesine Yardımcı Olma

Brunstein’a göre, bireyin yaşamında yer alan en önemli ihtiyaçlardan birisi kişisel gelişimdir. Amaca kendini adanmış ve istikrarlı bir şekilde bu amacın peşinden giden bireyler, özellikle başkaları tarafından destekleniyorsa daha istekli ve mutlu olurlar [47]. Söz konusu bireylerin motive olmasını sağlayarak başarıya ulaşmaları için her türlü

fedakarlığı yapanlar ise başkalarının gelişmesine yardımcı olma yöneliminde bulunarak kendi amaçları doğrultusunda ilerler.

Bir anne evladını nasıl doğduğu andan itibaren karşılıksız şefkat, sevgi ve fedakarlıklarla yetiştirip büyütüyor, bilgi ve deneyimlerini paylaşıyorsa başkalarının gelişmesine yardım etme amacı taşıyan bireyler de bilgi ve deneyimlerini aynı duygularla başkaları ile paylaşır. Başkalarının kişisel gelişimini destekleyen bireyler, onlarla gelişmiş bağlantılar kurarak kendi yetenek ve imkanları ölçüsünde yardımcı olur. Başkalarına karşı şefkat, iyi niyetin davranışsal ifadeleriyle sağlayacağı motivasyon, yaşamın ilerleyen dönemlerinde bireyin kendisi için de anlamlılığı ve iyi oluşu teşvik eden üretkenlik ifadeleri olarak hizmet edecektir [48].

2.1.4. Toplum Odaklı Özgecil Anlayış

Tanımı disipline göre değişmekle birlikte özgecilik genellikle başkasına yardım etme niyetiyle yapılan bir eylem olarak tanımlanmaktadır [49]. Özgecilik, bir kişinin başka bir kişinin refahını artırmak amacıyla sahip olduğu motivasyonel bir durum olarak kavramsallaştırılabilir [50]. Toplum odaklı özgecil anlayışın temel noktası ise örgütsel bağlamda bireyler tarafından gerçekleştirilen prososyal davranışları ele almaktır. Başta gönüllülük olmak üzere çevresel sorumluluk, acil durum yardımı, iş birliği, paylaşma, bağış yapma gibi kavramlar bu kategoriye örnek olarak verilir [51].

Gönüllülük; toplum odaklı özgecil anlayış çerçevesinde, örgütsel bağlamda ücretsiz çalışmayı ifade eder. Gönüllü, devam eden yardımseverliği temsil eder ve genellikle planlamaya ve bireysel yeteneklere bağlı bir şekilde görev alır [52].

Çevresel sorumluluk; sürdürülebilir çevre dostu davranış sergilemeyi amaçlayan bireylerin çevreye karşı koruyucu davranışlarını ifade eder. Bu amaca yönelim gösteren bireyler, yaşadığı çevreye karşı sorumluluk hissederek davranışlarını buna göre düzenlemektedir. Çevre kirliliğine yol açması nedeniyle evsel atıkları geri dönüştürmek, iklim değişikliğine uyumlu hareket etmek, araba kullanmak yerine bisiklete binmek veya yürümek [53], tehlikeli iklim etkilerini önlemek gibi faaliyetler çevresel sorumluluğa örnek olarak verilebilir [54].

Acil durum yardımı; bireyler acil bir durumda yardıma bulunarak sahip oldukları amaç doğrultusunda toplumun refahı için davranış sergilerler, buna Afrika'daki kıtlığın ve açlığın giderilmesi amacıyla yapılan çalışmalar örnek olarak verilebilir [51].

İş birliği, paylaşma ve bağış yapma: Çok sayıda birey, rekabet etme duygusunu yaşamının temeli olarak kabul etmektedir. Rekabetçi yaklaşım yaşam içerisinde etkin bir yer tutarken, iş birliği insan yaşamında birçok bağlamda daha da önemli bir yer tutmaktadır ayrıca bu durum sadece bireyler için değil, aynı zamanda gruplar ve uluslar için de geçerlidir [55]. Bireyler, toplum odaklı özgecil anlayışla birlikte iş birliği, paylaşım ve bağış yapma gibi kavramların yer aldığı geniş ve çok boyutlu bir yapı içerisinde hareket etmektedir [56].

Bireyler sahip oldukları amaçlarını gerçekleştirme arzusuyla bazı sorulara cevap ararlar. Bu arayış sürecinde olaylara adalet, merhamet, cesaret, güvenilirlik ve alçakgönüllülük gibi kavramlar açısından yaklaşarak erdemli bir şekilde amacıyla bütünleşme yaşarlar. Böylece, amaç sahibi olan bireyler aynı zamanda hem kendileri için hem de toplum için iyi olanı isterler ve kişisel erdemlerinin beslenmesini sağlarlar [57].

Kişisel gelişim; genel olarak kişinin anlamlı bir şekilde daha iyi olma süreciyle ilgili kişilik gelişiminin bir alt kümesidir [58]. Amacı olan bireyler, amaçlarını gerçekleştirebilmek için kişisel gelişime ihtiyaç duyar [47]. Bir amaca sahip olmak, anlamlı bir motivasyon ortaya çıkararak kişilik gelişimine katkı sağlar. Yaşam süresi boyunca gelişim, gelişen öznenin eylemleri ve kararları ile kişisel kontrolün ötesindeki etkiler tarafından şekillendirilir [59].

Kariyer, yönelimleri belirlenirken birey amacı doğrultusunda kendi potansiyelini keşfetmesi için zaman ayırmak zorundadır. Bunu başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmek için üç temel süreç bulunmaktadır.

- 1-Sahip olunan amaç doğrultusunda gereksinimlerin ve görevlerin tanımlanmasıdır.
- 2-Bireyin sahip olduğu mevcut iş görevlerinin kişisel kariyer yönelimlerine ne kadar uyduğunun belirlenmesidir.
- 3-Sahip olduğu görevleri kişisel kariyer yönelimlerine uyumlu hale getirebilmek için yeniden düzenleme ve önceliklendirme planlamasıdır [60].

2.2. RUH SAĞLIĞI

DSÖ sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması durumudur” şeklinde tanımlamaktadır [14]. DSÖ ruh sağlığını ise “bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal

gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği, içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik halidir” olarak tanımlar [14].

Ruh sağlığının önemi konusundaki farkındalık her geçen gün daha da artmaktadır. 2004 yılında yayımlanan “Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar” adlı özet raporda, ruh sağlığının birey ve toplum yararına olan etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, toplumun her kesiminin günlük hayatın işleyişi içerisinde ruh sağlığı ile yakından bir ilişki içerisinde olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, bireyin yer aldığı sosyal, kültürel, ekonomik, hukuki, politik mecralarda ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır [14].

Ruh sağlığının geliştirilmesinde uygulanacak olan makro politikalar içerisinde; beslenme koşullarının iyileştirilmesi, barınma koşullarının iyileştirilmesi, okur-yazarlık oranının artırılması, sivil toplum kuruluşlarının güçlendirilmesi, alkol, tütün ve uyuşturucu kullanımının azaltılması, doğal afetler sonrası psikolojik ve sosyal müdahaleler, şiddet ile mücadele edilmesi yer alır [14].

Bireylerin ruh sağlığını mikro düzeyde etkileyen faktörler arasında; ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal bozukluklara karşı tutum, öz algılama ve değerler, bilişsel ve sosyal beceriler, akademik ve mesleki performans, duygular, davranışlar ve öz yönetim, aile ilişkileri, fiziksel sağlık, cinsel sağlık, hayatın anlamı, amacı ve yaşam kalitesi yer alır [61].

Bu çerçevede, ruh sağlığının güçlendirilmesiyle birlikte bireylerin genel sağlığına ve verimliliğine önemli bir katkı sağlandığı değerlendirilmektedir [14].

DSÖ’nün tanımından yola çıkarak ruh sağlığı kavramı iki ana psikoloji başlığı altında incelenmiştir. Birincisi pozitif psikoloji; iyimserlik duygusu, amaç duygusu, minnettarlık, dayanıklılık, olumlu duygular ve mutluluk kavramlarını içerir. İkincisi olumsuz (negatif) psikoloji; depresyon, anksiyete bozuklukları, kronik stres, öfke, karamsarlık ve kişinin mevcut yaşamından memnuniyetsizliği kapsar [62].

2.2.1.Pozitif Psikoloji

Pozitif psikoloji kavramı, ilk defa Abraham H. Maslow’un 1954 yılında yayımlanmış “Motivasyon ve Kişilik” adlı kitabı içerisinde bahsedilerek literatüre girmiştir [63]. Daha sonra, 1998 yılında Amerikan Psikoloji Derneği Başkanı Martin Seligman [64] tarafından yapılan konuşmada geliştirilmiştir. Seligman bu konuşmasında, psikoloji biliminin ruhsal

hastalıkları tedavi etmesinin yanı sıra insanların daha üretken ve tatmin edici bir yaşam sürmesi, yeteneklerinin ortaya çıkarılması ve geliştirilmesi ile de ilişkili olduğunu savunmuştur [65]. Seligman, 2002 yılında “Otantik Mutluluk” olarak adlandırdığı kuramında pozitif psikoloji yaklaşımı ile insan hayatının üç şeklini vurgulamıştır [66].

- 1- Olumlu duygularla sürdürülen keyifli hayat.
- 2- Bilişsel akış içerisinde iyi bir hayat.
- 3- Amacı çerçevesinde yaşanan anlamlı bir hayat.

Seligman 2011 yılında “Otantik Mutluluk” kuramını daha da geliştirerek yeni bir model ortaya çıkarmıştır. ‘PERMA’ adını verdiği bu modeli; olumlu duygular (Positive emotions), bağlanma (Engagement), ilişkiler (Relationships), anlam ve amaç (Meaning) ve başarı (Accomplishment) kavramlarının İngilizce baş harflerinden oluşturmuştur. **Olumlu duygular**; bireyin sevinç, zevk, heyecan, iyimserlik gibi insan eylemlerini motive eden duygularıdır. **Bağlanma**; yoğun konsantrasyon durumu ve akış hali içerisinde etkinlik ya da faaliyette bulunma halini ifade eder. **İlişkiler**; güvenli ilişkiler kurma, yardımlaşma ve başkalarıyla olumlu bağlantılar içerisinde olma durumudur. **Anlam ve amaç**; başarmak istediği amaç doğrultusunda bireyin güçlü yanlarını kullanabilmesini ifade etmektedir. Anlam kavramı içerisinde birey önemli olduğunu hissederek uğraş verdiği durum için gerekli motivasyonu sağlayabilir. **Başarı**; kişisel hedeflere ulaşmış olma hissini tanımlamaktadır. Başarı, bireyin öznel olarak gerçekleştirme arzusunda bulunduğu temel bir gereksinim olmasının yanı sıra sürdürülebilir bir motivasyon kaynağı olarak da yaşam içerisinde yer almaktadır [67].

Pozitif psikolojinin amacı, hayatı yaşamaya değer kılan olumlu özelliklere doğru bireyin psikolojik değişimini kolaylaştırmaktır. Yani, kaliteli bir yaşam arzusu içerisinde bireyin sahip olduğu motivasyondan yararlanılarak kendisine ve topluma nasıl daha faydalı olabileceğini amaçlayan bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

2.2.2. Olumsuz (Negatif) Psikoloji

İnsanlar sıklıkla olumsuz duygu ve düşünceler yaşarlar. Negatif psikolojinin temelini oluşturan söz konusu duygu ve düşünceler bir yandan kabul edilemez ya da “kötü bir durum” olarak değerlendirilirken diğer taraftan da doğal bir sürecin yansıması olarak nitelendirilebilir. Bu kapsamda, insanın hayatı boyunca hissettiği olumsuz duygulardan

en yaygın olanları; öfke, can sıkıntısı, korku, endişe, kıskançlık, mahcubiyet, üzüntü, suçluluk, ilgisizlik ve umutsuzluk olarak tanımlanmaktadır [68].

Negatif duygu durumunda ki bireylerin amaçları doğrultusunda karar alma süreçleri menfi olarak etkilenir eğer bu durumun üstesinden gelinemezse olumsuz duygu ve düşünceler kişinin olaylara yaklaşım biçimlerini günden güne değiştirmeye başlar, sonunda bireyde ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilir [69].

2.3. RUHSAL BOZUKLUKLAR

DSM-5-TR'ye göre ruhsal bozukluk, bireyin düşünsel süreçlerinde, duygularını yönetmesinde ya da davranışlarında belirgin şekilde ortaya çıkan ve altında yatan fizyolojik, ruhsal ya da gelişimsel mekanizmalardaki bir aksaklığı işaret eden bir durumdur [70]. Bu tanıma göre ruhsal bozukluklar genellikle sosyal, mesleki veya diğer önemli faaliyetlerden kaynaklı belirgin bir sıkıntı ya da yetersizliklerle ilişkilidir ancak her sıkıntılı süreçte yaşanan durum ya da gelişme ruhsal bozukluk olarak adlandırılmaz (sevilen bir kişinin ölümü karşısında yaşanan tepki veya stres gibi). Yukarıda tanımlanmış işlevsel bozukluklardan herhangi biri tarafından kaynaklanmadıkça toplumsal normlara uygun olmayan çatışmacı davranışlarda bulunan bireylerdeki mevcut durumlar için de ruhsal bozukluk tanısı konulmamaktadır [70].

Son yapılan çalışmalara göre, ruhsal bozukluklar dünya çapında 1 milyardan fazla insanı etkilemektedir. Etkilenen bireylerin ve ailelerinin yaşadığı sıkıntıların yanı sıra, yaygın ruhsal bozukluklar toplumsal açıdan da maliyetlidir. Bu durum özellikle geliri orta-yüksek/yüksek ülkelerin problemi haline gelmiştir [71]. Avrupa'da ruhsal bozuklukların yol açtığı maliyetlerin 28 Avrupa Birliği ülkesinde 600 milyar Avro'nun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir [72].

Ayrıca, günümüzde yalnızlık, şiddet, yüksek suç oranları, barınma ihtiyacı, gürültü kirliliği, çevresel kirlilik, trafik kazaları, terör, uyuşturucu kullanımı ve ruh sağlığına yönelik hizmetlerin yetersizliği gibi durumların sonucunda ortaya çıkan korku, kaygı ve stres faktörlerinin giderek şiddetlenmesiyle ruh sağlığının bozulması kaçınılmaz olmaktadır [73].

Birey, tecrübe ettiği olumsuz hadiselerle karşı psikolojik iyi oluş halini sürdürebilmesi için özsaygıya sahip olması önemli bir etkidir. Özsaygının temeli ise bireyin kendi

potansiyeli çerçevesinde tutum ve becerilerini bir amaç doğrultusunda sergilemesidir [74].

Ruhsal bozukluğun resmi olarak yapılan ilk tanımı, Robert Spitzer tarafından yürütülen kavramsal analiz çalışmasından kaynaklanmıştır. Bu kapsamda, psikiyatri biliminin o dönemde karşılaştığı çeşitli zorlukları ele almak, özellikle ruhsal bozukluklara ilişkin teorik ve kanıta dayalı bir sınıflandırmanın başlangıç noktası olarak hizmet etmek, geleneksel psikiyatrinin savlarını ve uygulamalarını eleştiren psikiyatrinin görüşlerine karşı çıkmak için ortaya çıkmıştır [75]. Bu çerçevede, ruhsal bozukluğa ilişkin resmi bir tanımın yapılmış olması aşağıda belirtilen nedenlerden dolayı oldukça önemlidir [75], [76]. Bunlar;

- 1- Sınıflandırmalara hangi tanının dahil edilip edilmeyeceğini belirlemek.
- 2- Tıbbi sistemin sorumluluk alanlarını diğer toplumsal sistemlerden ayırmak.
- 3- Toplumsal problemlerin tehlikeli bir şekilde tıbbileştirilmesinden kaçınmak.
- 4- Patolojik ve normal arasında ayırım yapmak.
- 5- Olumsuz sonuçları nedeniyle psikiyatristleri dolaylı olarak harekete geçiren koşulları tanımlamak.
- 6- Toplumsal olarak hastalık tanımlamasının kabul edilmesini doğrulayan durumları belirlemek.
- 7- Hangi durumların hukuki dayanaklara engel olduklarını anlamak.
- 8- Psikiyatrinin özel bir tıp disiplini olarak konumunu tanımlamak.
- 9- Yalancı pozitiflik, aşırı ilaç kullanımı, gereksiz etiketleme, boşa harcanan kaynaklar gibi diğer ilgili sorunlardan kaçınmak.

DSM-5-TR'ye göre yaygın görülen ruhsal bozukluklar [70]:

- 1- Nörogelişimsel bozukluklar.
- 2- Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar.
- 3- Bipolar ve ilgili bozukluklar.
- 4- Depresif bozukluklar.
- 5- Anksiyete bozuklukları.
- 6- Obsesif-kompulsif ve ilgili bozukluklar.

- 7- Travma ve strese bağlı bozukluklar.
- 8- Disosiyatif bozukluklar.
- 9- Somatik semptomlar ve ilgili bozukluklar.
- 10- Beslenme ve yeme bozuklukları.
- 11- Eliminasyon bozuklukları.
- 12- Uyku-uyanma bozuklukları.
- 13- Yıkıcı, dürtü kontrol ve davranış bozuklukları.
- 14- Nörobilişsel bozukluklar.
- 15- Kişilik bozuklukları.
- 16- Parafilik bozukluklar.
- 17- Diğer ruhsal bozukluklar.

2.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete, bireyin içsel süreçlerinden veya çevresel etkenlerden kaynaklanan, gerçek ya da tehdit edici olarak değerlendirilen bir duruma karşı; korku, huzursuzluk ve yaklaşan bir tehlike beklentisiyle ortaya çıkan bir duygu durumudur. Organizmayı, olası bir tehlikeye karşı korumak ve uyum sağlamak amacıyla harekete geçmeye hazırlayan bir psikofizyolojik yanıt niteliğindedir. Anksiyete, taşıdığı olumsuz duyuşsal özellikler nedeniyle diğer duygulanım biçimlerinden ayrılır [70].

Anksiyete, kötü bir durumun meydana geleceğine dair belirsiz ve yaygın bir tehdit algısıyla ilişkili, otonom sinir sistemi belirtilerinin eşlik ettiği; huzursuzluk, iç sıkıntısı ve korkuya benzer bir duygulanım durumudur. Uyarıcı bir sinyal işlevi gören bu duygulanım, bireyi potansiyel tehlikelere karşı hazırlıklı kılar; korkudan ayrılması gereken bir deneyimdir. Korku, dışsal ve belirgin bir tehdide karşı bireyin bilinç düzeyinde geliştirdiği tepki biçimidir. Anksiyete ise, kaynağı belirsiz, içsel çatışmalardan beslenen ve tanımlanabilir bir tehlike unsuru bulunmaksızın ortaya çıkan bir duygulanım durumudur. Bu durumda birey yoğun bir huzursuzluk yaşar ve yaklaşmakta olan bir olumsuzluğu öngörmesine rağmen, bu endişeyi somut bir tehditle ilişkilendiremez [70].

Anksiyete, organizmanın potansiyel bir tehdide karşı fizyolojik ve bilişsel sistemlerini harekete geçirmeye yönelik olarak, kaçınma ya da mücadeleye hazırlık sağlayan erken uyarı mekanizmasıdır. Birey kaygı yaşadığında, tehdit algısına neden olan uyaranla karşı karşıya kalmamak adına kaçınma yönelimli bir hazırlık sürecine girer ve ağız kuruluğu, çarpıntı, bulantı, baş dönmesi gibi sempatik aktivasyon bulguları ortaya çıkarır. Anksiyete kişinin tehdit ile başa çıkması için gerekli önlemleri almasını sağlar ve herkes tarafından yaşanılabilir. Anksiyete sürecinde vücudumuz; çarpıntı, ağız kuruluğu, motor gerginlik, ağrı, terleme, hızlı hızlı nefes alma, nefes almada zorluk, ekstremitelerde tremor, artan irritabilite, huzursuzluk, fizyolojik uyarılmışlık hali ve ani biçimde ortaya çıkan yoğun bir felaket beklentisi ve korkusu gibi fizyolojik ve psikolojik tepkiler gösterir. Anksiyete sırasında görülen bu belirtiler kişilere göre değişkenlik gösterir ve farklı derecelerde olabilir. Değişkenlik şiddeti hafif gerginlikten panik derecesine kadar varabilir [9,70].

Anksiyete ile ilgili uyarılmışlığın performansı olumlu etkilediği optimal bir aralık vardır. Kişinin yeni koşullara uyum sağlayabilmesi, kişinin ruhsal gelişimini daha üst basamaklara çıkarabilmesi bakımından itici bir görevi olması yanında kişiyi engelleyici bir işleve de neden olabilmektedir. Anksiyetenin kişiye ne zaman uyum sağlayıcı, ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici ne zaman da kişiye engelleyici etkisi olduğu tespit edilmelidir [64,70].

Bireyin işlevselliğini sürekli olarak azaltan, kişilerarası etkileşimleri olumsuz yönde etkileyen ve sıklıkla titreme, taşikardi, ağız kuruluğu, kaslarda gerginlik gibi somatik belirtilerle seyreden anksiyete tabloları, patolojik bir durum olarak ele alınmalıdır [77]. Bu tür duygulanımların temelinde genellikle bir kayıp yaşantısı ya da bireyin içsel çatışmaları yer almaktadır [78]. İnsan için tehdit yalnızca dış dünyadan gelen nesnel uyaranlarla sınırlı değildir; birey, aynı zamanda kendi içsel dürtülerinden, eğilimlerinden ve geçmiş yaşantılarına dair anıların etkisinden de kaynaklı olarak tehdit algısı geliştirebilir.

Anksiyeteye ilişkin ilk bilimsel incelemeler, özellikle fizyolojik kökenli bozuklukların tetiklediği anksiyete durumlarına odaklanmıştır. Feuchtersleben, 1847 yılında fizyolojik hastalıkların anksiyete semptomlarına neden olabileceğini ilk kez gözlemleyen isim olmuştur. Morel ise 1866'da, otonom sinir sistemindeki değişimlerin duygusal tepkilerle ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. 1890'lı yıllardan itibaren, anksiyetenin yalnızca başka hastalıklara eşlik eden bir semptomdan ziyade, bağımsız bir psikiyatrik bozukluk olarak

ele alınması yaygınlık kazanmıştır [79]. Psikanalitik kuramın öncüsü Freud, 1894 yılında 'anksiyete nevrozu' kavramını literatüre kazandırmış ve anksiyeteyi, bireyin içgüdüsel tehditlere karşı geliştirdiği bir algı biçimi olarak tanımlamıştır. Psikodinamik kuramlar, anksiyeteyi bilinçdışı düzeyde meydana gelen çatışmaların özellikle cinsel ve saldırgan dürtülerle ilişkili olanların bir sonucu olarak ele alır. Freud'un kuramsal çerçevesinde, anksiyete egoda ortaya çıkar ve ego tarafından içsel tehditlere karşı bir uyarı sinyali olarak işlev görür. Bu bağlamda, libidinal enerji fizyolojik düzeyden somatik anksiyete semptomlarına dönüşerek kendini ifade eder. Psikodinamik bakış açısına göre, kaygı ve kaygı bozuklukları, bireyin savunma mekanizmalarını yoğun biçimde kullanması durumunda meydana gelir. Freud ile anksiyete psikolojik boyutlarıyla da ele alınmıştır. Freud'dan sonra Melanie Klein, Joachim Flescher gibi psikanalitik teorisyenler anksiyete ve anksiyete bozukluklarının anlaşılmasında önemli katkılarda bulunmuşlardır. Ancak psikanalitik teori, tüm hastalar için geçerli bir durum değildir [80].

Daha sonraki yıllarda daha kapsamlı biçimde tanımlanan anksiyete, 1980 yılında DSM-III ile birlikte klinik bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. Anksiyete bozuklukları, DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV'teki tanı ölçütleri ile anksiyetenin nörobiyolojik temeline ilişkin bulgular doğrultusunda şekillenmiştir. DSM-III-R'de obsesif bozukluklar, anksiyete bozukluklarının bir alt türü olarak ele alınırken; ICD-10 sınıflandırmasında bu bozukluklar ayrı bir tanı kategorisi içerisinde değerlendirilmiş ve anksiyete, obsesif bozukluğun semptomatik bir bileşeni olarak kabul edilmiştir [64]. Fobik bozuklukların alt türlerinin tanımlanmasında DSM-III-R ve ICD-10 sınıflandırmaları arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Son yirmi yıl içerisinde Amerikan psikiyatri pratiği, nevrozlara ilişkin psikodinamik yönelimli yaklaşım ve formülasyonlardan uzaklaşarak, daha bilişsel-davranışçı ve biyomedikal temellere dayanan bir anksiyete bozuklukları anlayışına yönelmiştir. Bu dönüşüm neticesinde, 'nevroz' terimi klinik uygulamalarda işlevini yitirerek kullanım dışı kalmış; yerine ampirik olarak belirlenmiş tanı ölçütlerine dayanan, daha yapılandırılmış ve tanısal geçerliliği yüksek anksiyete bozuklukları sınıflamaları benimsenmiştir. DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları arasında olan obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu DSM-5'te bu gruptan çıkarılmış, DSM-5'de "anksiyete bozuklukları" başlığı ile 12 ayrı anksiyete bozukluğu tanımlanmıştır [70].

Anksiyete bozukluğu, bireyin içsel veya dış çevreden kaynaklanan bir tehlike ya da kişi tarafından tehlike olarak algılanan, yorumlanan herhangi bir hal karşısında, bu durumu

normal dışı, olduğundan daha fazla tehlikeli görmesi, bunlardan gereğinden fazla, nedensiz kaygı ve endişe duyması, bu kaygı ve endişenin kişide semptomlar ortaya çıkarmasıdır.

Anksiyete bozuklukları, ruhsal bozuklukların en yaygın grubunu oluşturur, genellikle erişkinlik döneminden önce veya erken erişkinlik döneminde başlar. Yaşam boyu görülme sıklığı %20'nin üzerindedir [9]. Anksiyete bozukluğu günümüzde yaşamı olumsuz etkileyen önde gelen, küresel bir engeldir [81]. Anksiyete bozuklukları, depresyon öncüsü olarak bilinen en güçlü risk faktörüdür [82].

Anksiyete bozukluklarına yönelik bütüncül bir değerlendirme sürecinde; altta yatan olası tıbbi etiyolojiler, madde ya da toksin maruziyeti, farmakolojik etkiler, semptomların belirli durumlarla ilişkililiği, bozukluğun yapısal özellikleri, neden olduğu işlev kayıpları, geçmiş ve mevcut baş etme stratejileri, tetikleyici faktörler, ortaya çıkan sonuçlar, semptomları artıran ya da hafifleten koşullar, hastanın bu duruma ilişkin bilişsel yorumları ve genel yaşam tarzı kapsamlı biçimde analiz edilmelidir [83].

Korku duygusu ve anksiyete oluşmasında santral sinir sisteminde en önemli role sahip olan bölgeler amigdala, limbik yapılar içerisindeki nöroanatomik oluşumlardır. Anksiyete bozukluklarının nöroanatomik temelinde rol oynayan yapılar arasında; ventral tegmental alan, parabrakial nükleus, nükleus ambiguus, vagusun dorsomedial nükleusu, pedinkülopontin, nükleus retikularis, hipotalamusun paraventriküler nükleusu ve lateral hipotalamus yer almakta olup, bu yapılar amigdala ve limbik sistemle nöronal bağlantılar aracılığıyla iletişim kurmaktadır [84].

Anksiyetenin kökeninde çok sayıda etkenin etkili olduğu bilinmektedir. Güncel literatürde, anksiyetenin etiyopatogenezinde biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirildiği biyopsikososyal modelin belirleyici bir rol üstlendiği görüşü öne çıkmaktadır [85].

Anksiyetenin nörobiyolojik etiyolojisi; nörokimyasal, nöroendokrin, nörofizyolojik ve nöroanatomik düzeydeki çeşitli işlevsel bozuklukları içermektedir. Yapılan bilimsel araştırmalar, gama-aminobütirik asit (GABA), serotonin ve noradrenalin olmak üzere üç ana nörotransmitter sistemin özellikle GABA/benzodiazepin reseptör kompleksi, noradrenerjik ve serotonerjik yollar aracılığıyla hem normal hem de patolojik anksiyete süreçlerinin ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde temel roller üstlendiğini ortaya koymuştur [86].

Anksiyete etyolojisinde en çok çalışılan alanlar arasında kalıtım, mizaç, model alma ve çevresel faktörler gelmektedir.

Kalıtım ile ilgili ikizlerde yapılan araştırmalar ve aile ağacı incelemeleri sonucunda kalıtımsal bir etkenin varlığı dikkat çekmiştir. Tüm anksiyete bozuklukları arasında kan-yaralanma fobisi en çok kalıtımla ilişkili olduğu saptanmıştır. Agorafobili hastalarda aile öyküsü sıkça rastlanılmaktadır [87].

Anksiyete kişilik ilişkisi incelendiğinde en sık birliktelik gösteren kişilik tipleri; çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif, histrionik ve sınırda kişiliklerdir [88].

Davranışçı kuramlar çerçevesinde, klasik koşullanma yaklaşımına göre anksiyete, organizmanın belirli çevresel uyarılara karşı geliştirdiği öğrenilmiş bir tepkidir ve her anksiyete tepkisi, mutlaka belirli bir uyarana karşı koşullanmış bir yanıt biçiminde ortaya çıkar [89].

