



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KİŞİSEL VE AİLESEL İŞLEVSELLİĞİN DEPRESYON-ANKSİYETE RİSKİNE ETKİSİ

**Dr. Selin KIZILGÖK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR**

ADANA-2018



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KİŞİSEL VE AİLESEL İŞLEVSELLİĞİN DEPRESYON-ANKSİYETE RİSKİNE ETKİSİ

**Dr. Selin KIZILGÖK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR**

**Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-
2017-8030 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ADANA-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bilimsel ve manevi desteğini gördüğüm, tez çalışmam boyunca göstermiş olduğu anlayış ve hoşgörü için değerli danışman hocam Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e,

Asistanlığım boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, destek ve yardımlarını daima hissettiğim, eğitimimde büyük emekleri olan Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Esra Saatçı, Prof. Dr. Ersin Akpınar, Doç. Dr. Sevgi Özcan ve Doç. Dr. Hatice Kurdak'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili asistan arkadaşlarıma ve bölüm personeline, tezimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Ayşe Nur Topuz ve Ezgi Özen'e

Projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu'na,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatım boyunca sürekli yanımda olan, sevgi ve desteklerini her daim yakından hissettiğim canım annem, babam ve kardeşlerime,

Her zaman sevgisini ve desteğini yanımda hissettiğim sevgili eşim Bahattin Kızılçök'e

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Selin KIZILGÖK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kişisel İşlevsellik ve Sosyal Destek.....	3
2.1.1. Sosyal Atom	3
2.2. Ailesel İşlevsellik	4
2.2.1. Aile Apgarı	5
2.3. Depresyon	7
2.3.1. Tarihçesi	7
2.3.2. Tanımı.....	8
2.3.3. Epidemiyolojisi.....	9
2.3.4. Etyopatogenez	10
2.3.4.1. Genetik Faktörler	10
2.3.4.2. Biyolojik Faktörler.....	11
2.3.4.3. Psikososyal Faktörler	12
2.3.5. Risk Faktörleri	12
2.3.5.1. Yaş	12
2.3.5.2. Cinsiyet	13
2.3.5.3. İrk ve Etnik Grup	13
2.3.5.4. Medeni Durum	13
2.3.5.5. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları	13
2.3.5.6. Çocukluk Dönemi Yaşantıları	13
2.3.5.7. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri	14
2.3.5.8. Sosyoekonomik Durum	14

2.3.6. Belirtileri.....	14
2.3.6.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış	14
2.3.6.2. Konuşma ve İlişki Kurma	14
2.3.6.3. Duygulanım	15
2.3.6.4. Bilişsel Yetiler	15
2.3.6.5. Düşünce Süreci ve İçeriği	15
2.3.6.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler	16
2.3.7. Tanı.....	16
2.3.8. Depresyonu Açıklayan Kuramlar	17
2.3.8.1. Psikoanalitik Kuram	17
2.3.8.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı	17
2.3.8.3. Beck'in Bilişsel Kuramı.....	18
2.4. Anksiyete.....	18
2.4.1. Tarihçesi	20
2.4.2. Epidemiyoloji	21
2.4.3. Etyolojisi.....	21
2.4.3.1. Psikolojik Teoriler	21
2.4.3.2. Biyolojik Teoriler	21
2.4.3.3. Genetik Teoriler	22
2.4.3.4. Nörotransmitterler.....	22
2.4.4. Tanı.....	23
2.4.5. Belirtileri.....	24
2.4.6. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar	25
2.4.6.1. Psikanalitik Yaklaşım	25
2.4.6.2. Bilişsel Kuram	25
2.4.6.3. Öğrenme Kuramları	26
2.5. Üniversite Yaşamı ve Uyum	26
2.6. Kişisel ve Ailesel İşlevselik, Depresyon ve Anksiyete	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Evren ve Örneklem Seçimi	28
3.2. Gerekli İzinlerin Alınması.....	28
3.3. Veri Toplama Araçları	28

3.3.1. Aile APGAR Ölçeği	28
3.3.2. Sosyal Atom Ölçeği	29
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği	29
3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği	30
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Verilerin Kodlanması ve Bilgisayar Ortamına Aktarılması	31
3.6. Verilerin Analizi	31
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
6.1. Sonuçlar	56
6.2. Öneriler	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	72
8.1. Ek 1. Etik Kurul Onayı	72
8.2. Ek 2. Proje Bilgi Formu	73
9. ÖZGEÇMİŞ	81

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 1. Katılımcıların yaş ve cinsiyete göre dağılımları	36
Tablo 2. Katılımcıların anne ve baba eğitim durumları	37
Tablo 3. Katılımcıların anne ve baba meslekleri (n=383).....	37
Tablo 4. Katılımcıların aile özellikleri (n=383)	38
Tablo 5. Katılımcıların aile aylık gelirleri ve bunun kendilerine ait bütçe ile ilişkisi	38
Tablo 6. Katılımcıların yaşadığı yerin özellikleri (n=383)	39
Tablo 7. Katılımcıların kendisinde ve ailelerindeki kronik hastalık ve engellilik durumu (n=383)	39
Tablo 8. Katılımcıların antropometrik ölçümleri	40
Tablo 9. Depresyon, anksiyete duygudurumlarının ve aile apgar puanlamasının cinsiyete göre dağılımı	41
Tablo 10. Katılımcıların sosyal atom puanlarının cinsiyete göre dağılımı	41
Tablo 11. Katılımcıların aile yapısı ve ebeveyn durumunun aile apgar puanı ile ilişkisi	42
Tablo 12. Katılımcıların yaşadıkları yerlerin aile apgar puanı ile ilişkisi	42
Tablo 13. Katılımcıların sosyal atom puanları ile aile apgar puanı ilişkisi	43
Tablo 14. Katılımcıların aile özelliklerinin depresyonla ilişkisi	43
Tablo 15. Katılımcıların aile apgar puanları ile depresyon duygudurumu ilişkisi	44
Tablo 16. Katılımcıların sosyal atom puanları ile depresyon duygudurumu ilişkisi.....	44
Tablo 17. Katılımcıların eğitim gördükleri alanlara göre depresyon duygudurum düzeyleri	44
Tablo 18. Katılımcıların yaşadıkları yerler ile depresyon duygudurumu ilişkisi	45
Tablo 19. Bağımsız sürekli değişkenlerin depresyon bağımlı değişkeni ile ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 20. Katılımcıların aile yapısı ile anksiyete düzeyleri ilişkisi	46
Tablo 21. Katılımcıların aile apgar puanları ile anksiyete düzeyleri ilişkisi	47
Tablo 22. Katılımcıların sosyal atom puanları ile anksiyete düzeyleri ilişkisi.....	47
Tablo 23. Katılımcıların eğitim gördükleri alanlara göre anksiyete düzeyleri.....	48
Tablo 24. Katılımcıların yaşadıkları yerler ile anksiyete düzeyleri ilişkisi.....	48
Tablo 25. Bağımsız sürekli değişkenlerin anksiyete bağımlı değişkeni ile ortalamalarının karşılaştırılması	49

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Çukurova Üniversitesi birinci sınıf öğrencileri, örneklemimizi oluşturan ve anketimize katılan öğrenci sayıları	32
Şekil 2. Örneklemimizi oluşturan öğrencilerin eğitim alanlarına göre dağılımı	33
Şekil 3. Sağlık bilimleri alanında eğitim gören katılımcılarımızın dağılımı	33
Şekil 4. Fen bilimleri alanında eğitim gören katılımcılarımızın dağılımı	34
Şekil 5. Sosyal bilimler alanında eğitim gören katılımcılarımızın dağılımı	35
Şekil 6. Katılımcılarımızın cinsiyete göre dağılımı	36



KISALTMALAR LİSTESİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ÖZET

Üniversite Öğrencilerinde Kişisel ve Ailesel İşlevselliğin Depresyon-Anksiyete Riskine Etkisi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada üniversite birinci sınıf öğrencilerinde kişisel ve ailesel işlevselliğin belirlenmesi ve depresyon anksiyete riskine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız üniversite birinci sınıf öğrencilerinden, örnekleme çıkan ve gönüllü olan 383 katılımcı ile yapılmıştır. (197 kadın, 186 erkek, yaş ortalaması $19,8 \pm 1,7$) Katılımcıların sosyal işlevselliği sosyal atom ölçeği, ailesel işlevselliği aile apgar ölçeği, depresyon duygudurumu Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve anksiyete duygudurumu Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ile belirlendi.

Bulgular: Katılımcılarımızın % 51,4'ü kadın, % 48,6'sı erkektir. Ortalama BDÖ puanı $13,5 \pm 8,0$ 'dır. BDÖ'ye göre % 72,6'sı normal, % 27,4'ü depresif duygu durumunda olduğu belirlenmiştir. BAÖ'ye göre % 35,8'i hafif, % 21,9'u orta ve % 15,7'si şiddetli düzeyde anksiyete olduğu belirlenmiştir. Depresif duygu durumunun kadınlarda, parçalanmış ailelerde, ailesel işlevselliğin düşük olduğu kişilerde anlamlı olarak daha çok görüldüğü ortaya konmuştur (sırasıyla $p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,001$). Sosyal atom puanları ile depresyon duygu durumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Sosyal atom anne ve baba puan ortalamaları ile depresyon duygu durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (sırasıyla $p < 0,05$, $p < 0,01$) Anksiyetenin kadınlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur. ($p < 0,01$) Anksiyete düzeyleri arttıkça sosyal atom genel toplam puan ortalamalarının düştüğü gözlenmiştir. ($p < 0,05$)

Sonuç: Üniversite öğrencilerinde depresyon ve anksiyete duygu durumunun görülme sıklığının azalması, ailesel ve kişisel işlevselliğin artırılmasıyla mümkün olabileceği düşünülmektedir. Aile hekimlerine düşen en büyük sorumluluk hem kişisel hem de ailesel işlevselliğin artırılmasına yönelik yaklaşımlarda bulunmaktır.

Anahtar kelimeler: Sosyal atom, aile apgarı, anksiyete, depresyon

ABSTRACT

The Effect of Individual and Familial Functionality on Depression-Anxiety Risk in University Students

Introduction and Objective: The objective of this study is to determine the individual and familial functionality in first class students and its effect on depression-anxiety risk.

Material and Method: Our study was made on 383 volunteering participants with sampling among first class students. (197 female and 186 male, average age 19.8 ± 1.7) Social functionality of the participants was determined with social atom scale, family functionality apgar scale, depression mood Beck depression scale (BDS) and anxiety mood Beck anxiety scale (BAS).

Findings: 51.4% of our participants were female and 48.6% were male. Average BDS scale was 13.5 ± 8.0 . According to BDS, 72.6% had normal and 27.4% had depressive mood. According to BAS, 35.8% had a low, 21.9% had average and 15.7% had severe level of anxiety. It was stated that depressive mood was observed significantly more in females, shattered families and individuals with low familial functionality ($p < 0.05$, $p < 0.05$, $p < 0.001$ in order). A significant relation couldn't be detected between social atom scores and depression mood. There was a significant relation between social atom mean parent scores and depression mood. ($p < 0.05$ and $p < 0.01$ in order) Anxiety was observed more in females. ($p < 0.01$) Mean social general total score decreased as the anxiety levels increased. ($p < 0.05$)

Result: It is considered that depression and anxiety mood prevalence in university students can be decreased by increasing familial and individual functionality. The greatest responsibility of primary care physicians is to make approaches to increase both personal and familial functionality.

Keywords: Social atom, family APGAR, anxiety, depression

1. GİRİŞ

Depresyon, bireyin kendisini yetersiz hissettiği, iştahında artış ya da azalmaya sebep olduğu, yorgunluk, ağlama nöbetleri, olumsuz algı, uyku problemleri, umutsuzluk ve intihar düşüncesi gibi belirtilerle kendisini gösteren bir bozukluktur. Depresyon tanısının konulabilmesi için belirtilerin en az birkaçının, iki haftadan uzun sürmesi gerekmektedir. Bu belirtilerin uzun süre devam etmesi durumunda iş, okul, aile ve sosyal hayatta bozulmalara sebep olmakla birlikte işlevselliği de önemli ölçüde etkilemektedir (1) (2).

Dünya Sağlık Örgütü 2008 verilerine göre, depresyon 2030 yılında dünya çapında, yaygın, hastalık yükünün önde gelen küresel sağlık problemi haline geleceği öngörülmektedir (3).

Anksiyete, açıkça ayırt edilebilir bir uyarana ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile ortaya çıkan bir duygusal durumdur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir belirtidir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, takipne, boğuluyormuş gibi hissetme, taşikardi, ellerde ve ayaklarda tremor, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtiler gösterebilir (4).

Amerikan Ulusal Eşitlik Çalışması verilerine göre yaşam boyu sıklık kadınlarda % 30,5 iken erkeklerde % 19,2'dir (5).

Türk toplumunun kolektivistik yapısı itibarıyla, aile ve akrabalık bağlarının önemli oluşu ve bireyin bir topluluk içerisinde var olabilmesi ve gruplara aidiyetin önemli oluşunun ailenin işlevselliğinin çocuk ve ergenlerin iyilik hali ve psikososyal gelişimi anlamında ne ölçüde önemli olduğunu açıklayan toplumsal bir yapının olduğunu göstermektedir (6).

Moreno'ya (1951; 1960) göre bir ifadeyle sosyal evrenin en küçük birimi, kişi değil, sosyal atom olarak tanımlanmaktadır. Demokritos'un "daha fazla bölünemeyen en küçük birimi" ifade etmek için kullandığı "atomos" kavramını Moreno, sosyal ilişkiler örüntüsünün en küçük birimini tanımlamak için kullanmıştır. Bir kişinin sosyal atomunun, merkezinde bu kişinin bulunduğu, çevresine ise kendisi için önemli olan kişilerin önem sırasına göre yerleştiği düşünülür (7).

Çalışmamızın amacı üniversite birinci sınıf öğrencilerinde sosyal atom ile ortaya konan kişisel işlevsellik, aile apgarı ile ortaya konan ailesel işlevselliğin depresyon ve anksiyete riskine olan etkisini araştırmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kişisel İşlevsellik ve Sosyal Destek

İnsan sosyal bir varlık olup çevresindeki diğer insanlara bağımlı olarak dünyaya gelir, farklı sosyal yapılar içerisinde sevmeye, desteklenmeye ve mutlu olmaya ihtiyaç duyar (8).

Gençlik dönemi, bireyin biyolojik ve psikososyal değişimlerle çocukluktan yetişkinliğe geçtiği bir süreçtir. Bu dönemde bir sosyal çevreden ve bu çevredeki bireylerle kurulan ilişkilerden sağlanan sosyal destek, bireyin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkilere sahip olmaktadır (9). Öğrencilerin en önemli sosyal destek kaynaklarını, aileleri ve arkadaşları oluşturmaktadır. Aile ve arkadaşlarından yeterli desteği alan öğrencilerin sorunlarının büyümeden çözülebildiği görülmüştür (10).

Sosyal destek, bireyin ihtiyacı olduğu takdirde çevresindeki kişilerin yardımı hazır olması her durumda bireyi desteklemesi anlamına gelmektedir (11). Sosyal destek fiziksel ve ruh sağlığına yönelik tehlikelere karşı koruyucu bir rol oynamaktadır. Bireyin sahip olduğu sosyal destek kaynakları stres verici yaşam olaylarının etkilerini azaltarak fiziksel ve psikolojik hastalık riskini ortadan kaldırmaktadır (12).

Bireyin ruh sağlığı bakımının sağlanabilmesi için; aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destek kaynaklarından yararlanılmalıdır (13) (14).

2.1.1. Sosyal Atom

Moreno'ya göre bir kişinin sosyal atomu, bu kişiyi duygusal, sosyal ve kültürel açıdan etkileyen, onun için önemli olan kişiler topluluğudur. Moreno'ya göre (1951 ve 1960) bir ifadeyle sosyal evrenin en küçük birimi, kişi değil, sosyal atomdur. Demokritos'un "daha fazla bölünemeyen en küçük birimi" ifade etmek için kullandığı "atomos" kavramını Moreno, sosyal ilişkiler örüntüsünün en küçük birimini tanımlamak için kullanmıştır (15).

Sosyal atom, hem bir grup tekniği olarak, hem de bir eylem tekniği olarak kullanılabilir. Yani sosyal atomları, hem ölçmek örneğin kağıt kalem testiyle ölçmek hem de psikodramada gözlemek mümkündür (7).

Sosyal atom, genellikle psikodramada bir dramatizasyon tekniği olarak kullanılır. Bir psikodrama oturumunun ısınma aşamasında üyeler ya da yöneticinin gerek görmesi halinde baş-oyuncular sosyal atomlarını sergilerler. Sosyal atomunu ortaya koyacak birey, sahnenin ortasında durur; bu nokta onun sosyal atomunun merkezi, yani kendisidir. Bu üye, daha sonra, yaşamında kendisi için önemli olan kişileri (anne, baba, arkadaş gibi) bu merkezin etrafına, önemli olanları daha yakına almak üzere yerleştirmeye başlar. Bu yerleştirme sırasında her bir yakınıni sembolize etmek üzere grup üyelerinden birisini görevlendirir. Yardımcı oyuncu rolünü üstlenen bu üyelerin, hangi uzaklıkta ve hangi pozisyonda duracaklarına merkezdeki baş oyuncu karar verir (16).

Kişilerin sosyal atomlarına yeni isimler eklenebileceği gibi, bazen de bazı isimler atomun dışına çıkabilir. Bir sosyal atomdaki isimlerin eksilmesi, o atomu fakirleştirir (7).

Kişilerin sosyal atomları dinamik bir yapıya sahiptir, yaşam boyunca pek çok defa değişebilir. Sosyal atomların yapılarını değiştirme ve aralarında denge sağlama eğilimlerine sosyostazis adı verilir (17) (18).

İlgili yayınlarda üç tür sosyal atom tanımlanmaktadır. Bunlar, kollektif atomlar, bireysel atomlar, psikolojik atomlardır (19). Aslında bir bireyin bu üç tür atoma ayrı ayrı sahip olması söz konusu değildir; üçü birlikte, iç içe geçmiş şekildedir. Apartman ya da mahalle komşuları ya da belediye otobüslerinde sıklıkla karşılaşılan kimseler bir birey için tanıdık sayılırlar. Bir kişinin tanıdıkları, onun kollektif atomunu oluşturur. Atom sahibinin yakın ilişki kurabileceği, ancak henüz kurmamış olduğu kişiler bireysel atomunu oluştururlar. Çok yakın olarak tanımlamalar hariç olmak üzere dostlar, arkadaşlar sosyal atomun bu kesimini oluştururlar. Atom sahibinin karşılıklı olarak çok yakın ilişki kurduğu kimseler psikolojik atomunu oluştururlar. Bu gruba giren kişiler, atom sahibinin aile üyeleri ve çok yakın arkadaşları olabilir (7).

2.2. Ailesel İşlevsellik

Dünya Sağlık Örgütü aileyi sağlık ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmen şeklinde tanımlamaktadır (20).

Bireyin içinde doğduğu, büyüdüğü çevrenin özellikleri ile çevresindeki kişilerle ilişkileri ve deneyimleri çeşitli yönlerden gelişimini etkilemektedir. Olumlu ve olumsuz

çevre koşulları bireyin gelişimini birçok yönden etki edebilmektedir. Bireyin yakın çevresi ile ilişkileri onun yaşamı ve kendisini algılamasını şekillendirmektedir. Çocukların aile içinde gelişimini etkileyen çocuklarla anne babalar arasındaki ilişkiler, çocuğun içinde doğup büyüdüğü aile ortamı, anne ve babaların kendi aralarındaki ilişkiler, çocuğun beklentilerine uygun bir çocuk olup olmaması, çocuk sayısı, çocuğun cinsiyeti ve karakteristik özellikleri, ailenin sosyoekonomik durumu ve kültürel özellikler gibi pek çok faktör bulunmaktadır (21). Çocuğun hayatının başlangıcından itibaren ilk iletişim içerisine girdiği kişiler, anne ve babasıdır. Doğumla başlayan bu iletişim hayatı boyunca sürer. Anne ve babalar, farklı yönde etkilerle çocuklarının kişiliklerinin oluşmasında rol oynayan en etkili kişilerdir (22).

Kişilik gelişiminin büyük ölçüde biçimlendiği çocukluk yıllarında anne babaların çocuklarına karşı uyguladıkları tutumlar önem kazanmaktadır (23). Bireyin dengeli ve uyumlu kişiliğe sahip olması, yetiştiği ailenin özellikleri ile sıkı ilişki içerisinde. Bu sebepten dolayı anne ve baba tutumları bireyin sosyal ve psikolojik olarak gelişmesine etkisi olan en önemli unsurlardandır (24).

Genel aile işlevselliği, kohezyon, uyum ve çatışma çözme becerisini kapsamaktadır. Bu özellikler çocuğun deneyimlerini, seçimlerini ve duygusal gelişimini önemli ölçüde etkilemektedir (25).

Aile terapisi girişimlerinde ve araştırmalarında kullanılan pek çok geçerli araç-gereç fazlasıyla uzundur veya ileri derecede kodlama gerektirmektedir. Bazı hekimler, rutin hasta görüşmesinin bir parçası olarak veya kapsamlı sağlık değerlendirmesinde tarama amacıyla kısa değerlendirme araçlarını kullanmayı seçebilirler (26). Aile apgarı aile desteği, iletişim ve aktivite paylaşımı hakkındaki memnuniyeti ölçer (27). Aile halkası hastaların yaşamlarındaki önemli insanları ve olaylar-içerikleri halkalar çizerek tanımladıkları bir tekniktir (28). PRACTICE hastalar veya aileleri ile görüşmelere rehberlik etmenin kısaltılmış tanımıdır. Problemin sunumu (P), roller (R), duygudurum (A), iletişim paternleri (C), aile yaşam döngüsünde zaman (T), hastalık öyküsü (I), stresle başa çıkma (C), ekoloji ve kültürü (E) temsil eder (29).

2.2.1. Aile Apgarı

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu'na göre, "Aile, kan bağıllığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde

yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel toplumsal birimdir” (30). Dünya Sağlık Örgütü aileyi “sağlığın ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmen” olarak tanımlamaktadır (31) (32).

Yapısı ve fonksiyonundaki hızlı toplumsal değişikliklere rağmen hala en önemli ilişki birimi olmayı sürdüren aile, bireylere en temel ihtiyaçları sağlamaktadır. Aile, sağlıkla ilişkili inanışların, davranışların, stres ve duygusal desteğin ilk kaynağıdır. Sağlık problemleri ve hastalıklar ortaya çıktığında da genellikle başvurulacak birincil kaynak ailedir. Araştırmalar, ailenin ve diğer özel sosyal ilişkilerin sağlığın her hali üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu etki, sağlık durumunun iyileştirilmesi, tıbbi önerilere uyum, kronik hastalıkların yönetimi, morbidite ve mortaliteyi de kapsamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde hasta her ne kadar birincil odak olsa da aile, anlaşılması ve sağlık hizmeti sunarken göz önünde bulundurulması gereken bir sosyal birimdir (31).

