



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ANKSİYETE BOZUKLUGU VE DEPRESYON TANILI
HASTALARIN NÖROBİLİŞSEL BECERİLERİNİN SAĞLIKLI
BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BERRİN İREM YEDİKARDEŞ

Lefkoşa
Ocak, 2025

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ANKSİYETE BOZUKLUGU VE DEPRESYON TANILI
HASTALARIN NÖROBİLİŞSEL BECERİLERİNİN SAĞLIKLI
BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BERRİN İREM YEDİKARDEŞ

**Tez Danışmanı
DOÇ.DR HANDE ÇELİKAY SÖYLER**

**Lefkoşa
Ocak, 2025**

Onay Sayfası

Berrin İrem YEDİKARDEŞ tarafından hazırlanan “Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyon Tanılı Hastaların Nörobilişsel Becerilerinin Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili 23/01/2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Adı – Soyadı

İmza

Jüri Başkanı:

Yrd.Dç.Dr Şebnem GÜLDAL

Jüri Üyesi:

Dr. Fahriye BALKIR

Danışman:

Doç.Dr Hande ÇELİKAY SÖYLER

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

23.1.2025

Doç.Dr Meryem KARAAZİZ

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

...../...../ 20...

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer

Enstitü Müdürü



Etik İlkelerle Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Berrin İrem Yedikardeş

23/01/2025

Teşekkür

Yüksek Lisans eğitim ve öğretim hayatımda maddi, manevi, psikolojik olarak yanımda olarak bana destek olan başta Annem Ayşe Yedikardeş'e, Babam Suphi Yedikardeş'e sonsuz teşekkürler ediyorum. Tez konumun belirlenmesinden başlayıp karşılaştığım bütün zorluklara ve cevabını bilmediğim bütün sorulara karşı en ince ayrıntısı ile sabır ve kibarlıkla cevaplayıp yardımcı olmaya çalışan Tez Danışmanım Doç.Dr Hande Çelikay Söyler hocama çok teşekkür ediyorum. Ders dönemim boyunca yardımlarını ve desteğini esirgemeyen Psikoloji Bölüm Başkanımız Doç.Dr Meryem Karaaziz hocama da ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Berrin İrem Yedikardeş

Özet

Anksiyete bozukluğu Ve Depresyon Tanılı Hastaların Nörobilişsel Becerilerinin Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması

Berrin İrem Yedikardeş

Yüksek Lisans Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

01/2025, 117 sayfa

Bu araştırmanın amacı anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı almış olan hastaların nörobilişsel becerilerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın modeli ilişkisel tarama modeli olup hastahane, özel kurum ve kliniklerden oluşup Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’de yaşayan toplam 90 kişiden oluşmaktadır. Çalışmada Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’de 30 Anksiyete bozukluğu, 30 Depresyon tanısı alan, 30 Sağlıklı kişilere test uygulanmıştır. Bireylerin anksiyete bozukluğu ve depresyon düzeylerini belirlemek için Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve nörobilişsel açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakabilmek için Stroop Testi, İz Sürme Testi (İST), Sayı Dizisi Öğrenme Testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda sağlıklı olan katılımcıların depresyon düzeylerinin anksiyete tanısı almış ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan az olduğu saptanmıştır. Anksiyete gurubunda yer alan katılımcıların depresyon düzeyleri iz sürme becerisi olan tarama yeteneğine dayalı işleme hızları arasında pozitif yönde, sayı dizisi öğrenme düzeyleri ile negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların Anksiyete düzeyleri ile Stroop testinde yer alan dört bölümdeki süre değerleri açısından anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmadaki katılımcıların Depresyon düzeyleri ile Stroop testinde yer alan 2. Ve 5. bölüme ait süre değerleri arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırma farklı coğrafi bölgelerde tekrarlanarak araştırma sonuçları karşılaştırılabilir. Ulusal sağlık politikalarına, erken tarama ve müdahaleye yönelik programlar eklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, nörobilişsel bozukluk, sağlıklı birey