Bilişsel kuram tamamen endişe üzerine kurulmuştur. Bilişsel kurama göre kişiler çevrelerinde karşılaştıkları uyarıcıların bilincine varmaktadır. Bilişsel kuram, hastanın olası tehlikenin tehdit edici unsuruna onu yanlış değerlendirerek yanıt verdiğini varsaymaktadır. Kişide bulunan yanlış ve çarpık düşünce kalıpları hatalı yorumlamalara ve davranışlara neden olmaktadır. Bu tür kişiler tehlikeyi ya da oluşabilecek zararı abartma, sorunlarla başa çıkma yetilerini ise küçük görme eğilimi taşımaktadır. Sonuçta kalp çarpması gibi normal bir fiziksel belirti tehlike olarak algılanarak ölüm ve çıldırma düşüncesini harekete geçirmekte ve panik atak haline dönüşebilmektedir [90].

Öğrenme kuramları bağlamında değerlendirildiğinde, anksiyete ve ona eşlik eden davranış örüntülerinin, bireyin çocukluk döneminde ya da yaşamın ilerleyen evrelerinde çeşitli öğrenme koşulları ve yöntemleri aracılığıyla edinilebileceği; zamanla pekişerek bireyin kişilik yapısında kalıcı hale gelebileceği öne sürülmektedir. Bu öğrenme sürecinde, organizmanın biyolojik hassasiyeti (örneğin duyarlı bir otonom sinir sistemi yapısı), psikolojik eğilimleri (örneğin bilişsel değerlendirme şemaları, stresle başa çıkma becerileri gibi), yaşantısal deneyimler, öğrenmenin şekli, yoğunluğu ve sürekliliği, edinilen yanıt örüntülerinin pekiştirilmesi ve tekrarlanmasında belirleyici rol oynamaktadır. Birey, başlangıçta korku uyandırmayan bir nesneyle sık ve tekrarlayıcı biçimde karşılaşırken, aynı zamanda acı verici bir uyarana da maruz kalırsa; zamanla bu nötr nesneye yönelik kaçınma davranışı gelişebilir. İnsanlarda, bu tür basit klasik koşullanma süreçlerine ek olarak, model alma ve gözlem yoluyla öğrenme gibi daha

karmaşık öğrenme mekanizmaları da korku tepkilerinin oluşumunda etkili olabilir. Örneğin, hastalıkla ilgili sürekli kaygı sergileyen ebeveynlerin bulunduğu bir aile ortamında yetişen çocuk, bu tutumları gözlemleyerek hastalığa ilişkin fobik tepkiler geliştirebilir [91].

Psikanalitik kuramlar, anksiyetenin temelinde önemli bir nesnenin yitimi ve sevgi kaybıyla ilişkili içsel çatışmaların bulunduğunu öne sürmektedir [92], [93]. Bu kuramlar çerçevesinde anksiyete, köken aldığı psikodinamik çatışmalara bağlı olarak üç ana kategoriye ayrılmaktadır [94].

Birincisi, üstbenlik (süperego) anksiyetesi olarak adlandırılır; bireyin içselleştirdiği katı ve cezalandırıcı üstbenlik nedeniyle, düşünce ya da davranışları karşısında yoğun bir denetim ve cezalandırılma beklentisi yaşamasıyla ortaya çıkar. Bu durum, bireyde sıklıkla suçluluk duygusu ya da anksiyete şeklinde kendini gösterir. İkinci tür, iğdişlik (kastrasyon) anksiyetesidir; kökenini ödipal çatışmalardan alan bu anksiyete biçimi, bireyin beden bütünlüğüne zarar geleceğine dair korkularla karakterizedir. Bu korkular; başarısız olma endişesi, cinselliğe yönelik kaygılar ya da otorite figürleri karşısında yoğun sıkıntı ve çekingenlik biçiminde de kendini gösterebilir. Üçüncü kategori ise ayrılma (separasyon) anksiyetesidir; bu tür anksiyete, sevilen bir nesneyle olan bağın kopması ya da kişinin ondan uzaklaşmasıyla ilişkilidir. Özellikle çocukluk döneminde yoğun olarak gözlemlenen bu anksiyete türü, bireyin bağlanma ihtiyaçlarıyla doğrudan ilişkilidir. Çocuğun annesinden ayrılması ile yaşanan sıkıntı yaşamın sonraki dönemlerinde sevilen veya aşırı bağıllık duyulan kişiden ayrılma korkusu yaşanmasına neden olur [95]-[97].

Varoluşçu görüşe göre anksiyete; kişinin varoluşunun yok edilebileceğinin, kendisini ve dünyasını tümünden yitirebileceğinin yani hiç olabileceğinin farkında olmasıdır. Anksiyete insan varoluşunun temelinde vardır. Bu kuramsal yaklaşıma göre, korku; bireyin varlığının dışsal sınırlarına yönelen somut bir tehdide karşı geliştirilen bir tepkidir. Buna karşın anksiyete, bireyin doğrudan varoluşsal özüne yönelik, içsel ve soyut düzeyde algılanan bir tehdit karşısında deneyimlenen duygulanımsal bir durumdur [98].

Son yıllarda anksiyetenin performans üzerindeki etkilerini açıklamaya yönelik iki kuramsal model geliştirilmiştir. Bunlardan ilki, anksiyetenin bilişsel süreçler üzerindeki etkisini dikkate alarak performansı nasıl etkilediğini açıklayan “Dikkat Denetim Kuramı”dır. Diğeri ise, baskılayıcı baş etme stratejilerini kuramsal düzeyde ayrıntılı

biçimde ele alan “Dikkatten Kaçınma Kuramı”dır [99], [100]. Ayrıca Fizyolojik, ve Belirsizlik kuramları da vardır [101].

Bazı hastalarda psikodinamik, kimi hastalarda öğrenme, bazı hastalarda biyolojik etken veya diğer etkenler daha ağırlıklı olabilir. Etiyoloji ele alınırken ve değerlendirme yapılırken tüm bu etmenler göz önünde bulundurulmalıdır.

Deneyssel olarak anksiyetenin ortaya çıkarıldığı anksiyete modelleri vardır. Açık alan modeli; Bu deneyssel testte sıçan, yuvarlak, kare ya da dikdörtgen biçiminde tasarlanmış ve kaçıışı engelleyecek duvarlarla çevrilmiş bir alanda ya merkezi bölgeye ya da kenarlara yakın bir noktaya yerleştirilir. Belirli zaman aralıklarında sıçanın davranışları sistematik olarak gözlemlenir. Değerlendirme kriterleri arasında; merkeze ilk giriş latensi, merkezde geçirilen toplam süre ve çevresel (duvar diplerinde) bölgede geçirilen süre yer alır. Ayrıca sıçanın aydınlık bölümden karanlık bölüme ya da karanlık alandan aydınlık alana yaptığı ilk geçişte geçen süre, tüm test süresi boyunca aydınlık ve karanlık bölgelerde geçirdiği toplam süre gibi çeşitli davranışsal parametreler dikkate alınarak analiz gerçekleştirilir. Bu model, açık alan korkusunun tetiklediği anksiyete tepkilerinin yanı sıra spontan lokomotor aktivitenin ve sedatif etkilerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır [102].

Yükseltilmiş artı ve sıfır labirent modelleri, uzunlukları 50 cm, genişlikleri 10 cm olan açık ve kapalı kolların birleşiminden oluşur ve zemin seviyesinden 50 cm yüksekte konumlandırılmıştır. Denek olarak kullanılan sıçanlar, genellikle açık kollardan birine yönelmiş şekilde labirentin merkezi platformuna yerleştirilir. Bu yerleştirmenin amacı, sıçanların doğuştan gelen açık ve yüksekte olma korkusunu tetiklemektir. Deney süresince; kapalı kolda geçirilen sürenin artışı, donakalma davranışının (freezing) uzaması, açık kollara giriş sıklığının azalması, merkezi alanda geçirilen sürede azalma ve rearing (iki ayak üzerinde kalkarak çevreyi koklama) davranışının hem süresinde hem de sayısında artış, artmış anksiyete düzeylerinin davranışsal göstergeleri olarak değerlendirilmektedir. Labirentin yükseltilmiş bir düzlemde olması, sıçanların yeni çevreyi keşfetme davranışları sırasında anksiyete düzeyini artırıcı bir unsur olarak işlev görmektedir [102].

Kronik hafif stres modelinde sıçanlar; kafeslere eğim verilerek, kafesler sarsılarak, sıçanların sosyal ortamlarından uzaklaştırılarak, kafeslerin altlık malzemeleri ıslatılarak, gece/gündüz siklusları ters döndürülerek tekrarlayan şekillerde çeşitli ve hafif stresörlere maruz bırakılarak anksiyete ortaya çıkarılır. Sosyal etkileşim modeli, anksiyete benzeri

davranışların değerlendirilmesinde kullanılan deneysel paradigmalardan biridir. Bu modelde sıçanlar ya sosyal izolasyona maruz bırakılır ya da aşırı kalabalık koşullarda, geniş kafes ortamlarında barındırılır. Sosyal hiyerarşi içinde baskınlık gösteremeyen bireylerde, artmış anksiyete düzeyine işaret eden davranışsal değişiklikler gözlenir. Anksiyetenin etkisiyle; lokomotor aktivite, oyun davranışları, sosyal etkileşim sıklığı ve süresi ile birlikte beslenme ve su içme davranışlarında belirgin bir azalma meydana gelir. Saldırgan hayvana ya da saldırgan hayvana ilişkin ipuçlarına maruz bırakma modeli, stres kaynaklı anksiyete yanıtlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan deneysel paradigmalardan biridir. Bu modelde sıçan, ya doğrudan saldırgan bir hayvanla (örneğin bir kedi) yüz yüze getirilir ya da bu hayvana ait koku, tüy, idrar veya ses gibi tehdit edici ipuçlarına maruz bırakılır. Test düzeneğinde genellikle sıçan ile saldırgan hayvan arasında bir ayırıcı bölme bulunur ve karşılaşma ya doğrudan temasla ya da kedi tüyü, kirli ya da ıslak kedi kumu gibi dolaylı ipuçları aracılığıyla sağlanır. Türünü tehdit eden bir yırtıcıyla karşılaşan sıçanda, artmış anksiyete düzeyine bağlı olarak kendini savunma amacıyla donakalma (freezing) davranışı gözlemlenmektedir. Ultrasonik vokalizasyon (USV) modeli, sıçanların farklı çevresel uyaranlara karşı verdikleri duygusal tepkilerin, çıkardıkları ultrasonik seslerin frekans aralıkları aracılığıyla değerlendirilmesine dayanmaktadır. Düşük frekanstaki (örneğin 22 kHz) vokalizasyonlar, genellikle sıçanın tehdit edici veya kaçınılması gereken bir uyaranla karşılaştığında ortaya çıkarken; yüksek frekanstaki (örneğin 50 kHz) sesler ise oyun davranışı sırasında ya da pozitif duygulanım hallerinde gözlemlenir. Bu model, korku tepkileri ile anksiyete gibi diğer emosyonel durumların ayırımına yönelik olarak kullanılmaktadır [102].

Anksiyete, organizmanın savaş ya da kaç tepkisinden evvel ortaya çıkan hazırlık süreci olup kişinin yeni koşullara uyumunu sağlayabilmesi açısından önemli olmasına karşın, kişiyi engelleyici etkisi olduğu için daha da önemlidir. Anksiyete semptom olarak hastalıkların çoğunda karşılaştığımız bir durum olmasının yanında anksiyete bozuklukları günümüzde önde gelen, yaşamı olumsuz etkileyen, küresel bir engel olması nedeniyle hastalıklar içerisinde çok önemli bir yer teşkil etmektedir. DSM-5-TR’de anksiyete bozuklukları 12 başlık altında tanımlanmıştır [70]:

1-Yaygın anksiyete bozukluğu

2-Panik bozukluk

3-Panik atak

- 4-Ayrılık anksiyetesi bozukluğu
- 5-Selektif mutizm
- 6-Spesifik fobi
- 7-Sosyal anksiyete bozukluğu
- 8- Agorafobi
- 9-Madde/ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu
- 10-Başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
- 11-Diğer anksiyete bozuklukları
- 12-Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu.

2.4.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu, gündelik yaşamla ilişkili olaylar ve durumlar karşısında, ölçüsüz, kontrol edilemeyen ve süreklilik gösteren yoğun kaygı yaşantılarıyla karakterize edilen bir ruhsal bozukluktur. Birey, neredeyse her gün, çok sayıda olay ya da etkinliklerle ilgili aşırı düzeyde endişe duyar. Bu bozukluk, kronikleşen ve kalıcı bir anksiyete haliyle tanımlanmakta olup bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkiler [103].

Bir yıllık yaygınlık oranı %3-8 arasındadır, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür. Başlangıç yaşı oldukça değişkendir, bazı vakalar çocukluk yaşlarında başlar. Başlangıcı sıklıkla geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde olur. Bu bozukluğun kökeninde, genetik ve nörobiyolojik faktörlerin yanı sıra bireyin yaşam deneyimlerine, stresörlere ve çevresel koşullara bağlı gelişen psikososyal etkenlerin birlikte etkili olduğu düşünülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunun oluşmasında Bilişsel Kaçınma kuramına göre kaygılanma anksiyeteden kaçınma yoludur. Kaygılanma, korku cevabını sonlandırmayı amaçlamaktadır. Böylece daha derin duygusal kaygılar ya da olumsuz olaylarla ilgili kaygılardan uyarılma ya da felaket beklentisinden bir kaçınma çabasıdır. Kaygı anksiyetenin bedensel belirtilerinin bastırılmasını sağlar. Dikkat bilişsel etkinliğe odaklanarak duyguların farkındalığını azaltır [104].

Davranışçı yaklaşıma göre yaygın anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında iki tür öğrenme davranışı etkili olur. Birincisi klasik koşullanmada nötral uyaran tekrarlanan şartlanmamış korku uyaranları oluşturabilen bir etkiye sahiptir. İkincisi indirekt öğrenme;

korku içerikli davranış diğer kişilerin korkuya neden olan uyaranlara maruz kalmasının gözlemlenmesi ile oluşur [105].

Üst biliş (meta kognition) görüşüne göre kaygılanma sadece anksiyete belirtisi değil aynı zamanda üst bilişsel düşünceler tarafından tetiklenen bir başa çıkma yöntemidir. Kaygılanma süreci bir kere tetiklenince kaygılanma işlevi üzerine olumsuz düşüncelerin ortaya çıkmasına yol açar buna bağlı kişinin tehlike ile ilgili bilgilere duyarlılığı dolayısıyla kaygısı artar [106].

Yaygın anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında yaşamın ilk yıllarındaki yaşanan olaylar gibi çevresel etmenlerin de rolünün olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı bireyler, olasılıklara ilişkin anksiyetik tepkileri genellikle planlama, önlem alma ve problem çözme gibi işlevsel stratejilere dönüştürürken; anksiyete bozukluğu olan bireylerde bu duygulanım, bireyin yaşamını domine eden patolojik bir düzeye ulaşarak, gündelik işlevselliğini önemli ölçüde kısıtlamaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu, en az 6 ay boyunca sık sık endişe duyma, yorgunluk, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik, kas gerginliği ve tatmin edici olmayan uyku semptomlarından en az üçü ile karakterize kronik yeti yitimine neden olan bir durumdur [8]. Anksiyete birçok olay ya da etkinlik hakkında olabilir ve aşırı derecededir. Kişi, endişesini kontrol etmekte zorlanır. Genellikle bireylerin endişe duyduğu konular iş sorumlulukları, aile sağlığı gibi günlük yaşantılar ya da ev işleri, araba tamiri, randevular gibi küçük konular da olabilmektedir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun temel semptomları; sürekli kaygı hali, motor ajitasyon, otonomik sinir sistemi aktivasyonunda artış ve bilişsel düzeyde artmış uyarılmışlık durumudur. Anksiyete yoğun ve sürekli; bireyin günlük yaşam işlevselliğini belirgin biçimde bozar. Kas gerginliği, titreme, huzursuzluk ve baş ağrısı şeklinde kendini göstermektedir. Otonomik hiperaktivite ise dispne, aşırı terleme, taşikardi ve çeşitli gastrointestinal yakınmalarla kendini ortaya koyar [77].

Yorgunluk, uykusuzluk gibi şikayetlerden dolayı yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresyon ile karışabilir, majör depresyonu anksiyeteden ayırt etmek zor olabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar sıklıkla çaresizlik hissi tanımlar oysa majör depresyonu olan hastalar kendini umutsuz hisseder ancak major depresyon sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğuna eşlik edebilir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %25'inde panik bozukluk, %50 ila %80'inde ise majör depresif

bozukluk eş tanısı bulunmaktadır. Depresyonun eşlik ettiği vakalarda intihar riski belirgin biçimde artış göstermektedir. Anksiyetik belirtiler, müdahale edilmediği takdirde yaşam boyu sürebilecek kronik bir seyir izleyebilir [92]. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, panik bozukluktan farklı olarak aniden ortaya çıkan beklenmedik panik atakları ile karakterize değildir.

Huzursuzluk, çabuk yorulma, konsantre olamama, uyku bozukluğu, kas gerginliği, sinirlilik gibi şikayetleri olan hastalar nadiren endişelerini belirtirler. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların çoğu tedavi arayışına girmeden önce yıllarca rahatsızlık yaşar. Kendine özgü olmayan semptomlardan dolayı yanlış tanımlanabilmekte ve bu yanlış tanımlama neredeyse her türlü endişeli hasta için tanının uygunsuz kullanımına yol açabilmektedir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan bireylerin yaklaşık üçte biri, genellikle semptomların başlangıç gösterdiği yirmili yaşlarda profesyonel yardım arayışıyla sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Çoğunlukla baş ağrısı, gastrointestinal sistem semptomları gibi fiziksel semptomlarla doktora başvururlar, çocuklarda da sıklıkla tekrarlayan karın ağrısı gibi somatik semptomlar görülür. Bu hastaların çoğu bozukluğun bedensel belirtileri için tedaviler arar [107]. Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan bireyler, genellikle hastalığın bedensel belirtilerini ön planda yaşadıkları için başvurularını sıklıkla aile hekimliği, dahiliye, nöroloji veya göğüs hastalıkları gibi farklı tıp disiplinlerine yapmaktadır.

Tedavide farmakolojik tedavi ve psikoterapi uygulanmaktadır. Anksiyete bozukluklarında kullanılan ilaçlar, serotonerjik, adrenerjik, GABA, çeşitli nöropeptit ve endokanabinoid sistemler dahil olmak üzere altında korkunun olduğu sistemleri hedef almaktadır [108].

Klinik değerlendirme sürecinde, hastanın son aylarda artan gerginlik, yaklaşan bir felaket beklentisi veya genel endişe duygusu yaşayıp yaşamadığı; bu endişenin içeriği ve bireyin bu durumu kontrol edebilme kapasitesi ayrıntılı biçimde sorgulanmalıdır. Birçok hastada, yaşadığı zorlukları bir klinisyenle paylaşma fırsatı bulması, anksiyete düzeyinde anlamlı bir azalma sağlamaktadır. Klinik uzman, anksiyeteye neden olan çevresel stresörleri tanımlayabilir, hasta ve ailesinin desteğiyle bu stresörlerin azaltılmasına yönelik çevresel düzenlemelere katkı sunabilir. Ayrıca, hastanın günlük işlevselliğini ve kişilerarası ilişkilerini destekleyerek, bireyin yeni ve ödüllendirici yaşantılar geliştirmesine olanak sağlayabilir [109].

Anksiyete bozukluklarında uygulanan bilişsel davranışsal terapi (BDT), günümüzde en popüler terapilerden olup beceri inşa eden bir yaklaşımdır. Uygun olmayan öğrenme ve düşünme örüntülerini değiştirmeyi amaçlar, “şimdi ve burada” yaklaşımıyla şu anki problemlerin kökenleri anlaşılmaya çalışılır. Tedavide ağırlıklı olarak belirtileri sürdüren etmenler üzerinde durulur, seanslar öğrenme sürecinin başlangıcıdır. Oturumlarda bazı beceriler öğretilir, seanslarda pratik yapma sağlanır. Ayrıca seans dışı uygulama için verilen ev ödevleriyle de beceri kazanma ve bu becerileri geliştirme amaçlanır [110].

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) başlangıç aşamasında; kendilik gözlemi, sistematik duyarsızlaştırma, sosyal beceri kazandırma çalışmaları, gevşeme teknikleri ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi temel müdahale yöntemleri uygulanır. Tedavinin ilerleyen evrelerinde ise, önceden belirlenmiş terapötik hedeflere yönelik olarak yapılandırılmış maruz bırakma uygulamaları ve rasyonel düşünceyi güçlendirmeye yönelik bilişsel analiz teknikleri gibi daha ileri düzey stratejilere geçilir [111].

İlk aşama olan kendini İzleme; bireye öğretilen, otomatik düşüncelerini ve düşünce içeriğindeki bilişsel çarpıtmaları fark etmeye yönelik yapılan çalışmaları içerir. Danışana kaygı hissettiği bir durumda aklından geçen düşünceleri yani otomatik düşüncelerini bulması öğretilir. Seans içinde ve seans dışında ev ödevleriyle kişinin otomatik düşüncelerine odaklanması ve böylelikle düşünce içeriğindeki hataları bulması sağlanır [111].

Sistematik duyarsızlaştırma, bireyin korku duyduğu uyaranlara karşı kademeli olarak duyarsızlaşmasını amaçlayan yapılandırılmış bir müdahale yöntemidir [112]. Bu yöntemde öncelikle, kaygı oluşturan durumlarla ilgili bir hiyerarşi listesi oluşturulur ve bu liste, en az kaygı uyandıran durumdan en fazla kaygı yaratan duruma doğru sıralanır. Müdahale süreci, bu hiyerarşik dizinin en alt basamağından başlanarak aşamalı şekilde üst basamaklara ilerlenerek uygulanır. Her bir düzeyde, korkuya ilişkin fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası bileşenler detaylı biçimde ele alınır. Müdahale sırasında ses, koku ve görsel imgeler gibi duyuşsal uyarıcıların zihinsel olarak canlandırılması da terapötik etkiyi artırmak açısından önem taşır. Bu sürece geçilmeden önce, danışana gevşeme teknikleri öğretilmiş ve uygulamada kullanılabilecek düzeye getirilmiş olmalıdır. Gevşeme eğitiminde çeşitli kas gruplarını germe, ardından serbest bırakma ve aynı zamanda bunları takip eden gevşeme duygusuna odaklanma sağlanır. Kaygılı danışanlarda kullanılan en temel tekniklerden birisidir. Ayrıca, danışandan kendisini mutlu, huzurlu ve güvende hissettiği; keyif aldığı etkinlikleri

gerçekleştirebileceği bir mekânı zihinsel olarak canlandırması istenir. Korku hiyerarşisindeki her bir basamak imgeleme yoluyla ele alındığında, danışanın ilgili anı tüm duyuşsal ve duygusal bileşenleriyle deneyimlemesi sağlanır. Ardından, bireyin zihinsel olarak güvenli alana yönlendirilmesi ve bu sürecin gevşeme egzersizleriyle eş zamanlı olarak uygulanması, kaygı yanıtının azaltılmasında terapötik bir işlev görür [113].

Maruz bırakma ve kaçınmayı azaltmak için korkulan uyarana maruz bırakılır. Birinci aşamada maruz bırakma tedavisinin rasyoneli anlatılır. Geçmişte kaçınılan durumlar negatif pekiştirme yoluyla sürdürölmüş olduğundan, zamanla korkuların şiddeti artarak doruk noktasına ulaşabilir. Bu nedenle, bireyin korku ve kaygıya ilişkin bilinçlendirilmesi terapötik sürecin kritik bir parçasıdır. Kaçınma tepkisi yerine maruz bırakma teknikleri kullanıldığında, bireyin aslında korktuğu durumla başa çıkabilecek becerilere sahip olduğunu fark etmesi sağlanır. Bilişsel yeniden yapılandırma sürecinde, bireyin otomatik düşöncelerini tanıyabilmesi için bilgi odaklı sorular yöneltir ve bu düşöncelerin gerçekliğini test etmek amacıyla sistematik veri toplama yöntemlerine başvurulur. Bu süreçte doğrudan sorgulama, yönlendirilmiş keşif, yoğun duygusal anların terapötik kullanımı, imgeleme teknikleri, rol oynama, olayın kişisel anlamını araştırma, davranış deneyleri eşliğinde düşöncelerin kayıt altına alınması ve otomatik düşönce formlarının doldurulması gibi teknikler uygulanarak danışanın bilişsel içeriği ortaya çıkarılır. Elde edilen otomatik düşönceler daha sonra; destekleyici ve karşıt kanıtların belirlenmesi, alternatif açıklamaların üretilmesi, 'en kötü ne olabilir?', 'bu düşönceyi değıştirse ne olur?', 'aynı durumda bir başkasına ne söyledim?' gibi bilişsel yeniden çerçeveleme soruları aracılığıyla sistematik biçimde test edilir [114].

Terapötik sürecin ilerleyen aşamalarında, danışanın yaşantılarını derinlemesine kavrayabilmesi için empatik dinleme, özetleme ve bilişsel sentezleme teknikleri uygulanır; ayrıca danışanın yeni bir içgörü geliştirmesine katkı sağlamak amacıyla analitik ve yönlendirici nitelikte sorular kullanılır. Kaygı bozukluklarının Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile tedavisinde en yaygın olarak başvuruşan müdahale biçimlerinden biri bilişsel yeniden yapılandırmadır. Bu süreçte danışan, öncelikle kaygı düzeyinin yükselmesine neden olan otomatik düşöncelerini gözlemlemeyi ve tanımlamayı öğrenir. İlk etapta terapistin desteğiyle yürütölen bu değeriendirme süreci, zamanla danışanın kendi başına sürdürebileceği bir beceri haline gelir. Takip eden

aşamalarda ise, birey bu düşünceler üzerinde sistematik biçimde çalışarak daha işlevsel ve gerçekçi baş etme stratejileri geliştirir [115].

2.4.2. Panik Bozukluk

Panik Bozukluk, bireyin tekrarlayan ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan yoğun korku ya da rahatsızlık atakları yaşadığı; ataklar arası dönemlerde ise yeni bir atağın meydana geleceğine dair sürekli bir beklenti anksiyetesi geliştirdiği psikiyatrik bir tablodur. Bu ataklara genellikle göğüs ağrısı, taşikardi, nefes darlığı, baş dönmesi ve abdominal rahatsızlık gibi çeşitli semptomlar eşlik eder [116].

Toplumda yaygın olan diğer bir anksiyete bozukluğudur. Yaşam boyu yaygınlığı %1 ile %4,7 arasındadır. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 2-3 kat daha fazladır. Ortalama görülme yaşı 25 olup genç erişkinlerde daha sık olarak görülür [92]. İlk olarak 1980'de DSM-3'de özel bir tanısal kavram olarak belirtilmiştir [117]. Genetik faktörlerin de etkisi olduğu belirtilmektedir, birinci derece akrabalarında görülme olasılığı 4-8 kat fazladır [118]. Panik bozukluk sürecinin başlangıcı genellikle çevresel veya psikolojik faktörlerle yakından ilişkilidir [93]. Panik bozuklukta artmış sempatik tonus ile birlikte, orta şiddette uyaranlara aşırı cevap vardır.

Panik bozukluk genellikle kronik seyirli bir klinik tablodur. Vakaların yaklaşık %50'sinde belirtiler kalıcı olmakla birlikte hafif düzeyde seyreder ve bireyin işlevselliğini ciddi biçimde etkilemez. Ancak olguların %10–20'sinde belirgin bir iyileşme gözlenmeyebilir. Bozukluğun karakteristik özelliklerinden biri, yineleyici panik atakların ardından bedensel belirtilere aşırı odaklanma ve bu belirtileri tetikleyen çevresel ya da bilişsel etkenlerle semptomların şiddetlenmesidir. Atakların sıklığı ve şiddeti ise bireyler arasında değişkenlik gösterebilmekte, dönemsel dalgalanmalar sergileyebilmektedir [92].

Panik bozukluk tanısının konulabilmesi için, tekrarlayan panik atakların yanı sıra, en az bir ay süreyle atakların olmadığı dönemlerde yeni bir atak yaşanacağına dair belirgin bir beklenti anksiyetesi ya da panik ataklardan kaçınmaya yönelik davranışsal değişikliklerin gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu klinik tablo, herhangi bir madde kullanımına veya başka bir psikiyatrik bozukluğa ikincil olarak gelişmemelidir. Ayırıcı tanı sürecinde; anemi, astım, anafilaksi gibi tıbbi durumların yanı sıra, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, özgül fobi ve sosyal fobi gibi psikiyatrik bozuklukların da dikkate alınması önem arz etmektedir [70].

Panik bozukluğun psikoterapötik yaklaşımı, öncelikle psikoeğitim ve bireyin gerçekçi olmayan inançlarının bilişsel olarak yeniden yapılandırılmasına odaklanmaktadır. Bu bağlamda, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) en çok önerilen ve etkinliği kanıtlanmış müdahale yöntemidir. Terapötik süreçte, hastaya güven verilmesi, kontrol duygusunun yeniden kazanılması, bedensel belirtilerin doğru biçimde yorumlanması, içsel ve çevresel uyaranlara karşı duyarsızlaştırma tekniklerinin uygulanması önem arz etmektedir. Farmakolojik tedavi sürecinde, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) birinci basamak tedavi olarak tercih edilmektedir. Alternatif olarak trisiklik antidepresanlar (TCA'lar) ve monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler) de kullanılabilir. Ani başlangıçlı ve şiddetli panik ataklara hızlı yanıt gerektiren durumlarda ise kısa süreli destekleyici tedavi amacıyla benzodiazepin grubu anksiyolitik ajanlar tedaviye eklenebilmektedir [119].