Ailenin çocuk üzerindeki etkisi doğum öncesinde başlamakta ve tüm yaşamı boyunca devam etmektedir. Yoksulluk, göçler, boşanmalar, ebeveynlerden birinin ölümü ve ruhsal sorunlar gibi çeşitli nedenler sonucunda aile yapısı parçalanabilmektedir. Parçalanmış aile, çocuğun bakımı ile ilgili yasal sorumluluğu tam olarak yerine getirememekte ve çocuğun bakımında belirsizlikler ve yetersizlikler ortaya çıkabilmektedir (33).

Aile APGAR’ı, erişkinlerde aile işlevselliğinin beş parametresini ölçmektedir:

i. Adaptation (Uyum sağlama): Bir kriz sırasında ailenin dengesi bozulduğunda sorunu çözmek için aile içi ve aile dışı kaynakların kullanımı,

ii. Partnership (Ortaklık): Kararların ve sorumlulukların paylaşılması,

iii. Growth (Gelişme): Aile üyeleri tarafından sağlanan karşılıklı destek ve rehberlikle fiziksel ve duygusal olgunlaşma,

iv. Affection (Duygulanım): Aile bireyleri arasında var olan sevgi ve yardımlaşma ilişkisi; duyguların paylaşılması,

v. Resolve (Karar verme): Aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için diğer aile bireyelerine zaman ayırma kararı; zamanın, malın, paranın nasıl paylaşıldığı (34).

2.3. Depresyon

Günümüzde hem kişisel hem de sosyal olarak halk sağlığı açısından önem teşkil eden bir problem haline gelen, psikiyatrik bozuklukların sıklığı giderek artmaktadır. Profesyonel tıbbi yardım için yapılan dört hastane başvurusunun üçünde tedavi almasını gerektirecek seviyede psikiyatrik rahatsızlık bulunmaktadır. Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en çok görülen rahatsızlıktır (35). Depresyon tek bir hastalıktan ziyade birçok alt gruptan oluşan hastalıklar topluluğudur. Psikiyatrik bozuklukları gruplandırmak için değişik sınıflandırma sistemleri kullanılır. Dünya çapında en fazla kullanılan sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulmuş olan DSM-V’dir. DSM-V, dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemidir. DSM-V’de göre depresyon alt grupları şöyle belirlenmiştir (36).

- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
- Majör depresif bozukluk.
- Süregiden depresyon bozukluğu (Distimik bozukluk).
- Premenstrüel disforik bozukluk.
- Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu
- Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
- Tanımlanmamış depresyon bozukluğu

2.3.1. Tarihçesi

Depresyonun en eski tanımları MÖ dördüncü yüzyılda yaşamış olan, “tıbbın babası” olarak bilinen, Hipokrat’a kadar dayanmaktadır. Hipokrat, mental hastalıkların, olağanüstü güçler nedeniyle değil, doğal nedenlerle oluştuğuna inanmaktaydı. Melankoliyi tanımlarken dalaktan fazla üretilen siyah safradan oluştuğunu ileri sürmüştür. “Melan” siyah, “koli” ise safra karşılığı olup melankoli böylece adlandırılmış oluyordu (37). Hipokrat’ın “eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir” sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir (38).

Platon, ilk çağlarda ruhsal bozuklukların doğa ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını iddia etmiştir. Tanrıları ve doğaüstü güçleri, melankololinin nedeni olarak açıklar. Galen, kişilik yapısıyla birlikte beynin işlevsel bozukluğunun ve iç salgı

bezlerinin, melankoli ve maninin ortaya çıkmasında etkisi olduğunu belirtmiştir (39). 1621 yılında yazılmış olan ‘melankolinin anatomisi’ adlı eserinde Burton, depresif hastaların duygularını, düşüncelerini ve yaşadıkları sıkıntıyı oldukça iyi betimlemiştir (40).

Depresyonun ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanması Kraepelin(M.S. 1856-1926) tarafından gerçekleştirilmiştir (41).

Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin seyrinin sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır.

2.3.2. Tanımı

Latince’de “depressus” olarak ifade edilen bu kavram, dibe doğru itmek, durgunlaştırmak, üzgün kılmak, cesaretini kırmak manalarına karşılık gelmektedir. Dilimizdeki karşılığı ise ruhsal çökkünlük ya da çöküntüdür (42).

Depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama ile karakterize, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (43).

“Depresyon” terimi bazen bir semptomu, bazen bir sendromu, bazen de bir hastalığı tanımlamak için kullanılmıştır. Ancak fizyolojik, duygusal bilişsel belirti kümelerine sahip geniş kapsamlı bir sendrom olduğu üzerinde neredeyse bir fikir birliğine varılmıştır (44). Depresyon, kişinin kendisini nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl davrandığını değiştiren tıbbi bir durumdur (45).

Depresyon duygusal alanda üzüntü, anksiyete, irritabiliteyi içermektedir. Bilişsel olarak ise umutsuzluk, karamsarlık, değersizlik, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, bellek bozuklukları, dikkat eksikliği, konsantre olmada güçlük faktörleri görülebilmektedir. Ölüm ve intihar düşünceleri bunlara eşlik edebilmektedir. Fiziksel olarak yorgunluk, bitkinlik, enerji azlığı, uyku bozuklukları, kilo değişiklikleri ve sosyal alanda etkinliklere katılmama, sosyal ilişkilerden uzaklaşma, iş, okul, özel yaşamda işlevselliğin etkilenmesi belirtilerinin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur (46).

Bu duygu durum bozukluğunda kişi üzüntüye boğulmuş ve aktivitelere karşı ilgisi azalmıştır ve aşırı suçluluk veya değersizlik hisleri gibi diğer bazı belirtiler de eşlik

etmektedir. Depresyondaki bireyler kendilerini yorgun hissederler ve daha önce zevk alarak gerçekleştirdikleri faaliyetlerden zevk alamaz duruma gelmektedirler. En basit günlük kararları vermekte sorun yaşar, kendilerini tamamen başarısız olmuş hissedebilmekte ve sorunları için kendilerini suçlama eğilimi göstermektedirler. Uyumakta güçlük çekmekte, yemek ve cinselliğe olan ilgilerini kaybetmektedirler. Düşünme ve dikkatini yoğunlaştırmada sorunları olabilmektedir. Çok ciddi vakalarda depresyonlu kişiler intihar düşüncelerinden kurtulamaz hatta intihar girişiminde bulunabilmektedirler (47).

2.3.3. Epidemiyolojisi

Depresyon dünya sağlık örgütünün yayınladığı dünya çapındaki önemli hastalıklar listesinde dördüncü sırada yer almaktadır. Yine DSÖ tarafından depresyon iş gücü kaybına neden olan durumlar içerisinde önde gelen sebeplerden biri olarak tanımlanmaktadır (48).

Depresyon spektrum bozuklukları ve semptomları oldukça yaygındır. Hayat boyu anlamlı depresif semptom prevalans oranları % 13- 20'dir. Major depresif bozukluk adolesan ve erişkin kadınlarda, adolesan ve erişkin erkeklere göre 2 ila 3 kat daha yaygındır. Erkek ve kadınlarda en yüksek oranlar 25- 44 yaş grubundadır (49). Kaynaklara göre değerlerde değişiklikler olmaktadır, bazı kaynaklarda depresyonun yaşam boyu prevalansı % 17-21 arasındadır (50). Bazı kaynaklarda da % 5-19 arasında değişmektedir (51).

Gençlerde depresyon, en çok görülen, psikososyal ve akademik işlevlerde ciddi düzeyde bozulmalara yol açan ve gelişimsel sorunların aşılmasını engelleyen ruhsal bozukluklardan biridir. Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20'li yaşların ortalarında olmaktadır (52) (53).

Gençlerde ailesel depresyon kümelenmesinde rolü olan genetik faktörler, birçok ikiz çalışmasıyla araştırılmıştır (54). Bu çalışmalarda ortak olarak çocukluktaki depresif semptomlarda orta derecede genetik etkinin olduğu ve çocukluktan ergenliğe doğru yaş büyüdükçe kalıtsallık derecesinin artmış olduğu belirtilmektedir (55) (56).

Türkiye'de depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili yapılmış pek çok çalışma vardır. Küey ve Güleç tarafından bu çalışmalar yeniden değerlendirilmiştir. Onlara göre Türk toplumu baz alındığında depresyonu olanların prevalansı % 10 civarındadır (57).

Dünya Sağlık Örgütü'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun (% 10,4) depresyon olduğu saptanmıştır.

Ulusal çapta bir örnek alınarak yapılmış tek çalışma olması nedeniyle önem taşıyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (58).

2.3.4. Etyopatogenez

Uzun süredir bilinen depresyonla ilgili bilgiler çoğaldıkça, hastalığa neden olan durumlar ile ilgili çok farklı görüşler öne sürülmüş ve çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Depresyon üzerine yapılan çalışmalar özellikle 20. yüzyılda önemli ölçüde artmıştır. Çalışmalar daha çok depresyonun etyopatogenezini aydınlatmak, klinik semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hastalığın tedavisi için yeni fırsatları ortaya koymak üzerine yoğunlaşmaktadır. Tüm bu araştırmalara rağmen depresyonun altta yatan nedenleri net bir şekilde belirlenememiştir. Depresyon çok yönlü bir hastalıktır. Hastalığın birçok alt tipinin olması ve altta yatan nedenlerin birden çok olması depresyonu bir sendrom olarak tanımlamamıza neden olmaktadır. Depresyonu meydana getiren nedenleri üç temel başlık olarak değerlendirebiliriz. Bunlar genetik faktörler, biyolojik faktörler ve psikososyal faktörlerdir (59).

2.3.4.1. Genetik Faktörler

Ruh hastalıklarının kalıtımla bağlantısını incelemek amacıyla yapılan araştırma ve çalışmalarda dört temel yöntem kullanılır. Hasta incelemelerinde özel bir aile içinde kuşaklar arası hastalık oranları karşılaştırılır. Kriz incelemelerinde tek ve çift yumurta ikizlerinde hastalık oranları karşılaştırılır. Hastanın yakınındaki hastalık oranlarıyla, normal nüfustaki hastalık oranı incelemesinde, ruh hastalığı gösterenlerin akrabalarındaki hastalık oranı, normal nüfusta ruh hastalığı gösterenlerle karşılaştırılır. Bağlantıların incelenmesinde kan grubu ya da renk körlüğü gibi bilinen ve kalıtımla geçen özellik gösteren insanlarda ruh hastalıklarının bulunma olasılığı incelenmektedir (60) (61).

Monozigot ikiz kardeşlerden herhangi birinin, depresyonda olması durumunda diğerinin etkilenme oranı % 50'dir. Aile çalışmalarında bize majör depresyonu olan bireylerin birinci derece akrabalarında ciddi anlamda depresyona yatkınlık izlenmiştir. Normal popülasyona göre 2-3 kat fazladır. Bu durum genetik yatkınlık ve depresyon arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Duygulanım bozuklukları monozigot ikizlerde % 50 ile % 100 oranında görülebilmekte iken bu oran dizigotik ikizlerde % 25 oranında tespit edilmiştir (62).

Kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığı görülmüştür. Biyolojik akrabasında majör depresyon görülenlerde hastalanma oranı erkeklerde % 11, kadınlarda % 18 düzeyindedir (63) (64).

Şu ana kadar hastalık oluşumunda tek başına etkili olan kesin bir gen bulunamamış olup, küçük ve orta düzeyde etkili çeşitli genlerin hastalıkta rol oynadığı düşünülmektedir (41).

2.3.4.2. Biyolojik Faktörler

Yapılan çalışmalarda nöronlarda bulunan biyojenik aminlerin (homovalinik asit, 5-OH indol asetik asit, vb.) depresyon hastalarının kan, idrar ve beyin sıvılarında fazla miktarda bulunduğu gösterilmiştir. Özellikle norepinefrin ve seratonin gibi nörotransmitterlerin üretimi, salınımı, geri alımı vb. metabolizmalarında oluşan deformitenin depresyon ve diğer duygulanım bozukluklarına sebep olduğu düşünülmektedir. Dopamin depresyon fizyopatolojisinde önemli rolü olan başka bir biyojenik amindir. Depresyonda nöroendokrin dengede önem arz etmektedir. Tiroid hormonu, Adrenal hormonlar, büyüme hormonu sentezi depresyonda altta yatan başlıca nöroendokrin mekanizmalardır. Depresyon hastalarında kortizolün fazla salgılandığı bilinen bir gerçektir. Tiroid ile ilgili rahatsızlıklar depresif hastaların % 5-10'nunda görülmektedir. Bu nedenle her depresyon hastasında tiroid hormonlarına ve otoimmünite parametrelerine bakılmalıdır. Depresyon hastalarında uyku uyanıklık döngüsü bozulduğu için uyku ile indüklenen büyüme hormonu salınımı da bozulmuştur. Uykuya dalmada zorluk, erken ve sık uyanma, hipersomni sıklıkla ortaya çıkar. Depresyon hastalarında uyku sırasında çekilen elektroensefalografilerde, hızlı göz

hareketlerinin olduğu REM uykusunun latensinin normal kişiye göre kısalddığı, ilk REM periyodunun uzadığı ve anormal delta uykusu ortaya çıktığı saptanmıştır (65) (66).

2.3.4.3. Psikososyal Faktörler

Sıkıntı verici yaşam olayları ve depresyona genetik/ailesel yatkınlık ile bunlarla başa çıkma tarzları ve kişilik özellikleri arasında depresyon riski düzeyinde karşılıklı bir etkileşim vardır. Stresin majör depresyona sebep olduğu bilinmektedir. Stres nedenleri arasında en çok karşılaşılan durum aniden kötü bir haber alma veya iş değışikliğidir (48). İyimserlik, olumlu duygular, yakın aile bağları, pozitif rol modeller, zorlu durumlarla başa çıkmaya ait geçmiş yaşantılar, bilişsel yeniden yapılandırma becerisi, duygusal düzenleme, sosyal destek, özgecılık, iyi fiziksel sağlık ve becerilerini geliştirmeye kendini adama gibi faktörlerde bireyin depresyona yakalanma durumu üzerinde etkili olabilmektedir (67). Kişinin sosyoekonomik durumu onun eğitim, iş, gelir ve sağlık gibi kaynaklara ulaşımında önemli bir etkiye sahiptir. Eğitim bireyin sosyoekonomik yaşamdaki sıralamasında önemli bir role sahiptir. İyi bir eğitim iyi bir iş sağlamak ve aynı zamanda fiziksel ve ruhsal sağlıkla avantaj sağlamak ve bireyin depresyona yakalanma olasılığı düşmektedir (68).

Aile ve bireyin yaşadığı toplum içinde sorunlar olması direkt olarak depresyona yol açmasa da hastalığın seyrini, iyileşme sürecini ve hastalık sonrası hastanın uyumunu etkilemektedir (61).

2.3.5. Risk Faktörleri

2.3.5.1. Yaş

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı DSÖ verilerine göre 28,9'dur (69). Tüm çalışmalar birbirini destekler şekilde depresyonun özellikle erken erişkinlik döneminde (20'li yaşların sonu) ilk ortaya çıktığını göstermiştir. Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmaları konsorsiyumunda (The International Consortium of Psychiatric Epidemiology Surveys) tüm coğrafyalarda majör depresyon başlangıcında ortalama yaş 30-35 yaşlar arasındadır (70).

2.3.5.2. Cinsiyet

Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir (71). Cinsiyete göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır.

2.3.5.3. Irk ve Etnik Grup

İrklara ve etnik gruplara göre majör depresyon dağılımında farklılık yoktur (63). Depresyon görülmesinde ırklar arasındaki bazı farklılıkların sosyoekonomik düzeyden kaynaklandığı belirtilmiştir (64).

2.3.5.4. Medeni Durum

Evli ve bekâr olanlarda depresyon riski, boşanmış ya da dul eşlere göre daha az bulunmuştur (72). Bekâr kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, aksine evli erkekler bekâr erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (64).

2.3.5.5. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları

Aile içi yaşanan olaylar depresyon gelişiminde önemlidir. Sevgi ve duygusal olarak yakın olan ailelerde depresyon gelişim riski daha azdır. Ancak ebeveynlerin ayrı olması veya aile bireylerinden birinin kaybı depresyon için risk faktörüdür. Spitz; hayatın 6-12. ayları arasında annesinden ayrı kalan bebeklerde daha fazla depresif belirtiler görüldüğünü öne sürmüştür. Bu dönem kişiliğin şekillendiği bir dönem olduğu için önemlidir. Bu dönemde yaşanan kayıplarda depresif bir yapıya neden olabilmektedir. Bu dönemde ilkel savunma mekanizmaları kullanılarak depresyondan korunabileceği de bildirilmiştir (73).

2.3.5.6. Çocukluk Dönemi Yaşantıları

Çocukluk çağı travmaları ve yaşanan olumsuz olaylar, yetişkin dönemde depresyonu ağırlaştırması ve var olan depresyon durumunun şiddetinin artması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çocukluk döneminde yaşanan cinsel kötüye kullanım, fiziksel şiddet ve ihmal ile depresyon arasında sıkı bir bağlantı vardır. Yapılan birçok çalışma bu durumu desteklemiştir (74) (75).

Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimiyle ilişkili bulunmuştur. Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir. Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. Aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür (64).

2.3.5.7. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri

Depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki (premorbid) kişilik yapısı incelenmelidir. Obsesif, histriyonik, pasif, içe dönük, oral-bağımlı ve de sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken (63) (76) (77) (78), antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (79) (64).

2.3.5.8. Sosyoekonomik Durum

Yapılan çalışmalara da düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında korelasyon tespit edilmiştir (80). Bu durumun toplumun refah düzeyi ve sosyal güvenlik düzeyi ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. İşsizlik ile depresyon arası ilişki tespit edilmiştir. Bir yıllık izlemde ekonomik durumun kötüye gitmesi kişilerde depresyon belirtilerinin artmasına sebep olmaktadır (81).

2.3.6. Belirtileri

2.3.6.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış

Psikomotor gelişim geriliği en sık görülen semptomudur. Hastanın hareketlerinde yavaşlama, yüz ifadesinde donuklaşma, bakışlarında donuklaşma saptanır. Kaşları arasında dikey yerleşimli kırışıklıklar görülür (omega bulgusu). Kendilerine bakımları çok düşük olmamakla birlikte bunu önemsemeyen bir tutum içinde olabilirler (82).

2.3.6.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Hafif ve orta şiddetteki çökkünlüklerde hasta ile ilişki ve işbirliği kurmak güç olmaz. Şiddetli çökkünlüklerde konuşma alçak sesli, yavaştır. Hastadan yanıt almak güç

olabilir. Çok ağır çökkünlüklerde hiç konuşmama (mutizm) görülebilir. Gene çok ağır durumlarda bazen hasta ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir, ilişki kurmak zor olabilir.

2.3.6.3. Duygulanım

Duygulanımda genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine varan artma vardır. Hastalar sık ve kolay ağlamaktan yakınabilirler (83). Hastalar için depresif duygudurum sıklıkla kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar sıklıkla depresif belirtileri öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlarlar. Depresif hastalar bazen iyileştikçe kaybolan bir belirti olan ağlayamamaktan yakınırlar (84). İlgi kaybı özellikle ön plandadır. Zevk alamama (anhedonia), çaresizlik, karamsarlık, keder ve elem sıklıkla görülmektedir. Gün içinde duygudurum değişimleri belirgindir (85).

2.3.6.4. Bilişsel Yetiler

Depresif bireylerin bilişsel işlevlerinde azalma ve hatırlama güçlüğü sıklıkla görülmektedir. Bazen unutkanlık öylesine ilerler ki, depresyonun yanında bir de bireylere bunama tanısı konur (86). Unutkanlığın, dikkatini ve düşüncelerini toplama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü ile ilişkisi olduğu düşünülür (87).

2.3.6.5. Düşünce Süreci ve İçeriği

Depresyon hastalarında düşüncenin yoğun bir şekilde yavaşladığını belirtmiştir. Bu düşüncelerin içinde ise pişmanlık, acı veren deneyimler, korku, umutsuzluk ve çaresizlik vardır (88). İçinde bulunduğu duygu durumuna uygun olarak, kişisel yetersizlik, kendini eleştirme, suçlama, umutsuzluk, karamsarlık, geleceğe ait endişeler ve ekonomik açıdan yoksulluk düşünceleri sıklıkla görülür (89). Ölüm düşüncesi ve kendini öldürme girişimleri; hafif veya orta şiddette depresyon geçiren hastalar alışılmadık bir şekilde sıklıkla ölüm düşüncesiyle meşgul olmaya başlarlar (90).

2.3.6.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

İştah azalması, kilo kaybı, bazı kişilerde de iştah artması görülür. Kabızlık, cinsel istek kaybı, kadınlarda libido azalması, dismenore, amenore, adet düzensizliği gibi menstrüel disfonksiyonlara rastlanır (91).

Uyku bozuklukları üç şekilde olabilmektedir. Birincisi; uykuya dalmada yaşanan güçlük biçiminde, ikincisi; uykuya daldıktan sonra sıklıkla uyanma, korkulu rüyalar görme, kabuslarla uyanma nedeniyle uyku kalitesinde ve süresinde bozulmalar görülmesi, üçüncüsü erken uyanmadır (92).

2.3.7. Tanı

Dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan 2013 yılında yayınlanmış olan DSM-V'e göre depresyon, duygudurum bozukluklarından birisidir.

Major depresif bozukluğun DSM-V tanı kriterleri:

A. Major depresyon diyebilmek için aşağıdaki bulgulardan en az 5 tanesi, en az iki haftadır, her gün olmalı ve gün boyu devam etmelidir. Bu maddelerden en az bir tanesi 1. veya 2. maddede belirtilen bulgulardan olmalıdır.

1. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren zevk alamama ve ilgi kaybı

2. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren çökkünlük, depresif duygudurum

3. Hemen her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk

4. Kilo kaybetme ya da alma

5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon

6. Hemen her gün bitkinlik-yorgunluk ya da enerji kaybı

7. Hemen her gün uygunsuz suçluluk duygularının olması ya da değersizlik

8. Hemen her gün düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştırmada zorlanma veya karar verememe

9. Yineleyen ölüm veya intihar düşünceleri ya da girişimde bulunma

B. Bu belirtilerin klinik açıdan bir sıkıntıya neden olması ya da toplumsal, mesleki ve önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya yol açması

C. Bu belirtilerin genel tıbbi bir duruma ve madde kullanımına bağlı olmaması.

Not: A ve C ölçütleri bir major depresif atak hakkındadır.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk ve diğer bozukluklarla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani veya hipomanik dönemin geçirilmemiş olması (93).