Abstract

Comparison of Neurocognitive Skills of Patients Diagnosed with Anxiety Disorder and Depression with Healthy Individuals

Berrin İrem Yedikardeş

Msc, Department of Clinical Psychology

01/2025, 117 pages

The aim of this study is to compare the neurocognitive skills of patients diagnosed with anxiety disorder and depression with healthy individuals. The study model is a relational screening model and consists of 90 individuals living in the Republic of Turkey and the Turkish Republic of Northern Cyprus, consisting of hospitals, private institutions and clinics. In the study, 30 individuals diagnosed with anxiety disorder, 30 individuals diagnosed with depression and 30 healthy individuals in the Republic of Turkey and the Turkish Republic of Northern Cyprus were tested. Beck anxiety scale, Beck depression scale were used to determine the anxiety disorder and depression levels of individuals and Stroop Test, Trail Making Test (TMT), and Digit Span Learning Test were used to examine whether there was a significant difference in neurocognitive terms. As a result of the study, it was determined that the depression levels of healthy participants were lower than those diagnosed with anxiety and depression. It was determined that the depression levels of the participants in the anxiety group were positively correlated with the processing speeds based on scanning ability, which is the tracking skill, and negatively correlated with the digit span learning levels. It was concluded that there was a significant and positive relationship between the participants' anxiety levels and the time values in the four sections of the Stroop test. It was determined that there was a significant and positive relationship between the participants' depression levels and the time values of the 2nd and 5th sections of the Stroop test. The study can be repeated in different geographical regions and the results can be compared. Early screening and intervention programs can be added to national health policies.

Keywords: Anxiety, depression, neurocognitive disorder, healthy individual

İçindekiler

Onay Sayfası	i
Etik İlkeler Uygunluk Beyanı	ii
Teşekkür	iii
Özet	iv
Abstract	vi
Tablolar Listesi.....	ix
Kısaltmalar	x
BÖLÜM I.....	11
Giriş.....	11
Problem Durumu	11
Araştırmanın Amacı	11
Araştırmanın Önemi.....	13
Sınırlılıklar	14
Tanımlar	14
BÖLÜM II.....	15
Anksiyete Bozukluğu	15
Anksiyete Bozukluğunun Tarihçesi	16
Anksiyete Bozukluğu Tanı Ve Kriterleri	17
Anksiyete Bozukluğunun Türleri	18
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	18
Obsesif Kompulsif Bozukluk	19
Panik Bozukluk	20
Fobiler	21
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	22
Sosyal Kaygı Bozukluğu.....	23
Patolojik Anksiyete	23
Psikolojik Teoriler	23
Psikanalitik Kuram.....	24
Davranışçı Kuram	27
Varoluşçu Kuram.....	28
Epidemiyolojisi	28
Etiyolojisi	29

Depresyon	30
Depresyonun Tarihçesi.....	31
Depresyonun Tanı ve Kriterleri.....	32
Depresyonun Çeşitleri.....	33
Majör Depresyon.....	33
Distimi (Kronik) Depresyon	33
Postpartum Depresyon	34
Atipik Depresyon	35
Epidemiyolojisi	35
Etiyolojisi	36
Tanı Ve Tedavi.....	37
Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkisi.....	37
Merkezi Sinir Sistemi Dört Beyin Lobu ve İşlevleri.....	38
Merkezi Sinir Sistemi.....	39
Çevresel Sinir Sistemi	40
Otonom Sinir Sistemi	40
İlgili Araştırmalar	41
BÖLÜM III	44
Araştırmanın Amacı	45
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	45
Veri Toplama Araçları	48
Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	49
Beck Anksiyete Ölçeği.....	49
Beck Depresyon Ölçeği.....	49
Sayı Dizisi Öğrenme Testi.....	50
Stroop Testi	50
İz Sürme Testi.....	51
Veri Toplama Yöntemi	52
Verilerin Analizi	52
BÖLÜM IV	54
BÖLÜM V	61
Tartışma.....	61
BÖLÜM VI	66