2.4.3. Panik Atak

Panik ataklar, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan endişe ve korku dalgalanmalarıdır. Basitçe panik atak tanımı ölüm hissinin eşlik ettiği yoğun anksiyete atağıdır. Tekrarlayan panik ataklar genellikle özel bir durum tarafından başlatılır, örneğin; topluluk önünde konuşma yapıldığı sırada deneyimlenen endişe ve korku daha önce bir panik atığa neden olmuşsa bu durum yeniden ortaya çıkabilir [70]. Aslında paniğe neden olan durum, bireyin kendisini tehlikede hissettiği savaş ya da kaç tepkisini tetikleyen sempatik sinir sisteminin verdiği yanıttır [120].

Prevalansı %3-4'tür. Panik atağının öğrenilmiş bir tepki olduğuna ilişkin kuram ve bulgularla birlikte, paniğin psikolojik açıklamasının başarısız olan psikolojik savunma mekanizmaları olduğu görüşü kabul görmüştür. Panik ataklar tedavi edilmeyip uzadıkça depresyon oranı ve kişilerin anksiyeteden kurtulmak için alkol/madde kullanımı artmaktadır. Hastaların %50-60'ında depresyon, %20-40'ında alkol veya madde kullanımı/bağımlılığı vardır [93].

DSM-5-TR'e göre tanı koymak için yineleyen, beklenmedik panik ataklar gözlenmelidir. En az dört farklı bilişsel ya da fizyolojik semptomla kendisini gösterir. Çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, ürperme, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik hissi, uyuşma ya da karıncalanma hissi, gerçek dışılık hissi, çıldırma korkusu, bayılma hissi, kontrolü kaybetme, ölüm korkusu

bulgularından en az 4'ünün eşlik ettiği panik atak dakikalar içinde tepe noktasına ulaşan yoğun sıkıntı hissinin olduğu bir durumdur [70].

Tedavide farmakoterapi ve psikoterapi yapılır. Davranışçı terapide hastaların normalde kaçındıkları ortamlara yavaş yavaş uyum sağlamalarına yardımcı olunur. Kimi zaman bu terapide terapistin direkt olarak hastaya yardımcı olması ve yanında bulunması gerekebilir [116].

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), panik bozukluğun oluşumuna ilişkin iki temel kuramsal yaklaşımı birleştirerek yapılandırılmıştır: panik atakların, bedensel duyuların korkutucu biçimde yorumlanmasından kaynaklandığını öne süren bilişsel model ile hiperventilasyonun atakların ortaya çıkmasında tetikleyici rol oynadığına dair fizyolojik görüş. Bu yaklaşıma dayalı olarak geliştirilen müdahale sürecinde, bireyin bilişsel çarpıtmalarının yeniden yapılandırılması ve solunumun kontrol altına alınması hedeflenmektedir. Terapi sürecinde, kontrollü hiperventilasyon egzersizleri ile panik atağa benzer bedensel semptomların danışanda bilinçli olarak yeniden üretilmesi sağlanmakta; ardından, solunumun düzenlenmesi yoluyla bu semptomların azalması ya da ortadan kalkması sağlanarak, danışanın bedensel duyulara yönelik tehdit algısı azaltılmaktadır. Buna dayanılarak, panik atak sırasında ortaya çıkan bedensel belirtilerin, kalp krizi geçirme gibi katastrofik durumlardan kaynaklandığı, deneysel ve hatta fizyolojik olarak da görüldüğü ve hiperventilasyonun bir sonucu olduğu yorumu üzerinde durulur. Burada yapılan, hastanın bedensel belirtilerini, ilkinde olduğundan daha zararsız ve denetlenebilir bir duruma bilişsel olarak yeniden atfetmesini sağlamaktır. Bir sonraki adım ise, panik atağın başlayacağını hissedildiği anda kullanılmak üzere, bir başa çıkma tekniği olarak solunum denetiminin öğretilmesidir [115].

Panik atakların tedavisinde aile desteğinin sağlanması önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Ailenin tedavi sürecine katılımı, hastanın tedaviye uyumunu artırmakta ve terapötik iş birliği açısından olumlu katkılar sunmaktadır. Bu bağlamda, hasta yakınlarına, panik atak geçiren bireylerin çarpıntı gibi kardiyak belirtileri gerçek bir kalp krizi, soluk alma güçlüğüne ise ölümcül bir solunum yetersizliği olarak algılayabildikleri; yani bedensel duyuları gerçek tehlikelerden daha tehditkâr biçimde yorumladıkları açıklanmalıdır. Aynı şekilde, hastalara da panik atakların fizyolojik ve bilişsel oluşum mekanizmaları detaylı biçimde anlatılmalı, böylece farkındalık düzeyleri artırılarak tedaviye uyumlarının güçlendirilmesi hedeflenmelidir [70].

2.4.4. Ayrılığa bağı Anksiyete Bozukluğu

DSM-5’te ilk kez anksiyete bozuklukları içinde yer almıştır. Önemli bağlanma figürlerini kaybetme ve onlara zarar gelebileceğine dair aşırı bir kaygı olması şeklinde tanımlanabilir. Ayrılığa bağı anksiyetede birey, bağılandığı kişilerden ayrılma konusunda aşırı endişe ya da kaygı yaşar. Her zaman en sevdiği kişiyi kaybetme endişesi duyabilir, evden çıkmakta tereddüt edebilir veya geceyi onlardan ayrı geçirmeyi reddedebilir, hatta ayrılığa dair kabuslar görebilir [70].

Rahatsızlığın fiziksel belirtileri sıklıkla çocukluk döneminde ortaya çıkmakla birlikte, semptomlar erişkin dönemde de devam edebilmektedir [121]. Tedavide farmakoterapi ile birlikte psikoterapi uygulanır.

2.4.5. Selektif Mutizm

Kişinin konuşma becerisi bulunduğu halde konuşmamasıdır. Özellikle bu anksiyeteye sahip olan çocuklar, okul gibi iletişim kurmalarının beklendiğı belirli sosyal ortamlarda iletişim kurmazlar, konuşacakları kişileri seçerler. Yakın aile fertleri evdeyken konuşurlar ancak yakın arkadaşlar veya büyükanne, büyükbaba gibi aile bireyleri evdeyken ve sosyal ortamlarda genellikle sessiz kalırlar. Bu çocuklar sıklıkla homurdanma, işaret etme, yazma gibi sözsüz veya konuşulmayan iletişim biçimlerini kullanırlar, bu durum sosyal etkileşimi engeller. Sessiz kalmanın, iletişim becerileri üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmasının yanı sıra, sınıfta sosyal izolasyona ve entelektüel zorluklara neden olabilir. Selektif mutizme sahip çok sayıda çocukta önemli düzeyde sosyal kaygı ve aşırı utangaçlık vardır [122].

Selektif mutizm nedenleri ile ilgili çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Çekingenlik ve utangaçlığın nedenleri arasında doğuştan gelen mizaç özellikleri, sosyal öğrenme süreçleri, travmatik yaşantılar, hatalı ebeveyn tutumları ve dil gelişimi sürecinde yaşanan olumsuzluklar sayılabilmekle birlikte, kesin nedeni henüz tam olarak açıklanamamıştır [123], [124]. Yaygınlığı %0,18-2 arasında tespit edilmiş [125] olup kızlarda erkeklere göre 1,5-2,5 kat daha fazla görülür [126]. Selektif mutizm okul öncesi dönemde başlar ancak tanı okul başlangıcında konur [127].

Selektif mutizm tedavisi çocuklardaki direnç nedeni ile zor olabilir. Bununla birlikte davranışsal teknikler, grup ve aile terapileri, farmakolojik tedavi ile multidisipliner yaklaşımın etkili olduğu belirtilmektedir [128].

2.4.6. Spesifik Fobi

Bir nesne ya da duruma karşı tekrarlayan, inatçı korkudur. Uçakla seyahat etmek, yükseklik, hayvanlar, fırtına, hastalık, iğne yapılması, yaralanma, kan görülmesi gibi belirli bir nesne veya durum hakkında sürekli olarak korku veya endişe yaşanmasıdır. Görülme sıklığı kadınlarda %14-16, erkeklerde %5-7'dir [64],[70].

DSM-5-TR kriterlerine göre özgül fobide, fobik uyarıcı olan nesne ya da durum, bireyde neredeyse her karşılaşmada belirgin bir korku ya da kaygı yanıtı oluşturur. Kişi, bu uyarana karşılaşılmaktan etkin biçimde kaçınır ya da ancak yoğun bir korku ve kaygı hissi eşliğinde tolere edebilir. Algılanan bu tehdit, nesnel tehlike düzeyiyle kıyaslandığında sosyokültürel bağlamda belirgin biçimde orantısızdır. Bu durum, bireyin toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar [70].

DSM-5-TR sınıflandırmasına göre özgül fobiler, beş alt tipe ayrılmaktadır: (1) Hayvan tipi (örümcek, böcek, köpek gibi), (2) Doğal çevre tipi (yükseklik, fırtına, su gibi), (3) Kan-enjeksiyon-yaralanma tipi (iğne, tıbbi işlemler vb.), (4) Durumsal tip (uçak yolculuğu, asansör kullanımı gibi) ve (5) Diğer tip (yüksek sesler, maskeli figürler gibi spesifik uyarılar). Her bir fobi alt tipinde temel özellik, korku ya da kaygı tepkisinin yalnızca belirli bir nesne ya da durumla karşılaşıldığında ortaya çıkmasıdır [70].

Spesifik fobisi olanlarda kaygı, korku veya kaçınma genellikle en az altı ay sürer. Sosyal veya mesleki alanlarda yaşanan önemli bir sıkıntı, korku ve/veya endişe nedeniyle spesifik fobi ortaya çıkabilir. Birçok insan birden fazla spesifik fobi yaşayabilir, bu durumda fobiyi tetikleyici her nesne için ayrı spesifik fobi tanısı konması gerekir [129].

Fobik uyarılarla karşılaşma veya karşılaşma beklentisi ile aşırı veya anlamsız, belirgin ve sürekli korku başlar, hatta panik atağı biçimini alabilir. Kişi korkusunun aşırı veya anlamsız olduğunu bilir. Bu kaygıya sahip çocuklar, korkularını veya endişelerini ifade etmenin bir yolu olarak ağlayabilir, kriz geçirebilir, donabilir veya yanındakine sıkıca tutunabilir. Spesifik fobinin gidiş ve sonlanması diğer kaygı bozukluklarında görülen seyrin güçlenmesi ve sönmesine karşılık nispeten sabit kalır [130].

Spesifik fobinin ayırıcı tanısında; panik bozukluk, agorafobi ve çekingen kişilik bozukluğu gibi diğer psikiyatrik tabloların dikkate alınması gerekmektedir. Bununla birlikte, madde kullanımı, merkezi sinir sistemi neoplazmaları ve serebrovasküler hastalıklar gibi bazı organik tıbbi durumların da fobik belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır [70].

Spesifik fobi tedavisinde öncelikli yaklaşımlar arasında davranış terapileri, içgörü odaklı psikoterapiler, sanal gerçeklik temelli maruz bırakma uygulamaları ve farmakoterapi yer almaktadır. Tedavinin temel prensibi, bireyin korkulan uyarana sistematik olarak maruz bırakılması yoluyla kaygı düzeyinin azaltılmasıdır. Fobik uyarana yönelik bilişsel çarpıtmaların düzeltilmesi, kaçınma davranışlarının ortadan kaldırılması ve duyarsızlaşmanın sağlanması hedeflenmektedir. Fobiye panik atakların eşlik ettiği durumlarda beta-adrenerjik reseptör antagonistleri (örneğin propranolol) veya kısa etkili benzodiazepinler semptom kontrolü amacıyla kullanılabilir. Gevşeme egzersizleri, terapötik süreci destekleyici teknikler arasında yer almaktadır. Panik atakların eşlik ettiği karşılaşma anlarında farmakolojik destek sağlanması gerekebilir. Ayrıca, eş tanılı olarak görülebilecek depresyon veya diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı durumunda, bu tabloların tedaviye entegre edilmesi önemlidir [70].

2.4.7. Sosyal Anksiyete Bozukluğu- Sosyal Fobi

Sosyal fobi, bireyin sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilme, küçük düşme veya utanma korkusuyla ilişkili olarak; toplantılarda bulunma, topluluk önünde konuşma, yeni kişilerle tanışma, başkalarının önünde yemek yeme ya da içme gibi durumlardan kaçınma eğilimi göstermesiyle karakterize edilen bir anksiyete bozukluğudur. Yaşam boyu yaygınlığı %3 ile %13 arasında değişmekte olup, cinsiyetler arasında belirgin bir fark olduğuna dair tutarlı bulgular elde edilememiştir. Sosyal fobi, genellikle geç çocukluk ya da erken ergenlik döneminde başlangıç gösterir. Aile öyküsü açısından değerlendirildiğinde, aynı aile içerisinde birden fazla bireyde görülme oranı yüksektir. Bozukluk çoğunlukla yalnız yaşayan, evlenmemiş ya da boşanmış bireylerde daha sık gözlenmektedir [92].

Sosyal fobinin etiyolojisinde, biyolojik yatkınlık ile psikososyal çevresel etkenlerin etkileşim içinde rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu bağlamda gerçekleştirilen çok sayıda çalışmada, sosyal fobi tanısı alan bireylerin ebeveynlerinin; tanı almamış bireylerin ebeveynlerine kıyasla çocuklarına daha düşük düzeyde bakım sundukları, daha fazla reddedici tutum sergiledikleri veya aşırı korumacı davrandıkları belirlenmiştir [131]

Bu bireyler, sosyal ortamlarda hata yapacağım, küçük düşeceğim, aşağılanacağım, utanacağım, hor görüleceğim, ayıplanacağım gibi düşüncelerle yoğun endişe, rahatsızlık, sıkıntı yaşarlar. Bu nedenle sosyal ortamlarda kaygının neden olduğu korkma, kaçma,

panik haline gelme gibi semptomlarla uğraş içerisinde olurlar. Bu sıkıntıyı, korkuyu ve belirtileri yaşamamak için sosyal ortamlardan kaçınırlar [70].

Sosyal fobi, kronik seyirli ve bazı bireylerde yaşam boyu devam edebilen; işlevsellikte belirgin kayıplara yol açan bir anksiyete bozukluğudur. Bu bozukluğun en karakteristik özelliği, bireyin yoğun kaygı yaşadığı sosyal durumlardan kaçınma eğilimidir. Sosyal etkileşim gerektiren ortamlara yönelik korkular ve buna eşlik eden kaçınma davranışları, bireyin mesleki, sosyal ve kişilerarası alanlarda ciddi düzeyde kısıtlanmalara neden olur. Birey, korktuğu sosyal ortamdan kaçınmayı tercih etse de, kaçınmanın yaratacağı olumsuz sonuçlar daha ağır bastığında, yoğun anksiyete yaşamasına rağmen bu ortamlara katılım göstermek zorunda kalabilir [132]

Reddedilecekleri ya da utanılacak bir duruma düşeceklerine inandıkları ortama bir dizi olumsuz varsayım ile girerler. Kişi sosyal ortama girdiğinde kızarma, terleme, kekeleme gibi ortaya çıkabilecek fiziksel belirtinin fark edilerek, kınanacağını ve kişiliğine genellenerek, artık o ortamda istenmeyeceğini düşünür. Çarpıtılmış bilişsel şemalar ve işlevsiz temel inançlarla yapılandırılmış bu içsel senaryo, sosyal fobi tanısı olan bireyler açısından özdeğeri tehdit eden, olağanüstü düzeyde kötü bir durum olarak algılanmaktadır [93].

Sosyal fobi genellikle erken yaşlarda başlamakta olup, bu durum bireyin sosyal, akademik ve duygusal gelişiminde çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Fizyolojik belirtiler, diğer anksiyete bozukluklarında gözlemlenen semptomlarla benzerlik göstermektedir; ancak sosyal fobi tanısı olan bireyler bu belirtileri farklı biçimlerde ifade edebilir. En sık bildirilen somatik yakınmalar arasında çarpıntı, titreme, kas gerginliği, gastrointestinal rahatsızlık hissi ve ağız kuruluğu yer almaktadır [70].

Sosyal anksiyete bozukluğundan kaynaklanan endişe veya kaygı en az altı ay sürer ve günlük aktiviteleri engeller [70]. Remisyona giren hastalar olsa da prospektif çalışmalar hastalığın kronik olduğunu göstermektedir.

Sosyal fobinin ayırıcı tanısında; panik bozukluk, agorafobi, çekingen kişilik bozukluğu ve majör depresif bozukluk gibi diğer psikiyatrik tablolar dikkate alınmalıdır. Agorafobi tanısı olan bireylerde, güvenilir bir kişinin varlığı kaygı düzeyini azaltıcı bir etki yaratırken; sosyal fobi tanısı alan bireylerde, başkalarının varlığı anksiyete düzeyini artırıcı bir unsur olarak işlev görmektedir. Panik bozuklukta nefes alamama, baş dönmesi, boğulma hissi ve ölüm korkusu gibi yoğun somatik belirtiler ön plandayken; sosyal

fobide daha çok yüz kızarması, kas seğirmesi ve başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair belirgin kaygılar gözlemlenir [70].

Sosyal fobi oldukça yaygın bir bozukluk olmasına rağmen, bireylerin çoğu profesyonel yardım arayışına girmemekte ve bu durum tanı ile tedavi sürecinin önemli ölçüde gecikmesine neden olmaktadır. Klinik gözlemler, sosyal fobi tanısı alan bireylerin psikiyatrik destek arayışıyla başvurularının hastalık başlangıcından ortalama 10 yıl sonra (6–20 yıl aralığında) gerçekleştiğini göstermektedir. Bu gecikmenin temel nedenlerinden biri, bireylerin yaşadıkları belirtileri utangaçlık ya da kişilik özelliği olarak değerlendirmeleri ve bu durumun psikiyatrik bir bozukluk olduğunu kabul etmekte zorlanmalarıdır. Tedavi edilmeyen sosyal fobi, okulda başarısızlık, mesleki kısıtlılık, arkadaşlık kuramama, alkol kötüye kullanımı, depresyon ve intihar girişimleriyle sonuçlanabilir. Tedaviye başvuru genelde birlikte bulunan psikiyatrik bozuklukla olur [133].

Sosyal fobinin tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonunun, her iki tedavi yönteminin ayrı ayrı uygulanmasına kıyasla daha yüksek etkinlik sağladığı gösterilmiştir. Tedavi sürecinde temel hedefler arasında; sosyal anksiyete belirtilerinin azaltılması, korkuya ilişkin bilişsel çarpıtmaların ve aşırı duygusal tepkilerin düzenlenmesi, fobik kaçınma davranışlarının azaltılması, anksiyeteye eşlik eden fizyolojik ve otonomik semptomların kontrol altına alınması, bireyin yaşam kalitesinin artırılması ve eş tanıli psikiyatrik bozuklukların ele alınması yer almaktadır. Performansa özgü sosyal fobi vakalarında, sunumdan yaklaşık 30 dakika önce uygulanan 10–40 mg dozundaki propranolol, semptomatik rahatlama sağlamada etkili bulunmuştur. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğunda ise seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), benzodiazepinler, venlafaksin ve buspiron farmakoterapide sıkça tercih edilen ajanlardır. Ciddi olgularda monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) grubundan fenelzin ve moklobemid gibi ilaçların terapötik etkinliği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir [134].

2.4.8. Agorafobi

Kişinin, halka açık veya kalabalık bir yerde bulunduğu sırada olası bir tehlike halinde kaçışın zor olacağı ya da panik atak durumunda yardımın kolayca bulunamayacağı korkusudur. Bu kaygı bozukluğu, en az altı ay sürer ve günlük aktiviteleri bozar. Agorafobiye genetik yatkınlık olabilir. Sıklıkla agorafobinin başlangıcı travmatik bir olayla tetiklenir.

Agorafobisi olan kişi; aşağıdaki durumlardan iki veya daha fazlasında korku hissedebilir.

- 1- Otobüs veya tren gibi toplu taşıma araçlarını kullanmak.
- 2- Açık alanlarda bulunmak.
- 3- Kapalı alanlarda bulunmak.
- 4- Kalabalık içerisinde kalmak.
- 5- Evin dışında yalnız kalmak.

Yaşanılan korku, günlük aktiviteleri önemli ölçüde etkiliyorsa veya aşırı derecede kaygı yaratıyorsa bu durumda kişiye agorafobi tanısı konulabilir. Bu bireyler belirtilen durumlarla karşılaşmaktan aktif olarak kaçınır, tedavi edilmezse kişi artık evden çıkamayabilir [135]. Ancak bu durum madde kullanımına veya başka bir ruhsal bozukluğına bağılı olmamalıdır.

Tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi (davranışçı, bilişsel, sanal terapiler) birlikteliğı önerilir. Farmakolojik olarak benzodiazepinler, serotonin geri alımın inhibitörleri, trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar önerilmektedir. Hastalaraa agorafobik kaçınma davranışlarıyla başa çıkma öğretilir. Korkulan durumun üstüne gidilir. Kaçınma davranışının "gerçek yaşam koşullarında alıştırma" yapılması agorafobi tedavisinde en etkili yöntem olduğı kabul edilmektedir.

2.4.9. Madde / İlaç Kaynaklı Anksiyete Bozukluğı

DSM-5-TR madde/ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğına; alkol, kafein, kanabis, fensiklidin, halüsinojenler, opioidler, anksiyolitikler, hipnotik uyuşturucu maddeler, kaygı giderici maddeler, amfetamin, kokain ve diğeri uyuşturucu maddeleri göstermiştir. Madde veya ilaç kullanımına bağılı anksiyete bozukluğı, hem keyif verici maddelerin hem de reçeteli farmakolojik ajanların kullanımını takiben gelişebilen bir klinik tablodur. Amfetamin, kokain ve kafein gibi sempatomimetik maddelerin yanı sıra serotonerjik ajanlar da hem akut hem de kronik anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Kullanılan maddenin farmakolojik özelliklerine bağılı olarak eşlik eden klinik semptomların türü ve şiddeti değışkenlik göstermektedir. Psikostimülanların tek seferlik ya da düşük dozda kullanımı dahi bazı bireylerde anksiyetik yanıtları tetikleyebilmektedir [70].

DSM-5-TR tanı ölçütlerine göre bu bozukluğun tanımlanabilmesi için bireyde belirgin kaygı belirtilerinin ya da panik atakların varlığı gereklidir. Bu belirtiler, maddenin aktif kullanım dönemi sırasında veya kullanımın bırakılmasını takiben bir ay içerisinde başlamış olmalıdır. Tedavinin temel ilkesi, anksiyeteye neden olan maddenin kesilmesi ve bireyin madde kullanımına bağlı ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik etkilerinin izlenmesidir [70].

2.4.10. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Hipertiroidi, hipotiroidi, hipoglisemi, hipoparatiroidi, feokromasitoma, B12 vitamini eksikliği, kardiyak aritmi gibi hastalıkların oluşturduğu fizyolojik etkiye bağlı olarak bireyin yaşadığı anksiyete bozukluğuna denir. DSM-5-TR’de bu anksiyete bozukluğu için 5 kriter bulunur [70].

Kriter A: Başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkisiyle belirgin anksiyete semptomlarının ya da panik atakların ortaya çıkmasıdır.

Kriter B: Anksiyete bozukluğu olan bireyin öykü, fizik muayene veya laboratuvar bulguları ile söz konusu bozukluğun başka bir tıbbi durumdan kaynaklanabileceğine ilişkin kanıya varılmasıdır.

Kriter C: Anksiyete bozukluğunun özellikle uyum bozukluğu gibi başka ruhsal bozukluklarla daha iyi açıklanamamasıdır.

Kriter D: Başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğuna bir deliryum sırasında tanı konulamayacağıdır.

Kriter E: Anksiyete bozukluğu semptomlarının toplumsal, mesleki veya bireyin işlevselliğini sürdürdüğü diğer alanlarda klinik olarak sıkıntılara ve bozulmalara neden olmasıdır.

Anksiyete belirtilerinin altında yatan primer tıbbi nedenin ortadan kaldırılması, genellikle anksiyete semptomlarında belirgin bir iyileşme sağlar. Ancak altta yatan tıbbi durumun tedavisini takiben, anksiyete belirtilerinin klinik olarak anlamlı düzeyde devam etmesi durumunda, bu belirtiler artık primer anksiyete bozukluğu kapsamında ele alınmalıdır. Bu tür olgularda tedavi yaklaşımı; psikoterapi, farmakoterapi veya her iki yöntemin birlikte uygulanmasını içeren kombine müdahaleler temelinde planlanmalıdır [70].

2.4.11. Diğer Anksiyete Bozuklukları

Korku, üzüntü, kaygı oluştursa da sıklıkla karşılaşılan anksiyete semptomlarını tam olarak karşılamayan anksiyete bozukluklarını içerir. DSM-5-TR’de diğer anksiyete bozuklukları için verilen örnekler [70]:

1-Sınırlı semptom atağı; hafif yaşanan bir panik ataktır. Söz konusu anksiyete türü, panik atakla ilişkili 4’ten az semptomun yaşanmasıyla ortaya çıkar.

2-Altı aydan fazla sürmeyen yaygın anksiyete türü.

3-Khyâl cap ya da diğer adıyla rüzgar saldırısı; Kamboçya kültürüne özgü bir anksiyete bozukluğudur, tinnitus, vertigo, çarpıntı, nefes almada zorluk gibi panik atağa benzer belirtiler görülür [136]. Ataque de nervios veya Porto Rico Sendromu denen anksiyete bozukluğu; kişi sinir krizi geçirip kontrol edilemeyen tutarsız davranışlar sergiler, ateş, titreme, çarpıntı, ellerde uyuşma görülür [137].

2.4.12. Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu

Tanımlanmış anksiyete bozukluklarına ilişkin tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı ve klinik açıdan mesleki, toplumsal ya da diğer günlük işlerin kaygı, endişe, korku sebebiyle yönetilememesi, durumunun açıklanmasında yeterli bilginin olmadığı durumların yer aldığı kategoridir [70].

2.5. DEPRESİF BOZUKLUKLAR

Depresyon, duygudurum bozuklukları sınıfında yer alan bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Duygudurum; bireyin içsel olarak deneyimlediği, davranışlarını, bilişsel süreçlerini ve çevresel algılarını etkileyen, süreklilik gösteren duygusal ton olarak tanımlanır. Buna karşılık, duygulanım, bireyin duygudurumunun dışa yansıyan ve gözlemlenebilir ifadesidir. Duygu durum normal, yükselmiş çökkün olabilir. Depresyonda duygu durumunun çökkün hali görülür. Çökkün duygu durumu (disfori), depresyonun temel özelliklerindendir. Çökkün duygu durumu olan kişi kendisini günlerinin çoğunluğunda ve günün büyük bir bölümünde kederli, elemli, mutsuz, hüznü, moral bozukluğu, umutsuz, karamsar, boşlukta, sıkıntılı hisseder ve bu durum devamlılık gösterir [70].

Kederli hissetme, mutsuzluk gibi duygular, olumsuz yaşam olaylarına karşı yaygın olarak verilebilen olağan tepkilerin bir parçasıdır. Ortaya çıkan her benzer duygu durum depresyon değildir eğer bu duygular beklenenden uzun sürerse, koşulların zorluğuyla

orantısızsa ya da kişinin kontrolünün ötesindeyse çökkün duygu durumuyla ilişkili bir semptom olabilir. Depresyonda bu gibi duygular hem sürekli hem de kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozacak düzeyde yoğun olarak izlenir [138]

Depresyon, olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama, bunlara karşı ilgi kaybıyla kendini gösteren çökkünlük, karamsarlık, keder, elem duygularıyla seyreden mental ve fiziksel alanda enerji azlığıyla kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı, belirgin bilişsel yavaşlama ve işlevsellikte azalmaya neden olur. Depresyon özellikle üzüntü, keder, ilgi kaybı, enerji yoksunluğu ile karakterize, potansiyel olarak öldürücü bir ruhsal hastalıktır [12].

Kronikleşme özelliği yanında, iş ve sosyal hayatta kayıplar, güncel aktivitelerde oluşturduğu olumsuzluklar gibi nedenlerle de önemli yeti kaybına neden olmaktadır. Depresyonun genellikle yorgunluk, ağrı, uyku bozukluğu gibi fiziksel semptomları olduğu için depresyonlu kişiler toplum içerisinde ortalama olarak diğer kişilere kıyasla daha kötü bir yaşam kalitesine sahiptir [13].