2.3.8. Depresyonu Açıklayan Kuramlar

2.3.8.1. Psikoanalitik Kuram

Freud (1917-1957), eserinde “melankoli ve yası” değerlendirirken, nesne/obje kaybı hususunu vurgulamaktadır. Depresyon döneminde, yas tutma döneminden farklı olarak gerçek bir sevgi objesinin kaybı gerekmemektedir. Gerçek bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusu değilse, bilinçdışı imgesel bir kayıp mevcuttur (94). Freud’a göre bir insan sevdiklerini kaybetmese bile, kaybetmeye eşdeğer veya daha fazla depresyon yaşayabilir. Freud’a göre depresyon sevilen bir objenin kaybının ardından kişinin bu öfkeyi ve kızgınlığı kendisine yöneltmesiyle oluşur. Bu depresif geri itimin etkisi başta hissedilen kızgınlığın doğurduğu suçluluk duygusuyla artar (95).

Aynı zamanda psikoanalitik kuramın temelinde depresif kişi düşmanca duygularını bastırmış kişidir. Bu bireyler ihtiyaç duydukları zaman sevdiklerinin yanlarında olmayacaklarından korkarlar. Kendileri bu yükü taşıyamadıklarında ise öfke ve düşmanlık duygularını kendilerine yöneltirler (96).

2.3.8.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı

Depresyonu açıklarken Abramson ve Seligman (1978), Öğrenilmiş Çaresizlik kuramını geliştirmiştir. Buna göre depresyonun oluşumu çocukluktan beri karşılaşılan acılı uyaranlardan kaçmayı, kurtulmayı bilmeme ve çaresiz kalma durumu olarak açıklanmıştır. Depresif birey genellikle başarısızlık nedeniyle içsel, değişmez ve genel nedensel yüklemeler yaparken başarıda ise dışsal, değişebilir ve özel nedensel boyutta yüklemeler yapmaktadır (97).

Bu modelin, her durumu açıklayamadığını, bazı durumları açıklamada yetersiz kaldığını düşünen Abramson, Metalsky ve Alloy (1989), bu modeli tekrardan ele almışlar ve depresyonun açıklanmasında umutsuzluğu ortaya koymuşlardır. Bu görüşe göre depresyonun kaynağı, kişilerde oluşan ve istenilen durumların gerçekleşmeyeceği

veya istenilmeyen durumların gerçekleşeceğine dair beklentilerin, istenmeyen neticeyi engelleyemeyeceği düşüncesidir (98). Kişilerin istediği neticeye ulaşamayacağını veya istemediği bir netice oluşacağını ve bu doğan neticelerin değişmesinin mümkün olamayacağını düşünme yönünde beklenti gerçekleştirmesi umutsuzluk olarak tanımlanmıştır. Umutsuz ve çaresiz hissetmenin olumsuz sonuç beklemeyi arttıracığına ve hayatın çoğu alanına genellenmesi ile genelleşmiş çaresizlik ortaya çıkmakta ve bunun sonucunda da depresyon semptomlarının oluşmasına neden olmuştur (99).

2.3.8.3. Beck'in Bilişsel Kuramı

Beck'in bilişsel modeline bakıldığında depresyonun özelliği olarak kabul edilen psikolojik yapılar 3 kavramla açıklanabilir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz. Olumsuz bilişsel üçlü, şemalar ve bilişsel hatalar (yanlış bilgi işleme süreci) dir (100). Bilişsel üçlünün bileşenleri, kişinin kendisini, dünyayı ve tecrübelerini, geleceği olumsuz algılamasıdır (101). Bileşenlerden ikincisiyle alakalı olarak kişi dünyayı, kendisinin amaçlarına ulaşmasını engelleyen başa çıkması imkansız sorunlarla dolu bir yer şeklinde değerlendirmektedir. Canlı veya cansız çevreyle olan ilişkilerini kusurları veya yoksunluğunun temsili olarak hatalı değerlendirmektedir. Bileşenlerden üçüncüsü ise kişinin gelecekle ilintili olumsuz değerlendirmeleriyle bağlantılıdır (102) (103).

2.4. Anksiyete

Anksiyete sözcüğü sıkıca bastırmak, boğazını sıkmak, sıkıntı ve tasa anlamına gelen Hint german dil ailesinden gelen “angh” kökünden türemiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağrıştırır. Almanca “angst” sözcüğü, İngilizce “dread” (önceden korkma) veya “foreboding” (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. Türkçe’ de “bun”, “bunaltı”, “hoş olmayan heyecansal endişe hali” olarak tanımlanabilir (104).

Anksiyete nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (105).

Anksiyete çoğunlukla herhangi bir hastalık belirtisi olmadan yaşamın olağan bir parçası olarak yaşanır. Anksiyete genellikle sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında

tehdit, benlik saygısında azalma, statü ve prestij korunmasında güçlük, duygusal, fiziksel, ekonomik, sosyokültürel sorunlar, kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, sevilen kişilerin kaybı, bağımsızlığın kaybı, gereksinimlerin karşılanamaması, beklentilerin gerçekleşmemesi gibi kayıp veya tehdit olarak algılanan durumlarda yaşanır (106).

Anksiyeteyi “normal anksiyete” ve “patolojik anksiyete” olarak iki başlık altında ele alabiliriz. Normal anksiyete denilen durum hemen her insanın başına gelmiş olan çarpıntı, huzursuzluk, sıkışma, terleme, bazı ağrılar olarak kendini gösterir. Fakat bu durum derinden etkili değildir. Patolojik anksiyete ise bireyde uzun süreli ve köklü etkiler ile kendisini gösterip yaşamını derinden etkiler (107).

Anksiyete; günlük yaşamın normal ve kaçınılmaz bir parçasıdır. İnsan hayatının devam ettirilebilmesi için gerekli bir duygudur ama bir aşamaya kadar sağlıklı olan ve olumsuz olaylarla baş edebilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra bireyin hayatını, faaliyetlerini, sosyal hayatını ve bireylerarası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Arkasından anksiyete, artık bireyde ruhsal problemler yaratan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (108).

Anksiyete, stresli durumlara karşı normal bir cevap, fizyolojik, psikolojik olarak deneyimlenen gerçek veya gerçek olmayan tehlikenin algılanmasına karşı verilen emosyonel bir reaksiyondur. İnsanın varoluşu için gerekli yaşamsal bir güç ve bireyin olgunlaşma sürecinde kuvvetli bir etkidir (109).

DSM-V Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- Özgül Fobi
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (sosyal fobi)
- Panik bozukluğu
- Agorofobi
- Yaygın Kaygı Bozukluğu
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu (36)

2.4.1. Tarihçesi

Anksiyete kavramı ilk olarak milattan önce 3000’lerde yazılmış olan Gılgamış destanında karşımıza çıkar. Gılgamış bu destanda, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili mevcut endişelerini dile getirmiştir (110). Çok eski çağlardan beri insanlar anksiyete ile ilgilenmişler, anksiyeteyi açıklamaya ve tedavi yolları üzerinde araştırma yapmışlardır. Özellikle tıp bilimi gelişmeden önce tanrılardan, büyüden veya kötü ruhlardan kaynaklandığına inanılmıştır. Eski yunanlılar anksiyeteyi dinginliğe ulaşarak tedavi etmeyi denemişlerdir. Eski yunanlılar dinginliği; ruhun huzur bulduğu, ruhun güçlü olduğu, doğaüstü güçler veya diğer duygular tarafından rahatsız edilmediği durum olarak tanımlamışlardır (111).

Hippocrates’ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir (112).

Anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir biçimde ilk ele alan Sigmund Freud’dur. Freud yaklaşık 100 yıl önce ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak tanımlamıştır. Freud’un anksiyete nevrozu kavramı oldukça kapsamlı bir kavramdır. Freud’a göre anksiyetenin bir tipi kontrol altına alınamamış libidodan kaynaklanır. Artmış libidodan kaynaklanan bu gerilimin normal boşalımı, Freud’a göre, cinsel ilişki yolu ile olur, diğer cinsel uygulamalar (cinsel yoksunluk ve koitus interruptus) gerilimin boşalmasını önler ve nöroz ile sonuçlanır. Libidinal blokaja bağlı olarak anksiyetenin yükselmesinin şartları sonucunda nevrasteni, hipokondriasis ve anksiyete nörozu oluşur. Bunlar Freud’a göre biyolojik temele sahip görünümelerdir (107).

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney ‘den gelmiştir. Horney yazılarında korku ve anksiyeteyi sık sık eş anlamda kullanarak iki kavram arasındaki yakınlığı belirtmeye çalışmıştır. Gerçekten her ikisi de tehlikeye karşı geliştirilmiş duygusal tepkilerdir. Her iki duyguya da titreme, terleme, ölüm korkusu yaratabilecek kadar hızlı kalp atışları gibi bedensel belirtiler eşlik ederse de aralarında önemli bir farklılık bulunur. Bir anne, sivilce çıkaran ya da nezle olan çocuğunun öleceği korkusuna kapılırsa bu duygu anksiyetedir. Buna karşılık, çocuk önemli bir hastalık geçirmekteyse annenin yaşadığı gerçek bir korku olur. Dolayısıyla bu iki duygu arasında kesin bir ayırım yapılabilir. Korku bir insanın karşılaştığı tehlikeyle orantılı bir duygudur. Oysa anksiyetede durumla orantısız, hatta çoğu kez imgesel bir tehlikeye karşı geliştirilen bir tepki söz konusudur (8).

2.4.2. Epidemiyoloji

Anksiyete bozukluğunun genel nüfustaki yaygınlık oranı % 4-6 olarak bilinmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat sık görülmektedir (113). Anksiyete bozuklukları, en yaygın psikiyatrik hastalıklardandır ve her dönemde nüfusun % 15'inden fazlasını etkilemektedir. Anksiyete bozukluklarının diğer psikiyatrik hastalıklar ile birlikteliği yüksektir (105). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında YAB'nun son 12 aydaki sıklığı % 0,7 olarak bulunmuştur (114).

2.4.3. Etyolojisi

2.4.3.1. Psikolojik Teoriler

Psikoanalitik kurama göre anksiyetenin, altbenlikteki doyum bekleyen dürtülerin benliğe yaptığı uyarı sonucu ortaya çıktığına inanılmaktadır. Altbenlikte bulunduğu düşünülen cinsellik ya da saldırganlık dürtüleri, zaman zaman şiddetlenerek doyum için benliğe baskı oluştururlar. Bazen dürtüler çok şiddetlidir ya da kabul edilemez nitelikler taşır, bazen de dürtüler olağan şiddette olmasına karşın benlik çok güçsüzdür ve hiçbir şekilde doyum sağlayabilecek kapasitede değildir. Her iki durumda da altbenlik ile benlik arasında bir uyumsuzluk meydana gelir ve bu uyumsuzluk kendisini anksiyete olarak gösterir. Ortaya çıkan anksiyete benliğin savunma mekanizmaları ile bertaraf edilmeye çalışılır. Her zaman öncelikle bastırma savunma mekanizması devreye girer ve yeterli olduğunda sorun ortadan kalkar. Ancak bastırma savunma mekanizmasının yetmediği durumlarda, benliğin bütünlüğünü korumak için yer değiştirme, yalıtma, yapıp bozma gibi diğer savunma mekanizmaları da devreye girer ve kullanılan savunma mekanizmalarının tipine göre çeşitli anksiyete bozuklukları ortaya çıkar. Örneğin, bastırma mekanizmasının başa çıkamadığı ve benliğin kabul edemeyeceği bir iç çatışmanın oluşturduğu anksiyete, yer değiştirme mekanizması ile hayvan korkusu şeklini alabilir ve klinikte özgül fobi dediğimiz bir hastalık tablosu olarak kendini gösterir (115).

2.4.3.2. Biyolojik Teoriler

Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin artışına bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak

yapılan çalışmalarda noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca sodyum laktat gibi bazı nörokimyasal maddelerin verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında kalıtsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir (116).

2.4.3.3. Genetik Teoriler

Anksiyetenin etyolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Özellikle panik bozukluk ve daha geniş bir tanımlamayla nörotizm ve zarardan kaçınma gibi anksiyete özelliklerine duyarlılığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel etmenlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir (117).

2.4.3.4. Nörotransmitterler

Nörotransmitterlerin anksiyete oluşumundaki rolü üzerine yapılan hayvan deneylerinde, norepinefrin, serotonin ve γ -aminobutyric asit (GABA) anksiyetenin fizyopatolojisinde üzerinde en çok durulan nörotransmitterler olarak dikkat çekmektedirler. Noradrenerjik sistemin ana hücreleri pontaki locus ceruleus bölgesinde bulunmaktadır. Hayvan deneylerinde bu bölgenin uyarılması ile korku semptomlarının oluşması, bu bölgenin çıkarıldığı hayvanlarda ise korku tepkisinin ortadan kalkması, panik bozukluğu hastalarında noradrenalin düzeyini artıran ilaçların panik atakları ortaya çıkarması, anksiyete bozukluğu olan hastaların serebrospinal dolaşımında idrarlarında noradrenalin metabolit düzeyinin yüksek bulunması, noradrenalinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını düşündüren veriler olarak dikkat çekmektedir. Buspiron ve birtakım antidepressanlar gibi serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde faydalı olması, anksiyete bozukluklarında serotoninin de rol oynadığını düşündürmektedir. Benzodiazepinlerin anksiyete giderici etkinliği tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Benzodiazepinlerin özellikle GABA-A reseptörleri ile etkileşime girerek etkinliğini ortaya çıkarması, anksiyete bozukluklarında GABA'nın da önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (118).

2.4.4. Tanı

Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi gündelik yaşamında karşılaştığı olaylarla ilgili olarak, engelleyemediği aşırı bir endişe ve kuruntulu beklenti içindedir. Genel olarak ekonomik durum, iş yükümlülükleri, sağlık sorunları, çocukların yaşayabileceği olaylar, ev işleri, onarımlar gibi günlük konularla ilgili olarak aşırı ve ölçüsüz bir endişe görülür. Yaygın anksiyete bozukluğu belli bir nesneye, yere, organa, saplantılı düşünceye ya da zorlantıya odaklanmamıştır. Belli bir düşünsel ya da devinimsel içeriği yoktur, Organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik bunalı belirtilerine yol açar (119).

Yaygın anksiyete bozukluğunun DSM-V'e göre tanı kriterleri

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihnin boşalması

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Hipertirodi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda

bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği (36).

2.4.5. Belirtileri

Temel olarak anksiyete bozukluklarında belirtiler benzerdir. Ancak kullanılan savunma mekanizmalarına göre farklı belirtiler eşlik ederek farklı klinik tablolar oluşur. Genel anlamda anksiyetenin 4 temel klinik özelliği vardır.

i. Bilişsel belirtiler: Gerçeklik duygusundaki değişim, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolünü yitirme endişesi, fiziksel zarar göreceği endişesi.

ii. Affektif belirtiler: Korku, huzursuzluk, sıkıntı, gerginlik, endişe, çaresizlik, alarm duygusu, panik.

iii. Davranışsal belirtiler: Anksiyete yaratan durumlardan kaçınma davranışı, donma kalma.

iv. Fizyolojik belirtiler: Kardiyovasküler sistem: Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma.

- Solunum sistemi: Nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi

- Gastrointestinal sistem: Yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı

- Genitoüriner sistem: Sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik

- Cilt belirtileri: Terleme, kızarma, sıcak basması

- Nörolojik: Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk (120).

2.4.6. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

2.4.6.1. Psikanalitik Yaklaşım

Anksiyetenin açıklaması son zamanlara kadar Freud'un geliştirdiği psikoanalitik kuram ile yapılmıyordu. Bu kurama göre bunaltı; iç çatışmaların ürünüdür. Bu çatışmalar Ego ve id ya da ego ve süperegö arasında olmaktadır. Bu çatışmalar benliğin dürtülere karşı kendini gösteremediğinin, baş edemediğinin göstergesidir. Bu da bir tehliktir, organizma ona karşı korku, kaygı ile tepki gösterir (121).

Anksiyetenin nedeni Adler'e göre, aşağılık duygularıdır. Kişi aşağılık duygularından arınmak amacıyla emniyet ve üstünlük kazanmayı hedefler, buna ulaşmak için ise anksiyeteden başkalarını kontrol etme aracı olarak faydalanır. Anksiyete Jung' a göre, kolektif bilinçaltından gelen, irrasyonel güçlerin ve şekillerin kişinin bilincini kaplamasına karşı geliştirdiği bir tepki halidir. Rank'a göre ise bütün anksiyetelerin temelinde doğum travması bulunur. Bu durumun, kişinin yaşamında karşılaştığı bütün ayrılıklarda yinlendiğini belirtmiştir. Anksiyete Horney' e göre bireyin güvenliğinin tehlikede olduğu noktada oluşur (122).

2.4.6.2. Bilişsel Kuram

Bir kişinin davranışı, bu yaklaşıma göre; onun dünyayı ne şekilde yapılandırdığı ile ilişkilidir ve yanlış yaklaşımlar üzerinde temellenen sorunlar kişilerin gerçeği çarpıtmalardan oluşur. Beck bu kuramın kurucusudur ve o bilinçdışını görmezden gelerek, ruhsal problemlerinin temelini bilinçte yattığını belirtmektedir. Bilinçaltı süreçlerin Beck'in kuramında önemli bir yeri vardır ve bireyi rahatsız eden düşünceler model değiştirerek oluşmaktadır (95).

Bilişsel kuramda kişi, içten veya dıştan gelen tehditlere karşı kendisinde bir duyarlılık olduğuna inanmaktadır. Birey bu inançla, stres altında bulunduğu zamanlarda kendine zarar verme olasılığı bulunan nesne ya da durumlara karşı kaygı geliştirmektedir. Kendine zarar gelebilecek durumlarla karşılaştığında birey tehlikenin şiddetini abartabilmekte, diğer taraftan bu tehlike ile baş edebilme kapasitesini de küçümseyebilmektedir. Abartılmış tehlike, sistemini çalıştırır ve kaygı durumu ortaya çıkmaktadır. İçsel ve dışsal tehlikeler kaygıyı ortaya çıkarmakta; beklentiler kaygıyı arttırmaktadır (123) (124).

Kaygının sebebi bu yaklaşımıcılara göre olayların kendisi değil, kişinin istekleri, bu olayları nasıl ve ne şekilde hissedip yorumladığı ile ilişkilidir (95).

2.4.6.3. Öğrenme Kuramları

Anksiyete ve anksiyeteye bağlı davranış örüntüleri çocuklukta ya da sonradan çok değişik öğrenme koşullarında, çok değişik öğrenme yolları ve etkileri ile öğrenebilir, giderek kişiliğe yerleşebilir. Birey, tehlikesiz uyarıları, nesneleri tehlikeli olarak algılamayı, değerlendirmeyi; buna göre kaçınma davranışları geliştirmeyi öğrenir. Ortada bir iç çatışmanın (intrapsişik çatışma) bulunması gerekmez. Bu öğrenmede organizmanın biyolojik duyarlılığı ve psikolojik yatkınlığının yanı sıra yaşam olayları, öğrenmenin biçimi, yoğunluğu, sürekliliği, yinelenmesi büyük rol oynar (83).

2.5. Üniversite Yaşamı ve Uyum

Birçok genç yetişkin için üniversite yaşamına geçiş ve uyum çok önemli gelişimsel bir çakıl taşıdır; 18 ve 25 yaşları arasında değişimin ve keşfin olduğu bir dönemdir (125) (126). Kişisel gelişim evrelerine göre 17-21 yaş olan geç adolesan dönemde kişinin karşılaştığı sorunlar kendi kendine yetme ve aileden ayrılmanın getirdiği zorluklardır. 28 yaşına kadar olan genç erişkinlik evresinde ise kariyer rolü, iş yaşamı zorlukları da eklenir.

Bireyler, kimlik tespiti, toplumsal açıdan çocukluk değerlerine bağlılık, geniş olan toplumların milli ve evrensel değerlerini benimseme ve uzlaştırma, sosyal değerlerle uyumlu olma, toplumsal olgunluğa erişme durumu içerisindeyler (127). Üniversite öğrencisi, gelişim dönemine has sorunlarının yanında bireysel sorunları da olan bir kişidir (128). Üniversiteye geçiş erken yetişkinliğe geçiş zorlukları bir tarafta ve yaşam geçişi zorlukları diğer tarafta olmak üzere stres oranının yükseldiği ergenlikten yetişkinliğe geçişi belirleyen bir olaydır (129).

Ailesinden belki de ilk defa ayrılan genç yetişkinler için evden ayrılmak, beraberinde aileye karşı özlem duygusuna ve ayrılmadan kaynaklı birtakım sıkıntıların da yaşanmasına neden olur (130) (131). Birçok genç için üniversite hayatı aile desteği ve kaynaklarından uzaklaştığı ilk dönemdir. Bazı öğrenciler bu geçiş dönemini kişisel gelişimlerinde karşılarına çıkan bir zorluk olarak algılar ve bulundukları yeni ortama

adapte olup gelişimsel bir sıçrayış elde ederler. Bazılarına ise bu değişiklikler fazla gelir ve duygusal uyumsuzluk ve depresyon ile karşı karşıya kalırlar (132).

2.6. Kişisel ve Ailesel İşlevsellik, Depresyon ve Anksiyete

Gelişimsel anlamda genç yetişkinlerin yaşadıkları problemler ve ihtiyaçları konusunda yapılan çalışmalarda, gençlerin çeşitli psikolojik problemlerle karşı karşıya geldiğini ve yardıma ihtiyaç duyduklarını göstermiştir (133) (134). Bu süreçte öğrencilerin yaşadıkları problemlerin üstesinden gelmek ve uyum sürecini kolaylaştırmak için öğrencilerin başvurdukları kaynaklardan biri de sosyal destektir (135) (136) (137) (138) (139).

Arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek ile depresyon ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş, arkadaştan ve aileden algılanan sosyal desteğin depresyon ile negatif yönde ilişkili olduğu ortaya konmuştur (140).

Çeşitli çalışmalarda sosyal desteğin, psikolojik ve fiziksel sağlık ile ilişkili bir kavram olarak kişinin kendini iyi hissetmesiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (135) (141) (142).

Aile ortamı, duygudurum bozukluklarının gelişimine erken dönemde etkiye bulunmaktadır (143) (144). Aile işlevselliğinde ortaya çıkan sorunların, çocuğun depresif epizod sırasındaki psikososyal ilişkilerini olumsuz biçimde etkilediği bilinmektedir (145). Ergenlik döneminde depresyon riskini artıran diğer aile etmenleri sosyal desteğin olmayışı, boşanma, geniş aile, büyük kardeşin alkol/madde bağımlılığı ve cinsel olarak kötüye kullanılmasıdır. Bu ailelerde genel olarak aile işlevselliği de yeterli düzeylerde değildir (146).