Sonuç ve Öneriler.....	66
Öneriler	67
Kaynakça.....	70
Ekler	92
Ek-1 Katılımcı Bilgilendirme Formu.....	88
Ek-2 Aydınlatılmış Onam Formu	95
Ek-3 Sosyo Demografik Bilgi Formu	96

Tablolar Listesi

Sayfa

Tablo 1. Katılımcıların gruplarına göre sosyo-demografik özellikleri.....	44
Tablo 2. Anksiyete ve depresyon tanısı alan katılımcıların etkilenme, şiddet ve süreçle baş edebilme durumları	46
Tablo 3. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının normalliği	51
Tablo 4. Katılımcıların gruplarına göre Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 5. Katılımcıların gruplarına göre Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması	54
Tablo 6. Katılımcıların gruplarına göre İz Sürme Testi puanlarının karşılaştırılması	54
Tablo 7. Katılımcıların gruplarına göre Sayı Dizisi Öğrenme Testi puanlarının karşılaştırılması	55
Tablo 8. Katılımcıların gruplarına göre Stroop Testi puanlarının karşılaştırılması....	56
Tablo 9. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının arasındaki korelasyonlar	58

Kısaltmalar

ACT: Kabul Ve Kararlılık Terapisi

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İST: İz Sürme Testi

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SDÖT: Sayı Dizisi Öğrenme Testi

SPSS: Sosyal Araştırmalar İçin İstatiksel Program

TBAG: Temel Bilimler Araştırma Geliştirme

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

BÖLÜM I

Giriş

Problem Durumu

Depresyon ve anksiyete, özellikle modernleşen toplumlarda en sık şekilde görülen psikopatolojilerin başında gelmektedir. Bu hastalıkların en temel zararlarından biri, insanların günlük işlevselliklerine, iş hayatlarına, sosyal ilişkilerine ve genel yaşam kalitelerine önemli ölçüde zarar veriyor olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verileri, depresyonun güncel olarak 264 milyon insanı etkilediğini göstermektedir. (WHO, 2020) Ayrıca depresyonun yanı sıra çeşitli anksiyete bozuklukları da yaygın olarak görülmekte ve özellikle genç nüfus için ciddi bir tehlike oluşturmaktadır. (Tünel vd., 2012)

Anksiyete bozuklukları sürekli ve yoğun kaygı, korku, endişe hali ile karakterize olan, bireylerin hem yaşam kalitelerini hem de her alandaki işlevselliklerini ciddi şekilde kısıtlama riski taşıyan bir psikopatoloji grubudur. (Akiskal, 2019) Depresyon semptomları arasında ise sürekli üzgün, çökkün veya umutsuz hissetme, ilgi ve zevk kaybı, enerji eksikliği, uyku problemleri, iştah değişiklikleri, konsantrasyon güçlüğü, karar verme zorluğu, değersizlik duygusu, suçluluk duygusu ve intihar düşünceleri yer alır. Depresyon, çeşitli fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklarla birlikte ortaya çıkabilir. Kalp rahatsızlıkları, inme, diyabet ve Parkinson hastalığı gibi fizyolojik durumlar depresyona hem yol açabilir hem de depresyonun sonucu olabilmektedir. (Szuhany ve Simon, 2022) Psikolojik sorunlar açısından bakıldığında, alkol ve madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreni de depresyonla sıkça bir arada bulunur. Özellikle anksiyete bozukluğu, depresyonlu bireylerin yarısından fazlasında görülen bir durumdur ve bu bozukluğa sahip olanlar arasında depresyon da yaygındır. (Karamustafalıoğlu, 2010) Yapılan araştırmalar, birinci seviye sağlık hizmetlerinde (aile hekimlikleri) depresyon teşhisi konan hastaların %75'inde aynı zamanda anksiyete bozukluğunun da bulunduğunu ortaya koymaktadır. (Türkçapar, 2004; Kafes, 2021) Yapılan araştırmalarda anksiyete bozukluğu ve depresyon yaşayan her iki hastalık grubunda da endişe, gerginlik uyku problemleri, konsantrasyon azalmasının görüldüğü ortaya konulmaktadır. (Çınar, 2019; Işık, 2022; Kafes, 2021)