Depresyona ilişkin bilimsel ve felsefi yaklaşımlar, oldukça eski dönemlere, M.Ö. 4. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Bu dönemde Hipokrat, depresyonu 'melankoli' kavramı çerçevesinde ele almış ve bu durumu vücutta siyah safra birikimine dayandırmıştır [139]. M.S. 2. yüzyılda ise Bergamalı hekim ve filozof Galen, melankoliyi; depresif duygudurum, yoğun korku, sosyal geri çekilme, hayattan tatmin olmama gibi belirtilerle tanımlamış; ayrıca bu durumu hem çevresel etkenlere hem de kalıtsal yatkınlıklara bağlamıştır. Galen'den önce melankoli daha geniş kapsamlı bir akıl hastalığı olarak değerlendirilirken, Galen bu kavrama 'hüzün' ve 'keder' anlamlarını yükleyerek depresyona daha belirgin bir duygusal çerçeve kazandırmıştır. Milattan sonra 1000'li yıllarda İbn-i Sina melankoliyi farklı bir duygu durumu olarak tanımlamış ve bireyin vücudundaki sıvıların farklı oranlarda bir araya gelmesi sonucu farklı depresif durumların ortaya çıktığını söylemiştir. Bu düşüncesi ile modern nörotransmitter varsayımının öncüsü olduğu kabul edilmektedir. Robert Burton'un 1600'lü yıllarda yazmış olduğu 'Melankolinin Anatomisi' adlı kitap ile melankoli, geçmiş zamanlara göre fizyolojik ağırlıklı ve bugünkü semptomlarına yakın bir şekilde tanımlanmıştır [140].

Fransız psikiyatristler 1854 yılında bu hastalığın döngülü olabileceğini "folie circulaire" terimi ile tanımlamıştır. Yirminci yüzyıl başlarında Emil Kraepelin melankoliyi depresyonun semptomu olarak tanımlamış ve bugünkü depresyona oldukça yakın bir

tanım yapmıştır. Kraepelin'e göre depresyonda ana patoloji, duygu durumunda çökkünlük, fiziksel, zihinsel süreçlerde yavaşlamadır ancak Kraepelin depresyon başlangıcını kadınlar için menopoza sonrası, erkekler için geç erişkinlik dönemi olarak almıştır [141].

Teknolojik ilerlemelerin ve McLennan, Brodie, Shor ile Alec Coppen gibi araştırmacıların katkılarıyla monoamin nörotransmitterlerine ilişkin bilgilerin artması, depresyonun yalnızca kuramsal varsayımlarla açıklanmasının ötesine geçilmesini sağlamış; böylece bozukluk, nörobiyolojik temellere dayanan fizyopatolojik bir çerçevede ele alınmaya başlanmıştır. Ayrıca psikoanalitik, davranışçı, bilişsel bakış açıları da depresyon tanımına zenginlik katmıştır. DSM-3 ile belirgin tetikleyicinin varlığı ya da yokluğuna göre biçimlenen sınıflandırma, belirti kümelerinin varlığına dayanarak tanı koyma noktasına gelmiştir [139]. DSM-5-TR'de depresif bozukluklar başlığı altında 8 ayrı depresyon bozukluğu tanımlanmıştır [70].

Depresyon dünya çapında 300 milyondan fazla insanı etkilemektedir [12]. DSÖ, 2008 yılında depresyonla ilgili raporunda, 2030 yılında küresel hastalık yükünün en büyük nedeninin depresyon olacağını belirtmiştir [14]. Dünya genelinde depresyon prevalansının %30 ile %54 arasında olduğu ve kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir [142], [143]. Bu oran kadınlarda %21.3, erkeklerde ise %12.7'dir [144].

Depresyonun etiyolojisinde etkili olan faktörler genel olarak biyolojik, genetik ve psikososyal olmak üzere üç ana gruba ayrılmakla birlikte; bu etkenler arasında güçlü karşılıklı etkileşimlerin bulunması, söz konusu sınıflandırmanın kesin sınırlarla ayrılmasının güç olduğu yönünde görüşlerin oluşmasına neden olmuştur. Günümüzde depresyonun patofizyolojisinde, özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler başta olmak üzere, merkezi sinir sistemindeki nörotransmitter işlev bozukluklarının belirleyici bir rol oynadığı düşünülmektedir. Depresyonda görülen bu işlevsel bozukluklar ya beyin işlevlerinde ortaya çıkan değişikliklerden etkilenecek oluşmakta ya da depresyonun bizzat kendisi bu değişimlere neden olmaktadır. Genel yaklaşım ilk olarak nörotransmitter sistemlerarası dengenin bozulduğu şeklindedir yani nörotransmitter işlev patolojileri depresyonun ilk basamağı oluşturmakta ve bu değişiklikler hücresel düzeydeki patolojileri etkileyerek depresyon oluşumuna yol açabilmektedir [145].

Nörotransmitterlerden norepinefrin ve serotonin, depresyon fizyopatolojisinde önemli rol oynar. Dopamin de fizyopatolojisinde rol oynayan bir diğer biyogenik amindir. Ayrıca

histamin, GABA ve asetil kolin nörotransmitterleri ile depresyon arasında etkileşim olduğuna dair sonuçlar mevcuttur. Depresyonda nöroendokrin düzenleme (hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen, hipotalamik-pitüiter-troid eksen) de önemlidir. Kortizol, tiroid ve büyüme hormonu eksenleri depresyonda rol oynayan başlıca nöroendokrin mekanizmalardır. Depresyonda uykunun sirkadyen ritmi sıklıkla bozulur. Uyku elektroensefalografisinde uykuya dalmanın geciktiği, REM uykusunun latensi kısaldığı, ilk REM periyodunun uzadığı ve anormal delta uykusu ortaya çıktığı gösterilmiştir [146].

Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu gösterilen faktörlerden birisi de genetik faktörlerdir. İkiz çalışmalarını ele alan meta analizlerde depresyonda genetik geçişin olduğu belirtilmiştir [146]. Yine yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında majör depresif bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı ve biyolojik anne-babasinda depresyon olan evlat edilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir [147], [148].

Psikososyal kuramlar (psikoanalitik kuramlar, bağlanma kuramı, davranışçı kuram, bilişsel kuram, kişilerarası etkenler kuramı) da depresyonu psikososyal yönü ile açıklamaya çalışmışlardır. Düşük sosyoekonomik gelir, yalnız yaşama, boşanma, işsizlik, ebeveyn, eş, çocuk kaybı, çocukluk travmaları, madde, alkol kullanımı, hastalıkların tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar (kortizon, benzodiazepinler, rezerpin, klonidin gibi), stresli çalışma ortamı, stresli aile hayatı gibi nedenler depresyon riskini arttıran faktörlerdir [70].

Depresyona eşlik eden hem diğer psikiyatrik hastalıklar hem de diğer sistem hastalıkları vardır. Kalp hastalığı, inme, Alzheimer hastalığı, epilepsi, Parkinson hastalığı, Cushing hastalığı diyabetes mellitus, neoplazmalar gibi hastalıklar hem depresyona eşlik edebilen hem de depresyona sebep olabilen diğer sistem hastalıklarıdır. Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, yeme bozuklukları da depresyona eşlik eden veya neden olabilen psikiyatrik hastalıklardandır. Ciddi bir hastalıkta üzgün karamsar olma normal kabul edilip hastanın moralini bozmamak için üzgün durumu görmezden gelinebilir, hastanın yaşamının nasıl etkilendiğine dikkat edilmeyebilir, hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınılabilir bu da hastanın tanısını geciktirebilir. Ayrıca bu hastalıkların tedavileri sırasında görülebilen uykusuzluk, iştahsızlık, halsizlik gibi yan etkileri de depresyon belirtilerine benzeyebilir. Bu nedenle hasta bütün olarak değerlendirilmelidir [70].

Depresyonda haftalarca aylarca belki de yıllarca süren, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan özgüveninde azalma, yaptıklarından ve hayattan zevk alamama, çökkünlük, umutsuzluk, mutsuzluk ve isteksizlik hali olur. Konsantrasyon azlığı, değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, tekrarlayıcı ölüm, kendine zarar verme düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama, karamsarlık, keder, üzüntü, motivasyon düşüklüğü, yorgunluk, sirkadiyen ritmin düzensizleşmesi, uyku düzeninde bozulma (uykuya dalmada güçlük, sık sık uyanma, erken uyanma, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma), iştah değişiklikleri (kilo kaybı, aşırı yeme), libido azalması gibi çok sayıda semptomları vardır ancak depresyon tanısı konulabilmesi için bu semptomların yoğun ve uzun süreli olması gerekir [149]. Umutsuzluk önemli klinik ön belirleyicilerdendir. Çökkün duygulanım, enerji azlığı, ilginin ya da alınan zevkin kaybı depresyonun çekirdek özellikleridir.

Depresyon sık görülmesine rağmen tanısının güçlük içermesi hastalığın kronikleşmesine neden olmakta ilerleyen dönemlerde de intihar riskinin artması ile sonuçlanabilmektedir. Hastalar bazen depresyonu anlatmakta güçlük çekebilir. Ağrı, nefes alamama, karıncalanma, uyuşma, çarpıntı, bulantı gibi mide barsak şikayetleri ile kederlerini, yaşamdan tat almadıklarını anlatmaya çalışabilir. Keder, isteksizlik duygularını tanımlayamayabilir ya da bunları söylemekten çekinip bu belirtilerin ciddiye alınmayacağı endişesi ile hekime bedensel yakınmalarla başvurabilir. Depresyon belirtileri soyut olduğu için bazı hastalara gayret etmeme, yetersizlik ya da tembellik gibi gelebilir. Yakınlarının bunlara inanmayacağını, küçümseyeceğini düşünerek sıkıntılarını bedenleri ile ifade edebilir. Bu nedenlerle depresyon tanısı için tıbbi disiplinlerarası iş birliği yapılmalı ve geliştirilmelidir [150]. Tanı ölçütlerinin doldurulması ile tetikleyiciden bağımsız olarak depresyon tanısı koyulabilir.

Depresyon tanısı doğru konulmalı, tedavi için kanıta dayalı prensipler doğrultusunda amaca yönelik müdahaleler yapılmalıdır. Uygun tedavi belirlenmeli, hastaya tanı ve tedavi hakkında bilgi verilmeli, hastayla terapötik uzlaşma sağlanarak tedavi biçimi, süresi, ilaçların yan etkileri ve olası riskleri anlatılmalı, düzenli aralıklarla etkinlik ve yan etkiler izlenmeli, eşlik eden tıbbi durum varsa saptanmalı, tedaviye cevabı sağlamak ve nüksü engellemek üzere izlem yapılmalıdır [151]. Tüm depresyon tedavisi sürecinde destek alınabilecek bütün kaynaklardan yararlanılmalı, intihar riski mutlaka düzenli olarak değerlendirilmelidir [152]. Hastalar için en önemli noktanın belirtilerinin kaybolmasından çok işlevselliklerinin düzelmesi olduğu unutulmamalıdır [151].

Depresyon tedavisinde akut dönemde iyilik halinin sağlanması, sürdürme döneminde iyilik durumunun devamı, idame döneminde ise yeniden hastalanmanın engellenmesi amaçlanmaktadır.

Depresyonun farmakoterapisinde antidepresanlar (trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, selektif serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri, triazolopiridinler, MAO inhibitörleri, dopamin reseptörlerine etki edenler), dirençli vakalar için antidepresan özellikleri neredeyse antipsikotik ve antiepileptik özellikleri kadar olan ketiyapin, ziprasidon, lamotrijin kullanılır. İlaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleri antidepresan seçiminde önemlidir [119].

Tedavi süresi; hastalığın kronik olup olmaması, hastalığın süresi, şiddeti, daha önce depresyon geçirip geçirmediği, geçirdiyse kaç depresyon atağı geçirdiği, iyileşme süresi, daha önceki başarılı ve başarısız ilaç tedavileri, hastalığa eşlik eden diğer psikiyatrik ve genel tıbbi durumlar gibi çeşitli nedenlere bağlıdır. En az 6 ay olmak üzere bu etmenlere göre bir tedavi süresi belirlenir. Tedavi etkisinin 3-4 hafta içinde başlayacağı, ilk 7-10 gün ilaçların bazı yan etkilerinin olabileceği, ilaç kullanımına bağlı oluşan sorunlarda ilacı bırakmak yerine öncelikle hekimle görüşmenin daha iyi olacağı, ilaçların bağımlılık yapmayacağına hastaya söylenmesi tedaviye uyumun sağlanması açısından önemlidir. İlaçların yeterli doz ve yeterli sürede kullanılmadığında relapsların fazla olduğu gösterilmiştir [153].

Bazı hastalarda ilaç tedavisine cevap alınamaz. İlaç tedavisine cevap alınamayan ya da tedavi sonucu için beklemenin riskli olduğu durumlarda elektrokonvülsif tedavi (EKT) yaşam kurtarıcıdır. İntihar riski yüksek, gıda reddine bağlı dehidratasyon ve elektrolit dengesi bozulmuş hastalarda EKT, etkinliği ve hızlılığı nedeni ile önemli bir tedavi seçeneğidir. Kısa süreli anestezi altında yapılan EKT gerekli koşullar sağlandığında güvenilir bir uygulamadır. Daha önceleri anestezi altında yapılmadığı için hastalarda seyrek de olsa çene ve omuz çıkıkları, kol ve bacak ağrıları görülebilmekteydi. EKT, önlem alınmış bir ortamda hastaya grand mal epileptik nöbet geçirtilmesidir. Geçirtilen nöbetle ilgili amnezi olduğu için hastalar bu dönemi hatırlayamaz, ağrı, acı hissetmez. EKT adrenalin, kortizol, büyüme hormonu salınmasını artırır. İnsüline antagonist etki yaptığı için diyabette dikkatli olunmalıdır. Kafa içi yer kaplayan patolojilerde ve yeni miyokard infarktüsü geçirenlerde EKT uygulanmaz [154].

Kış depresyonu geçiren bazı hastalarda parlak beyaz ışığın depresyon belirtilerine iyi geldiği gözlemlendiği için depresyonlu hastalarda ışık tedavisi de uygulanmaktadır. Hastalara sabah ya da akşamları 30 dakika ışık uygulanır. Işık tedavisinin ilaç tedavisi ile olumsuz bir etkileşimi olmadığı görülmüştür [155].

Depresyonda ilaç tedavileri ile birlikte psikoterapilerin uygulanması tedavi başarısını arttırmaktadır. Psikoterapötik yaklaşımlar yalnızca psikolojik sorunlara değil hastalıkla ilgili endişelere, hastalığın yol açtığı kısıtlamalar gibi sorunlara da odaklanmaktadır. Bilgilendirme programları hemen her zaman ilk adımdır çünkü çalışmalar hastaların yeteri kadar bilgi alamamaktan yakındıklarını göstermektedir [156].

Bilişsel Davranışsal Terapi; düşüncelerin kişinin hissettiklerini, davranışlarını nasıl belirlediğini vurgulayan yapılandırılmış bir terapi şeklidir. Öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerinden temel alan BDT bilişsel, davranışsal yöntemler ve sorun çözme becerilerine yönelik yaklaşımları içerir. Kişinin kendisi, çevre ve gelecekle ilgili inanç ve tutumlarının değiştirilmesini hedefleyen bir terapi modelidir. Hafif orta düzey depresyonlarda ve belli bir düşünce biçiminin egemen olduğu hastalarda yararlıdır [157].

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) genellikle üç temel evrede yapılandırılmaktadır. İlk evre olan başlangıç aşamasında, hastanın mevcut sorunları kapsamlı bir klinik değerlendirme ile ele alınır. Bu süreçte hem hastaya hem de gerekiyorsa aile bireylerine yönelik psikoeğitim sağlanarak tedavi sürecine hazırlık yapılır. Semptomlar, bu semptomlarla ilişkili bilişsel ve duygusal örüntüler tanımlandıktan sonra bireye özgü bir tedavi planı oluşturulur [156].

Orta evre, terapötik müdahalelerin daha aktif şekilde uygulandığı aşamadır. Bu dönemde, hastanın temel semptomlarına yönelik bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal deneyimler, maruz bırakma ve beceri geliştirme gibi teknikler kullanılır. Semptomlarda anlamlı bir azalma gözlemlendiğinde, orta evre çalışmaları sonlandırılarak hasta sürdürüm aşamasına geçişe hazırlanır. Son evre ise genelleştirme, sürdürüm ve nüksü önleme tekniklerine odaklanır. Bu aşamada tedavi sıklığı kademeli olarak azaltılır, hastaya değişim sürecinde daha fazla sorumluluk verilerek bağımsız baş etme becerileri desteklenir. Gerekli durumlarda, kazanımların korunmasını sağlamak amacıyla destekleyici güçlendirme seansları uygulanabilir. BDT genellikle ayaktan tedavi modeliyle yürütülür ve haftada bir ya da iki seans şeklinde planlanır [158].

Seanslar arasında ev ödevlerini uygulamak için yeterince zaman olmasına dikkat edilir. Yatarak tedavi gören hastalarda günlük seanslar şeklinde yoğun bir BDT programı gerekli olabilir, bu durumda en uygun yaklaşım, hastanın özelliklerine göre karar vermektir. BDT temel alan grup terapileri daha çok kişiye ulaşabilme, hastalar arası dayanışma ve paylaşmayı sağlama açısından yararlı bir yöntemdir [157].

Davranış Terapisi; davranış kuramı ve öğrenme kuramını temel alarak geliştirilmiştir. Terapide etkinlik çizelgesi oluşturma, özdenetim terapisi, toplumsal beceri eğitimi ve sorun çözme teknikleri kullanılabilir. Hafif ve orta düzey depresyonda ilaç tedavisi ile birlikte kullanıldıklarında etkili bulunmuştur. Davranışçı programların amacı, yetersizlik, mağdur olma durumunu değiştirmek, kişiyi tedavide etkin konuma getirmek, günlük yaşamının sorumluluklarının üstlenmesini sağlamak, hastayı işlevsel ve bağımsız duruma getirmektir. Sık kullanılan davranışçı teknikler, nefes egzersizleri, kas gevşemesi, aktivite planlaması, ailenin eğitimidir. Ayrıca biyolojik geri-bildirim, hipnoz, girişkenlik eğitimi, işlevsel davranış tedavisi, hastanın eğitimi, aile terapisi, stresle baş etme, sosyal destek grupları ve iş-uğraş terapisi de uygulanabilir [159].

Psikodinamik psikoterapi ve psikanaliz; erken çocukluk döneminde oluşan sevgi yoksunluğu ve bakıcısına bağlanmanın gerçekleşmemesi sonucu kişinin yetersizliklerinin oluşması, katı bir üst benlik ve çocukluk isteklerine bağlı çatışmaların sonucu suçluluk duyguları ve kendini cezalandırma isteğinin sorunlara neden olduğu varsayılmaktadır. Yüksek benlik ideallerine ulaşamayan kişinin hayal kırıklıkları ile ilgili bilinçdışı çatışmaların nedensel önemi vurgulanmaktadır. Derinlemesine yaklaşımla kişideki depresyona neden olan mekanizmalar anlaşılmalı ve değiştirilmeye çalışılır. Uzun süreli ve pahalı bir tedavi olmakla birlikte geniş bir kullanım alanı vardır [160]. Evlilik terapisi ve aile terapisi; evlilik ve aile ilişkilerini ele alırken, kişilerarası terapi kişilerarası kayıpları, rol uyumsuzlukları, toplumsal beceri eksikliği gibi depresyona yol açan sorunları bulup değiştirmeyi hedefler [161].

Depresyon tedavisinin izlenmesinde, belirtileri derecelendiren ölçeklerin kullanılması laboratuvar testleri gibidir. Bu ölçekler semptomların kapsamlı değerlendirilmesinde ve tedavinin etkilerini ölçmede büyük fayda sağlar. Başlangıç değerlenmesindeki skorlarda %50 düzelme tedaviye cevabı gösterir. Her ölçek için tanımlanmış belli skor değerine inilmesi remisyona ulaşıldığını gösterir ve tedavinin ilk hedefidir [162].

DSM-5-TR’de depresif bozukluklar; 8 kategoride sınıflandırılmıştır [70].

- 1- Majör depresif bozukluk
- 2- Distimik bozukluk
- 3- Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu
- 4- Premenstrual disforik bozukluk
- 5- Madde/ilaca bağlı depresif bozukluk
- 6- Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk
- 7- Diğer depresif bozukluk
- 8- Tanımlanmamış depresif bozukluk.

2.5.1. Majör depresif bozukluk

Majör Depresif Bozukluk (MDB), en sık görülen duygu durum bozukluğudur. Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 bildirilmiştir [163]. MDB her yaşta görülebilmesine rağmen daha çok orta yaşlarda sıklıkla görülür. Bununla birlikte birçok çalışmada başlangıç yaşı ortalaması birbirine benzer şekilde 20’li yaşların sonları olarak saptanmıştır [164], [165]. Tekrarlayıcı tek uçlu depresyon sıklıkla 30-35 yaşlarında görülür [144]. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazladır [164]. Majör Depresif Bozukluk (MDB), kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha sık görülmektedir. Bu farklılık, hem biyolojik hem de psikososyal etkenlerin etkileşimiyle açıklanmaktadır. Biyolojik düzeyde; hormonal dalgalanmalar, genetik yatkınlık, monoamin oksidaz (MAO) düzeylerinin yüksekliği, tiroid fonksiyon bozuklukları ve menstruasyon gibi fizyolojik süreçler rol oynamaktadır. Psikososyal faktörler arasında ise; erken yaşlardan itibaren şiddete maruz kalma, sosyal girişkenliğin baskılanması, boyun eğici, pasif ve bağımlı davranış kalıplarının pekiştirilmesi, kadına yüklenen geleneksel toplumsal roller (ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim düzeyi, yetersiz ekonomik kaynaklara erişim, işsizlik, düşük sosyoekonomik koşullar ve toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılık önemli risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır [144], [165]. Bununla birlikte, yaş ilerledikçe cinsiyetler arasındaki prevalans farkının azaldığı gözlemlenmektedir. MDB’nin başlangıç yaşı, hastalığın seyrini etkileyen önemli bir değişkendir. Depresyonun erken yaşta başlaması durumunda; sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi bozulmalar, yaşam kalitesinde düşüş, eş tanıli fiziksel

ve psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığında artış, intihar girişiminde yükselme ve depresyon epizodlarının daha fazla sayıda ve daha şiddetli yaşanması gibi olumsuz klinik sonuçlar söz konusu olmaktadır [166].

MDB, tek bir nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülebilir. Hastaların %50-75'inde (%85'e kadar da çıkabilen) bir ya da birden fazla tekrarlama olasılığı vardır. Tek epizodla seyreden Majör Depresif Bozukluk (MDB) uzun sürebilir; bazı olgularda bu süre iki yılı veya daha fazlasını bulabilmektedir. Her ne kadar çoğu hastada akut depresif dönemlerin prognozu olumlu olsa da, MDB geçiren her üç bireyden birinde yaşam boyu yineleyen epizodlar görülmekte ve bu epizodlar arasında çeşitli düzeylerde rezidüel (kalıntı) belirtiler devam edebilmektedir. Depresif dönemlerin başlangıcından önce, haftalar ile yıllar sürebilen prodromal belirtilerin varlığı sıkça rapor edilmektedir. Klinik olarak bir majör depresif epizodun süresi iki hafta ile iki yıl arasında değişiklik gösterebilmektedir. Hastaneye yatırılarak tedavi edilen bireylerde ortalama epizod süresi 5.4 ay olup, vakaların yaklaşık %25'inde bu süre 11 ayı aşmaktadır. Hastaların yaklaşık üçte biri yaşamları boyunca yalnızca tek bir depresif dönem geçirmektedir. Aile öyküsü, önemli bir risk faktörüdür; bireyin birinci derece biyolojik akrabalarında depresyon ya da diğer duygudurum bozukluklarının varlığı, MDB gelişme riskini 2 ila 4 kat artırmaktadır [167]. Ayrıca, sosyodemografik faktörler de depresyonun oluşumunda rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalar, düşük gelir düzeyinin ve medeni durumun MDB riskiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bekâr, ayrı yaşayan, dul ya da boşanmış bireylerde, evli bireylere kıyasla depresyon prevalansının daha yüksek olduğu saptanmıştır [164].

MDB, semptomlarından en az birinin üzüntü, boşluk hissi, umutsuzluk gibi depresif duygu durum ya da yaşam zevkinin kaybolması (anhedoni) ile ilgili olması beklenir. Ayrıca hızlı kilo değişimleri, düzensiz uyku, intihar düşüncesi, suçluluk duygusu, kendini değersiz hissetme, ilgi kaybı, konsantrasyon güçlüğü gibi semptomlar ile karakterize edilir. Söz konusu semptomlardan beş ya da daha fazlası iki hafta boyunca ortaya çıkmış olmalıdır. DSM-5-TR bu semptomlar arasında herhangi bir ayırım yapmamıştır. Semptomlardan bazıları normal üzüntünün de belirtisi sayılabilirken bazıları ise daha komplike bir şekilde depresyonun belirtisi sayılabilir bu nedenle semptomların ciddiyetine göre ayırım yapılabilir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilir. Semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirler [70].

2.5.2. Distimik Bozukluk

Distimik bozukluk, kronik depresif bir bozukluktur. Hastalar kronik olarak en az iki yıl boyunca günün büyük bir bölümünde depresif duygu durumu içerisinde [168], yani distimik bozukluk devamlı düşük şiddette seyreden depresyon halidir.

Distimik bozukluğun tanı kriteri DSM-5-TR’de; kişi düşük şiddetli bir depresyondayken iştah kaybı ya da aşırı yemek yeme isteği, uykuda düzensizlik, yorgunluk hissi, kendini değersiz hissetme, kararsızlık, odaklanmada güçlük, umutsuzluk gibi semptomlardan ikisi ile karakterize edilmektedir [70]. Özellikle çocuklarda %0.6-4.6 ve gençlerde %1.6-8 oranında ortaya çıkan ısrarcı bir depresif bozukluktur. Distimik bozukluğun yoğun bir majör depresif dönem haline dönüşene kadar tespit edilmesi zor olabilir [169].

Depresyona benzer şekilde, istismar, ihmal ve kronik saldırganlık gibi erken çocukluk çağı travmaları distimik bozukluk riskini artırır. Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha sık görülür [168].

2.5.3. Yıkıcı Duygu durumu Düzenleyememe Bozukluğu

DSM-5-TR ile birlikte depresif bozukluklar bölümüne eklenen yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu, sürekli olumsuz bir hal içerisinde olmakla birlikte davranışsal ve/veya sözlü olarak ortaya çıkan kontrolsüz öfke veya dönemsel olmayan orantısız, tekrarlı, çok şiddetli öfke patlamaları ile karakterizedir. Öfke patlamaları, ortalama haftada üç ya da daha çok kez meydana gelebilir, bir dakikadan fazla beş dakikadan daha kısa sürer [70], [170].

2.5.4. Premenstrual Disforik Bozukluk

Doğurgan yaştaki kadınlarda görülen, şiddetli bir şekilde yaşanan, duygusal ve fiziksel sendromlar ile karakterize bir bozukluktur. Özellikle, menstrasyon öncesi gerginlik ile adlandırılan premenstrüel sendromun daha ciddi bir formu olarak kadınlara özgü döngüsel bir duygudurum bozukluğu çeşididir [171]. Menstrasyon gören kadınlarda, 12 aylık dönem içerisinde görülme sıklığı %1.8 ile %5.8 arasında değişir [70]. DSM-5-TR’de premenstrual disforik bozukluk için 7 kriter belirlenmiştir. Bu kriterlerden [70];

A; menstrüel döngülerin çoğunda adet başlangıcından önceki son hafta içerisinde en az 5 semptomun görülmesi, menstrasyon başlangıcını takiben birkaç gün içinde iyileşme fazına geçilmesi ve menstrasyon sonrasında minimal düzeye inmesi ya da tamamen kaybolmasının görüldüğü belirtilmiştir.

B; semptomlardan en az birinin ya da daha fazlasının görülmesi gerekmektedir. Bu semptomlar içerisinde; belirgin ani duygu salınımları, belirgin öfke patlamaları ve çatışmacı ruh hali, belirgin depresif, umutsuz ya da değersiz hissetme, belirgin bir şekilde gerginlik, sıkışmışlık ve/veya çaresizlik hissi yer almaktadır.

C; Kriter B'ye ilave olarak Kriter C'de belirtilen semptomlardan en az birinin ya da daha fazlasının görülmesi ile Kriter A'da ifade edilen “en az beş semptom” şartı sağlanmış olması gerekmektedir. Bu semptomlar içerisinde; günlük aktivitelere ilgi kaybı, odaklanma sorunu yaşanması, enerji yoksunluğu, iştah kaybı ya da aşırı yeme isteği, uyku düzeninin bozulması, kontrol kaybı ya da bunalma hissi, göğüslerde duyarlılık, eklem ve kas ağrıları, davul gibi şişkinlik hissi yer almaktadır.

2.5.5. Madde/İlaca Bağlı Depresif Bozukluk

Madde kullanımı, antiviral ilaçlar (efavirenz), kardiyovasküler ilaçlar (klonidin, guanetidin, metildopa, reserpin), retinoik asit türevleri (izotretinoin), antikonvülsanlar, anti-migren ajanları (triptanlar), antipsikotikler, hormonal ajanlar (kortikosteroidler, oral kontraseptifler, gonadotropin salınımı) gibi madde kullanımlarının sonucunda ortaya çıkan depresif bozukluk çeşiti “Madde/İlaca Bağlı Depresif Bozukluk” başlığı altında tanımlanmıştır [70]. Görülen semptomlar arasında suçluluk duygusu, değersiz hissetme, intihar düşüncesi, öfke patlamaları, çökkünlük ve/veya umutsuzluk hissi yer almaktadır [172].