Aile işlevselliği ile ergen depresyonu arasında ilişki vardır; ergenlerdeki depresyon riski, sert ve çatışmalı etkileşimlerin yüksek düzeyli olduğu aile ortamında artmaktadır (147) (148). Ayrıca, aile çatışması, ergen depresyonunun en güçlü yordayıcılarından biridir (149) (150).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırma evreni 2016-2017 eğitim-öğretim yılında Çukurova Üniversitesi kampüsünde yer alan fakülteler ve 4 yıllık yüksekokulların 1.sınıf öğrencileridir. Evrenimizdeki toplam kişi sayısı 4795 üniversite birinci sınıf öğrencisidir.

Örneklem büyüklüğü Epiİnfo7 programı kullanılarak örneklem sayısı 225 olarak bulunmuştur. Çıkan örneklem sayısı fakülte ve yüksekokulların fen bilimleri, sağlık bilimleri ve sosyal bilimlerdeki öğrencilerden evrenin yüzdelik dağılımına göre planlandı. Rastgele sayılar tablosuna göre örnekleme çıkan fakülteler ve fakülteler içindeki bölümler belirlendi.

3.2. Gerekli İzinlerin Alınması

Çalışmamız, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından onaylanmıştır (Ek 1). Örnekleme çıkan fakülte yönetiminin onayı alınmıştır. Öğrencilerden, yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır (Ek 2).

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla tarafımızdan geliştirilen “Sosyodemografik Bilgi Formu” kullanıldı. Ailesel işlevselliği değerlendirmek için “Aile APGAR ölçeği”, kişisel işlevselliği değerlendirmek için “Sosyal atom ölçeği”, depresyon durumunu değerlendirmek için “Beck depresyon ölçeği”, anksiyete durumunu değerlendirmek için ise “Beck anksiyete ölçeği” kullanıldı. Öğrencilere araştırmanın amacı, uygulama şekli ve anketlerin titizlikle doldurulmasının önemi gibi konular detaylı olarak açıklandı.

3.3.1. Aile APGAR Ölçeği

Aile APGAR'ı, hekimlerin aile işlevleri hakkında hızlı fikir edinmesini sağlayan Smilkstein tarafından 1978 yılında oluşturulan bir tarama testidir. Ölçek aile işlevselliğinin beş parametresini (uyum sağlama – adaptability, ortaklık - partnership, gelişme - growth, duygulanım - affection ve karar verme - resolve) kapsamaktadır.

APGAR her bir parametrenin ilk harfinden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir parametreye ilişkin memnuniyet duygusunun sıklığını belirtmek üzere üç derecede seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır.

Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilmektedir ve alınabilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir. Yüksek puan aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini göstermektedir. Değerlendirme 7-10 yüksek, 4-6 orta, 0-3 düşük şeklinde yapılmaktadır. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özcan, Duyan ve İncecik tarafından yapılmıştır. Aile APGAR Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda Cronbach alpha değeri .80 ile .85 arasında değişmektedir (27) (34).

3.3.2. Sosyal Atom Ölçeği

Bireylerin hayatlarını şekillenmesini etkileyen kişilerin belirlenmesini sağlamak için, Üstün Dökmen (1993) tarafından geliştirilen Sosyal Atom Ölçeğinin puanlaması şöyledir: Belirtilen şekilde veriler toplandıktan sonra, bir sosyal atomda, en dıştaki daireye yerleştirilen kişilere 1'er puan en içtekinde 7'er puan olmak üzere, tüm dairelere yerleştirilenlere 1 ila 7 arasında puan verilir.

Sosyal Atom Ölçeğinden, araştırma amacına göre farklı türde puanlar elde etmek mümkündür. Bir sosyal atoma yerleştirilen tüm kişilere verilen puanların ortalaması bulunulabilir; ya da bir sosyal atomda toplam kaç kişi bulunduğu bir değişken olarak kabul edilebilir. Bunun yanı sıra, bir sosyal atomdaki belli grupların her birisi için bir ortalama puan hesaplanabilir. Örneğin, deneğin ailesinin üyeleri için ya da arkadaşları için bir “sosyal atom puanı” hesaplanabilir. Bu puanın hesaplanmasında kural, her bir dairedeki kişi sayısının, o dairenin puan değeriyle çarpılmasından sonra elde edilen toplam değerin aritmetik ortalamasının alınmasıdır (7).

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından depresyonda görülen, duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilerin derecesini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde

kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçek için Türkiye’de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. 17 ve üstündeki Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu % 90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir (151).

‘0’ ile ‘3’ arasında derecelendirilen dördümlük likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Testten en düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilir.

3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla 1988’de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ergen ve yetişkinlere uygulanan, 21 maddeden oluşmuş 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (152).

Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçeğin Türkçe’ye geçerlik güvenirlik çalışması 1998’de Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (153).

3.4. Verilerin Toplanması

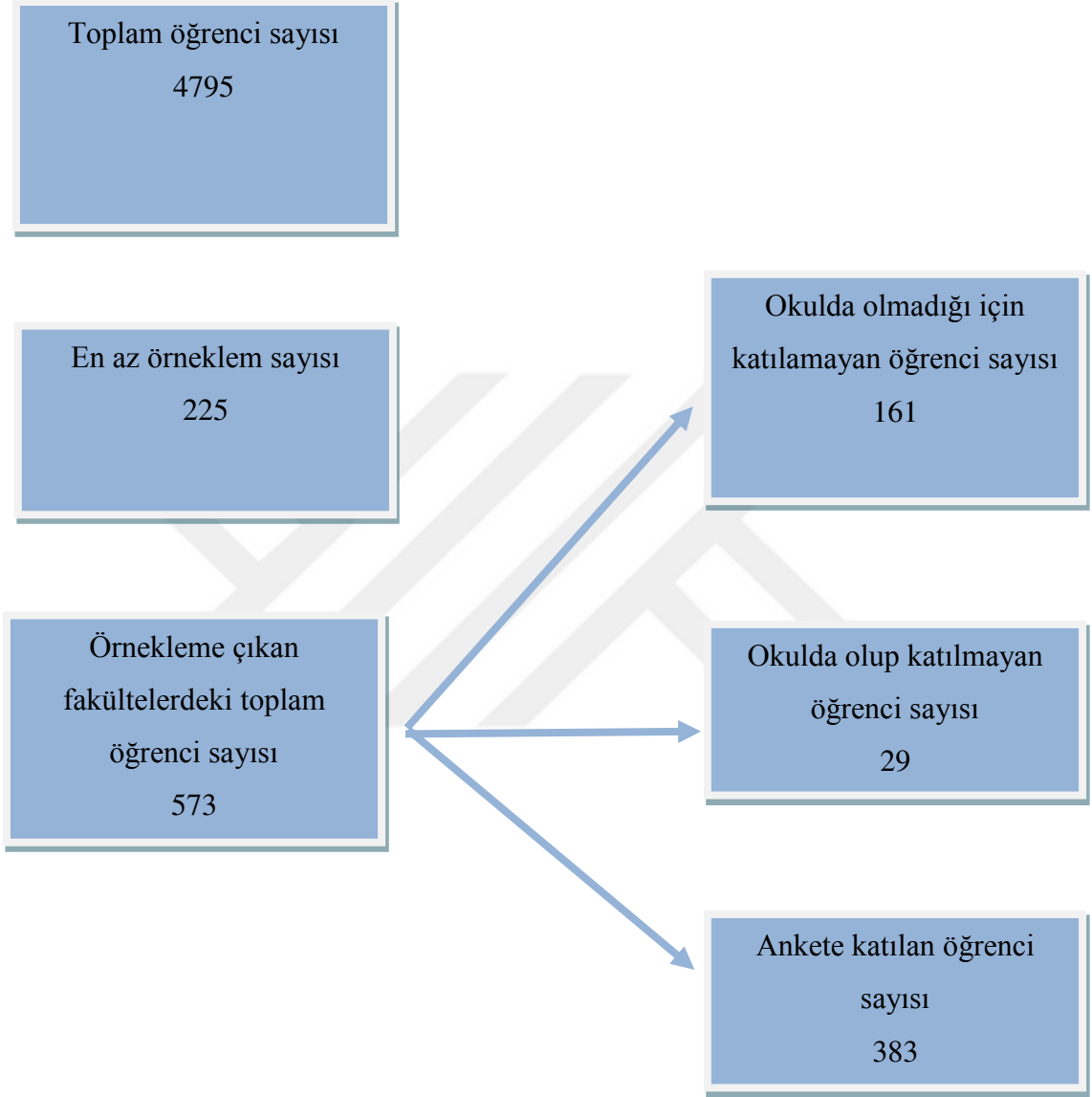
Rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenen fakültelere ve bu fakültelerin bölümlerine dekanlar ve bölüm başkanları ile görüşülerek belirlenmiş olan tarih ve saatte gidildi. Verilerimizin toplanması 2016-2017 eğitim öğretim yılının şubat ayında gerçekleştirildi. Öğrencilere anket formları dağıtılıp gerekli açıklamalar yapıldı. Ankete katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu, isteyen öğrencilerin anketi yarım bırakabileceği açıklandı. Öğrencilerin kimlik bilgisini belirtecek şekilde açık adres, isim, okul numarası, telefon numarası gibi bilgilerini yazmamaları hatırlatıldı. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak veya destek almak için araştırmacıya ulaşabilecekleri mail adresi verildi. Sonuçlar hakkında bilgi sahibi olmak isteyen katılımcı olursa mail adreslerini anket üzerine yazmaları istenerek çalışma sonucunda bilgilendirilecekleri belirtildi. Örneklemeye çıkan her bölüme sadece bir kez gidildi. O gün ve saatte sınıfta bulunan öğrencilere anket uygulandı. Anketimizi uyguladığımız gün ve ders saatinde olmayan öğrenciler ankete katılmamış kabul edildi.

3.5. Verilerin Kodlanması ve Bilgisayar Ortamına Aktarılması

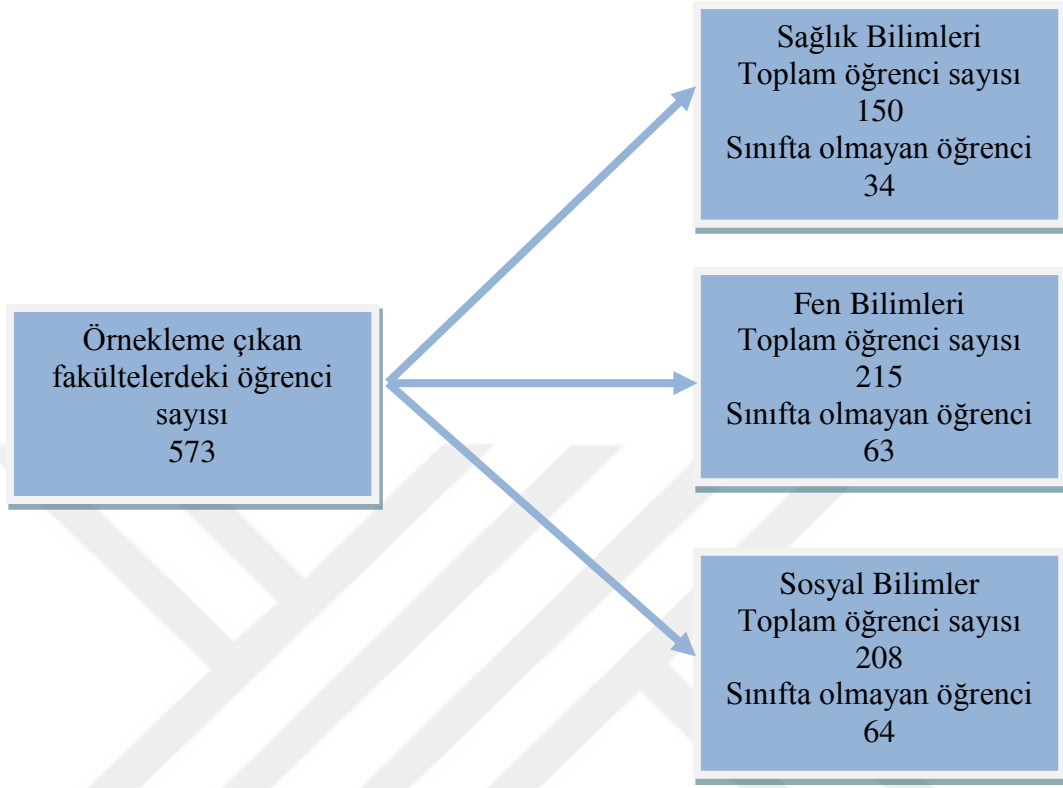
Anketler toplandıktan sonra kodlama rehberi oluşturuldu. Excel programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılan veriler daha sonra analiz edilmek üzere SPSS programına aktarılarak analizler yapıldı.

3.6. Verilerin Analizi

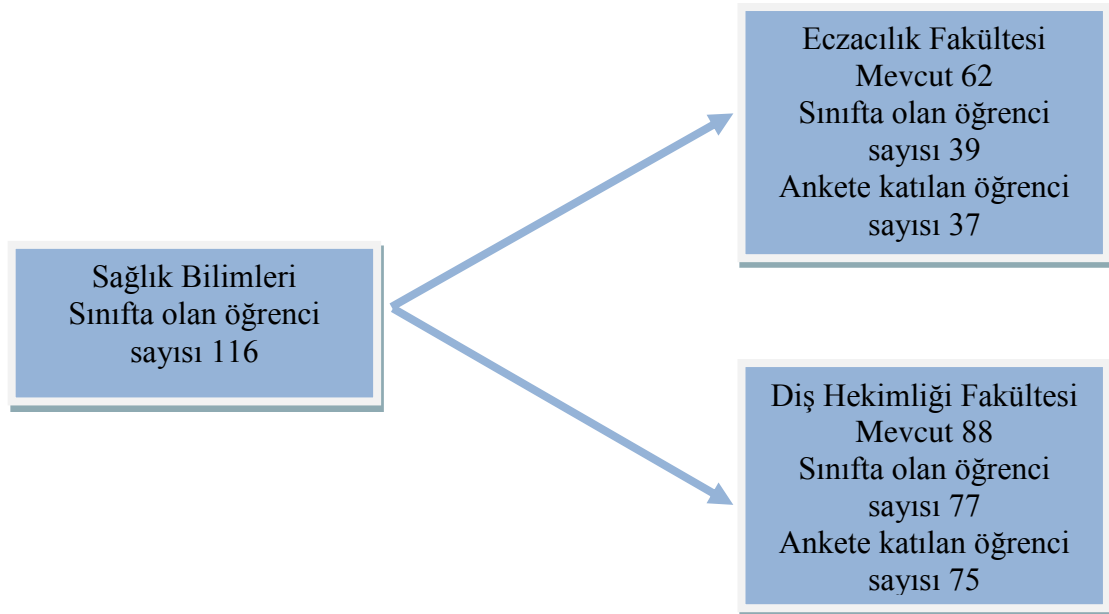
Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ise ortalama ve standart sapma olarak özetlendi. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi. Normal dağılım göstermeyen sayısal ölçümlerin iki grup arasında karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen sayısal ölçümleri ikiden fazla grup arasında genel karşılaştırmada Kruskal Wallis testi kullanıldı. Veriler arasındaki korelasyon analizleri için Pearson Korelasyon analizleri uygulandı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi <0.05 olarak alındı.



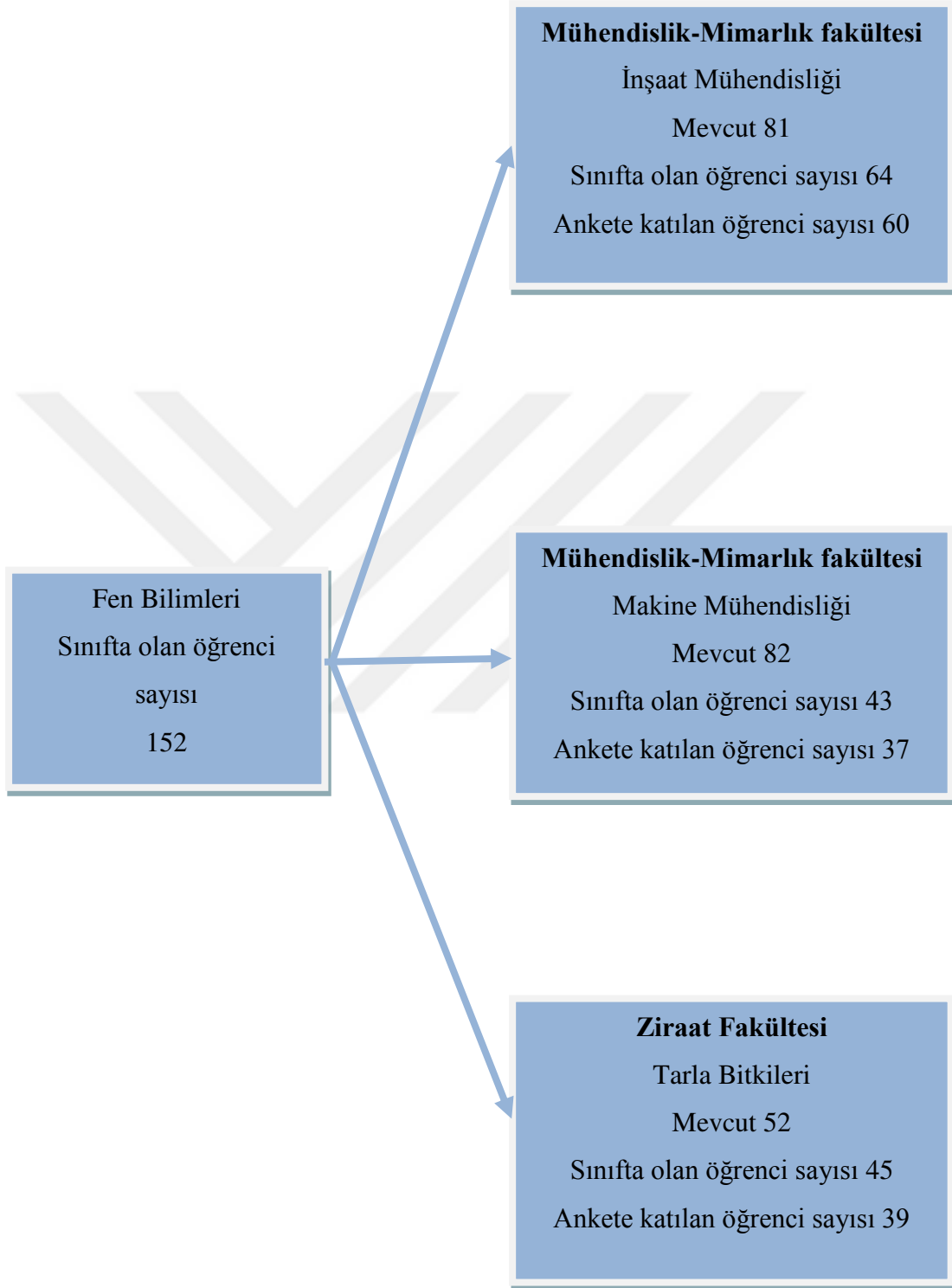
Şekil 1. Çukurova Üniversitesi birinci sınıf öğrencileri, örneklemimizi oluşturan ve anketimize katılan öğrenci sayıları



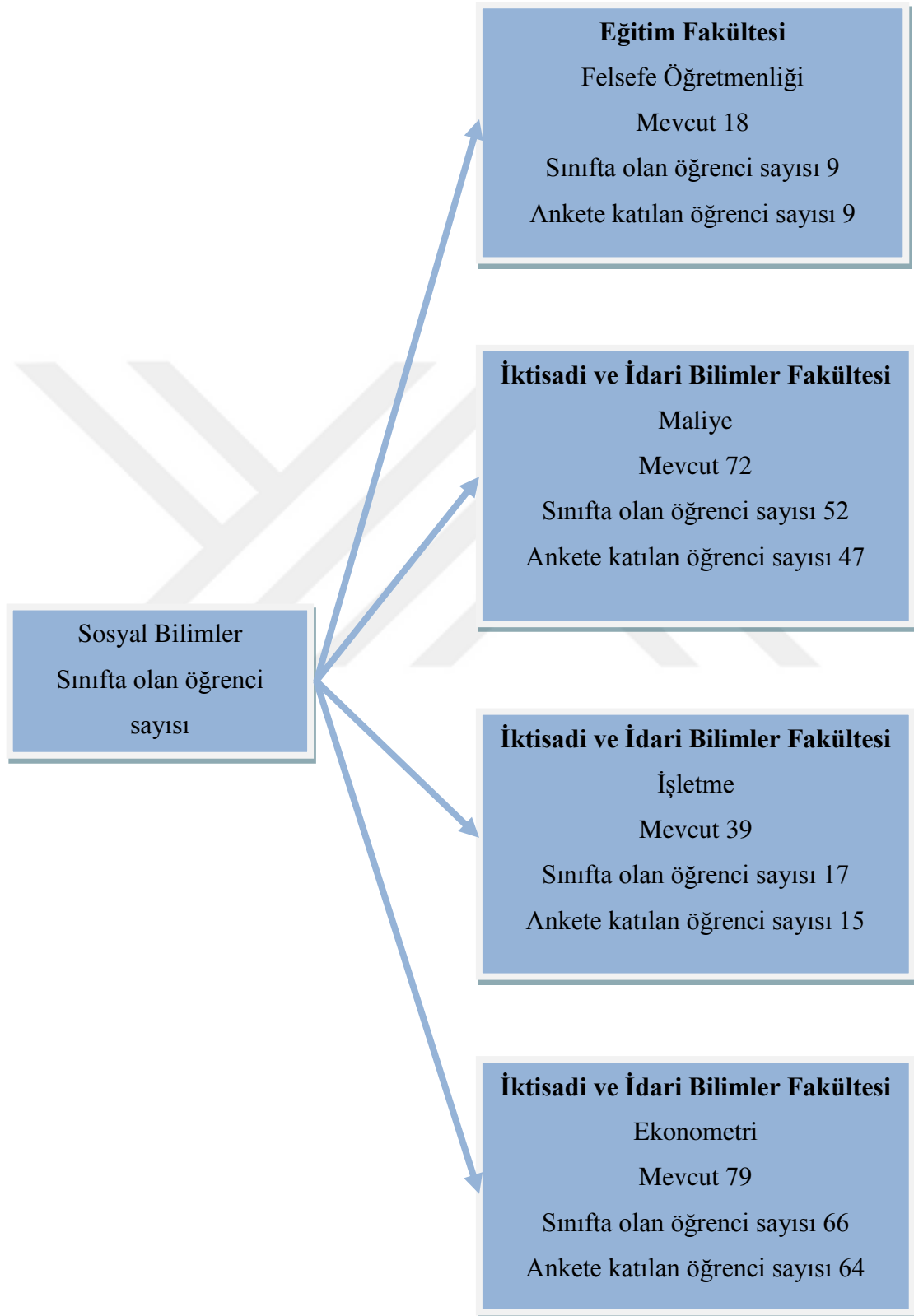
Şekil 2. Örneklemimizi oluşturan öğrencilerin eğitim alanlarına göre dağılımı



Şekil 3. Sağlık bilimleri alanında eğitim gören katılımcılarımızın dağılımı



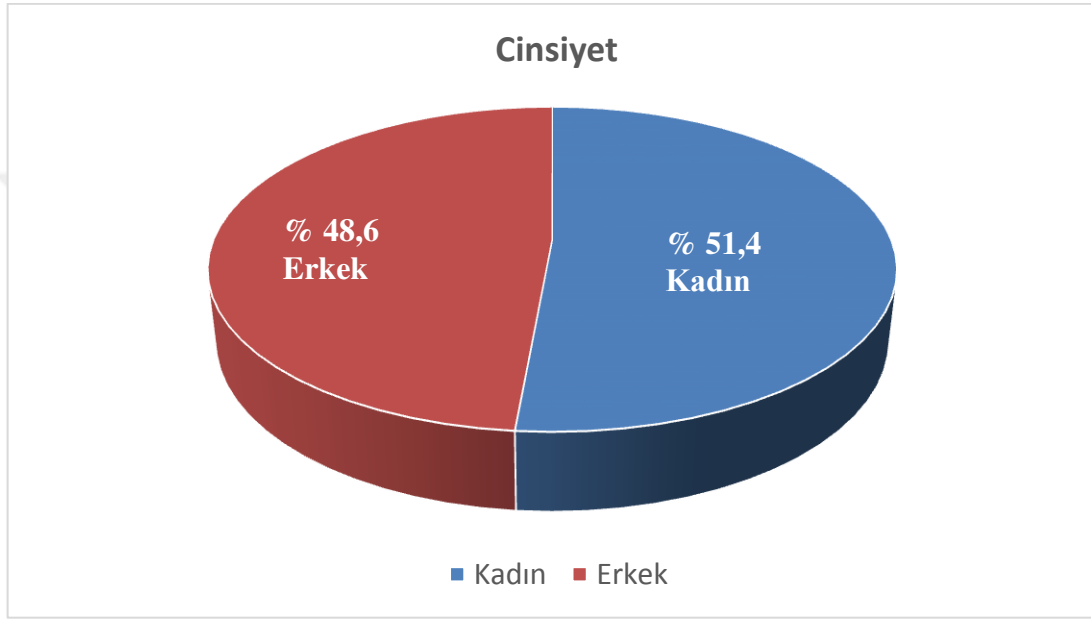
Şekil 4. Fen bilimleri alanında eğitim gören katılımcılarımızın dağılımı



Şekil 5. Sosyal bilimler alanında eğitim gören katılımcılarımızın dağılımı

4. BULGULAR

Çalışmamızda araştırma evrenimizi 2016-2017 eğitim-öğretim yılında Çukurova Üniversitesi kampüsünde yer alan fakülteler ve dört yıllık yüksekokulların birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmamıza katılan 383 öğrencinin 197'si (% 51,4) kadın, 186'sı (% 48,6) erkektir.