Bilişsel beceriler, görevleri icra etme ve sorunları çözme amacıyla zihinsel süreçleri faaliyete geçiren bilişsel işlevlere dayanan bir yetenek kategorisidir. Bu yetkinlikler, problem çözme, dikkat, mantıksal düşünme, hafıza, dil becerileri, yaratıcılık ve karar verme gibi çeşitli nitelikleri kapsamaktadır. Yürütücü bilişsel işlevler, bireylerin hedefe yönelik eylemde bulunmalarını destekleyen hayati davranışları kapsar; bu davranışlar arasında farkındalık, bellek, oryantasyon, zeka, dikkat, planlama, organizasyon, problem çözme, karar verme, görsel-uzamsal işlevsellik, öz düzenleme, motivasyon ve çalışma belleği yer almaktadır. Bu işlevler, ön loblar ve beynin diğer bölgeleriyle entegre olan karmaşık kortikal devrelerle bağlantılıdır. Nörobilişsel eksiklikler depresyon ve anksiyetede merkezi bir bileşendir. Depresyonun en sık karşılaşılan temel belirtilerinin; olumsuz duygu, düşünce, karamsarlık, umutsuzluk, bilişsel ve bedensel aktivitelerde azalma ve ağırlaşma, yalnız kalma ihtiyacı, sosyal ortamlardan kaçınma, sürekli bir uyuma ihtiyacı durumudur. Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. (Altun ve Kürklü, 2017) Depresyon psikolojik rahatsızlıklar arasında oldukça yaygın bir ruhsal bozukluktur. (As ve Babayiğit, 2023) Depresyonla beraber anksiyete bozukluğunda görülebilir. Kişide mutsuz ruh hali, hayattan zevk almama ve sosyal ortamlardan kaçınma görülür.

Depresyon yaşayan bireylerde zayıf nörobilişsel işlevsellik, günlük yaşamın birçok yönü üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir. İşlem hızı, dil öğrenme ve hafıza görevlerindeki düşük performansın, depresyondaki bireylerde akademik, mesleki ve günlük işlevsellikte azalmanın göstergeleri olduğu ortaya konulmuştur. (Kaplan ve Sadock, 2004; Hirschfeld, 2001) Bu bulgular birlikte ele alındığında, dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri gibi nörobilişsel becerilere yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada da, komorbid seyreden anksiyete ve depresyonda, anksiyete ve depresyon tanılı bireylerin odaklanmış dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri gibi nörobilişsel becerileri sağlıklı bireylerin nörobilişsel becerileri ile karşılaştırarak alanyazına katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Araştırmada, anksiyete ve depresyon tanılı bireylerin odaklanmış dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri gibi nörobilişsel becerileri sağlıklı bireylerin nörobilişsel becerileri ile karşılaştırılmıştır. Araştırmada cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, geçirilmiş ameliyat dahil bir çok faktör üzerinde durulmuştur.