2.5.6. Bir Başka Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk

Kanser, kronik ağrılı hastalıklar, kas-bağ dokusu hastalıkları (romatoid artrit, sistemik lupus eritematosiz, Sjögren sendromu), parkinson, Huntington hastalığı, cushing sendromu, hipotiroidizm gibi hastalıkların şiddetli psikolojik etkileriyle hasta bireyde ortaya çıkan depresif bozukluk DSM-5-TR'nin ilgili bölümünde “Bir Başka Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk” olarak adlandırılmıştır. Genellikle çökkünlük, belirgin ilgisizlik, umutsuzluk hissi ve/veya intihar düşüncesi gibi semptomlar ile ortaya çıkmaktadır [70].

2.5.7. Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk

Bu bozukluk DSM-5-TR'de bilinen bir depresif bozukluğun karakteristiğine sahip olmasına rağmen yetersiz semptomlar ile belirlenmiş kriterleri tam olarak karşılamayan depresif bozukluklar olarak tanımlanmıştır [70].

2.5.8. Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

Tanımlanmış depresyon bozukluklarına ilişkin tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı ve karamsarlık, keder, üzüntü, motivasyon düşüklüğü, yorgunluk, uykusuzluk, hızlı kilo değişimleri ve iştahsızlık gibi bireylerin yaşadığı semptomların açıklanmasında klinik olarak yeterli bilginin olmadığı durumların yer aldığı kategoridir [70].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran hastalardan 50 anksiyete bozukluğu ve 50 depresyon tanısı verilen 100 hasta ile 102 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 202 kişi alındı. Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları DSM-5-TR kriterlerine göre konuldu.

Bu çalışma, vaka kontrollü bir çalışma olarak tasarlandı. Her bir grup içerisinde yer alan örneklemeler rastgele belirlendi. Çalışma öncesinde çalışmaya dahil edilen tüm bireylere çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapıldı ve yazılı onamları alındı.

Bu çalışmada “Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi” kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyuldu. Yönergenin İkinci Bölümü olan “Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler” başlığı altında belirtilen eylemlerden hiçbirisi gerçekleştirilmedi. Çalışma için 06.12.2021 Tarihinde Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurul’undan (Karar No: 2021/245) onay alındı (EK-1).

Çalışmanın güvenilirliği açısından ölçekleri tam olarak tamamlamayan hasta veya kontrol grubunda bulunan kişiler çalışmadan çıkartılarak, söz konusu ölçekler yeniden başka hastalara veya sağlıklı bireylere uygulandı.

3.1. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- 18 yaşından büyük olmak.
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.
- Hasta gruplarında bulunan kişilere depresyon ya da anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş olmak.

3.2. ÇALIŞMA DIŞINDA TUTULMA KRİTERLERİ

- Alkol ya da madde kullanım bağımlılığı olmak.
- Hasta grubunda depresyon ve anksiyeteye eşlik eden şizofreni, bipolar bozukluk gibi diğer bir psikiyatrik hastalığı veya başka bir sistem hastalığı olmak.
- Kontrol grubunda bulunan kişilerde psikiyatrik hastalık veya başka bir sistem hastalığı tanısı olmak.

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılan tüm bireylere Sosyodemografik Özellikler Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği, Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği uygulanmıştır.

3.4. KULLANILAN ÖLÇEKLER

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Formu

Katılımcılar; cinsiyet, yaş, kardeş sayısı, eğitim seviyesi, medeni durum, meslek, yaşanılan yer (kırsal, kentsel), aylık ortalama gelir algısı, sigara, alkol ve/veya madde kullanımı, psikiyatrik yardım alıp almadığı, amacı olup olmadığı, amacı varsa bu amacın hayatındaki önemini belirten bilgiler detaylı olarak sorgulandı (Ek-2).

3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve ark. Tarafından 1988 yılında bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddeti ve sıklığının belirlenmesi için geliştirilen bir ölçektir. BAÖ, bireylerin öz değerlendirmesine göre anksiyete bozukluğunun derecelendirilmesinde kullanılmaktadır [173]. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında gerçekleştirilmiştir [174]. Dörtlü likert tipinde (hiç, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde) 21 maddeden oluşmaktadır (Ek-3).

Her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. BAÖ'ye verilen cevaplar neticesinde alınan toplam puan 0-63 arasında değişmektedir.

Tablo 3.1'de BAÖ uygulanması sonucunda alınan toplam puan ve buna karşılık gelen anksiyete bozukluğu derecesi gösterilmektedir [173].

Tablo 3.1. Beck Anksiyete Ölçeği Puan Tablosu

Anksiyete Bozukluğu Derecesi	Toplam Puan
Minimal Anksiyete Bozukluğu	0-7
Hafif Anksiyete Bozukluğu	8-15
Orta Anksiyete Bozukluğu	16-25
Şiddetli Anksiyete Bozukluğu	26-63

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve ark. tarafından geliştirilen BDÖ, depresyonda görülen bilişsel, motivasyonel, vegetatif, duygusal parametrelerin ölçülmesini sağlayan, bireylerin öz değerlendirmesine göre depresyon belirtileri dikkate alınarak klinik çalışmalarda uygulanan bir envanterdir [175]. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak olmayıp depresyonda görülen belirtilerin şiddetini ölçmeye yarar. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında gerçekleştirilmiştir [176].

BDÖ, 21 madde çerçevesinde azdan çoğa doğru 0, 1, 2, 3 arasında puan verilerek uygulanmaktadır. Klinik çalışma kapsamında BDÖ'ye verilen cevaplar neticesinde alınan toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (Ek-4).

Tablo 3.2'de BDÖ'nün uygulanması neticesinde alınan toplam puan ve buna karşılık gelen depresyon derecesi gösterilmektedir [175].

Tablo 3.2. Beck Depresyon Ölçeği Puan Tablosu

Depresyon Bozukluğu Derecesi	Toplam Puan
Minimal Depresyon	0-9
Hafif Depresyon	10-16
Orta Depresyon	17-29
Şiddetli Depresyon	30-63

3.4.3. Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği

Aydın ve ark. tarafından geliştirilen Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği, bireyin sahip olduğu hayatın anlam ve amacının kendisi için ne düzeyde olduğunu değerlendirmesinde kullanılmaktadır [177].

Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği, 11 olumlu ve 6 olumsuz ifadeleri içeren 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17 ve en yüksek puan ise 85 olarak hesaplanmaktadır. Düşük puan bireyin hayatındaki anlam düzeyinin düşüklüğünü, yüksek puan ise anlam düzeyinin yüksekliğini ortaya çıkartmaktadır (Ek-5).

3.4.4. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

Tennant ve arkadaşları tarafından geliştirilen Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği ile mental iyi oluşun hedonik ve eudaimonik boyutlarının ölçülmesi amaçlanmıştır [178].

Keldal tarafından Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeğinin geçerliği ve güvenirliği sağlanarak Türkçe'ye uyarlaması gerçekleştirilmiştir [179].

Ölçek, 14 maddeden oluşan beşli likert şeklinde (1- Hiç katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3-Biraz Katılıyorum, 4-Katılıyorum, 5-Tamamen Katılıyorum) bireyin kendi değerlendirmesi ile uygulanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan ise 70 olarak hesaplanmaktadır [Ek-6].

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Elde edilen verilere ait tanımlayıcı istatistikler ölçülen özelliğin türüne bağlı olarak sayı ve %, ortalama, standart sapma, ortanca değer ve kartiller olarak hesaplandı. Sayısal ölçümlerin normal dağılıma uyumu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Klinik tanı ile belirlenen depresyon, anksiyete ve sağlıklı grupların kategorik özelliklerle ilişkisi Pearson ki-kare analizi ile değerlendirildi. Bu 3 grubun sayısal ölçümler bakımından karşılaştırılmasında One-Way ANOVA veya Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Farklı gruplar Posthoc Sheffe testi ile belirlendi. Hayatın anlam ve amacına yönelik puanlar ile mental iyi oluş puanı, Beck depresyon ve Beck anksiyete puanı arasındaki basit ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Ayrıca sosyodemografik özelliklerin de etkileri dikkate alınarak Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları üzerine etkili faktörler Multiple Linear Regresyon Modeli ile yeniden incelendi. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak $P < 0.05$ kabul edildi ve hesaplamalarda SPSS (ver. 23) programı kullanıldı.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya depresyon tanısı alan 50, anksiyete tanısı alan 50 ve sağlıklı 102 birey olmak üzere toplam 202 kişi dahil edildi.

Çalışmada kullandığımız Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği; toplam 17 sorudan oluşmakta ve bu soruların 11'i olumlu (puan arttıkça hayatın anlam ve amacı artıyor), 6'sı ise olumsuz (puan arttıkça hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu artmaktadır) olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Mental İyi Oluş ölçeğinin toplam puanındaki artış mental olarak iyi oluşu ifade etmektedir.

Çalışmamızda şu soruya cevap aranmıştır.

- Katılımcılarda ki hayatın anlam ve amacı ile depresyon ve anksiyete puanı nasıl değişmektedir ve mental iyi oluşu etkilemekte midir?
- Yukarıda tanımlanan soruya cevap aranırken katılımcıların sosyodemografik özellikleri de birlikte değerlendirilmiştir.

Katılımcıların klinik tanılarına göre sosyodemografik özellikleri ve ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1 ve Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.1 incelendiğinde,

- Klinik olarak depresyon ve anksiyete tanısı alan ve sağlıklı olan 3 grubun cinsiyet dağılımı, aylık gelirin bireye göre algısı ve alkol kullanım sıklığı açısından benzer olduğu görüldü.
- İlkokul ve ortaokul mezunlarının sağlıklı grupta diğer iki gruba göre daha düşük oranda olduğu, lise mezunlarının ise sağlıklılarda daha yüksek oranda olduğu saptandı.
- Depresyon ve anksiyete tanısı alanlarda evli oranı sağlıklılara göre daha yüksekken sağlıklı grupta bekar oranı yüksek bulundu.
- Depresyon ve anksiyete tanısı alanlarda ev hanımı, özel sektör çalışanı ve çalışmayan gruplar daha yüksek oranda gözlendi.
- Depresyon ve anksiyete tanısı alanların kentsel bölgede yaşama olasılığı yüksek bulundu

Tablo 4.1. Klinik Tanılara göre Katılımcıların Kategorik Yapıdaki Özelliklerinin Dağılımı

		TANI						
		Sağlıklı		Depresyon		Anksiyete		
		<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	P*
CİNSİYET	Kadın	79	77,5	37	74,0	37	74,0	0.849
	Erkek	23	22,5	13	26,0	13	26,0	
EĞİTİM SEVİYESİ	İlkokul	9	8, <u>8</u> ^a	12	24,0 ^b	17	34,0 ^b	<0.001
	Ortaokul	4	3, <u>9</u> ^a	6	12,0 ^a	6	12,0 ^a	
	Lise	69	67, <u>6</u> ^a	18	36,0 ^b	21	42,0 ^b	
	Önlisans	7	6, <u>9</u> ^a	4	8,0 ^a	1	2,0 ^a	
	Lisans+Y Lisans+ Doktora	13	12, <u>7</u> ^a	10	20,0 ^a	5	10,0 ^a	
MEDENİ HALİ	Evli	28	27, <u>5</u> ^a	29	58,0 ^b	34	68,0 ^b	<0.001
	Bekar	74	72, <u>5</u> ^a	17	34,0 ^b	11	22,0 ^b	
	Dul	0	0,0 ^a	4	8,0 ^b	5	10,0 ^b	
MESLEK	Ev hanımı	10	9, <u>8</u> ^a	18	36,0 ^b	24	48,0 ^b	<0.001
	Öğrenci	61	59, <u>8</u> ^a	6	12,0 ^b	8	16,0 ^b	
	Özel sektör	3	2, <u>9</u> ^a	8	16,0 ^b	5	10,0 ^{ab}	

Tablo 4.1 (Devamı). Klinik Tanılara göre Katılımcıların Kategorik Yapıdaki Özelliklerinin Dağılımı

	İşçi	5	4,9 ^a	5	10,0 ^a	5	10,0 ^a	
	Emekli	2	2,0 ^a	1	2,0 ^a	3	6,0 ^a	
	Kamu çalışanı	9	8,8 ^a	2	4,0 ^{ab}	0	0,0 ^b	
	Sağlık çalışanı	11	10,8 ^a	6	12,0 ^a	0	0,0 ^b	
	Çalışmıyor	1	1,0 ^a	4	8,0 ^b	5	10,0 ^b	
YAŞADIĞI YER	Kentsel	92	90,2 ^a	33	66,0 ^b	35	70,0 ^b	<0.001
	Kırsal	10	9,8 ^a	17	34,0 ^b	15	30,0 ^b	
AYLIK ORTALAM A GELİR	Kötü	13	12,7	10	20,0	9	18,0	0.617
	Orta	72	70,6	32	64,0	36	72,0	
	İyi	17	16,7	8	16,0	5	10,0	
SİGARA	Yok	81	79,4 ^a	25	50,0 ^b	30	60,0 ^b	0.001
	Var	21	20,6 ^a	25	50,0 ^b	20	40,0 ^b	
ALKOL	Yok	92	90,2	47	94,0	49	98,0	0.196
	Var	10	9,8	3	6,0	1	2,0	
MADDE	Yok	102	100,0	50	100,0	50	100,0	---
	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Hayır	77	75,5 ^a	26	52,0 ^b	18	36,0 ^b	<0.001

Tablo 4.1 (Devamı). Klinik Tanılara göre Katılımcıların Kategorik Yapıdaki Özelliklerinin Dağılımı

Şimdiye Kadar Herhangi Bir Psikiyatrik Yardım Aldınız mı?	Hayır	77	75,5 ^a	26	52,0 ^b	18	36,0 ^b	<0.001
	Evet	25	24,5 ^a	24	48,0 ^b	32	64,0 ^b	
Geçmişte Kendinize Bir Amaç Oluşturabil diniz mi?	Hayır	16	16,7 ^a	24	46,0 ^b	26	52,0 ^b	<0.001
	Evet	86	83,3 ^a	26	54,0 ^b	24	48,0 ^b	

*: Anlamli düzeyde farklılık gösteren gruplar (sütunlar), tamamen farklı harfle gösterilmiştir.

Katılımcıların klinik tanılarına göre sayısal tipteki özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.2’de sunuldu.

Tablo 4.2 incelendiğinde, klinik olarak anksiyete ve depresyon tanısı alanların

- Yaş ortalaması sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.
- Ortalama kardeş sayısı sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.
- Toplam Beck depresyon puanının ortalaması sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.
- Olumlu sorulara (11 soru) göre toplam Hayatın Anlam ve Amacı puanı sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha düşük saptandı.
- Olumsuz sorulara (6 soru) göre toplam Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu puanı sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.
- Toplam Beck anksiyete puanının ortalaması en yüksek anksiyete tanısı alanlarda daha sonra depresyon tanısı alanlarda en düşük ise sağlıklı grupta bulundu.
- Toplam mental iyi oluş puanı sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha düşük saptandı.

Tablo 3.2. Klinik Tanılara göre Katılımcıların Sayısal Tipteki Özelliklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

		TANI	N	Mean	SD	Percentiles			P*
						25th	Median	75th	
Yaş	Sağlıklı		102	28,22 ^a	11,272	22,00	23,00	31,00	<0.001
	Depresyon		50	35,42 ^b	12,610	23,75	35,50	45,00	
	Ankisiyete		50	39,10 ^b	13,022	29,50	39,50	49,00	
Kardeş Sayısı	Sağlıklı		102	2,41 ^a	1,531	1,00	2,00	3,00	<0.001
	Depresyon		50	3,40 ^b	1,796	2,00	3,00	4,00	
	Ankisiyete		50	3,82 ^b	1,956	2,00	4,00	5,00	
Cevap <u>Evet</u> ise <u>Bu</u> amacın hayatınızdaki önemini 1-10 arasında analog skala üzerinde gösteriniz	Sağlıklı		86	6,63	2,164	6,00	7,00	8,00	0.235
	Depresyon		26	6,72	1,595	5,00	7,00	8,00	
	Ankisiyete		24	6,08	1,976	5,00	6,00	8,00	
Toplam Beck Depresyon Puanı	Sağlıklı		102	11,82 ^a	7,843	6,00	10,50	16,00	<0.001
	Depresyon		50	25,36 ^b	9,634	19,75	25,00	29,50	
	Ankisiyete		50	22,22 ^b	12,230	11,75	22,00	30,50	
HAYATIN ANLAM VE AMACI ÖLÇEĞİ	Olumlu Boyut 11 soru (Hayatın Anlam ve Amacı)	Sağlıklı	102	42,05 ^a	7,188	38,00	42,00	47,00	<0.001
		Depresyon	50	36,96 ^b	7,371	33,00	38,00	41,00	
		Ankisiyete	50	37,50 ^b	9,250	31,00	37,00	46,00	

Tablo 4.2 (Devamı). Klinik Tanılara göre Katılımcıların Sayısal Tipteki Özelliklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Olumsuz Boyut 6 soru (Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu)	Sağlıklı	102	14,64 ^a	5,010	11,00	14,00	18,00	<0.001
	Depresyon	50	18,48 ^b	4,917	15,00	18,00	21,00	
	Anksiyete	50	17,94 ^b	5,846	14,00	18,00	22,00	
Toplam Beck Anksiyete Puanı	Sağlıklı	102	12,50 ^a	10,240	4,75	10,00	17,50	<0.001
	Depresyon	50	22,08 ^b	12,833	11,00	19,00	29,25	
	Anksiyete	50	30,90 ^c	15,170	20,75	29,00	42,50	
Toplam puan 14 soru (mental iyi oluş)	Sağlıklı	102	51,36 ^a	10,546	42,00	52,50	58,00	<0.001
	Depresyon	50	40,48 ^b	10,664	33,75	40,00	47,00	
	Anksiyete	50	40,70 ^b	13,618	30,75	38,00	50,00	

*: Anlamlı düzeyde farklılık gösteren gruplar, tamamen farklı harfle gösterilmiştir.

Tablo 4.3’de ölçek puanları arasındaki ilişkiler yer almaktadır.

Tablo 4.3 incelendiğinde;

- Hayatın Anlam ve Amacını yansıtan 11 sorunun toplam puanı ile toplam Beck depresyon, toplam Beck anksiyete puanları arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Bu sonuca göre hayata olumlu anlam veren ve amacı olan kişilerin depresyon puanı ve anksiyete puanı anlamlı düzeyde daha düşüktü. Ayrıca hayata olumlu anlam veren ve amacı olan kişilerin mental iyi oluş puanı da yüksek bulundu. Bir başka ifadeyle pozitif korelasyon mevcuttu.
- Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğunu ifade eden 6 soruya verilen cevapların toplam puanı ile toplam Beck Depresyon, toplam Beck Anksiyete puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Bu sonuca göre hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu puanı arttıkça depresyon puanı ve anksiyete puanı da anlamlı düzeyde artmaktadır. Ayrıca hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu puanı ile mental iyi oluş puanı arasında anlamlı negatif korelasyon bulundu. Bu sonuç, hayatı anlamsız

görme ve amaç yoksunluğu durumunda mental puanın düştüğünü ve mental açıdan da sorun yaşandığını göstermektedir.

- Beck Depresyon ve Beck Anksiyete arasında da anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Bunun yanı sıra Beck Depresyon puanı arttıkça ve Beck Anksiyete puanı arttıkça mental iyi oluş durumu anlamlı düzeyde gerilemektedir.

Tablo 4.3’de sunulan ilişkiler, sosyo-demografik özellikler göz ardı edilerek ölçek puanları arasında yapılan ilişkililerdir. Bu nedenle; Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları üzerine cinsiyet, yaş, kardeş sayısı, eğitim seviyesi, medeni hal, meslek, yaşadığı yer, aylık gelirin bireye göre algısı, sigara ve alkol kullanma durumu, şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik yardım alma durumu, geçmişte bir amaç oluşturma durumu, hayatın anlam ve amacını olumlu değerlendirme puanı, hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğunu değerlendirme puanı ve mental iyi oluş puanı birlikte dikkate alınarak yeniden değerlendirildi.

Tablo 4.3. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		Toplam Beck Anksiyete Puanı	Olumlu Boyut (11 soru, Hayatın Anlam ve Amacı)	Olumsuz Boyut (6 soru, Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu)	Toplam puan (Mental iyi oluş)
Toplam Beck Depresyon Puanı	R	,609	-,490	,555	-,708
	P	,000	,000	,000	,000
	N	202	202	202	202
	R		-,358	,424	-,550

Tablo 4.3 (Devamı). Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Toplam Beck	P		,000	,000	,000
Anksiyete Puanı	N		202	202	202
Olumlu Boyut (11 soru, Hayatın Anlam ve Amacı)	R			-,365	,596
	P			,000	,000
	N			202	202
Olumsuz Boyut (6 soru, Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu)	R				-,621
	P				,000
	N				202

Bu değerlendirmeler sırasında anlamlı bulunmayan etkenler modelden çıkarıldı ve nihai modeller Tablo 4.4 ve Tablo 4.5’ te verildi.

Tablo 4.4 incelendiğinde,

- Sadece ortaokul eğitimi olanlarda Beck Depresyon puanının, lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanlara göre 5.894 kat anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü. Bunun dışında eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamadı.
- Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik yardım alanlarda Beck Depresyon puanının anlamlı düzeyde 3.453 kat daha düşük olduğu görüldü.
- Hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu puanı 1 puan arttıkça Beck Depresyon puanının da anlamlı düzeyde 0.323 puan arttığı saptandı.
- Mental iyi oluş puanı 1 puan arttıkça Beck Depresyon puanının da anlamlı düzeyde 0.464 puan azaldığı görüldü.

Tablo 4.4. Beck Depresyon Puanı ile İlişkili Faktörler

					95% Confidence Interval	
	B	Std. Error	t	P	Lower Bound	Upper Bound
Intercept	39,596	4,827	8,203	0,001	30,076	49,116
Eğitim Seviyesi						
İlkokul	1,769	1,887	,937	0,350	-1,953	5,491
Ortaokul	5,894	2,356	2,502	0,013	1,247	10,541
Lise	-,345	1,598	-,216	0,830	-3,497	2,808
Önlisans	1,888	2,610	,724	0,470	-3,259	7,035
Lisans+Y Lisans+Doktora	Referans Kategorisi					
Şimdiye Kadar Herhangi Bir Psikiyatrik Yardım Aldınız mı?						
EVET	-3,453	1,133	- 3,049	0,003	-5,687	-1,220
Olumlu Boyut (Hayatın Anlam ve Amacı)	-,113	,082	- 1,376	0,170	-,275	,049
Olumsuz Boyut (Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu)	,326	,125	2,611	0,010	,080	,572
Toplam puan (mental iyi oluş)	-,464	,063	- 7,429	0,001	-,588	-,341

Tablo 4.5 incelendiğinde,

- İlkokul ve ortaokul eğitimi olanlarda Beck Anksiyete puanının, lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanlara göre anlamlı düzeyde sırasıyla 6.473 ve 10.143 kat daha yüksek olduğu görüldü. Bunun dışında eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamadı
- Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik yardım alanlarda Beck Anksiyete puanının anlamlı düzeyde 3.453 kat daha düşük olduğu görüldü.
- Mental iyi oluş puanı 1 puan arttıkça Beck Anksiyete puanının da anlamlı düzeyde 0.508 puan azaldığı görüldü.
- Kardeş sayısı 1 arttığında Beck Anksiyete puanının 1.320 kat anlamlı düzeyde arttığı görüldü.
- Bunların dışında anlamlı farka rastlanmadı.

Tablo 4.5. Beck Aksiyete Puanı ile İlişkili Faktörler

	B	Std. Error	t	P	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	31,371	7,258	4,322	0,001	17,055	45,686
Eğitim Seviyesi						
İlkokul	6,473	3,045	2,125	0,035	,466	12,479
Ortaokul	10,143	3,594	2,822	0,005	3,054	17,232
Lise	2,563	2,425	1,057	0,292	-2,221	7,346
Önlisans	-1,176	3,931	-,299	0,765	-8,928	6,577
Lisans+YLisans+Doktora	Referans Kategori					
Olumlu Boyut (Hayatın Anlam ve Amacı)	-,018	,125	-,143	0,886	-,263	,228

Tablo 4.5 (Devamı). Beck Aksiyete Puanı ile İlişkili Faktörler

Olumsuz Boyut (Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu)	,295	,189	1,564	0,119	-,077	,668
Toplam puan (mental iyi oluş)	-,508	,095	- 5,360	0,001	-,695	-,321
Kardeş Sayısı	1,320	,506	2,606	0,010	,321	2,319

Tablo 4.6’de geçmişte kendine amaç oluşturma durumu ile anksiyete, depresyon ve mental iyi oluş puanı arasındaki ilişkiler yer almaktadır.

Tablo 4.6 incelendiğinde,

Geçmişte amaç oluşturanlarda depresyon ve anksiyete puanları anlamlı düzeyde daha düşük, buna karşın mental iyi oluş puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.(p=0.001)

Tablo 4.6. Geçmişte Kendine Amaç Oluşturma Durumu ile Anksiyete, Depresyon ve Mental İyi Oluş Puanı Arasındaki İlişkiler

	Geçmişte Kendinize Bir Amaç Oluşturabildiniz mi?	N	Mean	SD	P
Toplam Beck Anksiyete Puanı	Hayır	66	24,76	16,704	0.001
	Evet	136	16,84	12,425	
Toplam Beck Depresyon Puanı	Hayır	66	22,73	11,747	0.001
	Evet	136	15,33	10,244	
Toplam puan (mental iyi oluş)	Hayır	66	41,64	13,865	0.001
	Evet	136	48,16	11,342	

Tablo 4.7 incelendiğinde;

Geçmişte amaç oluşturan toplam 136 kişiye “bu amacın hayatınızdaki önemini 1-10 arasında puanlayınız” denildiğinde elde edilen bu puanlar ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Ancak bu puanların depresyon puanı ile düşükte olsa istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişkisi tespit edildi. Ayrıca mental iyi oluş ile pozitif anlamlı korelasyon bulundu. Amacın hayattaki önemi arttıkça depresyon puanı ($p=0,05$) düşmekte ve mental iyi oluş puanı($p=0,002$) artmaktadır.

Tablo 4.7. Geçmişte Amaç Oluşturan Kişilerde “Bu Amacın Hayatınızdaki Önemini 1-10 Arasında Puanlayınız” Denilince Elde Edilen bu Puanlar ile Beck Anksiyete Puanları ve Beck Depresyon Puanları Arasındaki İlişki

		Toplam Beck Anksiyete Puanı	Toplam Beck Depresyon Puanı	Toplam puan (mental iyi oluş)
Cevap evet ise bu amacın hayatınızdaki önemini 1-10 arasında analog skala üzerinde gösteriniz	R	-,110	-,169	,261
	P	,203	,050	,002
	N	136	136	136

Tablo 4.8 incelendiğinde;

- Klinik olarak depresyon tanısı alan, anksiyete tanısı alan ve sağlıklı olan 3 grubun hayatın anlamlılığı ve amaç sahipliği ile ilgili “Olumlu Boyut” ve hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu ile ilgili “Olumsuz Boyut” açısından önemli farklılıklar görülmüştür. Sağlıklı bireylerin hayatın anlam ve amacı doğrultusunda ortalama “Olumlu Boyut” puanlarının yüksek olduğu görülürken, depresyon ve anksiyete tanısı alan bireylerin ise ortalama “Olumsuz Boyut” puanlarının sağlıklı gruba göre daha yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Aylık ortalama gelir algısı orta ya da iyi olan bireylerin hayatın anlam ve amacı doğrultusunda ortalama “Olumlu Boyut” puanlarının daha yüksek çıkarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür.