Şekil 6. Katılımcılarımızın cinsiyete göre dağılımı

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaş dağılımına bakıldığında 21 yaş ve üstü olan grupta erkeklerin, 17-18 yaş arası grupta ise kadınların fazla olduğu görülmektedir. Katılımcılarımızın yaş ortalaması $19,8 \pm 1,7$ olarak hesaplanmıştır. Erkek katılımcıların yaş ortalaması $20,2 \pm 2,1$, kadın katılımcıların yaş ortalaması ise $19,5 \pm 1,1$ 'dir. Kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 1. Katılımcıların yaş ve cinsiyete göre dağılımları

Yaş(yıl)	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
17-18	36	18,3	21	11,3	57	14,9
19	68	34,5	62	33,3	130	33,9
20	70	35,5	58	31,2	128	33,4
21 ve üstü	23	11,7	45	24,2	68	17,8
Toplam	197	51,4**	186	48,6**	383	100

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi

$\chi^2 = 12,161$, $sd = 3$, $p = 0,007$

Çalışmaya katılanların anne eğitim durumları incelendiğinde ortalama eğitim yılı $8,5 \pm 4,7$ olarak hesaplandı. Anne eğitim durumuna bakıldığında çoğunluğun (% 29,5) lise mezunu olduğu görülmektedir. Baba ortalama eğitim yılı $10,0 \pm 4,4$ olarak hesaplandı. Babaların mezuniyet durumlarına bakıldığında çoğunluğun (% 24,5) ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların anne mesleklerine bakıldığında annelerin büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu saptanırken, babalarda meslek dağılımı farklılık göstermekteydi. En sık serbest meslek görülürken bunu sırasıyla emekli ve işçi grupları takip etmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların anne ve baba eğitim durumları

		Anne (n=383)		Baba (n=380)	
		n	%	n	%
Eğitim durumu	Okuryazar değil	38	9,9	8	2,1
	Okuryazar	10	2,6	4	1,0
	İlkokul mezunu	96	25,1	94	24,5
	Ortaokul mezunu	50	13,1	58	15,1
	Lise mezunu	113	29,5	84	21,9
	Yüksekokul mezunu	29	7,6	46	12,0
	Lisans mezunu	34	8,9	61	15,9
	Lisansüstü	13	3,4	25	6,5

Tablo 3. Katılımcıların anne ve baba meslekleri (n=383)

		n	%
Anne meslek	Ev hanımı	275	71,8
	Diğer meslekler	108	28,2
Baba meslek	Öğretmen	36	9,4
	Mühendis-doktor-veteriner-akademisyen	29	7,6
	İşçi	52	13,6
	Emekli	60	15,7
	Memur	45	11,7
	Çiftçi-bahçıvan	33	8,6
	Polis-asker	14	3,7
	Serbest meslek	114	29,8

Çalışmamıza katılanların ailelerinin % 75,2'sinin çekirdek aile, % 18,5'inin geniş aile ve % 6,3'ünün ise parçalanmış aile yapısında olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların % 94,5'inin her iki ebeveyni de sağ olup, % 2,9'u anne kaybı, % 2,1'i baba kaybı, % 0,5'i ise her iki ebeveyn kaybı yaşamıştır. Çalışmaya katılanların kardeş sayısı ortalama $3,3 \pm 1,8$ 'dir. Ortalama kaçınıcı çocuk oldukları ise ortalama $2,2 \pm 1,6$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların aile özellikleri (n=383)

		n	%
Aile yapısı	Geniş aile	71	18,5
	Çekirdek aile	288	75,2
	Parçalanmış aile	24	6,3
Kardeş sayısı	1	12	3,1
	2	143	37,3
	3	124	32,4
	4	43	11,2
	5	22	5,7
	6	16	4,2
	7+	23	6,0
Kaçıncı çocuk	1	163	42,6
	2	116	30,3
	3	55	14,4
	4+	49	12,8
Ebeveyn durumu	İkisi de sağ	362	94,5
	Ebeveyn kaybı	21	5,5

Çalışmamıza katılanların ailelerinin aylık gelir durumlarına bakıldığında % 59,8'inin gelirinin gidere denk olduğu, % 20,9'unun gelirinin giderden az olduğu ve % 19,3'ünün gelirinin giderden fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamıza katılanların kendilerine ait aylık bütçelerine bakıldığında ise % 53'ünün 401-800 TL % 28,7'sinin 50-400 TL ve % 18,3'ünün 801+ TL bütçeye sahip olduğu görülmektedir. Kişiye ait bütçe; aileye ait aylık gelirin giderden az olduğu grupta 43 kişi (% 53,8) 50-400 TL, aileye ait aylık gelirin gidere denk olduğu grupta 138 kişi (% 60,3) 401-800 TL ve aileye ait aylık gelirin giderden fazla olduğu grupta ise 35 kişi (% 47,3) 401-800 TL arasındaydı. Katılımcılarımızın ailelerine ait aylık gelir ile kendilerine ait bütçe beyanları arasında uyum bulunmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcılara ait ortalama bütçe $653,6\pm 447,5$ 'tir.

Tablo 5. Katılımcıların aile aylık gelirleri ve bunun kendilerine ait bütçe ile ilişkisi

		Katılımcıya ait aylık bütçe							
		50-400		401-800		801+		Toplam	
		n	% *	n	% *	n	% *	n	% **
Aileye ait aylık gelir	Gelir giderden az	43	53,8	30	37,5	7	8,8	80	20,9
	Gelir gidere denk	55	24	138	60,3	36	15,7	229	59,8
	Gelir giderden fazla	12	16,2	35	47,3	27	18,3	74	19,3
	Toplam	110	28,7	203	53	70	18,3	383	100

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

$\chi^2= 47,818$, $sd= 4$, $p= 0,000$

Çalışmamıza katılanlardan % 69,2'si üniversiteye başlamadan önce bir il merkezinde yaşamıştır. Üniversiteye başladıktan sonra % 47,5'i ailesiyle beraber, % 34,5'i yurttan yaşamaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların yaşadığı yerin özellikleri (n=383)

		n	%
Üniversiteden önce yaşanılan yer	İl	265	69,2
	İlçe	87	22,7
	Köy	31	8,1
Üniversitede yaşanılan yer	Ailemle beraber	182	47,5
	Yurtta	132	34,5
	Arkadaşlarla beraber evde	41	10,7
	Bir yakınının yanında	14	3,7
	Kendi başıma evde	14	3,7

Çalışmamıza katılan bireylerin % 4,4'ünde kronik hastalık bulunduğu kendileri tarafından beyan edilmiştir. % 2,3'ünde astım, % 0,5'inde diyabet; seyrek olarak da alfa talasemi, orak hücreli anemi ve kanser öyküsü saptanmıştır. Katılımcılarımızın % 13,1'i ailesinde kronik hastalık öyküsü olduğunu belirtmiştir. % 6,5'inde diyabet, % 2,6'sında astım bulunmakta olup bunları daha az görülmekle beraber kalp hastalığı, hipertansiyon, hepatit B ve diyabet-hipertansiyon birlikteliği takip etmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların kendisinde ve ailelerindeki kronik hastalık ve engellilik durumu (n=383)

			n	%
Kronik hastalık	Kendisi	Var	17	4,4
		Yok	366	95,6
	Ailesi	Var	50	13,1
		Yok	333	86,9
Engellilik durumu	Kendisi	Var	4	1,0
		Yok	379	99,0
	Ailesi	Var	12	3,1
		Yok	371	96,9

Çalışmamıza katılanların kendi beyanlarına göre hesaplanan VKİ değerlerine göre % 68,3'ü normal, % 23,3'ü kilolu-obez ve % 8,4'ü zayıf sınıfta saptandı. Kadın katılımcıların vücut ağırlığı ortalaması $58,6 \pm 10,2$, boy ortalaması $165,1 \pm 6,3$; erkek katılımcıların vücut ağırlığı ortalaması $76,7 \pm 12,9$ ve boy ortalaması $178,3 \pm 6,4$ olarak belirlendi. Kadınlarda VKİ ortalaması $21,5 \pm 3,4$ ve erkeklerde $24,1 \pm 3,7$ olarak bulunmuştur. Kadınların % 12,7'si zayıf, % 74,1'i normal kilolu iken sadece % 2,5'i obez sınıftadır. Erkeklerde ise % 62,2'si normal kilolu, % 27'si fazla kilolu ve % 7'si obez sınıftadır. VKİ için iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0,001$) Bel çevresine göre değerlendirildiğine % 5,2'si yüksek riskli-abdominal obezite olarak değerlendirildi. Kadınlarda bel çevresi ortalaması $72,8 \pm 8,4$ ve erkeklerde $88,3 \pm 8,2$ olarak bulunmuştur. Kadınların % 90,4'ü bel çevresi için normal olarak

değerlendirilirken, % 4,6'sı riskli ve % 5,1'i yüksek riskli olarak sınıflandırılmıştır. Erkeklerde ise % 82,3'ü normal, % 12,4'ü riskli ve % 5,4'ü yüksek riskli bel çevresine sahip olarak değerlendirilmiştir. Bel çevresi için iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$) Çalışmamıza katılanlara dış görünüşlerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda % 34,7'si kararsız olduğunu belirtirken, % 35,5'i oldukça beğendiğini belirtti. % 4,2'si hiç beğenmediğini belirtirken, % 10,4'ü çok beğendiğini belirtti.

Tablo 8. Katılımcıların antropometrik ölçümleri

		Kadın		Erkek		Toplam		p*
		n	% **	n	% **	n	% **	
VKi	<18,5	25	12,7	7	3,8	32	8,4	0,000
	18,5-24,99	146	74,1	115	62,2	261	68,3	
	25-29,99	21	10,7	50	27,0	71	18,6	
	>30	5	2,5	13	7,0	18	4,7	
Bel çevresi	Normal	178	90,4	153	82,3	331	86,4	0,021
	Riskli	9	4,6	23	12,4	32	8,4	
	Yüksek riskli-abdominal obezite	10	5,1	10	5,4	20	5,2	
Bel/kalça	Normal	192	98,0	176	96,2	368	97,1	0,301
	Riskli	4	2,0	7	3,8	11	2,9	
Dış görünüş	Hiç beğenmiyorum	9	4,6	7	3,8	16	4,2	0,131
	Pek beğenmiyorum	35	17,8	23	12,4	58	15,1	
	Kararsızım	74	37,6	59	31,7	133	34,7	
	Oldukça beğeniyorum	64	32,5	72	38,7	136	35,5	
	Çok beğeniyorum	15	7,6	25	13,4	40	10,4	

* χ^2

** sütun yüzdesi

Çalışmamıza katılanların % 72,6'sı depresyon açısından normal olarak değerlendirilirken, % 27,4'ü depresif duygudurumunda olduğu değerlendirilmiştir. Kadınların % 68,0'i normal, % 32,0'si depresif olarak değerlendirilirken, erkeklerin % 77,4'ü normal ve % 22,6'sı depresif olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılarımızın depresyon puan ortalaması $13,5\pm 8,0$ olarak bulunmuştur. Depresif olarak değerlendirilenlerin % 60'ını kadınlar oluşturmaktadır.

Katılımcılarımız anksiyete açısından değerlendirildiğinde % 26,6'sı normal, % 35,8'i hafif, % 21,9'u orta ve % 15,7'si şiddetli anksiyete olarak değerlendirilmiştir. Kadınların % 19,3'ü normal, % 35,0'ı hafif anksiyete, % 20,8'i orta anksiyete ve % 20,8'i şiddetli anksiyete olarak sınıflandırılırken, erkeklerin % 34,4'ü normal, % 36,6'sı hafif anksiyete, % 18,8'i orta anksiyete ve % 10,2'si şiddetli anksiyete olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcılarımız depresyon ve anksiyete açısından

değerlendirildiğinde her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (depresyon için $p<0,05$, anksiyete için $p<0,01$)

Katılımcılarımızın ailesel işlevselliğine bakıldığında % 66,6'sının yüksek fonksiyonel aileye sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Depresyon, anksiyete duygudurumlarının ve aile apgar puanlamasının cinsiyete göre dağılımı

		Kadın		Erkek		Toplam		p*
		n	% **	n	% **	n	% **	
Depresyon	Normal	134	68,0	144	77,4	278	72,6	0,039
	Depresif	63	32,0	42	22,6	105	27,4	
Anksiyete	Normal	38	19,3	64	34,4	102	26,6	0,001
	Hafif	69	35,0	68	36,6	137	35,8	
	Orta	49	24,9	35	18,8	84	21,9	
	Şiddetli	41	20,8	19	10,2	60	15,7	
Aile APGAR	Düşük	9	4,6	14	7,5	23	6,0	0,321
	Orta	51	25,9	54	29,0	105	27,4	
	Yüksek	137	69,5	118	63,4	255	66,6	

* χ^2

** sütun yüzdesi

Katılımcılarımızın sosyal atom puanlarına bakıldığında çekirdek aile sosyal atom puan ortalaması $6,3\pm0,9$, arkadaş sosyal atom puan ortalaması $5,3\pm1,3$, akraba sosyal atom puan ortalaması $4,7\pm1,4$ ve toplam sosyal atom puan ortalaması $5,5\pm1,0$ olarak hesaplanmıştır. Kadınların genel sosyal atom puanları $5,4\pm0,9$ ve erkeklerin genel sosyal atom puanları $5,7\pm1,0$ olarak hesaplanmıştır. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 10. Katılımcıların sosyal atom puanlarının cinsiyete göre dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam	p*
Sosyal atom puanları	Çekirdek aile	$6,3\pm1,0$	$6,4\pm0,8$	$6,3\pm0,9$	0,352
	Arkadaş	$5,2\pm1,3$	$5,3\pm1,4$	$5,3\pm1,3$	0,691
	Akraba	$4,5\pm1,4$	$4,8\pm1,5$	$4,7\pm1,4$	0,069
	Genel toplam	$5,4\pm0,9$	$5,7\pm1,0$	$5,5\pm1,0$	0,000

* Mann Whitney-U

Katılımcılarımızın aile apgarlarına bakıldığında % 66,6'sı yüksek, % 27,4'ü orta ve % 6'sı düşük olarak bulunmuştur. Katılımcılarımızın büyük çoğunluğunun çekirdek aile yapısında (% 75,2) olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılanların aile yapısına göre aile apgarları değerlendirildiğinde geniş aile ve çekirdek aile yapısında olanlarda aile apgarının yüksek olduğu (% 71,8 ve % 68,8), parçalanmış ailelerde ise aile apgarının

daha fazla orta fonksiyonel aile olduğu (% 54,2) görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların ebeveyn durumlarına göre aile apgarına bakıldığında ebeveyn kaybının aile apgar skorunda anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 11. Katılımcıların aile yapısı ve ebeveyn durumunun aile apgar puanı ile ilişkisi

		Aile apgarı								p*
		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam		
		n	% **	n	% *	n	% *	n	% ***	
Aile yapısı	Geniş	4	5,6	16	22,5	51	71,8	71	18,5	0,000
	Çekirdek	14	4,9	76	26,4	198	68,8	288	75,2	
	Parçalanmış	5	20,8	13	54,2	6	25	24	6,3	
Ebeveyn durumu	İkisi de sağ	21	5,8	101	27,9	240	66,3	362	94,5	0,576
	Ebeveyn kaybı	2	9,5	4	19,0	15	71,4	21	5,5	
	Toplam	23	6	105	27,4	255	66,6	383	100	

* χ^2

** satır yüzdesi

*** sütun yüzdesi

Katılımcıların üniversiteden önce ve üniversitede yaşadığı yere göre aile apgarlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Katılımcıların yaşadıkları yerlerin aile apgar puanı ile ilişkisi

		Aile apgarı						p*
		Düşük		Orta		Yüksek		
		n	%**	n	%**	n	%**	
Üniversiteden önce yaşanılan yer	İl	16	6,0	75	28,3	174	65,7	0,392
	İlçe	3	3,4	22	25,3	62	71,3	
	Köy	4	12,9	8	25,8	19	61,3	
Üniversitede yaşanılan yer	Ailemle beraber	11	6,0	56	30,8	115	63,2	0,855
	Yurtta	7	5,3	33	25,0	92	69,7	
	Arkadaşlarla beraber evde	2	4,9	10	24,4	29	70,7	
	Bir yakınının yanında	2	14,3	3	21,4	9	64,3	
	Kendi başıma evde	1	7,1	3	21,4	10	71,4	

* χ^2

** satır yüzdesi

Katılımcılarımızın sosyal atom anne, baba, çekirdek aile ve genel toplam puanları ile aile apgar ilişkisine bakıldığında aile apgarı yükseldikçe sosyal atom puanının da arttığı görülmüştür. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,05$). Yapılan post hoc bonferroni testine göre kız kardeşler sosyal atom puanları ile aile apgarı düşük ve orta düzey olanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 13. Katılımcıların sosyal atom puanları ile aile apgarı puanı ilişkisi

	Aile apgarı						p*
	Düşük		Orta		Yüksek		
	n	ort±std	n	ort±std	n	ort±std	
Sosyal atom anne	23	5,0±3,0	105	6,3±1,5	255	6,5±1,4	0,000
Sosyal atom baba	23	2,7±2,7	105	5,1±2,2	255	6,0±1,7	0,000
Sap çekirdek aile	20	5,4±1,5	104	6,0±1,0	252	6,4±0,7	0,000
Sap arkadaş	16	5,4±1,9	86	5,4±1,3	213	5,2±1,3	0,673
Sap akraba	14	4,0±1,7	63	4,5±1,5	189	4,7±1,4	0,127
Sap genel toplam	22	4,9±1,5	104	5,5±1,0	253	5,6±0,9	0,010
Sosyal atom erkek kardeşler	23	1,3±1,6	105	2,0±1,8	255	2,1±1,7	0,062
Sosyal atom kız kardeşler	23	1,3±1,4	105	2,4±1,7	255	2,0±1,7	0,017

*Kruskal Wallis test

Çalışmamıza katılanların aile yapısına göre depresyon duygudurumları incelendiğinde geniş aile yapısında % 80,3'ü, çekirdek aile yapısında % 72,2'si normal olarak değerlendirilirken parçalanmış aile yapısında % 45,8'inin depresif duygudurumunda olduğu gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ebeveyn durumu ve depresyon duygudurumu arasındaki ilişkiye bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 14. Katılımcıların aile özelliklerinin depresyonla ilişkisi

		Depresyon						p*
		Normal		Depresif		Toplam		
		n	% **	n	% **	n	% ***	
Aile yapısı	Geniş	57	80,3	14	19,7	71	18,5	0,045
	Çekirdek	208	72,2	80	27,8	288	75,2	
	Parçalanmış	13	54,2	11	45,8	24	6,3	
Ebeveyn durumu	İkisi de sağ	262	72,4	100	27,6	362	94,5	0,703
	Ebeveyn kaybı	16	76,2	5	23,8	21	5,5	
	Toplam	278	72,6	105	27,4	383	100	

* χ^2

** satır yüzdesi

*** sütun yüzdesi

Çalışmamıza katılanların aile apgarı ve depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde aile apgarının düşük olduğu kişilerde depresif duygudurumunun daha fazla olduğu görülmektedir. Aile apgarının orta ve yüksek olduğu kişilerde ise normal duygudurumu daha fazla görülmektedir. Aile apgarı yükseldikçe depresyon oranları anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 15. Katılımcıların aile apgar puanları ile depresyon duygudurumu ilişkisi

		Depresyon					
		Normal		Depresif		Toplam	
		n	% *	N	% *	n	% **
Aile apgarı	Düşük	8	34,8	15	65,2	23	6
	Orta	69	65,2	36	34,3	105	27,4
	Yüksek	201	78,8	54	21,2	255	66,6
	Toplam	278	72,6	105	27,4	383	100