1. Depresyon ve anksiyete tanılı bireylerle sağlıklı bireyler odaklanmış dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri açısından anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
2. Depresyon ve anksiyete tanılı bireyler ile sağlık bireylerin odaklanmış dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Psikolojik rahatsızlıkların hem birey hem de içinde yaşadığımız toplum için birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Depresyon ve anksiyete ise görülme sıklığı çok yüksek olduğundan, bu olumsuz etkilerde payı en çok olan psikopatoloji gruplarıdır. Ayrıca bu bozuklukların komorbid olarak görülmesi, tedavi süreçlerini daha karmaşık hale getirmektedir. Duygusal acılar çeken, buna bağlı psikosomatik ve biyolojik temelli hastalıklarla mücadele eden, intihara ve izolasyona sürüklenen birçok insan işlevselliğini kaybetmekte ve bir domino etkisiyle toplumdaki diğer insanlarla olan etkileşimleri de toplumun işlevselliğini ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmada, anksiyete ve depresyon tanılı bireylerin odaklanmış dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri gibi nörobilişsel becerileri sağlıklı bireylerin nörobilişsel becerileri ile karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik faktörlerin sağlıklı bireyler ile nasıl farklılık gösterdiğini anlamak ve daha etkili çözümlerin geliştirilmesine yardımcı olabileceği öngörülmektedir. Ayrıca, bu araştırma, anksiyete bozukluğu ve depresyon tanılı hastaların nörobilişsel becerilerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırılması sonucunda ortaya konulan önerilerle daha derin bir anlayış geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Literatürde böyle bir çalışmanın yapılmamış olması bu çalışmaya odaklanılmasında en önemli unsurdur. Araştırma depresyon ve anksiyetin

anlaşılmasında ve tedavisinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda bu konuda bir çalışmaya rastlanmamış dolayısıyla yapılan araştırma gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutması bakımından önem arz etmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmada anksiyete bozukluğu ve depresyon tanılı hastaların nörobilişsel becerilerinin karşılaştırılmasıdır.

- Bu araştırma anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı almış hastalar ile sınırlıdır.
- Araştırma Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ile sınırlıdır.
- Araştırma bilgilendirilmiş onam formu, sosyo demografik bilgi formu, beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği, stroop testi, iz sürme testi, sayı dizisi testi ile sınırlıdır.

Tanımlar

Anksiyete: Bireyin zihninde anlamsız olmasına rağmen düşünmeden edemediği ortada somut bir neden olmaksızın kişinin zihnine gelen ve bireye olumsuz duygu, düşünce ve rahatsızlık veren psikolojik bir rahatsızlıktır (Tamam ve Demirkol, 2019).

Depresyon: Kişinin sosyal olarak içe kapanma, hayattan zevk almama, günlük işlevsel becerilerine engel olan bireyi olumsuz yönde etkileyerek psikolojik olarak çökkünlüğe sebep olan ruhsal bir bozukluktur (Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Nörobilişsel Beceri: Beynin algı, dikkat, hafıza bellek, öğretici ve yönetici işlevler ile ilgili bireyin bilişsel süreçlerinin yerine getirilmesi, bilişsel işlevlere dayanan bir beceri türüdür (Çil, 2019).

BÖLÜM II

Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar

Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluğu ortada somut bir neden olmaksızın kişinin olumsuz duygu, düşünce, kaygı, korku, endişe hali olarak tanımlanmaktadır (Kafes, 2021). Anksiyete (bunaltı) birçok insanın hayatının belli dönemlerinde yaşadığı, kaygı, korku ve endişe durumudur. Anksiyete bozukluğu kişinin her an başına kötü bir şey gelecek ve bu durumdan kurtulamayacağı kişi korku ve düşünceler yaşaması olarak ifade edilmektedir. Normal anksiyete her insanda olan kişinin hayatının herhangi bir olay anında ve duruma karşı gösterdiği tepkidir (Şahin, 2019). Hastalık derecesinde olan anksiyete kişide sürekli ve şiddetli bir anksiyeteye sebep olan anksiyete türüdür. Anksiyete bozuklukları en yaygın ruhsal bozuklar arasındadır (%25) ve bu oranın yine depresyondan (%17) fazla olduğu belirtilmektedir (Bal, 2019).