- Geçmişte amacı olmayan bireylerin hayatın anlam ve amacı açısından ortalama “Olumsuz Boyut” puanlarının anlamlı bir fark oluşturarak daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8. Katılımcıların kategorik özellikleri ve hayatın anlamlılığı ve amaç sahipliği ile ilgili “Olumlu Boyut” ve hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu ile ilgili “Olumsuz Boyut” puanları arasındaki ilişkiler

		Olumlu Boyut (Hayatın Anlam Amacı)				Olumsuz Boyut (Hayatın Anlamsızlığı Amaç Yoksunluğu)			
		n	Mean	SD	P	n	Mean	SD	P
TANI	Sağlıklı	102	42,0 ^a	7,2	0.009	102	14,6	5,0	0.003
	Depresyon	50	37,0 ^b	7,4		50	18,5	4,9	
	Ankisiyete	50	37,5 ^b	9,2		50	17,9	5,8	
CİNSİYET	Kadın	153	40,1	8,2	0.740	153	16,2	5,6	0.670
	Erkek	49	38,3	7,8		49	17,1	5,0	
EĞİTİM SEVİYESİ	İlkokul	38	37,1	10,2	0.085	38	17,1	5,9	0.072
	Ortaokul	16	37,5	8,9		16	17,4	6,3	
	Lise	108	40,6	7,4		108	15,9	5,3	
	Önlisans	12	41,2	5,8		12	15,5	5,2	
	Lisans+YLisans+Doktora	28	40,0	7,6		28	17,2	5,5	
MEDENİ HALİ	Evli	91	38,4	9,3	0.799	91	16,7	5,6	0.473
	Bekar	102	41,2	6,6		102	16,0	5,3	

Tablo 4.8 (Devamı). Katılımcıların kategorik özellikleri ve hayatın anlamlılığı ve amaç sahipliği ile ilgili “Olumlu Boyut” ve hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu ile ilgili “Olumsuz Boyut” puanları arasındaki ilişkiler

	Dul	9	34,2	7,0		9	18,3	6,4	
MESLEK	Ev hanımı	52	39,9	9,2	0.058	52	17,0	5,9	0.054
	Öğrenci	75	41,0	6,3		75	16,2	5,2	
	Özel sektör	16	33,8	9,3		16	18,1	4,4	
	İşçi	15	39,4	7,3		15	15,2	6,1	
	Emekli	6	37,0	8,9		6	14,7	5,9	
	Kamu çalışanı	11	40,8	6,4		11	15,8	3,1	
	Sağlık çalışanı	17	42,3	10,1		17	13,9	5,4	
	Çalışmıyor	10	34,4	6,9		10	20,1	6,6	
YAŞADIĞI YER	Kentsel	160	39,9	7,9	0.238	160	16,1	5,2	0.416
	Kırsal	42	38,9	9,0		42	17,5	6,4	
Aylık ortalamaKötü gelirin bireye göre algısı	Orta	32	34,2 ^a	8,4	0.001	32	18,4	5,9	0.240
	Orta	140	40,0 ^b	7,8		140	16,3	5,3	
	İyi	30	44,1 ^c	6,0		30	15,0	5,4	
SİGARA	Yok	136	40,2	8,4	0.268	136	16,2	5,4	0.743
	Var	66	38,5	7,4		66	16,7	5,7	
ALKOL	Yok	188	39,7	8,2	0.076	188	16,5	5,5	0.543
	Var	14	39,0	6,9		14	15,6	5,7	
	Hayır	121	40,6	8,3	0.877	121	15,4	5,3	0.173

Tablo 4.8 (Devamı). Katılımcıların kategorik özellikleri ve hayatın anlamlılığı ve amaç sahipliği ile ilgili “Olumlu Boyut” ve hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu ile ilgili “Olumsuz Boyut” puanları arasındaki ilişkiler

Şimdiye	KadarEvet	81	38,2	7,6		81	18,0	5,4	
Herhangi	Bir								
Psikiyatrik	Yardım								
Aldınız mı?									
Geçmişte	KendinizeHayır	66	36,5	7,9	0.070	66	18,2	5,7	0.008
Bir	Amaç								
Oluşturabildiniz mi?	Evet	136	41,2	7,8		136	15,5	5,2	

Elde edilen bulgular, yalnızca nicel veriler sunmakla kalmayıp insan davranışının ardındaki psikolojik süreçleri anlamlandırmak açısından da önemli ipuçları barındırmaktadır. Şimdi, bu verilerin ışığında insanın anlam arayışı ve kendilik algısıyla kurduğu ilişkiyi daha yakından ele almak mümkündür.

İnsanın varlığını sürdürme içgüdüğü insanda bilmek ve anlamlandırma isteğini uyarır. Kazanılan bilgi ve anlamı, gerçekleştirenler üzerinden elde edileceğinden insanın kendi gerçekleştirdiklerine kattığı anlam aynı zamanda kendilik algısını biçimlendirir. Bu algının olumlu olması, edimsel koşullanmaya bağlı insanda gerçekleştirme dürtüsünü oluşturur ve bu dürtünün bir isteğe yönelmesi ise amacı meydana getirir [180].

Bu tez çalışmasında, tüm katılımcılar içerisinde geçmişte amacı olmayan bireylerin hayatın anlam ve amacı ölçeğinin ortalama Olumsuz Boyut (Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu ortalama) puanları anlamlı bir fark oluşturarak daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bizim bulgularımızla tutarlı olarak, Vanhooren’in çalışmasında anlamsızlık kavramı, yaşamda amaç eksikliğini içeren bir deneyim olarak ele alınmış; amaçların yokluğunun, anlamsızlık duygusunu artırabileceği ve çeşitli psikolojik sorunlarla ilişkili olabileceği ortaya konmuştur [181]. Benzer şekilde, Kim ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmada, yaşamda belirgin bir amacı olmayan bireylerin hayatı daha anlamsız buldukları; buna karşılık, amaç sahibi bireylerin yaşamlarına anlam duygusu kattıkları saptanmıştır [182]. Bronk’un çalışmasında ise, amacı olmayan bireylerin genellikle anlamsızlık hissi yaşadıkları, buna karşın bir yaşam amacı olan bireylerin daha yüksek düzeyde psikolojik iyi oluş, mutluluk ve umut düzeylerine sahip oldukları gözlemlenmiştir [183]. Bu bulgular hem sağlıklı hem de hasta gruplarındaki

katılımcılarda amaç yoksunluğunun, yaşamı anlamlandırma sürecini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Söz konusu durum, bireyin yaşamına yönelik bakışı ve bu yaşam içerisinde kendisini nasıl konumlandığıyla yakından ilişkilidir. Kişi, varoluşuna dair nedensel bir yanıt geliştiremediğinde hem kendisini hem de hayatı anlamlandırmakta güçlük yaşar. İnsanın varoluşsal sorgulamasına vereceği yanıt, büyük ölçüde gerçekleştirdiği eylemler aracılığıyla şekillenir. Bu eylemlerin belirli bir amaca yönelmesi, bireyin varlık sorgulamasına anlamlı bir yanıt bulmasını sağlar. Böylece belirsizlik ortadan kalkar, birey yaşamına dair umut verici ve anlamlı bir beklenti geliştirir; bu da hayatın anlamsızlığına yönelik algıyı ortadan kaldırır [184,185].

Bu tez çalışmasında tüm katılımcılara uygulanan mental iyi oluş ölçeği sonuçlarına göre, geçmişte kendilerine bir amaç belirlemiş bireylerin, amaç oluşturamayanlara kıyasla zihinsel olarak kendilerini daha iyi hissettikleri bulunmuştur. Benzer şekilde, McKnight ve Kashdan'ın çalışmasında da, yaşamlarında belirli amaçlar doğrultusunda ilerleyen bireylerin psikolojik açıdan daha sağlıklı bir yaşam sürdürdükleri saptanmıştır [3].

Bronk ve arkadaşları, amaç odaklı bir yaşam tarzının bireylerin öznel iyi oluş düzeyleri üzerinde doğrudan olumlu etkisi olduğunu göstermiştir [186]. Hill ve Turiano tarafından yürütülen bir başka çalışmada ise, yaşamlarında açık bir amaca sahip bireylerin karşılaştıkları zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkabildikleri ve stresli durumlar karşısında daha yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılık sergiledikleri bulunmuştur [187]. Genel olarak, yaşamda bir amaca sahip olmanın psikolojik iyi oluş ve yaşam kalitesiyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmektedir. Açık ve belirgin bir amaç duygusu taşıyan bireylerin daha yüksek düzeyde mutluluk ve yaşam memnuniyetine sahip oldukları; aynı zamanda bu duygunun, psikolojik dengeyi korumaya yardımcı olarak genel ruh sağlığı açısından daha istikrarlı bir zihinsel duruma katkı sağladığı ortaya konmuştur [188, 189].

Bu bulgular doğrultusunda, mental iyi oluş ile yaşamda bir amaca sahip olma arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, bireyin bir amaca sahip olması, yaşamın yarattığı anlamsızlık boşluğunu doldurarak kişinin varlığını belirli hedefler doğrultusunda yapılandırmasına olanak tanımaktadır. Bu durum, bireyi huzursuzluktan uzaklaştırarak, varlığıyla ilgili olumlu bir öznel deneyim yaşamasını sağlar. Aynı zamanda, bireyin yaşadığı her ana anlam ve umut dolu bir beklenti katmasına imkân tanır; bu da kişinin içinde bulunduğu zamanı anlamlı kılarak zihinsel esneklik kazanmasına ve olaylara farklı açılardan yaklaşarak yeni düşünceler geliştirmesine katkıda bulunur [190, 191].

Bu tez çalışmasında hasta ve sağlıklı gruba uygulanan Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeğinde “Olumlu Boyut” (Hayatın Anlam ve Amacı) ve “Olumsuz Boyut” (Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu) ortalama puanları açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sağlıklı bireylerin, hayatın anlam ve amacı ölçeği doğrultusunda ortalama “Olumlu Boyut” puanlarının yüksek olduğu; depresyon ve anksiyete tanısı alan bireylerin ise ortalama “Olumsuz Boyut” puanlarının sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, King ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada da, günlük yaşamda belirgin amaç ve yaşamsal gayeye sahip olmanın bireyin genel sağlığı ve mutluluğu ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gözlemlenmiştir [192]. Benzer şekilde, Burrow ve arkadaşları, yaşam amacının ve varoluşsal anlamlandırmanın bireylerin hem olumsuz stres etmenlerine hem de olumlu yaşam deneyimlerine verdikleri tepkileri düzenlediğini; bunun da psikososyal dengeyi (homeostazis) koruyarak, uzun vadede fizyolojik ve psikolojik işlevlerin sürdürülebilir biçimde optimize edilmesine katkı sağladığını belirtmişlerdir [189].

Ayrıca, bireylerin kendi belirledikleri amaçlara sahip olmalarının; yaşam doyumu, özsaygı ve kendini gerçekleştirme düzeylerinin artmasıyla; depresyon, anksiyete ve genel sağlık problemlerinin ise azalmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır [28]. Sirgy’nin çalışmasında ise, bireylerin kişisel motivasyonları ve içsel kaynaklarıyla uyumlu özerk hedefler belirlemelerinin, psikolojik iyi oluşa ve ruh sağlığına olumlu katkılar sunduğu; bu hedeflerin, daha yüksek yaşam doyumu sağladığı ve ruhsal sağlık sorunlarının görülme olasılığını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır [193].

Bu bağlamda, amaç; yaşanılan zamanı anlamlı biçimde dolduran ve bireyi harekete geçiren bir davranış isteğidir. Bu isteği yönlendiren temel unsur ise düşüncenin içeriğidir. Düşüncenin içinde bir amaç yer alıyorsa ve bu amaç, bireyin kendini ifade etmesine, iyi hissetmesine ve faydalı eylemler gerçekleştirmesine olanak tanıyorsa, bu durumda amaç bir yaşam tarzına dönüşür. Böylece bireyin her anını anlamlı kılan ve ona her anı anlamlı yaşama fırsatı sunan bir süreç ortaya çıkar. Bu süreç, bireyin varoluşuna anlam kazandıran bir yaşama gücü sağlayarak, onu karşılaştığı olumsuzluklara karşı daha dirençli hale getirir ve anksiyete ile depresyon gibi psikolojik sorunlara karşı koruyucu bir işlev üstlenebilir [194].

Bu tez çalışmasında, anksiyete bozukluğu olan bireylerin geçmişte amaç edinme oranlarının sağlıklı bireylere kıyasla daha düşük olduğu; Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği’nden aldıkları ortalama ‘Olumlu Boyut’ puanlarının daha düşük, ‘Olumsuz Boyut’

puanlarının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgularla tutarlı olarak, Ishida ve Okada tarafından yürütülen bir çalışmada, erken yaşlardan itibaren edinilen olumlu yaşam deneyimleriyle şekillenen güçlü bir yaşam amacının, anksiyete gelişimini önlemede ve otonom sinir sisteminin duygusal stres karşısındaki aşırı tepkilerini dengelemede önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir [195]. Benzer şekilde, amaç eksikliği bireylerin yaşamlarına dair yönsüz ve belirsiz hissetmelerine yol açarak, daha yüksek düzeyde kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir [196]. Özellikle emeklilik döneminde yaşam amacı eksikliği yaşayan bireylerde daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri gözlemlenmiş; bu durum, yaşam amacının farklı yaşam evrelerinde de zihinsel sağlık açısından kritik bir değişken olduğunu ortaya koymuştur [197].

Güçlü bir amaç duygusuna sahip bireylerin daha düşük anksiyete seviyelerine sahip oldukları bulgusu, bu ilişkinin koruyucu niteliğini desteklemektedir. Anksiyete, çoğunlukla belirsizlikten kaynaklanan bir korku duygusunun zihinsel bir yansıması olarak ortaya çıkar. Kişinin, bu korkuya neden olan düşünceleri çözümleyebilecek zihinsel araçlardan yoksun olması, yaşanan durumu belirsiz hale getirir; bu belirsizlik de bireyin anksiyete yaşamasına zemin hazırlar. Dolayısıyla, ortaya çıkan anksiyetenin azaltılabilmesi için, bu duruma neden olan düşünsel boşluğun tanımlanması ve bu boşluğa yönelik anlamlı çözüm yollarının geliştirilmesi gerekmektedir [195].

Kişi bir amaca sahip olduğunda, bu amacın kazandırdığı düşünce yapısı, yaşamını daha belirgin ve yönlü hale getirerek, yapılabilecekler konusunda yeni düşüncelerin kapısını aralar. Bu durum, belirsizlik kaynaklı ortaya çıkan kaygı gibi psikolojik sorunlara çözüm üretmeyi kolaylaştırır ve bireyin karşılaştığı sorunlarla başa çıkma gücünü artırır. Amaca sahip olmak, kişiyi anlamlı bir uğraş içerisine sokar; bu da bireyin moral değerlerinin yükselmesine, kendini daha iyi hissetmesine, yeterli ve güçlü hissetmesine katkı sağlar. Böylece birey, karşılaştığı çeşitli stres etmenlerine karşı daha dayanıklı hale gelir; zorluklar karşısında çözüm yolları geliştirmesi ve bu zorlukların üstesinden gelmesi kolaylaşır. Amaca sahip bir bireyin geliştirdiği düşünce sistemi, anksiyeteye neden olan belirsizlik karşısında, kişiye yaşamını nasıl sürdüreceğine dair yol gösterici olur; böylece belirsizliklerin azalmasına ve hatta ortadan kalkmasına yardımcı olur [198, 199].

Bu tez çalışmasında, depresyon tanısı olan bireylerin geçmişte amaç edinme oranlarının sağlıklı gruba kıyasla daha düşük olduğu, ayrıca Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği'nin ortalama Olumlu Boyut (Hayatın Anlam ve Amacı) puanlarının daha düşük, Olumsuz Boyut (Hayatın Anlamsızlığı ve Amaç Yoksunluğu) puanlarının ise daha yüksek olduğu

bulundu. Bulgularımızla paralel olarak Zeng ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, amaçlarına odaklanan bireylerin stresli durumlarda daha az depresif belirti gösterdikleri ve bu yönelimin depresyona karşı koruyucu bir faktör işlevi gördüğü saptanmıştır [200].

Benzer şekilde, Molero Jurado ve arkadaşları, bireylerin gelişimsel görevleri doğrultusunda eğitim, iş yaşamı ve aile gibi alanlarda kişisel amaçlara sahip olduklarını; bu amaçların zaman içerisinde süreklilik gösterdiğini, bireylerin iyi oluşunu olumlu etkilediğini ve depresif belirtileri azalttığını belirtmişlerdir [201]. Amaç duygusu, hem bireyin mutluluğunu korumasında aracı rol oynamakta hem de depresyona karşı koruyucu bir işlev üstlenmektedir [73].

Hennecke ve Brandstätter tarafından yapılan çalışmada da amaçların olumlu duyguları ve yaşam doyumunu destekleyerek öznel iyi oluşu artırabileceği; aynı zamanda olumsuz duyguları ve depresyonu azaltabileceği ortaya konmuştur [202]. Bu doğrultuda, güçlü bir yaşam amacı duygusunun ergenler arasında daha düşük depresyon belirtileriyle ilişkili olduğu bulunmuştur [19].

Nkyi ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise, amaç duygusunun kazanılmasının madde kullanım bozukluğu olan bireylerde depresyon düzeyleriyle ters orantılı olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, terapötik süreçlerde depresyon semptomlarını hafifletmeye yönelik olarak bireylerde yaşam amacı geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır [203]. Benzer şekilde, Lewis ve arkadaşları, bir amaca sahip olma duygusunun bireylerin stres ve zorluklarla daha etkili başa çıkmalarını kolaylaştırarak depresif duygulanımı hafifletebileceğini göstermiştir [204].

Bireyin olumsuz olarak değerlendirdiği yaşam olayları genellikle kaygı duygusunu tetikler. Bu olaylara dair bir çıkış yolu bulunamaması, kaygının sürmesine ve kronikleşmesine yol açabilir. Süreç uzadıkça, bireyde düşünsel düzeyde umutsuzluk, üzüntü ve sıkıntı gibi duyguların ortaya çıkması muhtemeldir ve bu durum zamanla depresyona dönüşebilir. Benzer şekilde, Phillips ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bireylerin stresli durumlarda çözüm üretememelerinin uzun süreli kaygıya yol açabildiği; stres kaynaklarını etkili biçimde yönetememenin ise çaresizlik duygularını artırarak kronik kaygıya ve bunun sonucunda depresif belirtilere neden olabileceği ortaya konmuştur [205]. Depresyon, uzun süren kaygı ve umutsuzluk durumlarının bir tepkisi olarak değerlendirildiğinde, bu durum aynı zamanda bireyin, söz konusu kaygı ve umutsuzluğu giderecek bir amaca yönelik düşünce ve davranış geliştiremediğini de

gösterebilir. Kişinin bir amaca sahip olması, bu amaç doğrultusunda düşüncelerini organize etmesini ve davranışlarını bu yönde uyarlamasını sağlar; bu da ortaya çıkabilecek olumsuz düşünceleri beklenti umuduna dönüştürmesini kolaylaştırır. Zira amaç, aynı zamanda bir beklenti ve umut kaynağıdır. Beklenti ve umut düşüncesinin yoğunluğu, yaşanabilecek olumsuz düşüncelerin etkisini azaltarak, bireyin depresyona yol açabilecek olayları daha az tehditkâr algılamasını sağlar ve bu olaylara karşı çözüm üretme ve üstesinden gelme gücünü artırır [206, 207].

Ayrıca çalışmamıza katılan bireylere uygulanan sosyodemografik formda, geçmişte oluşturdukları amacın hayatlarındaki önemi sorulduğunda; amacın hayattaki önem düzeyi arttıkça depresyon puanlarının azaldığı ve mental iyi oluş puanlarının yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu, Lyu ve arkadaşlarının çalışmasıyla da örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, depresyon tanısı almış bireylerin, sağlıklı bireylere kıyasla yaşam amaçlarına daha az değer verdikleri; buna karşın, yaşam amacının öneminin artmasıyla birlikte depresyon düzeylerinde azalma ve özsaygı düzeylerinde artış gözlemlendiği bulunmuştur [208].

Benzer şekilde, Echeverria ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yüksek düzeyde yaşam amacı duygusuna sahip olmanın, özellikle öğrenciler arasında stresli dönemlerde anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasını önleyici bir rol oynadığı bulunmuştur [209]. George ve arkadaşları ise güçlü bir yaşam amacı duygusunun psikolojik dayanıklılığı artırdığını, yalnızlık hissini ve depresyon düzeylerini azalttığını belirtmiştir. Bu durumun, özellikle ileri yaş bireylerde bilişsel sağlığın korunması açısından büyük önem taşıdığı ifade edilmiştir [210]. Pfund ve arkadaşlarının çalışması da bu bulguları destekler niteliktedir. Yüksek düzeyde yaşam amacına sahip olmanın, bireylerde yaşam doyumunu artırdığı, depresyon düzeylerini azalttığı ve genel öznel iyi oluşu anlamlı düzeyde iyileştirdiği saptanmıştır [211].

Bir amacın önemi, bireyin yaşamındaki yeri, sosyal ve ekonomik etkileri ile kendilik algısı üzerindeki yansımaları doğrultusunda ortaya çıkar. Oluşturulan amaç, bireye yeni düşünce ve davranışlar kazandırarak; sorunlarını çözmesinde, ekonomik avantajlar elde etmesinde, sosyal statüsünü yükseltmesinde ve kendini iyi hissetmesinde işlevsel bir rol oynadığında, bu amaç yalnızca anı değil, aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu zamanı kapsayan daha geniş hedefleri de içerir. Amacın işlevselliği arttıkça, birey tarafından benimsenme düzeyi de o ölçüde güçlenir. Bu nitelikteki bir amaç, bireyin kendisini daha

iyi hissetmesine katkı sağlayarak, onu depresyona karşı koruyucu bir etki yaratabilir [208, 212]

Sağlıklı ve hasta gruplarının sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında, hasta grubunda amaç edinme puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda, hasta grubundaki her bir sosyo-demografik değişkenin, amaç eksikliği bağlamında ayrı ayrı ele alınmıştır.

Bu tez çalışmasında, sosyo-demografik formda yer alan “Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik yardım aldınız mı?” sorusuna “evet” yanıtını verenlerin oranının depresyon ve anksiyete tanısı alan bireylerde yüksek olduğu bulunmuştur. Söz konusu hasta grubunda amaç edinme düzeylerinin düşük olması, yalnızca depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla sınırlı kalmayıp, bu bireylerin daha geniş bir yelpazede psikiyatrik sorunlara yatkın olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, amaca sahip olmanın ruh sağlığı açısından genel anlamda koruyucu bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir [181, 189, 195].

Çalışmaya dâhil ettiğimiz bireylerde, eğitim seviyesi düştükçe anksiyete puanlarının arttığı; eğitim seviyesi yükseldikçe ise anksiyete puanlarının azaldığı saptanmıştır Leigh ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; anksiyete eğitim başarısını düşürdüğü, odaklanma güçlükleri yarattığı, sosyal etkileşimleri olumsuz yönde etkilediği, duygusal sorunlara yol açtığı ve uzun vadede kariyer ile kişisel ilişkilerde zorluklara neden olarak bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir [213]. Benzer şekilde Chlapecka ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise daha yüksek eğitilmiş bireylerin yaşam boyunca anksiyeteye karşı korunabileceği gösterilmiştir [214].

Bu durum, yüksek eğitim seviyesinin hem amaç oluşturma sürecinde hem de anksiyete ile başa çıkmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda eğitim, bireyin farkındalığını artırır; bu farkındalık ise kişinin yalnızca kendisini değil, aynı zamanda dış dünyayı da kapsamasına olanak tanır. Bu süreç, bireyde yeni düşünceler, beklentiler ve bunlara yönelik amaçlar geliştirilmesine zemin hazırlar [201].

Eğitimin ruh sağlığı üzerindeki bu koruyucu rolü, yalnızca anksiyete ile sınırlı kalmamakta, depresyon ile olan ilişkide de kendini göstermektedir. Bu tez çalışmasında, eğitim düzeyleri ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin ortalama depresyon puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Buna paralel olarak, Perline ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ile depresyon arasında iki önemli bulgu ortaya koymuştur; düşük eğitim düzeyinin depresif bozukluk riskini nedensel olarak artırdığı ve yüksek öğrenim düzeyine sahip bireylerin daha düşük depresyon puanları gösterme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir [215].

Eğitim, bireyin yaşamı anlamlandırma kapasitesini ve amaç edinme sürecini destekleyen temel bir faktördür. Eğitim düzeyinin artması, bireyin yalnızca bilgi düzeyini değil, aynı zamanda duygusal dayanıklılığını ve stresle başa çıkma becerilerini de güçlendirmektedir. Bu bağlamda, yüksek eğitim düzeyine sahip olmanın, özellikle depresyon gibi psikolojik sorunlara karşı koruyucu bir faktör olarak işlev görebileceği düşünülmektedir. Ancak, istatistiksel anlamlılık saptanmamasının nedeni, depresyon etyolojisinde genetik ve organik faktörlerin de rol oynaması olabilir. Bunun yanı sıra, eğitim düzeyinin düşük olması, bireylerin hayatı anlamlandırma arayışını azaltmakta; düşünce düzeyini derinleştirme konusunda yetersizlik yaşanmasına ve dolayısıyla amaç oluşturma zorlaşmasına neden olabilmektedir [204,216].

Balatif tarafından yapılan çalışmada da, depresyonun sosyal ve çalışma yaşamını önemli ölçüde etkilediği, bireylerin yaşam amaçlarını oluşturmada ve sürdürmede zorluk yaşadıkları, verimliliğin azalmasına, işe/okula devamsızlığa ve sosyal etkileşimlerde zorluklara yol açtığı bildirilmiştir [217].

Bu tez çalışmasında elde edilen bir diğer bulgu, medeni durum ile ruh sağlığı arasındaki ilişkidir. Evli bireylerde anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun, bireylerin evliliğin beraberinde getirdiği sorunlarla baş etmekte zorlanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Goldfarb ve arkadaşlarının çalışmasında da evli bireylerdeki yüksek anksiyete ve depresyon oranlarının evlilik memnuniyetsizliği ile ilişkili olduğu ve bu durumların birbirini güçlendirerek kısır bir döngü oluşturduğu saptanmıştır [218].

Bu tez çalışmasında, düşük gelir algısına sahip bireyler, ev hanımları, özel sektör çalışanları ve çalışmayan gruplarda depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, literatürde yer alan çeşitli araştırmalarla da örtüşmektedir. Bu doğrultuda Sun'un çalışmasında, düşük gelirli bireylerin özellikle depresyon ve anksiyete başta olmak üzere ruhsal hastalıkların görülme sıklığıyla güçlü bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir [219]. Durak ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise, ev hanımlarının daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı ve anksiyete yaşadıkları; bu durumların algılanan

stres, yalnızlık ve tükenmişlik gibi faktörlerle anlamlı biçimde ilişkili olduğu ortaya konmuştur [220]. Benzer şekilde, Bhat ve arkadaşlarının çalışmasında işsiz bireylerin, çalışan bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyon yaşadıkları; özellikle işsiz gençlerde artan psikolojik sıkıntı düzeyine paralel olarak yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluş puanlarının da düşük olduğu bildirilmiştir [221]. Ayrıca Sanne ve arkadaşlarının çalışmasında, özel sektör çalışanlarında depresyon ve anksiyete prevalansının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [222].

Depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek olan düşük gelir algısına sahip bireyler, ev hanımları ve çalışmayan kişilerde, geçmiş yaşam deneyimlerinde amaç edinme süreçlerinde yetersizlikler yaşamaları, amaç yoksunluğu bağlamında değerlendirilebilir. Bu bireyler, çalışma hayatının sağladığı sosyalleşme imkânlarından; ekonomik bağımsızlık, yeterli maddi gelir ve stresle başa çıkma gibi işin psikolojik katkılarından yoksun kalmaktadır. Bu durum, bireyleri çoğunlukla temel yaşamsal ihtiyaçlarını karşılama çabasıyla sınırlı bir yaşam alanına hapseder. Sonuç olarak, bu bireylerde daha üst düzeyde bir bilişsel faaliyet olan amaç edinme süreci sekteye uğrayabilir. Bu tablo, söz konusu bireylerin, amaç sahibi olmanın psikolojik ve işlevsel faydalarından yeterince yararlanamadıklarını göstermektedir [223].

Ayrıca bulgularımıza göre, aylık ortalama gelir algısı orta veya iyi düzeyde olan bireylerin hayatın anlam ve amacı ölçeği kapsamında ortalama ‘Olumlu Boyut’ puanlarının daha yüksek çıktığı ve bunun anlamlı bir farklılık oluşturduğu gözlenmiştir. Hill ve arkadaşlarının çalışmasında da amaç duygusu puanı daha yüksek olan bireylere ait ortalama hanehalkı gelirlerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır [224].

Diğer taraftan, işsizlik bireyleri yalnızca ekonomik anlamda değil, psikolojik ve sosyal yönlerden de derin biçimde etkileyebilmektedir. İşsiz bireyler, hem kendi isteklerini karşılayamamanın hem de sorumluluğunu taşıdıkları kişilerin ihtiyaçlarını yerine getirememenin yarattığı baskı ve üzüntüyü yaşamaktadır. Aynı zamanda sosyalleşme fırsatlarından da geri kalmaktadırlar. Bu durumla ilgili olarak, Bhat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, işsiz gençlerde artan psikolojik sıkıntı düzeyi ile birlikte daha düşük yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluş puanları tespit edilmiştir [221]. Söz konusu çalışmada da gösterildiği üzere, işsiz bireyler bir bakıma yaşamı kaçırmakta; zamanla kendilerine olan güvenlerini ve yeterlilik duygularını yitirmektedirler. Bu durum, bireyleri özellikle depresyona karşı daha açık hâle getirebilmektedir [225, 226].

Bununla birlikte, özel sektör çalışanları ise çoğunlukla çalıştıkları kurumların hedef ve beklentileri doğrultusunda düşünce geliştirmek zorunda kalabilmektedir. Bu durum, bireylerin kendi içsel motivasyonlarıyla şekillenen bir amaç edinme sürecinden uzak kalmalarına ve bu sürecin sağladığı psikolojik kazanımlardan yeterince yararlanamamalarına neden olabilir. Ayrıca, özel sektörün yoğun ve rekabetçi çalışma koşulları, çalışanlar üzerinde stres yaratan olumsuz etkiler oluşturmakta; bu da özel sektör çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin artmasına yol açabilmektedir [227, 228].

Bu tez çalışmasında, depresyon ve anksiyete tanısı alan bireylerde sigara kullanım sıklığının istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu grubun çoğunluğunu geçmişte amaç oluşturamayan bireylerin oluşturması, amaç sahibi olmanın anksiyete ve depresyonu önlemedeki yararından faydalanamadıklarını; ayrıca amaç yoksunluğuna bağlı olarak sigarayı bırakmak gibi doğru kararlar alamadıklarını ve irade eksikliği yaşadıklarını gösterebilir [229,230].