* satır yüzdesi, ** sütun yüzdesi

$\chi^2= 23,995$, sd= 2, p= 0,000

Çalışmamıza katılanların depresyon açısından duygudurumlarına göre sosyal atom puanları tabloda belirtilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların sosyal atom puanları ile depresyon duygudurumu ilişkisi

		Depresyon				p*
		Normal		Depresif		
		n	ort±std	n	ort±std	
Sosyal atom puanları	Çekirdek aile	274	6,4±0,8	102	6,1±1,1	0,096
	Arkadaşlar	230	5,3±1,4	85	5,2±1,3	0,642
	Akrabalar	202	4,7±1,4	64	4,4±1,5	0,096
	Genel toplam	275	5,6±0,9	104	5,4±1,1	0,458

* Mann-Whitney U

Katılımcılarımızdan sağlık bilimlerinde eğitim görenlerin % 25,6'sı, sosyal bilimlerde eğitim görenlerin % 27,4'ü ve fen bilimlerinde eğitim görenlerin % 28,7'si depresif duygudurumunda olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılanların depresyon duygudurumunda eğitim gördükleri alanlara göre farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 17. Katılımcıların eğitim gördükleri alanlara göre depresyon duygudurum düzeyleri

		Depresyon					
		Normal		Depresif		Toplam	
		n	% *	N	% *	n	% **
Sağlık bilimleri		83	74,1	29	25,9	112	29,2
Sosyal bilimler		98	72,6	37	27,4	135	35,2
Fen bilimleri		97	71,3	39	28,7	136	35,5
Toplam		278	72,6	105	27,4	383	100

* satır yüzdesi

** sütun yüzdesi

$\chi^2= 0,239$, sd= 2, p= 0,887

Çalışmamıza katılanların üniversiteden önce ilde yaşayanların % 27,2'sinde, ilçede yaşayanların % 24,1'inde ve köyde yaşayanların % 38,7'sinde depresif duygudurumu gözleendiği saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,292). Katılımcılarımızın üniversitede yaşadıkları yer ile

depresyon duygudurumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Katılımcıların yaşadıkları yerler ile depresyon duygudurumu ilişkisi

		Depresyon				
		Normal		Depresif		p*
		n	%**	n	%**	
Üniversiteden önce yaşanan yer	İl	193	72,8	72	27,2	0,292
	İlçe	66	75,9	21	24,1	
	Köy	19	61,3	12	38,7	
Üniversitede yaşanılan yer	Ailemle beraber	137	75,3	45	24,7	0,715
	Yurtta	95	72,0	37	28,0	
	Arkadaşlarla beraber evde	27	65,9	14	34,1	
	Bir yakınımın yanında	10	71,4	4	28,6	
	Kendi başıma evde	9	64,3	5	35,7	

* χ^2

** satır yüzdesi

Çalışmamıza katılanların bağımsız sürekli değişkenlerin depresyon bağımlı değişkeni ile ortalamaları karşılaştırıldığında depresyon durumlarına göre normal olarak değerlendirilenlerin sosyal atom anne puan ortalaması $6,5\pm1,5$, depresif olarak değerlendirilenlerin ise $6,1\pm1,9$ 'dur. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$) Benzer şekilde baba sosyal atom puanları arasında da anlamlı farklılık görülmektedir. Normal olarak değerlendirilenlerin sosyal atom baba puan ortalaması $5,8\pm1,9$ iken depresif olarak değerlendirilenlerde $5,0\pm2,5$ olarak hesaplanmıştır ($p<0,01$).

Katılımcılarımızın aile apgar puan ortalamaları ile depresyon duygudurumu arasında da anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ($p<0,001$) normal duygudurumunda değerlendirilenlerin aile apgar puan ortalaması $7,8\pm2,0$, iken depresif duygudurumunda değerlendirilenlerin $6,4\pm2,7$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmamıza katılanların normal duygudurumunda olanların boy ortalaması $172,5\pm9,1$, depresif duygudurumunda olanların boy ortalaması $168,9\pm8,8$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$).

Bunların dışında bakılan bağımsız sürekli değişkenler ile depresyon duygudurumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 19. Bağımsız sürekli değişkenlerin depresyon bağımlı değişkeni ile ortalamalarının karşılaştırılması

	Depresyon				p*
	Normal		Depresif		
	n	ort±std	n	ort±std	
Vücut ağırlığı	278	67,9±14,3	105	66,0±15,7	0,115
Boy	278	172,5±9,1	105	168,9±8,8	0,001
Bel çevresi	278	80,5±10,7	105	80,0±13,0	0,339
Kalça çevresi	278	100,7±7,5	105	100,8±9,3	0,482
Kardeş sayısı	278	3,3±1,8	105	3,2±1,9	0,343
Kaçıncı çocuk	278	2,2±1,7	105	2,1±1,4	0,712
Size ait aylık bütçe	278	644,3±434,1	105	678,4±482,6	0,640
Sosyal atom anne	278	6,5±1,5	105	6,1±1,9	0,044
Sosyal atom baba	278	5,8±1,9	105	5,0±2,5	0,014
Sosyal atom erkek kardeş	278	2,9±3,2	105	2,3±3,1	0,124
Sosyal atom kız kardeş	278	2,6±3,1	105	2,6±3,2	0,791
Sosyal atom ağabey	278	1,4±2,7	105	1,0±2,2	0,250
Sosyal atom abla	278	1,5±2,8	105	1,6±2,7	0,923
Sosyal atom puanı çekirdek aile	274	6,3±0,8	102	6,1±1,1	0,096
Sosyal atom puanı arkadaşlar	230	5,3±1,3	85	5,2±1,3	0,642
Sosyal atom puanı akrabalar	202	4,7±1,4	64	4,4±1,5	0,096
Sosyal atom puanı genel toplam	275	5,6±0,9	104	5,4±1,1	0,458
Aile apgarı toplam	278	7,8±2,0	105	6,4±2,7	0,000
Anne eğitim yılı	278	8,4±4,6	105	8,6±4,9	0,752
Baba eğitim yılı	277	10,0±4,4	103	10,1±4,4	0,925

* Mann-Whitney U

Çalışmamıza katılanların aile yapısına göre anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde geniş aile yapısında olanların çoğunun (% 32,4) hafif anksiyete, çekirdek aile yapısında olanların çoğunun (% 37,2) hafif anksiyete ve parçalanmış aile yapısında olanların çoğunun (% 29,2) hafif ve şiddetli anksiyete düzeyinde olduğu görülmektedir.

Tablo 20. Katılımcıların aile yapısı ile anksiyete düzeyleri ilişkisi

		Anksiyete düzeyleri								p*
		Normal		Hafif		Orta		Şiddetli		
		n	% **	n	%	n	%	n	%	
Aile yapısı	Geniş	21	29,6	23	32,4	19	26,8	8	11,3	0,445
	Çekirdek	76	26,4	107	37,2	60	20,8	45	15,6	
	Parçalanmış	5	20,8	7	29,2	5	20,8	7	29,2	
Ebeveyn durumu	İkisi de sağ	95	26,2	132	36,5	80	22,1	55	15,2	0,515
	Ebeveyn kaybı	7	33,3	5	23,8	4	19,0	5	23,8	

* χ^2

** satır yüzdesi

Çalışmamıza katılanların anksiyete ve aile apgarı arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Aile apgarı arttıkça şiddetli anksiyete düzeyi azalsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 21. Katılımcıların aile apgar puanları ile anksiyete düzeyleri ilişkisi

		Anksiyete düzeyleri							
		Normal		Hafif		Orta		Şiddetli	
		n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Aile apgarı	Düşük	5	21,7	6	26,1	6	26,1	6	26,1
	Orta	24	22,9	37	35,2	21	20,0	23	21,9
	Yüksek	73	28,6	94	36,9	57	22,4	31	12,2
	Toplam	102	26,6	137	35,8	84	21,9	60	15,7

* satır yüzdesi, ** sütun yüzdesi

$\chi^2 = 8,434$, $sd = 6$, $p = 0,208$

Katılımcılarımızın anksiyete duygudurumlarına göre sosyal atom puanları tabloda belirtilmiştir. Katılımcılarımızın sosyal atom puanları akrabalar için anksiyete durumlarına göre normal olanların $5,0 \pm 1,4$, hafif anksiyete olanların $4,7 \pm 1,4$, orta anksiyete olanların $4,4 \pm 1,5$ ve şiddetli anksiyete olanların $4,2 \pm 1,4$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcılarımızın genel sosyal atom puanları anksiyete durumlarına göre normal olanların $5,7 \pm 0,9$, hafif anksiyete olanların $5,6 \pm 0,9$, orta anksiyete olanların $5,3 \pm 1,0$ ve şiddetli anksiyete olanların $5,4 \pm 1,0$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcılarımızın akrabalar için hesaplanan ve genel sosyal atom puanları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sosyal atom puanı akrabalar $p < 0,05$, genel sosyal atom puanı $p < 0,05$).

Tablo 22. Katılımcıların sosyal atom puanları ile anksiyete düzeyleri ilişkisi

		Anksiyete								p*
		Normal		Hafif		Orta		Şiddetli		
		n	ort±std	n	ort±std	n	ort±std	n	ort±std	
Sosyal atom puanları	Çekirdek aile	99	6,4±0,7	136	6,3±0,9	82	6,2±1,0	59	6,1±1,0	0,429
	Arkadaşlar	87	5,4±1,3	110	5,2±1,3	70	5,2±1,4	48	5,2±1,4	0,552
	Akrabalar	76	5,0±1,4	93	4,7±1,4	59	4,4±1,5	38	4,2±1,4	0,049
	Genel toplam	100	5,7±0,9	59	5,6±0,9	83	5,3±1,0	60	5,4±1,0	0,014

*Kruskal Wallis test

Çalışmamıza katılanların alanlarına göre anksiyete düzeyleri tabloda belirtilmiştir. Katılımcılarımızın anksiyete düzeyleri alanları ile eğitim gördükleri alanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 23. Katılımcıların eğitim gördükleri alanlara göre anksiyete düzeyleri

	Anksiyete düzeyleri									
	Normal		Hafif		Orta		Şiddetli		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% **
Sağlık bilimleri	26	23,2	47	42,0	23	20,5	16	14,3	112	29,2
Sosyal bilimler	36	26,7	44	32,6	30	22,2	25	18,5	135	35,2
Fen bilimleri	40	29,4	46	33,8	31	22,8	19	14,0	136	35,5
Toplam	102	26,6	137	35,8	84	21,9	60	15,7	383	100

* satır yüzdesi, ** sütun yüzdesi

 χ^2 : 3,850, sd: 6, p: 0,697

Katılımcılarımızın yaşadıkları yer ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, üniversiteden önce ve üniversitede yaşadıkları yer ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Katılımcıların yaşadıkları yerler ile anksiyete düzeyleri ilişkisi

		Anksiyete								p*
		Normal		Hafif		Orta		Yüksek		
		n	%**	n	%**	n	%**	n	%* *	
Üniversiteden önce yaşanılan yer	İl	70	26,4	90	34,0	60	22,6	45	17,0	0,449
	İlçe	21	24,1	39	44,8	17	19,5	10	11,5	
	Köy	11	35,5	8	25,8	7	22,6	5	16,1	
Üniversitede yaşanılan yer	Ailemle beraber	55	30,2	55	30,2	39	21,4	33	18,1	0,292
	Yurtta	31	23,5	50	37,9	32	24,2	19	14,4	
	Arkadaşlarla beraber evde	9	22,0	20	48,8	8	19,5	4	9,8	
	Bir yakınımın yanında	5	35,7	3	21,4	3	21,4	3	21,4	
	Kendi başıma evde	2	14,3	9	64,3	2	14,3	1	7,1	

* χ^2

** satır yüzdesi

Katılımcılarımızın sosyal atom genel toplam puanları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farklılığın sebebi post hoc bonferroni testine göre normal olarak belirlenenler ve orta anksiyete düzeyi kaynaklıdır. Katılımcılarımızdan normal olarak belirlenen grupta sosyal atom genel toplam puan ortalaması $5,7\pm0,9$, orta anksiyete olarak belirlenen grupta ise $5,4\pm1,0$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmamıza katılanların aile apgar puanlar ortalamaları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Aile apgar puan ortalaması normal olarak değerlendirilen grupta $7,7\pm2,3$, hafif anksiyete olarak değerlendirilen grupta $7,5\pm2,2$, orta anksiyete olarak değerlendirilen grupta $7,4\pm2,3$ ve şiddetli anksiyete olarak değerlendirilen grupta $6,5\pm2,4$ olarak bulunmuştur. Bu farklılık yapılan post hoc

bonferroni testine göre normal ve şiddetli anksiyete ile hafif ve şiddetli anksiyete grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Tablo 25. Bağımsız sürekli değişkenlerin anksiyete bağımlı değişkeni ile ortalamalarının karşılaştırılması

	Anksiyete düzeyleri								p*
	Normal		Hafif		Orta		Şiddetli		
	n	ort±std	n	ort±std	n	ort±std	n	ort±std	
Yaş	102	19,7±2,1	137	19,8±1,7	84	19,8±1,5	60	19,8±1,2	0,482
Vücut ağırlığı	102	67,9±12,5	137	68,1±15,8	84	66,1±15,5	60	66,9±14,6	0,497
Boy	102	173,2±8,8	137	171,7±9,5	84	170,5±9,0	60	169,4±8,7	0,068
Bel çevresi	102	81,3±9,6	137	80,7±11,4	84	79,0±12,5	60	79,5±12,3	0,188
Kalça çevresi	102	100,8±6,5	137	100,9±8,1	84	100,4±8,9	60	100,5±9,0	0,633
Kardeş sayısı	102	3,1±1,4	137	3,3±2,0	84	3,3±2,0	60	3,5±2,1	0,757
Kaçıncı çocuk	102	1,9±1,4	137	2,3±1,9	84	2,1±1,5	60	2,4±1,6	0,056
Size ait aylık bütçe	102	660,0±432,2	137	672,9±481,5	84	633,9±355,8	60	626,8±511,9	0,690
Sosyal atom anne	102	6,4±1,7	137	6,4±1,6	84	6,2±1,8	60	6,5±1,3	0,992
Sosyal atom baba	102	5,7±2,1	137	5,9±1,7	84	5,1±2,5	60	5,3±2,2	0,084
Sosyal atom erkek kardeş	102	2,8±3,2	137	2,8±3,2	84	2,9±3,2	60	2,5±3,1	0,795
Sosyal atom kız kardeş	102	2,9±3,2	137	2,7±3,1	84	2,2±3,0	60	2,7±3,2	0,451
Sosyal atom ağabey	102	1,1±2,4	137	1,4±2,6	84	1,5±2,7	60	1,3±2,4	0,589
Sosyal atom abla	102	1,4±2,6	137	1,5±2,8	84	1,6±2,8	60	1,7±2,8	0,824
Sap çekirdek aile	99	6,4±0,7	136	6,3±0,9	82	6,2±1,0	59	6,1±1,0	0,429
Sap arkadaşlar	87	5,4±1,3	110	5,2±1,3	70	5,2±1,4	48	5,2±1,4	0,552
Sap akrabalar	76	5,0±1,4	93	4,7±1,4	59	4,4±1,5	38	4,2±1,4	0,049
Sap genel toplam	100	5,7±0,9	136	5,6±0,9	83	5,4±1,0	60	5,4±1,0	0,014
Aile apgarı toplam	102	7,7±2,3	137	7,5±2,2	84	7,4±2,3	60	6,5±2,4	0,010
Anne eğitim yılı	102	8,3±4,8	137	8,8±4,6	84	8,2±4,8	60	8,3±4,6	0,803
Baba eğitim yılı	100	10,0±4,1	137	10,4±4,4	84	9,8±4,8	59	9,6±4,3	0,620

* Kruskal Wallis test, Sap: Sosyal atom puanı

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversite birinci sınıf öğrencilerinde depresyon ve anksiyete düzeylerini ve kişisel ve ailesel işlevselliğin depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisini araştırdık. Bu amaçla öncelikle sosyal atom ile kişisel işlevselliği ve aile apgarı ile ailesel işlevselliği belirledik.

Çalışmamızda katılımcılarımızın % 27,4'ünün depresif duygudurumuna sahip olduğunu belirledik. Toplumda bildirilen depresyon oranları ülkeden ülkeye değişkenlik göstermekle birlikte (Amerika % 4,7, Türkiye % 10-20) genel olarak kadınlarda % 8, erkeklerde % 3 oranında gözlenmektedir (64). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5,4, erkeklerde % 2,3, tüm nüfusta % 4,0 olarak verilmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmektedir (154) (63) (155). Yapılan bazı araştırmalarda üniversite popülasyonunda depresyonun % 17-23 oranında görüldüğü ve üniversite danışma merkezlerine başvuran öğrencilerin % 45'inin depresyonda olduğu belirtilmiştir (156). Literatürde depresyonun üniversite öğrencileri için en yaygın sağlık problemlerinden biri olduğunu gösteren birçok çalışmaya rastlanmaktadır (157) (158) (159) (160). Öğrencilerin depresyon oranlarını inceleyen çalışmaların bazılarında ise genel toplum taramalarında bulunan değerlerden daha yüksek depresyon oranları (% 32-% 35) bildirilmektedir (161) (162) (163).

Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite öğrencilerinde BDÖ ortalama puanı 7,6 olarak bildirilmiştir (164). Kaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin BDÖ puan ortalamalarının $13,47 \pm 8,45$ ve % 31,8'inde depresif belirtilerin görüldüğü belirtilmiştir (165). Özdel ve arkadaşları (2002) üniversite öğrencilerinde sendromal düzeyde depresyon oranının % 26,2 ve tüm öğrencilerin BDÖ puan ortalamasını $12,8 \pm 7,19$ bulmuşlardır (166). Türkiye'de çeşitli üniversitelerde BDÖ ile yapılan çalışmalarda sendromal düzeyde % 13,8-69 arasında değişen depresyon oranları bulunmuştur. Hacettepe Üniversitesi intern doktorları ile yapılan çalışmada bu oran % 13,8 bulunurken (167), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde % 34,7 olarak bulunmuştur (168). Bizim çalışmamızda tüm öğrencilerin BDÖ puan ortalamasını $13,5 \pm 8,0$ olarak bulunmuştur.

Depresyon duygudurumu kadınlarda en çok 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (94). Son yıllarda epidemiyolojik veriler, depresyonun başlangıç yaşının daha erken yaşlara kaydığını göstermektedir (63) (169) (170). Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20’li yaşların ortalarında olmaktadır (52) (171). Bizim çalışmamızda da yaş ortalamasının $19,8 \pm 1,7$ olduğu grupta % 27,4 oranında depresif duygudurumunun görülmüş olması bu bulguları destekler niteliktedir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda depresyon oranının kadınlarda daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (58). Çalışmamıza katılan kadınların % 32,0’ı ve erkeklerin % 22,6’sı depresif duygudurumunda olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılanlardan depresif duygudurumunda olanların % 60,0’ını kadınlar oluşturmaktaydı.

Katılımcılarımızın kendilerine ait aylık bütçe ile depresyon duygudurumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p > 0,05$) Ülkemizde depresyonun en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde bulunduğu bildirilse de sosyoekonomik durumla korelasyon bulunmamıştır (154) (63). Bu durum sosyoekonomik durumun kişinin kendi algısına bağlı olmasından kaynaklanabilmektedir. Kişi, kendisini bulunduğu sosyoekonomik düzeyden farklı bir sosyoekonomik düzeyde algılamasından dolayı depresyon durumunu etkilememiş olabilmektedir.

Ceyhan, Ceyhan ve Kurtyılmaz’ın (2005) yaptığı 293 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin depresyon düzeyleri ile cinsiyet, problem çözme becerisi, çekingenlik, aile, arkadaş ve toplumdan sosyal destek düzeyi, yaş ve akran baskısı değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bunun sonucunda, problem çözme becerisi, arkadaşlardan alınan sosyal destek ve çekingenliğin depresyon düzeyini etkilediği bildirilmiştir (172).

Ergenlerde yapılan bir araştırmada ailesinden sosyal destek görenlerde depresyon oranının düşük olduğu saptanmıştır (173). Earle ve Kelly’nin hekimlere yönelik yaptığı bir çalışmada depresyon ile başa çıkma yolları arasında yardıma ihtiyacı olduğunu düşünen hekimlerin ailelerine ya da bir arkadaşlarına yönelimin en fazla olduğu saptanmıştır (174).

Ebeveynlerin ayrılması, evlat edinme ergenlerde depresyon riskini artıran ailesel faktörlerdendir (146) (175). Ayrıca ebeveyn kaybı -özellikle erken yaşta-, çocuklarda

depresyon gelişimi açısından en önemli yordayıcı yaşam olayıdır (176) (177) (178). Bizim çalışmamızda da geniş ve çekirdek ailelerde depresyon oranları sırasıyla % 19,7 ve % 27,8 iken parçalanmış ailelerde depresyon oranı % 45,8 olarak saptanmıştır. Ebeveyn kaybı yaşayan bireylerde anlamlı farklılık bulunmamıştır fakat bu durum çalışmamıza katılanlar arasında ebeveyn kaybı yaşayan kişi sayısının az olmasından kaynaklanabildiğini düşünmekteyiz.

Uluğ, (2008) üniversite öğrencilerinde depresyon düzeyine ebeveyn kaybının ve anne baba ayrılığının etkisini incelemeyi amaçlayan araştırmasında anne ve/veya baba kaybı olan 494 öğrenci katılım grubunu, herhangi bir nedenle anne-babası ayrı yaşayan 268 öğrenci de karşılaştırma grubunu oluşturmuştur. Anne-baba ayrılığı bulunmayan 500 öğrenci de kontrol grubunu oluşturmuştur. Beck Depresyon Envanteri kullanılarak elde edilen depresyon puanlarında gruplar açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kız öğrenci olmak ve anne eğitim düzeyinin düşük olması; okuduğu üniversiteyi/bölümü istememek ve mezun olma olasılığını düşük görmek; sosyal destek azlığı ve yaşam olayı sayısı ile kontrol grubunda olmak depresyon düzeyinin belirleyicileri olarak saptamışlardır (179).