Anksiyete bozukluğu yaşayan kişiler bu olumsuz duygu ve düşüncelerin farkında olsa bile bu olumsuz duygu ve düşüncelerle başa çıkmakta oldukça güçlük yaşamaktadır (Ceyhan ve Karaaziz, 2023). Anksiyete bozukluğu yaşayan kişiler her an her yerde başına kötü bir şey gelecekmiş veya kötü bir olay yaşayacakmış gibi hissettiği ortaya konulmaktadır. Anksiyetenin kişide nerede ve ne zaman çıkacağı belli değildir. Anksiyete yaşayan kişilerde olumsuz duygu ve düşünce anında ellerde ve ayakta soğukluk, terleme, göğüste sıkışma, nefes alıp vermede güçlük, kalp çarpıntısı görülmektedir (Işıklı Arslan, 2020). Normal anksiyete kişiyi herhangi bir olay ve duruma karşı hazırlarken patolojik anksiyete kişiyi zor duruma sokar ve kişinin günlük yaşam olaylarını duygu ve düşüncelerinin olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir (Aşık ve Çökmüş, 2017). Anksiyete bozukluğunda ise yaşanan bu kaygı ve korkunun süresi uzun ve şiddeti yüksektir. Anksiyete bozukluğu kişinin günlük yaşam ve aktivitesini, sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen ruhsal bir bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Kafes, 2021).

Ergenlik dönemi ve erken erişkinlik dönemi anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması açısından en riskli dönemdir. Toplumun %5-10'unda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu vardır ve genellikle 20-30 yaşlarında başlamaktadır (Nyberg vd., 2021). Tüm yaşamı boyunca bir kadında anksiyete bozukluğu görülme oranı

%30' dur. Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olan anksiyete bozukluğu riskli grubu kadınların oluşturduğu öngörülmektedir.

Anksiyete bozukluğu yaşayan kişiler anksiyete anında yaşadığı bu olumsuz duygu ve düşüncelerden kurtulamayacakmış ve anksiyetenin olumsuz duygu ve düşüncelerinin içinde kaybolmuş ve sıkışmış hissetmektedir. Yaşanılan bu olumsuz kaygı, korku ve endişe durumu panik atak durumu ile benzerlik göstermektedir (Stein ve Sareen, 2015). Anksiyete bozukluğunun süresi ve şiddeti kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Anksiyete bozukluğunun süresi ve şiddetinin kişiden kişiye farklılık göstermesi ile beraber tanı ve tedavi yöntemleride kişiden kişiye göre farklılaşmaktadır. Anksiyetenin süresi ve şiddeti başlangıç seviyesindeki bir anksiyete hastası ile patolojik bir seviyedeki hasta ile aynı olmamakla birlikte başlangıç seviyesinde uygun tanı ve tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilen ruhsal bir bozukluk olarak ifade edilmektedir. Anksiyete bozukluğunun süresinin ve şiddetinin artması hem kişiyi hemde uzmanı tanı ve tedavi sürecinde yorabilmektedir (Mochcovitch vd., 2016). Anksiyete bozukluğu belli bir konu üzerinde ortaya çıkmamaktadır. Anksiyete bozukluğunun birden fazla çeşidi bulunmaktadır ve anksiyete bozukluğuna birden fazla faktör sebep olmaktadır. Bunlar; Genetik faktörler, biyolojik faktörler, çevresel faktörler, nörolojik faktörlerdir (Thibaut, 2017). Anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasındaki en önemli diğer faktörler ise kişinin çocukluk döneminde yaşamış olduğu stres ve travmatik olaylar, istismar öyküsü, ihmal olarak ortaya konulmaktadır (Karaköse, 2021). Anksiyete bozukluğu tanı ve tedavisi alanında uzman bir hekim ile uygun bir psikoterapi ve ilaç ile tedavi edilebilen ruhsal bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Bandelow ve Michaelis, 2015). Anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi vakalarda kişinin tedavi süreci içindeki uyumu ve çevresi tarafından destek görmesi tedavi sürecinde olumlu etki yaratıp, tedavi sürecini hızlandırabilmektedir (Kafes, 2021).

Anksiyete Bozukluğunun Tarihçesi

Anksiyete bir çok yıllardan günümüze kadar üzerinde durulan, merak edilen ve araştırılan bir konudur. Anksiyete'nin nörobilişsel beceri ve düşünme üzerindeki etkisi birçok hekim tarafından araştırılmıştır. Anksiyete'nin ana kaynağı olarak beyin ve beynin nörolojik işlevleri geçmişten günümüze araştırılıp önem verilmiştir. Freud korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı geliştirilen tepki olarak ayırmıştır (Crocq, 2015). Anksiyete bozukluğu tehdide karşı gelişen bir tepki

olup geleceğe yönelik iken depresyon ise tam tersine kaybedilen şeyler nedeniyle geçmişe dönük bir tepkidir (Tükel, 2006).