Bunun yanında depresyonun biyolojik nedenlere bağlı olarak da ortaya çıkabildiği düşünüldüğünde nikotin, norepinefrin gibi nörotransmitterleri yıkan enzimleri baskılaması nedeniyle, anksiyete ve depresyonu olan hastalar sigara kullanımının semptomlarını hafiflettiğini deneyimlemekte ve rahatladıklarını bildirmektedir. Buna ilaveten, nikotin uyarıcı ve dikkat artırıcı etkisiyle canlılık kazandırması, bu hasta grubunda sigara kullanım oranlarının yüksek olmasının nedenleri arasında değerlendirilmektedir. Taylor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukları olan birçok birey, semptomlarını hafifletmek için sigara kullandığını bildirmektedir. Hastalar sigara içmenin, duygusal sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olduğunu ve bir rahatlama veya stres atma hissi sağladığını düşünmektedirler [231].

Leventhal ve Zvolensky yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon tanısı almış bireylerin, duygusal sorunlarıyla başa çıkmak amacıyla sigara içebileceği ve bu davranışın hem geçici bir rahatlama sağladığı hem de bir başa çıkma mekanizması olarak işlev gördüğü öne sürülmektedir [232].

Bu tez çalışmasında, kentte yaşayanlarda depresyon ve anksiyete puanı daha yüksek bulunmuştur. Mallia ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, kent yaşamının genç bireylerin ruh sağlığı üzerinde daha fazla olumsuz etkisi olabileceği belirtilmiştir [233].

Benzer şekilde, Romans ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da kırsal kesimde yaşayanlar arasında daha düşük depresyon riski olduğu saptanmıştır [234]. Kent yaşamının karmaşası, güvensizlik ortamı, bireyler arasındaki yoğun rekabet ve sosyal desteğin yetersizliği, bireylerin güvensizlik ve yalnızlık duygularını artırmakta; bu durum anksiyete ve depresyona yatkınlığı güçlendirmektedir. Bu çalışmada yer alan hasta grubunda, geçmişte amaç oluşturma oranlarının düşüklüğü, şehir yaşamının etkileriyle uzun süreli eşik altı düzeyde anksiyete ve depresyon deneyimlediklerini düşündürmektedir. Buna bağlı olarak, bu gruptaki hastaların amaç edinme süreçlerinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir. Sonuç olarak, elde edilen bulgular, uzun süreli stresli yaşam koşullarının bireylerin amaç oluşturma süreçlerini olumsuz etkileyebileceği gibi, amaca sahip olamamanın da anksiyete ve depresyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olabileceğini ortaya koymaktadır.

Her birey, kimliğini ve benlik saygısını oluşturabilmek için farklı olduğunu göstermeye ihtiyaç duyar ve bunu düşünce ve eylemleri aracılığıyla gerçekleştirirse kendilik kimliğini ve saygınlığını kazanabilir [37].

İnsanlar kendi kimliğini oluşturmada evrensel değerleri kullanma eğilimindedir. Geliştirecekleri amaçlar da insanlık tarafından ortak kabul gören değerler doğrultusunda şekillenecektir. Bu düşüncelere sahip olan birey, kendini evrenin bir parçası ve ona katkı sağlayan bir birey olarak algıladığında, moral değerler taşıyan düşünce bütünlüğünü kazanmaya başlar. Bu ise bireyde kendisini yeterli, değerli ve iyi hissetme düşüncesi yaşatır. Bu düşünce, anksiyete ve depresyonda ortaya çıkabilecek olumsuz düşünce ve duyguların uzaklaşmasını sağlayıp kişinin anksiyete ve depresyon yaşama olasılığını azaltır. [3].

Amacın kendisi bir uğraşı ortaya çıkarır, içeriği ise mücadele gücünü arttırıp zorluklarla baş etmeyi sağlar ve varlığınıza anlam katarak bireyin var olma, katlanabilme gücünü de desteklemektedir. Böylelikle bir amaca sahip olmakla birlikte ortaya çıkacak düşünce ve davranış örüntüleri, bireyi anksiyete ve depresif düşünce ile davranışlardan uzaklaştıracaktır. [186].

Amaç edinmek bireyi olumlu yönde organize eder çünkü bu düşünceler umut taşır. Amaca sahip birey, zamanla amacıyla ilgili farkındalığını artırır ve bu doğrultuda bilgi toplamaya başlar [5]. Birey, amacına yönelik düşünmeye ve zaman ayırmaya daha fazla eğilim gösterirken, amacı dışında kalan düşünce ve olaylar giderek daha az ilgi çekici

hale gelir. Düşünce sistematığının amaca odaklanması, bireyin davranışlarını ve deneyimlerini de amacı doğrultusunda şekillendirmesine yol açar. Bu süreç, bireyin her anını daha dolu, anlamlı ve değerli olarak algılamasını sağlar [196]. Her an yapacağı bir şeyler olduğu düşüncesiyle, birey geleceğe ilişkin daha umutlu ve olumlu duygu ve düşünceler geliştirmekte; böylece psikolojik iyilik hali desteklenmektedir [19], [186].

Amaca sahip olmanın yaşattığı beklenti umudu kişinin olumlu düşünceler geliştirmesini kolaylaştırır. Anksiyete ve depresyonda görülen kaygı, üzüntü ve hüznün olumsuz düşüncelere bağlı olarak ortaya çıktığı düşünüldüğünde amaca sahip olmak bu olumsuz düşüncelerin oluşumunu engelleyerek anksite ve depresyonu önleyebilir [189], [195], [205]. Sonuç olarak, bu tez çalışması bir amaca sahip olmanın depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, bireylerin amaç edinmelerini destekleyecek eğitim programlarının geliştirilmesinin, daha sağlıklı bir toplum oluşmasına ve anksiyete, depresyon gibi ruhsal hastalıklardan korunmaya katkı sağlayacağı öne sürülmektedir. Ayrıca, amaç kazandırmaya yönelik eğitimlerin, bilişsel davranışçı terapi içerisinde yapılandırılmasının da yararlı olacağı düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Klinik olarak depresyon tanısı alan, anksiyete tanısı alan ve sağlıklı olan 3 grubun hayatın anlamlılığı ve amaç sahipliği ile ilgili “Olumlu Boyut” ve hayatın anlamsızlığı ve amaç yoksunluğu ile ilgili “Olumsuz Boyut” açısından önemli farklılıklar görülmüştür. Sağlıklı bireylerin hayatın anlam ve amacı doğrultusunda ortalama “Olumlu Boyut” puanları yüksek saptanırken, depresyon ve anksiyete tanısı alan kişilerin ise ortalama “Olumsuz Boyut” puanlarının sağlıklı gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Geçmişte amacı olmayan bireylerin hayatın anlam ve amacı açısından ortalama “Olumsuz Boyut” puanlarının anlamlı bir fark oluşturarak daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Depresyon ve anksiyete tanısı alanlarda “Geçmişte Kendinize Bir Amaç Oluşturabildiniz mi?” sorusuna evet cevabı verenlerin oranı, sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Mental iyi oluş puanı 1 puan arttıkça Beck Anksiyete puanının da anlamlı düzeyde 0.508 puan azaldığı görülmüştür. Geçmişte amaç oluşturanlarda depresyon ve anksiyete puanları anlamlı düzeyde daha düşük, buna karşın mental iyi oluş puanları anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Amacın hayattaki önemi arttıkça depresyon puanı düşmüş ve mental iyi oluş puanı artmıştır.

Diğer taraftan, tez çalışmamızda bireylerin amaç sahibi olma durumunun depresyon ve anksiyete üzerindeki genel etkileri ayrıntılı şekilde incelenmiş olsa da gelecek çalışmalarda farklı amaç türleri karşılaştırılarak bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri, duygu durumu, öznel iyi oluşu, stres düzeyi ve motivasyon seviyeleri üzerindeki etkilerinin sistematik biçimde ölçülmesi önerilmektedir. Bu sayede, amaç belirleme süreçlerinin mental sağlık üzerindeki etkilerini açıklayan mekanizmalar daha net ortaya konulabilir ve hem klinik hem de eğitimsel ortamlarda amaç odaklı müdahalelerin tasarımına yönelik daha güçlü kanıtlar elde edilebilir.

6. KAYNAKLAR

- [1] T. B. Kashdan, F. R. Goodman, P. E. McKnight, B. Brown, & R. Rum, “Purpose in life: A resolution on the definition, conceptual model, and optimal measurement”, *The American Psychologist*, c. 79, sayı 6, ss. 838–853, 2024.
- [2] R. F. Baumeister, *Meanings of Life*, 1. baskı, New York, A.B.D.: Guilford, 1991.
- [3] P. E. McKnight, & T. B. Kashdan, “Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: An integrative, testable theory”, *Review of General Psychology*, c. 13, sayı 3, ss. 242–251, 2009.
- [4] C. D. Ryff, “Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being”, *Journal of Personality and Social Psychology*, c. 57, sayı 6, ss. 1069–1081, 1989.
- [5] M. F. Scheier, C. Wrosch, A. Baum, S. Cohen, & L. M. Martire, “The life engagement test: Assessing purpose in life”, *Journal of Behavioral Medicine*, c. 29, sayı 3, ss. 291–298, 2006.
- [6] D. Holley, E. A. Varga, E. D. Boorman, & A. S. Fox, “Temporal Dynamics of Uncertainty Cause Anxiety and Avoidance”, *Computational Psychiatry*, c. 8, sayı 1, ss. 85–91, 2024.
- [7] M. Karki, & G. Mahara, “Heart diseases, anxiety disorders, and negative thoughts”, *Heart and Mind*, c. 6, sayı 1, ss. 22–25, 2022.
- [8] R. Pary, P. R. Matuschka, S. Lewis, W. Caso, & S. Lippmann, “Generalized anxiety disorder”, *Southern Medical Journal*, c. 96, sayı 6, ss. 581–586, 2003.
- [9] S. M. Meier, & J. Deckert, “Genetics of Anxiety Disorders”, *Current Psychiatry Reports*, c. 21, sayı 3, s. 16, 2019.
- [10] M. A. Ell, M. A. Schiele, N. Iovino, & K. Domschke, “Epigenetics of Fear, Anxiety and Stress - Focus on Histone Modifications”, *Current Neuropsychopharmacology*, 2023.
- [11] N. Olchanski, M. McInnis Myers, M. Halseth, P. L. Cyr, L. Bockstedt, & T. F. Goss, “The economic burden of treatment-resistant depression”, *Clinical Therapeutics*, c. 35, sayı 4, ss. 512–522, 2013.

- [12] A. Stringaris, “What is depression?”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, c. 58, sayı 12, ss. 1287–1289, 2017.
- [13] R. E. Rakel, “Depression”, *Primary Care*, c. 26, sayı 2, ss. 211–224, 1999.
- [14] World Health Organization, *The global burden of disease: 2004 update*, WHO, Geneva, İsviçre, Rap.WHO, 2008.
- [15] J. M. Hooley, J. N. Butcher, M. K. Nock, & S. Mineka, *Abnormal Psychology*, 17. baskı, Sussex, İngiltere, Pearson Education Limited, 2017.
- [16] M. K. Holder, & J. D. Blaustein, “Puberty and adolescence as a time of vulnerability to stressors that alter neurobehavioral processes”, *Frontiers in Neuroendocrinology*, c. 35, sayı 1, ss. 89–110, 2014.
- [17] J. E. Lee, E. Kahana, B. Kahana, & S. Zarit, “The role of goal and meaning in life for older adults facing interpersonal stress”, *Aging & Mental Health*, c. 26, sayı 1, ss. 149–158, 2022.
- [18] B. Chu, K. Marwaha, T. Sanvictores, A. O. Awosika, & D. Ayers, “Physiology, Stress Reaction”, StatPearls, StatPearls Publishing, 2024.
- [19] B. Barcaccia, A. Couyoumdjian, M. Di Consiglio, C. Papa, U. G. Cancellieri, & M. Cervin, “Purpose in life as an asset for well-being and a protective factor against depression in adolescents”, *Frontiers in Psychology*, c. 14, ss. 10-15, 2023.
- [20] A. Elliot, “The hierarchical model of approach-avoidance motivation”, *Motivation and Emotion*, c. 30, ss. 111–116, 2006.
- [21] K. Wilson, & A. Murrell, “Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment”, in S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Ed.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*, ss. 120–151, New York, A.B.D.: Guilford Press, 2004.
- [22] A. Elliot, S. Gable, & R. Mapes, “Approach and avoidance motivation in the social domain”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, c. 32, ss. 378–391, 2006.
- [23] S. Carver, & M. F. Scheier, *On the Self-Regulation of Behavior*, 1.baskı, Cambridge, İngiltere: Cambridge University Press, 1998.

- [24] E. Klinger, *Meaning and Void: Inner Experience and the Incentives in People's Lives*, 1. baskı, Minneapolis, A.B.D.: University of Minnesota Press, 1977.
- [25] E. Klinger, "The search for meaning in evolutionary perspective and its clinical implications", in P. T. P. Wong & P. S. Fry (Ed.), *The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications*, ss. 27–50, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1998.
- [26] C. D. Ryff, B. H. Singer, & G. Dienberg Love, "Positive health: Connecting well-being with biology", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, c. 359, ss. 1383–1394, 2004.
- [27] K. Sheldon, & T. Kasser, "Coherence and congruence: Two aspects of personality integration", *Journal of Personality and Social Psychology*, c. 68, ss. 531–543, 1995.
- [28] R. Koestner, N. Lekes, T. Powers, & E. Chicoine, "Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success", *Journal of Personality and Social Psychology*, c. 83, ss. 231–244, 2002.
- [29] J. A. Bargh, & K. Barndollar, *The Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behavior*, 1. baskı, New York, A.B.D.: Guilford Press, 1996.
- [30] K. Brown, R. Ryan, & J. Creswell, "Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects", *Psychological Inquiry*, c. 18, ss. 1–26, 2007.
- [31] K. Sharpe, & J. Walgate, "The anthropic principle: Life in the universe", *Zygon: Journal of Religion and Science*, c. 37, ss. 925–939, 2002.
- [32] V. Frankl, *Man's Search for Meaning*, 1. baskı, Boston, A.B.D.: Beacon Press, 1959.
- [33] C. L. M. Keyes, "Authentic Purpose: The Spiritual Infrastructure of Life", *Journal of Management, Spirituality & Religion*, c. 8, sayı 4, ss. 281–297, 2011.
- [34] T. D. Windsor, R. G. Curtis, & M. A. Luszcz, "Sense of purpose as a psychological resource for aging well", *Developmental Psychology*, c. 51, sayı 7, ss. 975–986, 2015.

- [35] J. D. Bragger, S. Reeves, M. J. Toich, E. Kutcher, A. Lawlor, Q. E. Knudsen, & D. Simonet, “Meaningfulness as a predictor of work-family balance, enrichment, and conflict”, *Applied Research in Quality of Life*, c. 16, ss. 1043–1071, 2021.
- [36] M. Graça, L. Pais, L. Mónico, N. R. Dos Santos, T. Ferraro, & R. Berger, “Decent work and work engagement: A profile study with academic personnel”, *Applied Research in Quality of Life*, c. 16, ss. 917–939, 2021.
- [37] C. D. Ryff, & B. H. Singer, “Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being”, *Journal of Happiness Studies*, c. 9, sayı 1, ss. 13–39, 2008.
- [38] C. D. Ryff, & B. Singer, “The role of purpose in life and personal growth in positive human health”, in P. T. P. Wong (Ed.), *The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications*, ss. 213–235, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1998.
- [39] P. A. Boyle, A. S. Buchman, & D. A. Bennett, “Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability among community-dwelling older persons”, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, c. 18, sayı 12, ss. 1093–1102, 2010.
- [40] R. Cohen, C. Bavishi, & A. Rozanski, “Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: A meta-analysis”, *Psychosomatic Medicine*, c. 78, sayı 2, ss. 122–133, 2016.
- [41] N. A. Lewis, N. A. Turiano, B. R. Payne, & P. L. Hill, “Purpose in life and cognitive functioning in adulthood”, *Aging, Neuropsychology and Cognition*, c. 24, sayı 6, ss. 662–671, 2017.
- [42] T. Kasser, & R. Ryan, “Further examining the American Dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, c. 22, sayı 3, ss. 280–281, 1996.
- [43] T. Kasser, “Two versions of the American dream: Which goals and values make for a high quality of life?”, *Social Indicators Research Series*, ss. 3–12, 2000.
- [44] P. L. Hill, A. L. Burrow, J. W. Brandenberger, D. K. Lapsley, & J. C. Quaranto, “Collegiate purpose orientations and well-being in adulthood”, *Journal of Applied Developmental Psychology*, c. 31, ss. 173–179, 2010.

- [45] G. Sharma, M. A. Yukhymenko-Lescroart, & Z. Kang, "Sense of Purpose Scale: Development and initial validation", *Applied Developmental Science*, c. 28, sayı 3, ss. 188–199, 2018.
- [46] M. A. Yukhymenko-Lescroart, & G. Sharma, "Measuring Specific Purpose Orientations in Working Adults", *Applied Research in Quality of Life*, ss. 1–19, 2021.
- [47] J. C. Brunstein, "Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study", *Journal of Personality and Social Psychology*, c. 65, ss. 1061–1070, 1993.
- [48] E. H. Erikson, "Generativity and ego integrity", in B. L. Neugarten (Ed.), *Middle Age and Aging*, ss. 85–87, Chicago, IL: University of Chicago Press, 1968.
- [49] F. B. De Waal, "Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy", *Annual Review of Psychology*, c. 59, ss. 279–300, 2008.
- [50] D. S. Wilson, "On the relationship between evolutionary and psychological definitions of altruism and selfishness", *Biology and Philosophy*, c. 7, sayı 1, ss. 61–68, 1992.
- [51] H. W. Bierhoff, *Prosocial Behaviour*, 1. baskı, New York, A.B.D: Psychology Press, 2002.
- [52] E. G. Clary, M. Snyder, R. D. Ridge, J. Copeland, A. A. Stukas, J. Haugen, & P. Miene, "Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, c. 74, sayı 6, ss. 1516–1530, 1998.
- [53] M. Van Valkengoed, & L. Steg, "Meta-analyses of factors motivating climate change adaptation behaviour", *Nature Climate Change*, c. 9, ss. 158–163, 2019.
- [54] J. Krajhanzl, "Environmental and proenvironmental behavior", *School and Health*, c. 21, ss. 251–274, 2010.
- [55] R. A. Hinde, & J. Groebel, *Cooperation and Prosocial Behaviour*, 1. baskı, New Cambridge, İngiltere: Cambridge University Press, 1991.
- [56] L. M. Padilla-Walker, & G. Carlo, "The study of prosocial behavior", 1. baskı, Oxford, İngiltere: Clarendon Press, 2014.

- [57] Z. Bauman, *Sosyolojik Düşünmek*, 1. baskı, İstanbul, Türkiye: Ayrıntı Yayınları, 2004.
- [58] J. Vitterso, “*Personal Growth*”, 2. baskı, Dordrecht, Hollanda: Springer, 2014.
- [59] J. Brandtstädter, *Advances in Life Course Research*, c. 14, ss. 52–62, 2009.
- [60] E. Sadowski, & S. Schrager, “*Journal of Graduate Medical Education*”, c. 8, sayı 4, ss. 494–497, 2016.
- [61] P. Fusar-Poli, G. Salazar de Pablo, A. De Micheli, D. H. Nieman, C. U. Correll, L. V. Kessing, & T. van Amelsvoort, “What is good mental health? A scoping review”, *European Neuropsychopharmacology*, c. 31, ss. 33–46, 2020.
- [62] G. N. Levine, B. E. Cohen, Y. Commodore-Mensah, J. Fleury, J. C. Huffman, U. Khalid, & L. D. Kubzansky, “Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart Association”, *Circulation*, c. 143, sayı 10, ss. 763–783, 2021.
- [63] A. Maslow, *Personality and Motivation*, 1.baskı, New York, A.B.D: Harper & Row Publishers, 1954.
- [64] American Psychological Association, “The APA 1998 Annual Report”, *American Psychologist*, c. 54, sayı 8, ss. 537–568, 1999.
- [65] B. Schrank, T. Brownell, A. Tylee, & M. Slade, “Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness”, *East Asian Archives of Psychiatry*, c. 24, sayı 3, ss. 95–103, 2014.
- [66] M. E. P. Seligman, *Authentic Happiness*, 1. baskı, New York, A.B.D.: Free Press, 2002.
- [67] M. E. P. Seligman, *Flourish*, 1. baskı, New York, A.B.D.: Simon & Schuster, 2011.
- [68] D. Watson, L. A. Clark, & A. Tellegen, “Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales”, *Journal of Personality and Social Psychology*, c. 54, ss. 1063–1070, 1988.

- [69] N. Shpancer, *The Good Psychologist*, 1. baskı, Londra, İngiltere.: Abacus Books, 2010.
- [70] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.baskı, American Psychiatric Publishing, 2022.
- [71] J. Rehm, & K. D. Shield, “Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders”, *Current Psychiatry Reports*, c. 21, sayı 2, s. 10, 2019.
- [72] OECD, *OECD Publishing*, Paris, Fransa, Rap. OECD, 2018.
- [73] N. Okkels, C. B. Kristiansen, P. Munk-Jørgensen, & N. Sartorius, “Urban mental health: Challenges and perspectives”, *Current Opinion in Psychiatry*, c. 31, sayı 3, ss. 258–264, 2018.
- [74] K. Asano, I. Ishimura, & M. Kodama, “The Functional Role of Resignation Orientation on Goal Engagement, Self-Esteem, Life Satisfaction, and Depression”, *Health Psychology Research*, c. 2, sayı 3, s. 1882, 2014.
- [75] R. L. Spitzer, & I. Endicott, “Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria”, 2. baskı, New York, A.B.D.: Raven Press, 1978.
- [76] D. Bolton, “Overdiagnosing problems in the DSM-IV and the new DSM-5: Can they be resolved by the distress impairment criterion?”, *Canadian Psychiatry*, c. 58, sayı 11, ss. 612–617, 2013.
- [77] O. Karamustafalıoğlu, & A. Akpınar, “Anksiyete bozuklukları”, 1. baskı, ss. 71–88, İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık, 2010.
- [78] B. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz, Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 11.baskı, Philadelphia, A.B.D.: Wolter Kluwer Health, 2015.
- [79] G. E. Berrios, *Anxiety and Cognate Disorders*, 1. baskı, Cambridge, İngiltere: Cambridge University Press, 1996.
- [80] O. Doğan, “The etiology of anxiety disorders”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, c. 13, sayı 3, ss. 224, 2012.

- [81] B. Stubbs, D. Vancampfort, S. Rosenbaum, J. Firth, T. Cosco, N. Veronese, & F. B. Schuch, “An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis”, *Psychiatry Research*, c. 249, ss. 102–108, 2017.
- [82] U. Lueken, K. C. Zierhut, T. Hahn, B. Straube, T. Kircher, A. Reif, & K. Domschke, “Neurobiological markers predicting treatment response in anxiety disorders: A systematic review and implications for clinical application”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, c. 66, ss. 143–162, 2016.
- [83] M. Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2004.
- [84] A. Jaramillo, J. A. Brown, & D. G. Winder, “Danger and distress: Parabrachial-extended amygdala circuits”, *Neuropharmacology*, c. 198, s. 108757, 2021.
- [85] R. J. Porter, “The biopsychosocial model in mental health”, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, c. 54, sayı 8, ss. 773–774, 2020.
- [86] D. J. Nutt, “Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder”, *The Journal of Clinical Psychiatry*, c. 62, Suppl. 11, ss. 22–28, 2001.
- [87] I. M. Marks, “Genetics of fear and anxiety disorders”, *The British Journal of Psychiatry*, c. 149, ss. 406–418, 1986.
- [88] S. E. Quirk, M. Berk, J. A. Pasco, S. L. Brennan-Olsen, A. M. Chanen, H. Koivumaa-Honkanen, & L. J. Williams, “The prevalence, age distribution and comorbidity of personality disorders in Australian women”, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, c. 51, sayı 2, ss. 141–150, 2017.
- [89] J. Wolpe, “The dichotomy between classical conditioned and cognitively learned anxiety”, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, c. 12, sayı 1, ss. 35–42, 1981.
- [90] P. M. Salkovskis, D. M. Clark, & A. Hackmann, “Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining”, *Behaviour Research and Therapy*, c. 29, sayı 2, ss. 161–166, 1991.
- [91] R. E. Zinbarg, A. L. Williams, & S. Mineka, “A Current Learning Theory Approach to the Etiology and Course of Anxiety and Related Disorders”, *Annual Review of Clinical Psychology*, c. 18, ss. 233–258, 2022.

- [92] B. J. Sadock, & V. A. Sadock, *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, 3. baskı, Philadelphia, A.B.D.: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- [93] V. Starcevic, *Anxiety Disorders in Adults: A Clinical Guide*, 2. baskı, New York, A.B.D.: Oxford University Press, 2009.
- [94] B. Bergo, "Freud and the Three Anxieties", 1. baskı, New York, A.B.D.: Oxford Academic, 2021.
- [95] S. Jesus, "Freedom and Anxiety: A Psychoanalytic Exploration of the Super-ego in the Postmodern Era", 1. baskı, Dublin, İrlanda: Springer, 2023
- [96] G. Taylor, "Castration Anxiety", 1. baskı, New York, A.B.D.: Springer, 2016.
- [97] D. Diamond, & J. R. Keefe, "Separation Anxiety: The Core of Attachment and Separation-Individuation", *The Psychoanalytic Study of the Child*, c. 77, sayı 1, ss. 251–274, 2024.
- [98] F. Brencio, "World, Time And Anxiety. Heidegger's Existential Analytic And Psychiatry", *Folia Medica*, c. 56, sayı 4, ss. 297–304, 2014.
- [99] N. Derakshan, M. W. Eysenck, & L. B. Myers, "Emotional information processing in repressors: The vigilance-avoidance theory", *Cognition and Emotion*, c. 21, sayı 8, ss. 1585–1614, 2007.
- [100] M. W. Eysenck, N. Derakshan, R. Santos, & M. G. Calvo, "Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory", *Emotion*, c. 7, sayı 2, ss. 336–353, 2007.
- [101] K. Strongman, "Theories of anxiety", *New Zealand Journal of Psychology*, c. 24, sayı 2, ss. 4–10, 1995.
- [102] A. Aykaç, K. Süer, & C. Taşkiran, "Anksiyete araştırmalarında kullanılan sıçan davranış modelleri", y.y., 2015.
- [103] J. DeMartini, G. Patel, & T. L. Fancher, "Generalized Anxiety Disorder", *Annals of Internal Medicine*, c. 170, sayı 7, ss. ITC49–ITC64, 2019.

- [104] K. L. Szuhany, & N. M. Simon, “Anxiety Disorders: A Review”, *JAMA*, c. 328, sayı 24, ss. 2431–2445, 2022.
- [105] J. Harro, “Animals, anxiety, and anxiety disorders: How to measure anxiety in rodents and why”, *Behavioural Brain Research*, c. 352, ss. 81–93, 2018.
- [106] L. M. Hilt, & S. D. Pollak, “Getting Out of Rumination: Comparison of Three Brief Interventions in a Sample of Youth”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, c. 40, ss. 1157–1165, 2012.
- [107] R. C. Bland, H. Orn, & S. C. Newman, “Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 338, ss. S24–S32, 1988.
- [108] M. G. Craske, M. B. Stein, T. C. Eley, M. R. Milad, A. Holmes, R. M. Rapee, & H-U. Wittchen, “Correction: Anxiety disorders”, *Nature Reviews Disease Primers*, c. 3, sayı 1, s. 1, 2017.
- [109] O. Karamustafalıoğlu, & B. Özçelik, *Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitimi Ders Notları*, 1. baskı, İstanbul: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2003.
- [110] R. D. Friedberg, & G. M. Brelsford, “Core principles in cognitive therapy with youth”, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, c. 20, ss. 369–378, 2011.
- [111] S. G. Hofmann, A. Asnaani, I. J. J. Vonk, et al., “The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses”, *Cognitive Therapy and Research*, c. 36, ss. 427–440, 2012.
- [112] M. Sajadi, K. Goudarzi, S. Khosravi, M. Farmahini-Farahani, & A. Mohammadbeig, “Benson's Relaxation Effect in Comparing to Systematic Desensitization on Anxiety of Female Nurses”, *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, c. 38, sayı 2, ss. 111–115, 2017.
- [113] K. Rajiah, & C. Saravanan, “The effectiveness of psychoeducation and systematic desensitization to reduce test anxiety”, *American Journal of Pharmaceutical Education*, c. 78, sayı 9, s. 163, 2014.
- [114] D. A. Hope, J. A. Burns, S. A. Hayes, et al., “Automatic Thoughts and Cognitive Restructuring in Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder”, *Cognitive Therapy and Research*, c. 34, ss. 1–12, 2010.