Aile işlevselliği, ailenin günlük yaşamla, sorunlarla ve değişimlerle başa çıkma becerisi olarak tanımlanabilir. Aile işlevselliğinin kavramsallaştırılmasında aile yaşamı ve ilişkilerin çeşitli yönleri, özbildirim ölçekleri ve gözlemsel yaklaşımlarla değerlendirilmektedir. Bu değerlendirilmeler iletişim, çatışma, bağlılık, affektif ifade, roller, davranışsal kontrol, uyumsallık ve organizasyonu kapsamaktadır. Sağlıklı aile ortamı, emosyonel ve fiziksel güven duygusu ve psikolojik iyilik hali sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Aile içindeki ve dışındaki sorunlu ilişki örüntüleri, depresyonun öncülüdür (180). Bireylerdeki depresyon riski, destekleyici ve sıcak bir ortamın olmayışı; sert ve çatışmalı etkileşimlerin yüksek düzeyli olduğu aile ortamında artmaktadır (181). Bizim çalışmamızda da uyumlu olarak aile apgarının düşük olduğu grupta % 65,2 depresif duygudurumu gözlenirken, yüksek olan grupta % 21,2 olarak gözlenmiştir.

Barbour'un 2013 yılında yayınladığı yayınında, sosyal destek ve depresyonun birbiriyle etkileşim içerisinde olduğu kanısına varılmıştır. Barbour'a göre sosyal destek, bireyin depresyon durumunu atlatabilmesi için ve duygu-durum bozukluklarının refahlamasına katkı sağlaması için önemli olabilmektedir. Aynı zamanda sosyal destek

bireyin benlik duygusunu artırır ve diğer insanlarla iletişim kurması sonucu başarıma kapasitesini de yükseltir (182).

İnanç ve ark. 2004'te yaptıkları bir araştırmada üniversite öğrencilerinin % 35'inin yaygın anksiyete bozukluğu yaşadıklarını saptamışlardır (183). Bizim çalışmamızda da % 21,9 orta anksiyete ve % 15,7 şiddetli anksiyete olarak belirlenmiştir.

Kaygı çok farklı kavramlardan ve dönemlerden etkilenmektedir. Özellikle yaşamın ileriki dönemlerini etkileyecek önemli kararların alındığı üniversite yılları önemli dönemlerin başında gelir. Üniversite yaşamı ve üniversitede öğrenci olmak, genelde ülkemizde veya diğer ülkelerde kaygı ve stres üretecek bir ortamın temelini oluşturmaktadır (159).

Başka bir araştırma, Bozkurt (2004) tarafından üniversite öğrencilerinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bazı değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiş, kız öğrencilerin kaygı düzeyleri erkek öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (184). Yapılan araştırmalarda anksiyete düzeylerinin kız öğrencilerde erkek öğrencilere nazaran daha yüksek olduğu bulunmuştur (185) (186) (187). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre kadınlarda orta ve şiddetli anksiyete görülme oranları erkeklere oranla anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Kaygı ve strese verilen tepkilerde cinsiyet açısından farklılıklar olduğu; kadınlarda kaygıya daha sık rastlandığı, stres ve kaygı durumlarında erkeklerin daha saldırgan olduğu, kadınların stres karşısında daha çok kaygı ve depresyon gösterme eğilimleri olduğu tespit edilmiştir (188).

Benzer şekilde yapılan başka bir araştırmada erkek ve kız öğrencilerinin kaygı düzeyi açısından, fakülte değişkeni de göz önüne alındığında bir farklılık bulunmamıştır (189).

Bir grup üniversite öğrencisi üzerinde çeşitli değişkenler açısından depresyon ve kaygı düzeylerinin incelediği araştırmada, okunan bölüm değişkenlerinin kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğu saptamıştır (184). Yapılmış başka bir araştırmada fakültelere göre kaygı puanlarına bakıldığında Mühendislik Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin durumluk kaygı puanlarının anlamlı olarak Veteriner, Ziraat, Tıp, İlahiyat, Eğitim, Fen-Edebiyat, İktisadi ve İdari Bilimler fakültelerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (190). Başka bir araştırmada ise öğrencilerin devam ettikleri

fakülteye göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı bu sonucun farklı bir fakültede olmanın kaygı düzeyini etkilemediği şeklinde yorumlanmıştır (191). Bizim çalışmamızda da benzer olarak sağlık bilimleri, sosyal bilimler ve fen bilimleri alanlarında eğitim gören öğrenciler arasında anksiyete düzeyleri açısından anlamlı farklılık izlenmemiştir.

Uludağ Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada en yüksek anksiyete düzeyi, en düşük gelirli gruptaki öğrencilerde bulunmuştur (190). Bir grup üniversite öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada da sosyoekonomik düzeyi yüksek olan öğrencilerin kaygı düzeyini daha yüksek bulunmuştur. Araştırmacı bu durumu ailenin çocuğa her türlü maddi ve manevi imkanları sunması dolayısı ile çocuklarına yönelik beklentilerinin yüksek olmasının çocuğun depresyon düzeyinin artmasına neden olabileceği şeklinde yorumlamıştır (184).

Ergenlikte kızlar ve erkeklerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri üzerine yapılan araştırmalar, kızların, sosyal ilişkilerini merkezi önemde gördüklerini, bu nedenle ailedeki ilişkilerinden büyük ölçüde etkilendiklerini bildirilmektedir (192). Arkadaşları tarafından önemsenmeyen, görmezlikten gelinen bireylerin, geç ergenlik süresince psikolojik risk altında oldukları ortaya çıkarılmıştır. Grup düzeyinde olumsuz akran yaşantıları, ergenleri psikolojik bozukluk yaşama riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır (193). Ergenlerin algıladıkları sosyal destek arttıkça psikolojik sağlık düzeylerinin de yükseldiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (194). Bizim çalışmamızda erkeklerin sosyal atom genel toplam puanı kızlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çekirdek aile, arkadaşlar ve akrabalar sosyal atom puanları arasında farklılık bulunmamıştır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın evrenini sadece üniversite birinci sınıf öğrencilerinin oluşturması çalışmamızın kısıtlılığıdır. Örnekleme ilgili bir diğer kısıtlılık da çalışmanın sonuçlarının genellenebilirliği ile ilgilidir. Çalışmanın örneklemi sadece Çukurova Üniversitesi'nde öğrenim gören lisans düzeyindeki birinci sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Bu yüzden çalışmanın sonuçlarını tüm üniversite öğrencilerine ya da üniversite eğitimi almamış kişilere genellemek mümkün değildir.

Çalışmamıza katılanların depresyon duygudurumuna etki edebilecek yaşam olayları sorgulanmamıştır.

Çalışmanın Güçlü Yönleri

Çalışmamız üniversite öğrencilerinde sosyal atom ve aile apgar ölçekleri kullanılarak, kişisel ve ailesel işlevselliğin depresyon ve anksiyete riskine olan etkilerini araştıran ilk çalışmadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamıza katılanların % 27,4'ünün depresif duygudurumuna sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınların 63'ünde (% 32,0), erkeklerin 42'sinde (% 22,6) depresif duygudurumu tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasında saptanan bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcıların BDÖ puan ortalaması $13,5 \pm 8,0$ olarak hesaplanmıştır.

Katılımcılarımızın anksiyete düzeylerine bakıldığında % 26,6'sının normal, % 35,8'inin hafif anksiyete, % 21,9'unun orta anksiyete ve % 15,7'sinin şiddetli anksiyete olduğu görülmüştür. Kadın katılımcılarımızın 49'u (% 24,9) orta anksiyete, 41'i (% 20,8) şiddetli anksiyete ve erkek katılımcılarımızın 35'i (% 18,8) orta anksiyete, 19'u (% 10,2) şiddetli anksiyete yaşamaktadır.

Aile apgar ölçeği sonuçlarına bakıldığında, katılımcılarımızın % 6,0'sı düşük, % 27,4'ü orta % 66,6'sı yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılanların çekirdek aile sosyal atom puanı $6,3 \pm 0,9$, arkadaş sosyal atom puanları $5,3 \pm 1,3$, akraba sosyal atom puanları $4,7 \pm 1,4$, ve genel sosyal atom puanları $5,5 \pm 1,0$ olarak hesaplanmıştır.

Aile yapısına göre aile apgarı değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmaktadır. Geniş aile ve çekirdek aile yapısında olan katılımcılarda aile apgarının yüksek, parçalanmış aile yapısında ise çoğunlukla orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda aile apgar ölçeğinden alınan puan arttıkça depresif duygudurumunun görülme sıklığının anlamlı olarak azaldığı görülmektedir.

Katılımcılarımızın aile yapısına göre depresif duygudurumları değerlendirildiğinde, parçalanmış ailelerde depresyonun daha çok gözlendiği ve en az depresif duygudurumunun geniş ailelerde olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim gördükleri alan ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcılarımızın depresyon duygudurumu üzerinde etkisi olabileceği düşünülen parametrelere bakıldığında sosyal atom anne ve baba puanı, aile apgar puan toplamının anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür. Normal olarak değerlendirilenlerin sosyal atom anne puan ortalamaları $6,5 \pm 1,5$, sosyal atom baba puan ortalamaları $5,8 \pm 1,9$, ve

aile apgar puan ortalamaları $7,8\pm2,0$ iken depresif duygudurumunda olarak değerlendirilenlerin sosyal atom anne puan ortalamaları $6,1\pm1,9$, sosyal atom baba puan ortalamaları $5,0\pm2,5$, ve aile apgar puan ortalamaları $6,4\pm2,7$ 'dir.

Çalışmamıza katılanların anksiyete duygudurumu ile sosyal atom akrabalar puanı, sosyal atom genel toplam puanı ve aile apgar puan toplamı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu farklılıklar sosyal atom genel toplam puanı için normal ve orta düzey anksiyete arasındaki farklılıktan ve aile apgar puan toplamı için normal ve şiddetli düzey anksiyete, hafif düzey anksiyete ve şiddetli düzey anksiyete arasındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların anne ve baba eğitim düzeylerinin depresyon ve anksiyete duygudurumları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

6.2. Öneriler

Üniversiteye yeni başlayanlar için depresyon ve anksiyete ile başa çıkabilmeleri için gruplara danışmanlık düzenlenebilir, ya da bu konularda seminerler verilebilir.

Ailesel işlevselliğin depresyona olan etkisi göz önüne alındığında toplumda ailesel işlevselliğin arttırılmasına yönelik eğitimler, seminerler düzenlenebilir.

Kişisel işlevselliğin depresyon ve anksiyete duygudurumuna etkisini ortaya koymak için daha ileri düzey araştırmalar yapılabilir.

Aile hekimleri olarak bizlere düşen görev bireylere her zaman bütüncül yaklaşabilmek, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele almaktır.

Takip edilen bireylerin ailesel sürekliliği sağlanabilirse, ailenin sağlığa olan etkileri daha rahat bir şekilde izlenebilir ve gerekli görülen durumlarda aile görüşmeleri düzenlenebilir ya da aile terapisti yönlendirilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Poslusny SM.** *Street music or the blues? the lived experience and social environment of depression.* 4, Public Health Nursing, 2000:17:292-299.
2. **Ebert HM, Loosen PT, Nurcombe B.** *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.* [çev.] S., Karaman, T Birsöz. Ankara: Güneş Kitabevi, **2003**.
3. **Williams AD, et al.** *Positive imagery cognitive bias modification (CBM) and internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT): A randomized controlled trial.* Journal of affective disorders, **2015**;178:131-141.
4. **Ünsal C.** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu Ve QT Dispersiyonu. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, **2007**.
5. **Kessler RC et al.** Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders In The United States. *Arch Gen Psychiatry*, **1994**; 8-19.
6. **Göregenli M.** Individualism-collectivism orientations in the Turkish culture: A preliminary study(In Turkish). *Türk Psikoloji Dergisi*, **1995**; 10:1-14.
7. **Dökmen Ü.** *Sosyometri ve Psikodrama.* İstanbul: Sistem Yayıncılık, **2005**.
8. **Geçtan E.** *Psikanaliz ve Sonrası.* İstanbul: Metis Yayınları, **2006**.
9. **Altunbaş G.** Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Kişisel Özellikleri ve Sosyal Beceri Düzeyleri ile İlişkisi. *Yükseklisans Tezi.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, **2002**.
10. **Özbay Y.** Üniversite Öğrencilerinin Problem Alanları ile Yardım Arama Arasındaki İlişki. İstanbul: IX. Ulusal Psikoloji Kongresi, **1996**:176-189.
11. **Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR.** Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, **1983**; 44:127-139.
12. **Patterson JM.** Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatric Clinics of North America*, **1992**; 42:47-63.
13. **Cohen S, McKay G.** Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. . *Handbook of psychology and health.* **1984**; 4:253-267.

14. **Eker D, Arkar H, Yıldız H.** Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 12:17-25.
15. **Dökmen Ü.** Sosyal Atom Ölçeği: Geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **1993**; 8:26.
16. **Blatner HA.** *Acting-in: Practical applications of psychodramatic methods*. Springer Publishing Company inc., **1973**.
17. **Moreno JL.** *Sociometry, Experimental Method and the Science of Society*. Beacon House, **1951**.
18. **Leutz G.** *Psikodrama: Grup psikoterapisinde sahnesel etkileşim*. [çev.] A. Özbek. Ankara: Has-soy Matbaası, **1987**.
19. **Remer R.** An approach to difficulties caused by evolving family expectations: Social Atom Theory. 2, *Journal of group psychotherapy psychodrama and sociometry*, **1985**; 38:96-105.
20. **Organization, World Health.** *Statistical Indices of Family Health*. **1991**.
21. **Aydoğmuş K.** *Çocuklarda Uyum ve Davranış Bozuklukları Ana-Baba Okulu*. 9. Baskı. İstanbul: Remzi Kitap Yayıncılık, **2001**.
22. **Yörükoğlu A.** *Değişen toplumda aile ve çocuk*. 3. Baskı. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım, **1989**.
23. **Maccoby EE, Martin JA.** Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. [kitap yaz.] In P. H. Mussen (Series Ed.) ve E. M. Hetherington (Vol. Ed.). *Handbook of Child Psychology: Vo. 4. Socialization, Personality, and Social Development*. **1983**; 1-101.
24. **Kuzgun Y, Eldeleklioğlu J.** *Ana Baba Tutumları Ölçeği. PDR'de Kullanılan Ölçekler*. [dü.] Feride Bacanlı Yıldız Kuzgun. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2005**.
25. **Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Garrison CZ.** Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **2005**; 44:121-9.
26. **McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A.** Birinci basamakta aileleri değerlendirmek için araçlar. [dü.] Yaman H. *Aile Yönelimli Birincil Bakım*. İstanbul: Yüce Yayın, **2007**:28-41.
27. **Smilkstein G.** The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Fam Prac*. **1978**; 6:1231-1239.
28. **Thrower SM, Bruce WE, Welton RF.** *The family circle method for integrating family systems concepts in family medicine*. *J Fam Prac*, **1982**; 15:451.

29. **Christie-Seeley J.** *Working with the family in primary care.* New York, **1984.**
30. **Ünalın T.** Türkiye'de çekirdek aileler. *Nüfusbilim Dergisi*, **1988**; 10:51.
31. **Campbell T, Larivaara P.** *Working with families. In Textbook of Primary Medical Care.* [dü.] Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C., Jones R. 1. New York, Oxford University Press, **2004**:299-303.
32. **McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A.** *Birinci basamakta aileleri değerlendirmek için araçlar. "Aile Yönelimli Birincil Bakım".* [dü.] Yaman H. 2. baskı. İstanbul: Yüce Yayın, **2007**:28-41.
33. **Çetin H, Çavuşoğlu H.** Yetiştirme yurdunda ve aileleri ile yaşayan adolesanların benlik saygıları ve psikolojik belirtilerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **2009**; 2:137-144.
34. **Özcan S, Duyan V, İncecik Y.** Aile Hekimliği'nde Aile APGAR Ölçeği'nin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*, **2011**; 2:30-37.
35. **Shorter E.** *A history of psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac.* New York: John Wiley&Sons Inc., **1997.**
36. **American Psikiyatri Birliği.** *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı.* [çev.] Köroğlu E. 5. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2013.**
37. **Aydın H.** *Depresyon Nedir. A. Bozkurt (Ed.). Mayo Clinic Depresyon içinde.* Ankara: Güneş Kitabevleri, **2004**:3-16.
38. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* [çev.] Bozkurt A. Aydın H. Sekizinci Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri, **2007**:1559-1800.
39. **Aktay M.** Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı olarak bağlanma stilleri. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, **2014.**
40. **Köknel Ö.** *'Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, Duygudurum Dizisi 1.* **2000**:5.
41. **Işık E.** *Duygu Durumu Bozukluklarının Tarihçesi, Sınıflandırılması ve Prevelansı, Işık E. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda DEPRESİF ve BİPOLAR BOZUKLUKLAR.* **2013.**
42. **Köknel Ö.** *Ruhsal Çöküntü: Depresyon.* İstanbul: Altın Kitaplar, **2005.**
43. **Askın R.** *Depresyon El Kitabı.* 2. baskı. Konya, **1999**:100-122.

44. **Memetali S.** Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Komorbitesi ile Bunların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD., *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, **2010**.
45. **Köroğlu E.** *Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Klavuzları*. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayınlar Birliği Basım Yayın., **2009**.
46. **Tezcan E.** *Depresyonun Ayırıcı Tanısı*. Duygudurum Dizisi, **2000**; 1:77-98.
47. **Morris CG.** *Psikolojiyi Anlamak*. [çev.] H. B. ve Sayıl, M. (Çev, Ed) Ayvaşık. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, **2002**.
48. **2001, Brundtland GH The World Health Report. Mental Health: New Understanding.** Genava: Word Health Organization, **2001**:30.
49. **Leckman JF.** *Duygudurum bozuklukları, Current diagnosis & treatment in psychiatry. Eds. Michael H. Ebert, Peter T. Loosen, and Barry Nurcombe./l,sayfa 304-320, 2000.* [çev.] Candansayar S. Lange Medical Books/McGraw-Hill, **2000**:304-320.
50. **Dilbaz N, Çavuş SY.** *Depresyon Tedavisinde Yetersiz Yanıt Durumunda Güçlendirme Tedavileri.* Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, **2010**:20:4-14.
51. **Camkurt MA.** Majör Depresyonun Tedavisinde ve Etyolojisinde Yeni Umudlar, Yeni Ufuklar: MikroRNA'lar. *Journal of Mood Disorders*, **2015**; 5:23.
52. **Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E.** *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**.
53. **Schwenk TL, Coyne JC.** *Depression. Tetbook of Familiy Practise.* [dü.] RE Rakel (ed). 4. Baskı. Philadelphia, W.B. Saunders Company, **1990**:1582-1595.
54. **Rice F, Harold G, Thapar A.** The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol Psychiatry*, **2002**; 43:65-79.
55. **Murray KT, Sines JO.** *Parsing the genetic and non genetic variance in children's depressive behaviour. J Affect Disord*, **1996**; 38:23-34.
56. **Scourfield J, Rice F, Thapar A, Harold GT, Martin N, McGuffin P.** Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *J Child Psychol Psychiatry*, **2003**; 44:968-976.
57. **Küey L, Güleç C.** *Depresyonun Epidemiyolojisi*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Depresyon Monografları Serisi, **1993**.

58. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **1998**.
59. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri dünyası*, **1998**; 1.
60. Köse H. Dağcılar ve Sedanterlerde Özbilinç ile Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya Üniversitesi, **2009**.
61. Szabo M. The emotional experience associated with worrying: anxiety, depression, or stress? *Routledge*, **2011**; 24:91-105.
62. Tarhan N, Çetin M. *Depresyonda Biyolojik Göstergeler*. [dü.] E. Köroğlu (Ed). Ankara : Hekimler Yayın Birliği, Depresyon Monografları Serisi **1993**:175-200.
63. Doğan O. *Depresyonun Epidemiyolojisi*. Duygudurum dizisi **2000**:1:29-38.
64. Işık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, **2003**:20-32.
65. Lam RW, Mok H. *Depression*. New York: Oxford University Press, **2008**.
66. Balcıoğlu İ. Depresyonun etyopatogenezi. *Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu. Sempozyum Dizisi*. **1999**; 17:19-28.
67. Southwick SM, Charney DS. *The Science of Resilience: Implications for the Prevention and Treatment of Depression*. **2012**; 338:79-82.
68. Ross CE, Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? *Social science & medicine*, **2006**; 63:1400-1413.
69. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet RB, Hwang I, McLaughlin KA ve ark. Age Differences in The Prevalence and Co-Morbidity of DSM-4 Major Depressive Episodes: Results From WHO World Mental Health Survey Initiative, *Depression and Anxiety*. **2010**; 27:351-364.
70. Andreada L, Caraveo-Anduaga JJ, Berlund P, ve ark. The epidemiology of major depressive episodes: results from the The International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int. Methods Psychiatr Res. International Journal of Methods in Psychiatric Research*, **2003**; 12:3-21.
71. Sungur MZ. Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri dünyası* **1997**; 1:5-11.
72. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*, **2003**; 10:79-88.

73. **Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Riccabona U, Lederer W.** Work stres and genderdependent coping strategies in anesthesiologists a universty hospital. *Journal of Clinical Anesthesia*, **2007**; 19: 334-338.
74. **Bifulco A, Brown GW.** Cognitive coping response to crises And on set of depression. 3-4, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **1998**; 31:581-586.
75. **Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J.** Differences in Early Childhood Risk Factors for Juvenile-Onset and Adult-Onset Depression. *Archive of General Psychiatry*, **2002**; 58:215-222.
76. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.** *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı. Giza: Mass Publishing Co, **1995**.
77. **Gelder M, Gath D, Mayou R.** *Oxford Textbook of Psychiatry*. 2. baskı. Oxford: Oxford University Press, **1989**.
78. **Hecht H, van Calker D, Berger M ve ark.** Personality in patients with affective disorders and their relatives. *J Affect Disord*, **1998**; 51:33-43.
79. **Kaplan HI, Sadock BJ, Gerbb JA.** *Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, **1994**.
80. **Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M.** Socioeconomic Inequalities in Depression:A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, **2003**; 157:98-112.
81. **Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D,Mackenbach J, Ansseau M.** Depression and socio-economik risk factors. *British Journal of Psychiatry*, **2007**; 190:293-298.
82. **Ciğerli G.** Travma sonrası stres bozukluğunun bipolar bozukluk üzerine etkisi. *Uzmanlık tezi* . İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, **2007**.
83. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Yenilenmiş 11. baskı. Cilt 1, Ankara, **2008**:342-355.
84. **Kaplan HI, Sadock BJ.** *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Second edition. New York: New York University Medical Center, **1995**:97-112.
85. **Eker E.** Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu*. 2-3 Aralık **1999**:29-32.
86. **Tan O.** *Depresyon*. İstanbul: Timaş, **2008**.