Anksiyete kişiyi zor bir duygu ve duruma karşı kişiyi savunmaya iten duygudurumdur. Anksiyetenin belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiştir ve değişik toplumsal ya da tıbbi bağlamlar ve yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paranoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipocrates'e göre, her türlü psikiyatrik belirtilerin kaynağı beyindir Anksiyete bozukluğuna ilişkin en eski yazılardan biri M.Ö 3000' lerde yazılan Gılgamış Destanıdır (Tükel, 2006).

Anksiyete Bozukluğu Tanı Ve Kriterleri

Anksiyete somatik belirtilerin eşlik ettiği, nedensiz bir şekilde kişide ortaya çıkan bir tedirginlik, ve korku hali olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete yaşayan kişi bu duygu ve düşüncüyü sanki başına kötü bir şey gelecek, kötü bir olay yaşayacak gibi tarif eder ve bu kötü olay başına gelirse ben ne yaparım gibi düşünceler içerisine girmektedir (Özakkaş, 2014). Anksiyete toplumda çok sık görüldüğü için her zaman bir hastalık belirtisi olarak düşünülememelidir. Anksiyete'nin süresi ve şiddeti tanı için önemlidir. Anksiyete yaşayan kişiler bu durumu “bunalıyorum, sıkıntı basıyor, kötü bir şey olacakmış gibi hissediyorum, boğulacak gibi hissediyorum” şeklinde ifade etmektedir (Alisinaoğlu ve Ulutaş, 2003).

Anksiyete bozukluğunun belirtileri arasında huzursuzluk, gerginlik, dikkati toplamakta güçlük yaşama, tedirginlik, sıkıntı, kolay irkilme, tetikte olma, çabuk yorulma, baş ağrısı, uyku problemleri, bellek sorunları, kulaklarda çınlama görülür. Bu durumlara eşlik olarak kalp çarpıntısı, ağız kuruluğu, nefes darlığı, sık sık soluk alıp verme ihtiyacı, göğüste sıkışma, bulantı ve kusma, sık sık idrara çıkma görülmektedir (Şahin, 2019; Şirvanlı-Özen ve Temizsu, 2010).

Anksiyete bozukluğu tanısı konulabilmesi için kişi bu şikâyetleri en az 6 ay yaşıyor ve bu durum aile, sosyal ve mesleki yaşantısını etkiliyorsa kişide anksiyete bozukluğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir (Özakkaş, 2014). Anksiyete bozukluğu yaşayan kişiler genellikle çocukluk ve genç yetişkinlik dönemlerinde ruhsal bir travma ve zorlayıcı duygu durumuna maruz kalmış olan kişilerdir. Geçmiş dönemde yaşanan bu zorlayıcı duygu durum ve olaylar kişide ileride anksiyete bozukluğu olarak kendisini gösterebilmektedir. Anksiyete bozukluğunda birçok risk faktöründe anksiyete bozukluğuna sebep olmaktadır (Tokinan, 2013). Bunlar aşağıda verildiği gibidir;

1.Genetik Faktörler

Ailede ve ailenin geçmiş yaşam öyküsünde bu bozukluğa sahip olan bireyler bu durumda oldukça önemlidir. Kişinin ailesinde görülen bir ruhsal bozukluk öyküsü genetik yollarla kişide de görülebilmektedir (Shimada-Sugimoto vd., 2015).

2.Biyolojik Faktörler

Beyinde görülen kimyasalların değişimide bu durumda oldukça önemlidir. Salgılanan serotonin miktarının fazla olması kişide olumlu duygular yaratırken serotonin miktarının azlığı kişide ruhsal sorunlara ve bozukluklara yol açabilmektedir (Averill, 2015).