- [115] M. W. Otto, “Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Model, methods, and outcome”, *The Journal of Clinical Psychiatry*, c. 60, Suppl. 9, ss. 14–19, 1999.
- [116] C. Cackovic, S. Nazir, & R. Marwaha, “Panic Disorder”, 1. baskı, Florida, A.B.D.: StatPearls Publishing, 2022.
- [117] R. L. Spitzer, J. B. Williams, & A. E. Skodol, “DSM-III: The major achievements and an overview”, *The American Journal of Psychiatry*, c. 137, sayı 2, ss. 151–164, 1980.
- [118] J. M. Gorman, J. M. Ken, G. M. Sullivan, & J. D. Coplan, “Neuroanatomic hypothesis of panic disorder, revised”, *American Journal of Psychiatry*, c. 157, ss. 493–505, 2000.
- [119] A. Garakani, J. W. Murrough, R. C. Freire, et al., “Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options”, *Frontiers in Psychiatry*, c. 11, s. 595584, 2020.
- [120] E. Üngüren, “Beynin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Yapısının Kişilik ve Davranış Üzerindeki Etkisi”, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, ss. 193–214, 2015.
- [121] C. C. Strauss, & J. F. Todaro, “Separation Anxiety Disorder”, in *Handbook of Conceptualization and Treatment of Child Psychopathology*, ss. 151–173, Pergamon, 2001.
- [122] V. L. Krynski, “A Brief Review of Selective Mutism Literature”, *The Journal of Psychology*, c. 137, sayı 1, ss. 29–40, 2003.
- [123] M. Hultquist, “Selective mutism: Causes and interventions”, *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, c. 3, sayı 2, ss. 100–107, 1995.
- [124] A. H. C. Steinhausen, M. Wachter, K. Laimböck, & W. Metzke, “A long-term outcome study of selective mutism in childhood”, *Journal of Psychology and Psychiatry*, c. 47, sayı 7, ss. 751–756, 2006.
- [125] R. L. Bergman, J. Piacentini, & J. T. McCracken, “Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, c. 41, ss. 938–946, 2002.

- [126] K. Kumpulainen, “Phenomenology and treatment of selective mutism”, *CNS Drugs*, c. 16, ss. 175–180, 2002.
- [127] İ. Perçinel, & K. U. Yazıcı, “Okul Öncesi Dönem Selektif Mutizm Vakalarında Fluoksetin Tedavisi: İki Olgu Eşliğinde Tartışma”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, c. 21, sayı 2, ss. 123–130, 2014.
- [128] K. Manassis, “Silent suffering: Understanding and treating children with selective mutism”, *Expert Review of Neurotherapeutics*, c. 9, ss. 235–243, 2009.
- [129] G. J. Asmundson, S. Taylor, & J. A. Smits, “Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes”, *Depression and Anxiety*, c. 31, sayı 6, ss. 480–486, 2014.
- [130] J. Shin, D. H. Park, S. H. Ryu, J. H. Ha, S. M. Kim, & H. J. Jeon, “Clinical implications of agoraphobia in patients with panic disorder”, *Medicine*, c. 99, sayı 30, s. e21414, 2020.
- [131] S. Knappe, R. Lieb, K. Beesdo, L. Fehm, N. C. Low, A. T. Gloster, & H. U. Wittchen, “The role of parental psychopathology and family environment for social phobia”, *Depression and Anxiety*, c. 26, sayı 4, ss. 363–370, 2009.
- [132] C. K. Samra, T. J. Torrico, & S. Abdijadid, “Specific Phobia”, 1. baskı, Florida, A.B.D.: StatPearls Publishing, 2024.
- [133] T. Alkın, & E. Onur, “Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış”, E. Köroğlu & C. Güleç (Editörler), *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. baskı, ss. 296–304, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
- [134] G. Andrews, M. Creamer, R. Crino, C. Hunt, L. Lampe, & A. Page, *The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals*, 2. baskı., Cambridge: Cambridge University Press, 2002
- [135] K. Balaram, & R. Marwaha, “Agoraphobia”, 1. baskı, Florida, A.B.D.: StatPearls Publishing, 2022.
- [136] D. E. Hinton, V. Pich, L. Marques, A. Nickerson, & M. H. Pollack, “Khyâl attacks: A key idiom of distress among traumatized Cambodian refugees”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, c. 34, sayı 2, ss. 244–278, 2010.

- [137] M. R. Liebowitz, E. Salmán, C. M. Jusino, R. Garfinkel, L. Street, D. L. Cárdenas, & S. Davies, “Ataque de nervios and panic disorder”, *The American Journal of Psychiatry*, c. 151, sayı 6, ss. 871–875, 1994.
- [138] S. Mouchet-Mages, & F. J. Baylé, “Sadness as an integral part of depression”, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, c. 10, sayı 3, ss. 321–327, 2008.
- [139] A. Babaoğlu, & C. Mumcu, *Psikiyatri tarihi*, C. Mumcu (Editör.), ss. 56–95, İstanbul: Okuyan Us Yayınevi, 2002.
- [140] H. S. Carter, “Robert Burton and the anatomy of melancholy”, *Glasgow Medical Journal*, c. 35, sayı 8, ss. 202–212, 1954.
- [141] A. Y. Kafes, “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış”, *Humanistic Perspective*, c. 3, sayı 1, ss. 186–194, 2021.
- [142] E. Köroğlu, *Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?*, 5. baskı, Ankara: HYB Basım Yayın, 2017.
- [143] C. Güleç, “Toplum Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji”, Ç. Güler & L. Akın (Editörler), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (c. 3), ss. 1822–1827, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012.
- [144] R. E. Noble, “Depression in Women”, *Metabolism*, c. 54, Suppl. 1, ss. 49–52, 2005.
- [145] F. Helvacı Çelik, & Ç. Hocaoglu, “Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi”, *Çağdaş Tıp Dergisi*, c. 6, sayı 1, ss. 51–66, 2016.
- [146] E. Ersan, & E. Abay, “Depresyonun genetik nedenleri”, *Duygudurum Dizisi*, c. 6, ss. 277–282, 2001.
- [147] B. L. Elder, & V. Mosack, “Genetics of depression: An overview of the current science”, *Issues in Mental Health Nursing*, c. 32, sayı 4, ss. 192–202, 2011.
- [148] P. Holmans, M. Weissman, G. Zubenko, “Genetics of recurrent early-onset major depression: Final genome scan report”, *American Journal of Psychiatry*, c. 164, sayı 2, ss. 248–258, 2007.

- [149] D. Schulz, “Depression development: From lifestyle changes to motivational deficits”, *Behavioural Brain Research*, c. 395, s. 112845, 2020.
- [150] J. Couper, & E. Harari, “Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool”, *Australasian Psychiatry*, c. 12, sayı 4, ss. 365–368, 2004.
- [151] R. W. Lam, & H. Mok, *Depression*, 1. baskı, New York: Oxford University Press, 2008.
- [152] R. T. Reesal, & R. W. Lam, “Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders II: Principles of management”, *Canadian Journal of Psychiatry*, c. 46, Suppl. 1, ss. 21–28, 2001.
- [153] M. H. Trivedi, A. J. Rush, S. R. Wisniewski, A. A. Nierenberg, D. Warden, L. Ritz, & STARD Study Team, “Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D”, *American Journal of Psychiatry*, c. 163, sayı 1, ss. 28–40, 2006.
- [154] S. Subramanian, R. Lopez, C. F. Zorumski, & P. Cristancho, “Electroconvulsive therapy in treatment resistant depression”, *Journal of the Neurological Sciences*, c. 434, s. 120095, 2022.
- [155] A. Menegaz de Almeida, F. C. Aquino de Moraes, M. E. Cavalcanti Souza, J. H. Cavalcanti Orestes Cardoso, F. Tamashiro, C. Miranda, L. Fernandes, M. Kreuz, & F. Alves Kelly, “Bright Light Therapy for Nonseasonal Depressive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *JAMA Psychiatry*, c. 82, sayı 1, ss. 38–46, 2025.
- [156] O. E. Bogucki, J. R. Craner, S. L. Berg, S. J. Miller, M. K. Wolsey, K. T. Smyth, S. J. Sedivy, J. D. Mack, M. W. Johnson, L. M. Burke, M. W. Williams, D. J. Katzelnick, & C. N. Sawchuk, “Cognitive behavioral therapy for depressive disorders: Outcomes from a multi-state, multi-site primary care practice”, *Journal of Affective Disorders*, c. 294, ss. 745–752, 2021.
- [157] F. Santoft, E. Axelsson, L. G. Öst, M. Hedman-Lagerlöf, J. Fust, & E. Hedman-Lagerlöf, “Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis”, *Psychological Medicine*, c. 49, sayı 8, ss. 1266–1274, 2019.
- [158] J. M. Li, Y. Zhang, W. J. Su, L. L. Liu, H. Gong, W. Peng, & C. L. Jiang, “Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis”, *Psychiatry Research*, c. 268, ss. 243–250, 2018.

- [159] K. W. J. De Jonge-Heesen, S. P. A. Rasing, A. A. Vermulst, R. H. J. Scholte, K. M. van Ettekoven, R. C. M. E. Engels, & D. H. M. Creemers, “Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents”, *BMC Medicine*, c. 18, sayı 1, s. 188, 2020.
- [160] I. Caselli, M. Ielmini, A. Bellini, D. Zizolfi, & C. Callegari, “Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis”, *Journal of Affective Disorders*, c. 325, ss. 169–176, 2023.
- [161] A. K. Wittenborn, T. Liu, T. A. Ridenour, E. M. Lachmar, E. A. Mitchell, & R. B. Seedall, “Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression”, *Journal of Marital and Family Therapy*, c. 45, sayı 3, ss. 395–409, 2019.
- [162] N. Olchanski, M. McInnis Myers, M. Halseth, P. L. Cyr, L. Bockstedt, T. F. Goss, & R. H. Howland, “The economic burden of treatment-resistant depression”, *Clinical Therapeutics*, c. 35, sayı 4, ss. 512–522, 2013.
- [163] E. McIntosh, D. Gillanders, & S. Rodgers, “Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression”, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, c. 17, sayı 1, ss. 33–43, 2010.
- [164] R. C. Kessler, “Epidemiology of women and depression”, *Journal of Affective Disorders*, c. 74, sayı 1, ss. 5–13, 2003.
- [165] L. Lee, C. Casanueva, & S. L. Martin, “Depression among female family planning patients: Prevalence, risk factors, and use of mental health services”, *Journal of Women's Health*, c. 14, ss. 225–232, 2005.
- [166] E. Ross, B. Burström, & P. Saastamoinen, “A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden”, *Social Science & Medicine*, c. 60, ss. 2443–2451, 2005.
- [167] E. Işık, U. Işık, & Y. Taner, *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Ziraat Grup Matbaa, 2013.
- [168] E. Schramm, D. N. Klein, M. Elsaesser, T. A. Furukawa, & K. Domschke, “Review of dysthymia and persistent depressive disorder”, *The Lancet Psychiatry*, c. 7, sayı 9, ss. 801–812, 2020.

- [169] A. H. Weinberger, C. E. Pilver, R. A. Desai, C. M. Mazure, & S. A. McKee, “The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking”, *Drug and Alcohol Dependence*, c. 127, sayı 1–3, ss. 170–176, 2013.
- [170] M. Potegal, M. R. Kosorok, & R. J. Davidson, “Temper tantrums in young children: 2. Tantrum duration and temporal organization”, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, c. 24, sayı 3, ss. 148–154, 2003.
- [171] S. Hofmeister, & S. Bodden, “Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder”, *American Family Physician*, c. 94, sayı 3, ss. 236–240, 2016.
- [172] S. B. Quello, K. T. Brady, & S. C. Sonne, “Mood disorders and substance use disorder: A complex comorbidity”, *Science & Practice Perspectives*, c. 3, sayı 1, ss. 13–21, 2005.
- [173] A. T. Beck, N. Epstein, G. Brown, & R. A. Steer, “An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, c. 56, ss. 893–897, 1988.
- [174] M. Ulusoy, N. Şahin, & H. Erkmén, “Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties”, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, c. 12, ss. 163–172, 1998.
- [175] A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, & J. Erbaugh, “An inventory for measuring depression”, *Archives of General Psychiatry*, c. 4, ss. 561–571, 1961.
- [176] N. Hisli, “Validation of Beck Depression Inventory for University Students”, *Turkish Journal of Psychology*, c. 7, ss. 3–13, 1989.
- [177] C. Aydın, K. Mevlüt, & H. Peker, “Hayatın anlam ve amacı ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, c. 38, ss. 39–55, 2015.
- [178] R. Tennant, L. Hiller, R. Fishwick, S. Platt, S. Joseph, S. Weich, ... & S. Stewart-Brown, “The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation”, *Health and Quality of Life Outcomes*, c. 5, sayı 1, s. 50, 2007.

- [179] G. Keldal, “Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması”, *The Journal of Happiness & Well-Being*, c. 3, sayı 1, ss. 103–115, 2015.
- [180] C. D. Güss, M. L. Burger, & D. Dörner, “The Role of Motivation in Complex Problem Solving”, *Frontiers in Psychology*, c. 8, s. 851, 2017.
- [181] S. Vanhooren, “Struggling with meaninglessness: A case study from an experiential–existential perspective”, *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, c. 18, sayı 1, ss. 1–21, 2019.
- [182] J. Kim, E. Seto, W. E. Davis, & J. A. Hicks, “Positive and Existential Psychological Approaches to the Experience of Meaning in Life”, in *The Experience of Meaning in Life* (ss. 221–233), New York, ABD.: Springer, 2014.
- [183] K. C. Bronk, “The Role of Purpose in Optimal Human Functioning”, in *Purpose in Life*, ss. 47–68, Dordrecht, Hollanda: Springer, 2014.
- [184] L. A. King, & J. A. Hicks, “The Science of Meaning in Life”, *Annual Review of Psychology*, c. 72, ss. 561–584, 2021.
- [185] S. H. Haug, L. J. Danbolt, K. Kvigne, & V. DeMarinis, “Older people with incurable cancer: Existential meaning-making from a life-span perspective”, *Palliative & Supportive Care*, c. 14, sayı 1, ss. 20–32, 2016.
- [186] K. C. Bronk, P. L. Hill, D. K. Lapsley, T. L. Talib, & H. Finch, “Purpose, Hope, and Life Satisfaction in Three Age Groups”, *The Journal of Positive Psychology*, c. 4, sayı 6, ss. 500–510, 2009.
- [187] P. L. Hill, & N. A. Turiano, “Purpose in Life As A Predictor of Mortality Across Adulthood”, *Psychological Science*, c. 25, sayı 7, ss. 1482–1486, 2014.
- [188] J. Yager, & J. Kay, “Purpose in Life”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, c. 211, ss. 411–418, 2023.
- [189] A. L. Burrow, P. L. Hill, M. Stanley, & R. Sumner, “The role of purpose in the stress process: A homeostatic account”, *Journal of Research in Personality*, c. 108, s. 104444, 2024.

- [190] J. Dezutter, S. Casalin, A. Wachholtz, K. Luyckx, J. Hekking, & W. Vandewiele, “Meaning in life: An important factor for the psychological well-being of chronically ill patients?”, *Rehabilitation Psychology*, c. 58, sayı 4, ss. 334–341, 2013.
- [191] N. Czyżowska, & E. Gurba, “Enhancing Meaning in Life and Psychological Well-Being Among a European Cohort of Young Adults via a Gratitude Intervention”, *Frontiers in Psychology*, c. 12, s. 751081, 2022.
- [192] L. A. King, J. A. Hicks, J. L. Krull, & A. K. Del Gaiso, “Positive affect and the experience of meaning in life”, *Journal of Personality and Social Psychology*, c. 90, ss. 179–196, 2006.
- [193] M. J. Sirgy, “Effects of Goals on Wellbeing”, in *The Psychology of Quality of Life*, ss. 283–305, 2021.
- [194] P. V. AshaRani, D. Lai, J. Koh, & M. Subramaniam, “Purpose in Life in Older Adults: A Systematic Review on Conceptualization, Measures, and Determinants”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, c. 19, sayı 10, s. 5860, 2022.
- [195] R. Ishida, & M. Okada, “Effects of a firm purpose in life on anxiety and sympathetic nervous activity caused by emotional stress”, *Stress and Health*, c. 22, sayı 4, ss. 275–281, 2006.
- [196] G. N. Pfund, & N. A. Lewis, “Aging with purpose: Developmental changes and benefits of purpose in life throughout the lifespan”, P. L. Hill & M. Allemand (Editörler), *Personality and Healthy Aging in Adulthood*, ss. 27–42, Springer, 2020.
- [197] R. Best, A. Ogliore, P. Rule, & P. Hill, “Purpose promotes mental health for retirees, but they need to help finding it”, *Innovation in Aging*, c. 7, s. 1103, 2023.
- [198] B. D. Ostafin, I. Papenfuss, & J. Vervaeke, “Fear of the unknown as a mechanism of the inverse relation between life meaning and psychological distress”, *Anxiety, Stress, and Coping*, c. 35, sayı 4, ss. 379–394, 2022.
- [199] H. Korkmaz, & B. Güloğlu, “The role of uncertainty tolerance and meaning in life on depression and anxiety throughout Covid-19 pandemic”, *Personality and Individual Differences*, c. 179, s. 110952, 2021.

- [200] L. Zheng, S. Lippke, Y. Chen, D. Li, & Y. Gan, “Future orientation buffers depression in daily and specific stress”, *Psychology Journal*, c. 8, ss. 342–352, 2019.
- [201] Molero Jurado, M. D. M., Martos Martínez, Á., & Pérez-Fuentes, M. D. C., “Editorial: Variables involved in promoting psychological wellbeing and positive development during the life cycle”, *Frontiers in Public Health*, c. 11, ss. 122-130, 2023.
- [202] Hennecke, M., & Brandstätter, V., “Means, Ends, and Happiness: The Role of Goals for Subjective Well-Being”, ss. 235–251, 2017.
- [203] Nkyi, A. K., & Ninnoni, J. P. K., “Purpose in life, loneliness and depression among patients with substance use disorders in the psychiatric hospitals in Ghana”, *Plos One*, c. 19, 2024.
- [204] Lewis, N. A., & Hill, P. L., “Sense of Purpose Promotes Resilience to Cognitive Deficits Attributable to Depressive Symptoms”, *Frontiers in Psychology*, c. 12, s. 698109, 2021.
- [205] Phillips, A. C., Carroll, D., & Der, G., “Negative life events and symptoms of depression and anxiety: Stress causation and/or stress generation”, *Anxiety, Stress & Coping*, c. 28, ss. 357–371, 2015.
- [206] Alena, S., “How to Work with Hope in Patients with Advanced Cancer”, *Klinicka Onkologie*, c. 33, Suppl. 2, ss. 134–137, 2020.
- [207] Cunningham, S., Gunn, T., Alladin, A., & Cawthorpe, D., “Anxiety, depression and hopelessness in adolescents: a structural equation model”, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, c. 17, sayı 3, ss. 137–144, 2008.
- [208] Lyu, D., & Gai, X., “Purpose Orientation and Its Protective Effect on Self-Esteem Among Chinese Depressive Patients: A Comparative Study”, *Psychology Research and Behavior Management*, c. 16, ss. 5197-5207, 2023.
- [209] Echeverria, I. et al., “Purpose in Life and Character Strengths as Predictors of Health Sciences Students’ Psychopathology During the COVID-19 Pandemic”, *Frontiers in Psychiatry*, c. 13, 2022.

- [210] George, D. R., & Whitehouse, P. J., “Building toward population reserve and a critical positive psychiatry”, *International Psychogeriatrics*, c. 34, ss. 1019–1022, 2022.
- [211] Pfund, G. N., Hill, P. L., & Olaru, G., “Reciprocal associations between sense of purpose and subjective well-being in old age”, *European Journal of Personality*, 3. Baskı, c. 38, ss. 391–404, 2023.
- [212] Randall, N. et al., “Understanding the Connection Among Ikigai, Well-Being, and Home Robot Acceptance in Japanese Older Adults: Mixed Methods Study”, *JMIR Aging*, c. 6, 2023.
- [213] Leigh, E., Chiu, K., & Clark, D. M., “Is concentration an indirect link between social anxiety and educational achievement in adolescents”, *Plos One*, c. 16, sayı 5, 2021.
- [214] Chlapecka, A. et al., “Educational attainment and anxiety in middle-aged and older Europeans”, *Scientific Reports*, c. 13, s. 13314, 2023.
- [215] Perline, D. et al., “Evaluating the causal relationship between educational attainment and mental health”, *European Neuropsychopharmacology*, c. 75, s. S19, 2023.
- [216] Li, Y. et al., “The Relationship between Meaning in Life and Depression among Chinese Junior High School Students”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, c. 20, sayı 4, s. 3041, 2023.
- [217] Balatif, R., “Depression and Its Impact on Various Aspects of Life – A Narrative Review”, *Current Psychiatry Research and Review*, c. 19, 2023.
- [218] Goldfarb, M. R. et al., “Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments”, *Sexual and Relationship Therapy*, c. 22, sayı 1, ss. 109–126, 2007.
- [219] Sun, Y., “The Effects of Poverty on Mental Health and Interventions”, *SHS Web of Conferences*, c. 157, ss. 01022–01022, 2023.
- [220] Durak, M., Şenol-Durak, E., & Karaköse, S., “Psychological Distress and Anxiety among Housewives”, *Current Psychology*, c. 42, ss. 14517–14528, 2022.

- [221] Bhat, M. A., & Joshi, J., “Impact of Unemployment on the Mental Health of Youth in the Kashmir Valley”, *Journal of Psychology & Psychotherapy*, c. 10, ss. 1–7, 2020.
- [222] Sanne, B. et al., “Occupational Differences in Levels of Anxiety and Depression: The Hordaland Health Study”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, c. 45, sayı 6, ss. 628–638, 2003.
- [223] Simard, A. A. P. et al., “Job Satisfaction and Psychological Distress among Help-Seeking Men: Does Meaning in Life Play a Role?”, *Behavioral Sciences*, c. 12, sayı 3, s. 58, 2022.
- [224] Hill, P. L. et al., “The value of a purposeful life: Sense of purpose predicts greater income and net worth”, *Journal of Research in Personality*, c. 65, ss. 38–42, 2016.
- [225] Zare, H. et al., “How Income and Income Inequality Drive Depressive Symptoms in U.S. Adults”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, c. 19, sayı 10, s. 6227, 2022.
- [226] Liu, G. et al., “The higher the household income, the lower the possibility of depression and anxiety disorder”, *Frontiers in Psychiatry*, c. 14, s. 1264174, 2023.
- [227] Jalil, M. F., & Ali, A., “The influence of meaningful work on the mental health of SME employees in the COVID-19 era”, *BMC Public Health*, c. 23, s. 2435, 2023.
- [228] Dijkstra-Kersten, S. M. et al., “Associations of financial strain and income with depressive and anxiety disorders”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, c. 69, sayı 7, ss. 660–665, 2015.
- [229] Morimoto, Y., “Purpose in life and tobacco use among community-dwelling mothers of early adolescents”, *BMJ Open*, c. 8, sayı 4, s. e020586, 2018.
- [230] Lappan, S., “Longitudinal and Reciprocal Relationships Between Psychological Well-Being and Smoking”, *Nicotine & Tobacco Research*, c. 22, sayı 1, ss. 18–23, 2020.
- [231] Taylor, G. M. J. et al., “Addressing concerns about smoking cessation and mental health”, *BJPsych Advances*, c. 27, sayı 2, ss. 85–95, 2021.

- [232] Leventhal, A. M., & Zvolensky, M. J., “Anxiety, depression, and cigarette smoking: a transdiagnostic vulnerability framework”, *Psychological Bulletin*, c. 141, sayı 1, ss. 176–212, 2015.
- [233] Mallya, A., Koppad, R., & Kumar, P., “Depression, anxiety, and stress among urban and rural adolescents in Shivamogga, Karnataka”, *F1000Research*, c. 12, s. 1583, 2024.
- [234] Romans, S., Cohen, M., & Forte, T., “Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, c. 46, sayı 7, ss. 567–575, 2011.



7. EKLER

7.1. EK 1: ETİK KURUL KARAR FORMU

7.1.1. Etik Kurul Karar Formu-1

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Amaca Sahip Olmanın Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon ile İlişkisi
TITLE OF STUDY	The Relationship of Having a Purpose to Anxiety Disorders and Depression

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Ahmet ATAÖĞLU			
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Büşra Bahar ÇOKYAMAN, Prof.Dr.Handan ANKARALI			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
Diğer ise belirtiniz ****				
	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı Adı Soyadı: Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY
İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

7.1.2. Etik Kurul Karar Formu-2

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Amaca Sahip Olmanın Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon ile İlişkisi						
TITLE OF STUDY	The Relationship of Having a Purpose to Anxiety Disorders and Depression						
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/245	Tarih: 06.12.2021					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Selmin KARADEMİR	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Şükrü ÖKSÜZ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. Mehmet ARICAN	Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr. Atilla ÖNMEZ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr. Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Dr.Öğr.Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Aile Hekimliği	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Öğr. Gör. Şerife YILMAZ	Hemşirelik Tarihi ve Etik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

Unvanı :Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY

İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

7.2. EK 2: ÖLÇEKLER

7.2.1. Sosyodemografik Özellikler Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

- CİNSİYETİ: KADIN ERKEK
- YAŞI:
- KARDEŞ SAYISI:
- EĞİTİM SEVİYESİ:
- MEDENİ HALİ: EVLİ BEKAR DUL
- MESLEK:
- YAŞADIĞI YER: KENTSEL KIRSAL
- Aylık ortalama gelirin bireye göre algısı: İYİ ORTA KÖTÜ
- SİGARA: var/yok ALKOL : var/yok MADDE : var/yok
- Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik yardım aldınız mı ? : evet / hayır
- Geçmişte kendinize bir amaç oluşturabildiniz mi? : evet / hayır
- Yukarıdaki sorunun cevabı Evet ise, bu amacın hayatınızdaki önemini 1-10 arasında analog skala üzerinde gösteriniz



7.2.2. Beck Depresyon Envanteri

7.2.2.1 Beck Depresyon Envanteri -1

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1- 0. Üzgün ve sıkıntılı değilim.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızgıyım.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
2. Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
3. Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.
- 8- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- 0. İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabiliyordum şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10- 0. Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay canı sıkılıyor ve kızıyorum.
2. Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
3. Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

7.2.2.2 Beck Depresyon Envanteri -2

- 11- 0. Başkaları ile görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
1. Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
2. Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
3. Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12- 0. Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13- 0. Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
1. Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
2. Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- 0. Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum
1. Her zaman yaptığım işler gözümde büyüyor.
2. Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
3. Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15- 0. Uykum her zamanki gibi.
1. Eskisi gibi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay uykuya dalamıyorum.
3. Sabahları çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- 0. Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
1. Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
2. Her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. Eskisinden daha iştahsızım.
2. İştahım çok azaldı.
3. Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18- 0. Son zamanlarda zayıflamadım.
1. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.
2. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.
3. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.
- 19- 0. Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
1. Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor
2. Sağlığım bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
3. Sağlığım kafama o kadar takılıyor ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20- 0. Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok
1. Eskisine oranla sekse ilgim az.
2. Cinsel isteğim çok azaldı.
3. Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21- 0. Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
1. Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğini düşünüyorum.
2. Cezamı çekmeyi bekliyorum.
3. Şu an cezamı bulmuşum gibi geliyor.

7.2.3. Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği

YÖNERGE: Lütfen aşağıda ifade edilen yargı seçeneklerine katılım düzeylerinden sizin için <u>en uygun</u> olan seçeneği, altındaki kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz.		1. Kesinlikle Katılmıyorum	2. Katılmıyorum	3. Karasızım	4. Katılıyorum	5. Kesinlikle Katılıyorum
1	Hayatın mutlaka bir anlam ve amacı vardır.					
2	Faydalı bir şeyler üretmekten çok hoşlanırım.					
3	Hayatı arkadaşlarımla paylaşmaktan çok hoşlanırım.					
4	Çoğu zaman anlamsız ve boş bir hayata sahip olduğumu düşünürüm.					
5	Yapmaktan zevk aldığım pek çok uğraşım vardır.					
6	Hayatta arzuladığım amaçlarıma ulaşmada başarılıyım.					
7	Değerlerim ve inançlarım doğrultusunda hareket etmeye çalışırım.					
8	Ruhsal bir boşluk içerisindeyim ve hayattan tat alamıyorum.					
9	Yaşadığım sıkıntılara rağmen zorluklarla mücadele etmekten vazgeçmiyorum.					
10	Çoğu zaman her şeye karşı bıkkınlık duyuyorum.					
11	Hayatımda her zaman bir anlam ve yaşamak için bir neden bulurum.					
12	Umut ve heyecanla geleceğe bakarım.					
13	Yaşadığım dünyada iyiye ve güzele dair pek bir şey bulamıyorum.					
14	Beni hayata bağlayan pek bir amacım yoktur.					
15	Hayatın sıkıntılarına karşı mücadele etmenin yaşamıma anlam kattığını düşünüyorum.					
16	Geleceğimi pek parlak göremiyorum, umutsuzum.					
17	Hala yapmak ve başarmak istediğim şeyler vardır.					

7.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
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. Titreklik				
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 (sıcaklığa bağlı olmayan)				

7.2.5. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Gelecekle ilgili iyimserim.	1	2	3	4	5
2. Kendimi işe yarar (faydalı) hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Diğer insanlara karşı ilgiliyim.	1	2	3	4	5
5. Farklı işlere zaman ayırabilecek enerjim var.	1	2	3	4	5
6. Sorunlarla iyi bir şekilde başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5
7. Açık ve net bir biçimde düşünebiliyorum.	1	2	3	4	5
8. Kendimden memnunum.	1	2	3	4	5
9. Kendimi diğer insanlara yakın hissediyorum.	1	2	3	4	5
10. Kendime güveniyorum.	1	2	3	4	5
11. Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum.	1	2	3	4	5
12. Sevdiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Yeni şeylere karşı ilgiliyim.	1	2	3	4	5
14. Neşeli hissediyorum.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Buşra Bahar ÇOKYAMAN

Yabancı Dili : İngilizce

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Doktora	Klinik Psikoloji	Düzce Üniversitesi	2025
Y. Lisans	Klinik Psikoloji	Düzce Üniversitesi	2019
Lisans	Psikoloji	Ufuk Üniversitesi	2016