87. **Ciğerli G.** Travma sonrası stres bozukluğunun bipolar bozukluk üzerine etkisi. *Uzmanlık tezi* . İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, **2007**.
88. **Köroğlu E.** *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2004**.
89. **Yavuz R.** Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller. [dü.] Engin Eker. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, 2-3 Aralık, Yayın No: 17, İstanbul **1999**; 17:29-32.
90. **Tezel A.** Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması. *Doktora Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, **2003**.
91. **Yazıcı O.** *İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları*. [dü.] Köroğlu E (ed) Güleç C. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, **1997**:429-448.
92. **Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE.** Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, **2002**; 5:12.
93. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-V-TR*. [çev.] E. Köroğlu. 5. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, **2014**.
94. **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 10. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2004**; 291-342.
95. **Sümer AS.** Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi, Konya, **2008**.
96. **Hall CS.** *Freudyen Psikolojiye Giriş*. [çev.] Ersan Devrim. İstanbul: Kaknüs Yayınları, **1999**.
97. **Costin F, Draguns JG.** *Abnormal Psychology: Readings: Patterns, Issues and Interventions* . New York: John Wiley and Sons Inc, **1989** .
98. **Koç V.** Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, **2008**.
99. **Tarhan N.** *Kendinizle Barışık Olmak, Duyguların Eğitimi*. İstanbul: Timaş Yayınları, **2001**.
100. **Şeker M.** Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, *Yüksek Lisans Tezi*, **2014**.
101. **Alper Y.** *Bütün Yönleriyle Depresyon*. 1. Baskı. İstanbul: Özgür Yayınlar, **2012**:91.
102. **Littauer F.** *Depresyonu Yenmek*. [çev.] Demet D. İstanbul: Sistem Yayıncılık, **2000**.

- 103. Otlu BM.** Üniversite öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin ve Ailevi İşlevleri: Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. İzmir: *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2008**; 30-35.
- 104. Sürmeli A.** *Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**.
- 105. Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* . [çev.] Bozkurt A Aydın H. Sekizinci Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri, **2007**:1559-1800.
- 106. Akdağ A.** Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Ün. Psikoloji A.D. , **2001**.
- 107. Özakkaş T.** *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. basım yeri bilinmiyor : Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, **2014**:1-26.
- 108. Esel E.** *Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **2003**; 13:78-87.
- 109. Dereli N.** İlk kez kalıcı pacemaker yerleştirilen hastalara uygulanan programlanmış eğitimin hastanın anksiyete düzeyine olan etkisinin incelenmesi. *Doktora tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi, **1992**.
- 110. Tükel R, Aklın T.** *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2006**.
- 111. Maranets I, Kain ZN.** Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg*, **1999**; 89:1346-51.
- 112. Stone M.** *Healing the Mind: A history of psychiatry from antiquity to the present*. New York: W.W Norton & Company, **1997**:1-10.
- 113. Alkın T, Alptekin K.** *Yaygın Anksiyete Bozukluğu*. Anksiyete Monografileri Serisi, **1995**:149-188.
- 114. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z.** *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Eksen tanıtım Ltd. Şti., **1998**:77-93.
- 115. Tural Ü.** Anksiyete Bozuklukları. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem V Notları*. **2008**.
- 116. Özpoymaz N.** Anksiyete Bozuklukları. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem V Notları*. **2009**:21.
- 117. Arnold PD, et al.** Genetics of Anxiety Disorders, *Current Psychiatry Reports*, **2004**; 6:243-254.

118. Noyes R, et al. *Handbook Of Anxiety, Etiological Factors And Associated Disturbances*. Elsevier Science Publishers, **1998**:23-41.
119. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2011**.
120. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. [çev.] Bozkurt A. Çeviri Editörleri: Aydın H. Sekizinci Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri, **2007**:1559-1800.
121. Yetişkin Ş. Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, İstanbul: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, **2008**.
122. Tükel R. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, **2000**.
123. Bayraktar E. *Panik Bozukluk*. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, **1992**.
124. Avcı GM. Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **1995**.
125. Skowron EA, Wester SR, Azen R. Differentiation of self mediates college stress and adjustment. *Journal of Counseling and Development*, **2004**; Cilt 82, s. 69-78.
126. Arnett J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, **2000**; 55:469-480.
127. Çuhadaroğlu F. *Üniversite Gençliğinde Kimlik Bocalamaları*. Ankara: Bilkent Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Araştırma Merkezi, Üniversite Gençliğinde Uyum Sorunları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları, **1989**.
128. Deniz Me, Avşaroğlu S, Hamarta E. Psikolojik danışma servisine başvuran üniversite öğrencilerinin psikolojik belirti düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2004**; 16:139-152.
129. Gall TL, Evans DR, Bellerose S. Transition to first year university: Patterns of change in adjustment across life domains and time, *Journal of Social and Clinical Psychology*, **2000**; 19:544-567.
130. Thurber CA, Walton EA. Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American college health: The Journal of American College Health*, **2012**; 60:415-419.
131. Tinto V. Part I: revising Tinto's theory: linking learning and leaving. **2000**; 81-94.

132. **Enochs WK, Roland CB.** Social adjustment of college freshmen: The importance of gender and living environment. *College Student Journal*, **2006**; 40:63-73.
133. **Heppner PP, Kivlighan DM, Good GE, Roehlke HJ, Hills HI, Ashby JS.** Presenting problems of university counseling center clients: A snapshot and multivariate classification scheme. *Journal of Counseling Psychology*, **1994**; 41:315.
134. **Soliman AM.** Choice of helpers, types of problems and sex of helpers of college students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, **1993**; 16:67-79.
135. **Cohen S, Wills TA.** *Stress, social support, and the buffering hypothesis.* *Psychological Bulletin*, **1985**;98:310.
136. **Doğan T.** Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği*, **2008**; 3:30.
137. **Duru E.** The predictive analysis of adjustment difficulties from loneliness, social support, and social connectedness. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, **2008**; 8:849-856.
138. **Salami SO.** Psychosocial predictors of adjustment among first year college of education students. *US-China Education Review*, **2011**; 8:239-248.
139. **Yusoff YM, Othman AK.** An early study on perceived social support and psychological adjustment among international students: the case of a higher learning institution in Malaysia. *International Journal of Business & Society*, **2011**; 12:1-15.
140. **Eldeleklioğlu J.** Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, **2006**; 6:727.
141. **Krantz DS, Grunberg NE, Baum A.** Health psychology. *Annual Review of Psychology*, **1985**; 36:349.
142. **Erbaydar T.** Halk sağlığı açısından sağlık iletişimi. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2003**; 25.
143. **Althoff RR, Faraone SV, Rettew DC, Morley CP, Hudziak JJ.** Family, twin, adoption, and molecular genetic studies of juvenile bipolar disorder. *Bipolar Disord*, **2005**; 7:598-609.
144. **Yap MB, Allen NB, Sheeber L.** Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*, **2007**; 10:180-96.
145. **Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattroch J, Todak G.** Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Arch Gen Psychiatry*, **1985**; 42:500-7.

146. **Parker G, Roy K.** Adolescent depression: a review. *Australian&New Zealand Journal of Psychiatry*, **2001**; 35:572-80.
147. **Sheeber LB, Davis B, Leve C, Hops H, Tildesley E.** Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *J Abnorm Psychol*, **2007**; 116:144-54.
148. **Herring M, Kaslow NJ.** Depression and attachment in families: a child-focused perspective. *Fam Process*, **2002**; 41:494-518.
149. **Cole DA, Turner JE.** Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *J Abnorm Psychol*, **1993**; 102:271-81.
150. **Mazza JJ, Abbott RD, Fleming CB, Harachi TW, Cortes RC, Park J.** Early predictors of adolescent depression: A 7-year longitudinal study. *Journal of Adolescence*, **2009**; 29:664-92.
151. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **1989**; 7:3-13.
152. **Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA.** An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1988**; 56:893-897.
153. **Ulusoy M, Şahin N, Erkmén H.** Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, **1998**; 12:163-172.
154. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan and Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı*. [çev.] Bozkurt A. 4.Baskı . İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
155. **Rihmer Z, Angst J.** Mood disorders: epidemiology. [kitap yaz.] Sadock BJ and Sadock VA. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2005**:447-59.
156. **Özbay G.** Üniversite Öğrencilerinin Problem Alanlarını Belirlemeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. . Trabzon : Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **1997**.
157. **Saddler CD, Sacks LA.** Multidimensional perfectionism and academic procrastination: Relationships with depression in university students. *Psychological Reports*, **1993**.
158. **Lyubomirsky S, Kasri F, Zehm K.** Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research*, **2003**; 27:309-330.
159. **Bayram N, Bilgel N.** The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2008**; 43:667-672.

- 160. İbrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C.** A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, **2013**; 47:391-400.
- 161. Engin DM, Serkan SA.** Farklı özetleyiş düzeyine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, **2010**; 35:115-127.
- 162. Doğan O, Doğan S, Çorapçıoğlu A ve ark.** Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. 2. basım, *C.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, **1994**; 16:148-151.
- 163. Dahlin M, Joneborg N, Ronesson B.** Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical education*, **2005**; 39:594-604.
- 164. Oliver JM, Paul JC.** Self-esteem and self efficacy; perceived parenting and family climate; and depression in university students. *Journal of Clinical Psychology*, **1995**; 51:467-481.
- 165. Kaya M, Genç M, Kaya B ve ark.** Tıp Fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 18:137-146.
- 166. Özdel L, Bostancı M, Özdel O ve ark.** Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 3:155-161.
- 167. Tayşi BN, Azizoğlu F, Perçinel S, Hasan SH.** 1992-1993 öğrenim yılı intern doktorlarında Beck Depresyon Envanterine göre depresyon prevalansı. *Toplum ve Hekim*, **1994**; 59:68-74.
- 168. Doğan O, Doğan S, Çorapçıoğlu A, Çelik G.** Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi*, **1994**; 16:148-151.
- 169. Köroğlu E.** *Majör Depresif Bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı*, [dü.] Güleç C. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**:389-421.
- 170. Yüksel N.** *Ruhsal Hastalıklar*. 2. baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, **2001**.
- 171. Schwenk TL, Coyne JC.** *Depression. Textbook of Family Practise*. [dü.] RE Rakel. 4. Baskı, Philadelphia: W.B. Saunders Company, **1990**:1582-1595.
- 172. Ceyhan E, Ceyhan AA, Kurtıymaz Y.** Depression Among Turkish Female and Male University Students. *Social Behavior And Personality*, **2005**; 33:329-340.
- 173. Ertem Ü, Yazıcı S.** Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. *Aile ve Toplum Dergisi*, **2006**; 8:7-12.
- 174. Earle L, Kelly LC.** Strategies, Depression, And Anxiety Among Ontario Family Medicine Residents. *Canadian Family Physician*, **2005**; 51:242-243.

175. **Reppold CT, Hutz CS.** Effects of the history of adoption in the emotional adjustment of adopted adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, **2009**; 12:454-61.
176. **Sadock BJ, Virginia A, Sadock MD.** *Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Kitabevi, **2005**.
177. **Sood AB, Razdan A, Weller EB, Weller RA.** Children's reactions to parental and sibling death. *Current Psychiatry Reports*, **2006**; 8:115-20.
178. **Sandler IN, West SG, Baca L, Pillow DR, Gersten JC, Rogosch F, et al.** Linking empirically based theory and evaluation: the Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology*, **1992**; 20:491-521.
179. **Uluğ ÖŞ.** Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Düzeyine Ebeveyn Kaybının ve Anne-Baba Ayrılığının Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, **2008**.
180. **Allen JP, Insabella G, Porter MR, Smith FD, Land D, Phillips N.** A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **2006**; 74:55-65.
181. **Sheeber LB, Davis B, Leve C, Hops H, Tildesley E.** Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, **2007**; 116:144-54.
182. **Barbour A.** Social Support and Depression. <http://asgpp.org/pdf/barbour%20paper.pdf>. [Çevrimiçi] **2013**. [Alıntı Tarihi: 6 Ocak 2018.]
183. **İnanç N, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Savaş E.** Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde psikiyatrik açıdan incelenen öğrencilerin klinik ve sosyo-demografik özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2004**; 5:222-230.
184. **Bozkurt N.** Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *Eğitim ve Bilim*, **2004**; 29:52-59.
185. **Akova H.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Depresyon İlişkisi ve Bunu Etkileyen Sosyodemografik Özellikler. *Uzmanlık Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi, **2000**.
186. **Akandere M, Tekin A.** The effect of physical exercise on anxiety. *The sport Journal*, **2002**; 5.
187. **Khanam M, Rahman M.** Investigating the Degree of Anxiety of Incoming and Outgoing Men and Women Students of Dhaka University. 1/2), *Pakistan Journal of Psychological Research*, **2003**; 18:13-17.
188. **Baltaş A, Baltaş Z.** *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 18. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi, **1998**.

- 189. Tümerdem R.** Dicle üniversitesi eğitim fakültesi ve fen edebiyat fakültesi kimya son sınıf öğrencilerinin kaygılarını etkileyen etmenler. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **2007**; 6:32-45.
- 190. Özen N.** Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Anksiyete Görülme Sıklığı ve Sosyo-Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması. *Doktora Tezi*. Bursa : Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2004**.
- 191. Çakmak Ö, Hevedanlı M.** Eğitim ve Fen-Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **2005**; 4:115-127.
- 192. Avison W, Alpine Mc.** Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, **1992**; 33:77-96.
- 193. Espelage D, Low S, De La Rue L.** Relations between peer victimization subtypes, family violence, and psychological outcomes during early adolescence. *Psychology of Violence*, **2012**; 2:313-324.
- 194. Turgut Ö.** Ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin, önemli yaşam olayları, algılanan sosyal destek ve okul bağlılığı açısından incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, **2015**.

8. EKLER

8.1. Ek 1. Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
59	2 Aralık 2016

KARAR NO 14- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Nafiz Bozdemir yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Selin Kızılgök tarafından yürütülmesi öngörülen, "Üniversite Öğrencilerinde Kişisel ve Ailesel İşlevselliğin Depresyon – Anksiyete Riskine Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

8.2. Ek 2. Proje Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak görev yapan Dr. Selin Kızılgök tarafından uzmanlık tezi olarak bölüm öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nafiz Bozdemir danışmanlığında üniversite öğrencilerinde kişisel ve ailesel işlevselliğin depresyon-anksiyete riskine etkisini ortaya çıkarma amacıyla yürütülmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışmada, bir anket doldurmanız istenecektir. Ankete katılmanız halinde kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. İsteğiniz doğrultusunda anket formuna e-posta adresinizi bırakarak çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceksiniz. Verilen soruları kendi kendinize okumanız ve doldurmanız istenecektir. Hiç bir sorunun doğru ya da yanlış cevabı yoktur dolayısıyla her soruyu kendi düşünce ve hislerinizi yansıtabilecek şekilde cevaplayınız. Katılmamayı tercih ederseniz, sizin için hiçbir dezavantaj söz konusu olmayacaktır. Anket genel olarak, kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, katılım sırasında herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz, cevaplama işini istediğiniz anda bırakabilirsiniz. Araştırmadan elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, başka herhangi bir amaçla kullanılması söz konusu olmayacaktır.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak ve destek almak için Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapan Dr. Selin Kızılgök ile slnkizilgok@gmail.com aracılığıyla iletişim kurabilirsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Prof.Dr.Nafiz Bozdemir

Dr.Selin Kızılgök

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ
RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

İMZA:

Sosyodemografik Veri Formu

1-Fakülte:

Bölüm/Program:

2-Yaş:

3-Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

4-Medeni durum: Evli () Bekar () Birlikte yaşıyor ()

5-Vücut ağırlığı :.... kg Boy :.... cm Bel çevresi :..... cm

Kalça çevresi: cm

6-Dış görünüşünüzden memnun musunuz? Hiç beğenmiyorum ()

Pek beğenmiyorum ()

Kararsızım ()

Oldukça beğeniyorum ()

Çok beğeniyorum ()

7- Anne ve babanızın eğitim durumunu işaretleyiniz ve mesleğini yazınız.

	Anne	Baba
Okuryazar değil		
Okuryazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise mezunu		
Yüksekokul mezunu		
Lisans mezunu		
Yüksek lisans mezunu		
Doktora		
Meslek		

8- Aile yapısı : Geniş aile ()

Çekirdek aile ()

Parçalanmış aile ()

Diğer (Açıklayınız) ()

- 9- Anne babanız sağ mı? İki de sağ ()
İki de ölü ()
Anne sağ, baba ölü ()
Baba sağ, anne ölü ()

10- Kaç kardeşiniz? (Siz dahil) :

11- Kaçını çocuksunuz? :

12- Ailenizin aylık gelir durumu nasıl? :

Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden çok ()

13- Size ait aylık bütçe ne kadar? :TL/Ay

14- Adana'dan önce yaşadığınız yer? : İl ()

İlçe ()

Köy ()

15- Adana'da nerede kalıyorsunuz? : Ailemle beraber ()

Yurtta ()

Arkadaşlarla bir evde ()

Bir yakınımın yanında ()

Kendi başıma bir evde ()

16- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Varsa belirtiniz)

Yok ()

Var ().....

17- Ailenizde kronik hastalık var mı? (Varsa belirtiniz)

Yok ()

Var ().....

18- Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeni ile normal yaşamın gereklerine uyamayan kişilerdir.

Bu tanıma göre;

a) Kendinizde engellilik durumu var mı? Yok () Var ()

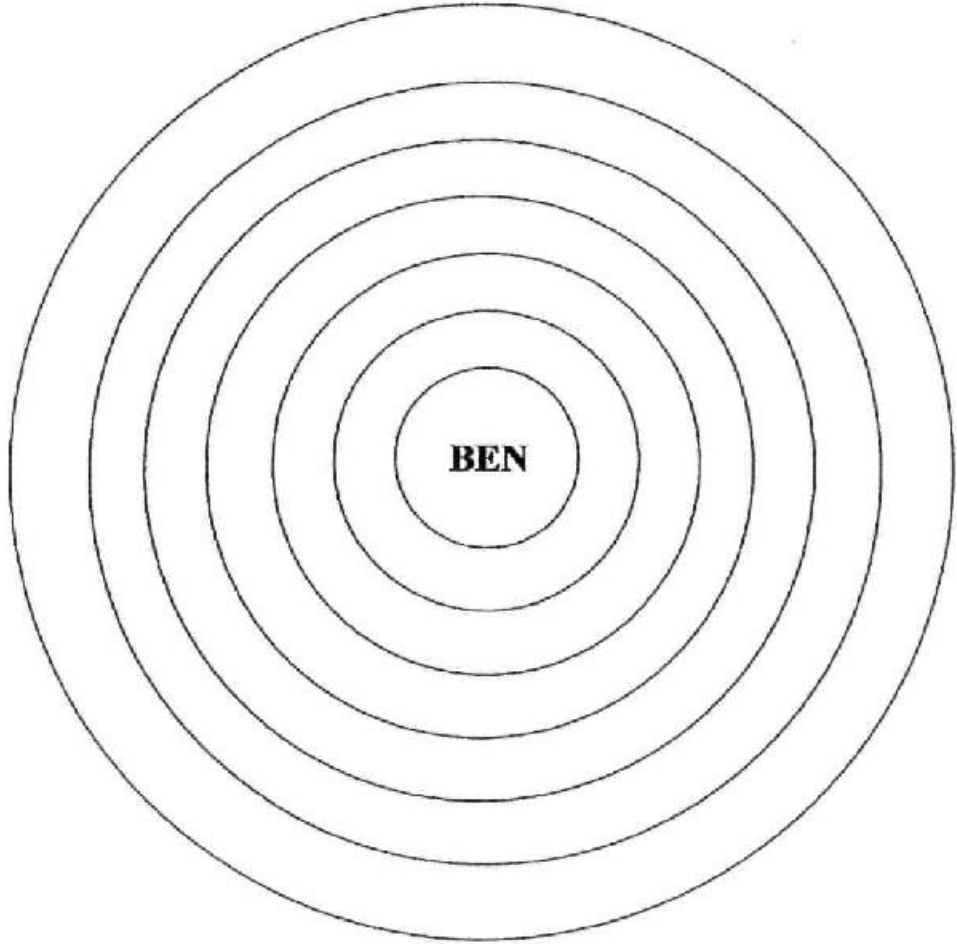
b) Ailenizde engellilik durumu var mı? Yok () Var ()

AİLE APGAR'I

	Neredeyse her zaman	Bazen	Neredeyse hiçbir zaman
1. Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabildiğime memnunum.			
2. Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.			
3. Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.			
4. Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.			
5. Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.			

SOSYAL ATOM

Açıklama: Aşağıda iç içe geçmiş çemberler görüyorsunuz. "**BEN**" yazılı çemberin içinde durduğunuzu düşününüz. Duygusal olarak kendinize yakın hissettiğiniz kişileri, ne ölçüde yakın hissettiğinizi dikkate alarak, en önemli olanları iç çemberlerin, daha az önemli olanları ise dış çemberlerin üzerine X işareti koyarak yerleştiriniz. Görmekte olduğunuz yedi çemberi de kullanabilirsiniz. Bir çemberin üzerine birden fazla kişi için X işareti koyabilirsiniz. Eğer isterseniz bazı çemberleri boş bırakabilirsiniz. Kişileri temsil eden X işaretlerinizin yanına kişinin ismini değil "kim" olduğunu (**anne, baba, eş, kız-erkek kardeş, kız-erkek arkadaş, sevgili, akrabalık düzeyi (amca, dayı, teyze, hala, annecanne, babacanne, yenge, kuzen vb.)**) yazınız.



Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
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 veya rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. (a) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(c) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(d) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. (a) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(b) Gelecek hakkında karamsarım.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (a) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(c) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (a) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(b) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(c) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(d) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (a) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(b) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(c) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (a) Kendimden memnunum.
(b) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(c) Kendime çok kızıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
7. (a) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(b) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(c) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(d) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
(c) Kendimi öldürmek isterdim.
(d) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (a) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(b) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(c) Çoğu zaman ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (a) Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
(b) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(c) Şimdi hep sinirliyim.
(d) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
11. (a) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(b) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(c) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(d) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
12. (a) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(b) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(c) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.

13. (a) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
(b) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(c) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(d) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
(c) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(d) Hiçbir şey yapamıyorum.
15. (a) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
(b) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
(c) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(d) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
16. (a) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(b) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
(d) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
17. (a) İştahım her zamanki gibi.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) İştahım çok azaldı.
(d) Artık hiç iştahım yok.
18. (a) Son zamanlarda kilo vermedim.
(b) İki kilodan fazla kilo verdim.
(c) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(d) Altı kilodan fazla kilo verdim.
19. (a) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(b) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(c) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
(d) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (a) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
(b) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
(c) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
(d) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
21. (a) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(b) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Selin Kızılgök
Doğum Yeri/Tarih : Lüleburgaz, 16.08.1989
Medeni Durumu : Evli
Adres : 100. Yıl mahallesi 85010. Sokak May Loft sitesi B
blok Kat: 5 Daire: 9 Çukurova/Adana
Telefon : 0545 404 32 11
E posta : selinbutuner1@gmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Görev Yerleri : 2013-2014: Kırklareli Lüleburgaz Toplum Sağlığı
Merkezi Lüleburgaz/KIRKLARELİ
2015-2018: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı Sarıçam/ADANA
Dernek Üyelikleri : TAHUD, ÇAHMED
Yabancı Diller : İngilizce