3.Çevresel Faktörler

Kişinin çocukluk döneminde yaşadığı çevreden gelen ve bireyi zorlayan etkileyen duygu durumlar kişiyi etkilemektedir. Çevresel faktörlerin kişi üzerindede etkileri olmaktadır (Thibaut, 2017).

4.Bireysel Faktörler

Bireyin kişilik yapısı, düşünce tarzı ve duygusal tepkileri ortaya çıkmasında etkilidir. Öz güven eksikliği, mükemmeliyetçilik ve sosyal beceri eksikliği gibi bireysel özellikler bu tür bozukluğu arttırabilmektedir (Chang ve Beilock, 2016).

5.Nörolojik Faktörler

Beyindeki yapısal ve işlevsel bozukluklar bu tür bozukluğun gelişmesinde katkıda bulunabilmektedir. Örneğin Amigdala ve Hipotalamusun anormal bir şekilde seyir göstermesi bu durum ile ilişkilendirilebilir. Yapılan araştırmalarda anksiyete bozukluğu ile depresyon , somatoform bozukluklar, anksiyeteyi ve intiharı bastırmak amacıyla alkol ve madde kullanımı gibi olumsuz sonuçların sık görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle stres beyinde limbik sistem başta olmak üzere bir çok önemli bölgede ciddi problemlere neden olabilir (Uzbay, 2004).

Anksiyete Bozukluğunun Türleri

Anksiyete bozukluğunun türleri, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, fobiler, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğu olarak ortaya konulmaktadır (Özakkaş, 2014).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan kişilerde sürekli olarak bir endişe durumunu tanımlanmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişiler her durumda kötü bir olay olacaktı gibi düşünürler ve olabilecek her şey kendi

denetimlerinin dışındadır. Bu durumda kişide aşırı derecede kaygı, korku ve endişe yaşamasına sebep olmaktadır (Karaca ve Ateş, 2019). YAB’de yaşanan bu aşırı derecede kaygı, korku ve endişe durumu sağlık, aile, para, iş gibi birçok konularla ilgilidir. Yaşla beraber kaygı duyarlılığı artış göstermektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu Yaygın anksiyete bozukluğu 6 ay boyunca sürekli olan devam eden ve kişiyi zorlayan bir ruhsal bozukluktur. Yaygın anksiyete bozukluğu özellikle yaşlılarda daha sık görülmektedir. Çogu ruhsal bozuklukta olduğu gibi YAB’ın sebebini belirlemek güçleşmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu’nun tanınamamış olması, tedavilerin yetersiz kalmasına ve uzun süreli prognozun kötüleşmesine yol açabilir (Balcıoğlu ve Ünsalver, 2006).

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon kişinin düşünmekten kendisine engel olamadığı, zorlayıcı duygu ve düşünceler olarak belirtilmektedir. Obsesif düşünce yaşayan her kişi bu olumsuz düşünceleri düşünmekten duramaz ve bu düşünceler onu rahatsız etmesine rağmen zihninden uzaklaştıramamaktadır. Bu obsesyonlar kişinin zihnine isteği dışında gelir ve kişi tarafından mantıkdışı olarak değerlendirilmesine rağmen kişi istemsizce bu obsesyonlarla mücadele vermek zorunda kalır ve yoğun bir sıkıntı ve huzursuzluk yaşar bu durumda anksiyeteye neden olmaktadır (Yılmaz, 2018). Obsesyon kişinin zihninde ortaya çıkan ve kişinin kendisini düşünmekten alıkoyamadığı düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Kompulsiyonlar ise kişinin zihninde oluşan bu obsesyonların kompulsif olarak gerçekleştirme eylemi ve zihninde düşündüğü bu düşünceyi eyleme dökme biçimidir. Kişi bu eylemi gerçekleştirdikten sonra büyük bir rahatlama yaşar ve kaygı seviyesinde azalma görüldüğü ortaya konulmuştur (Şahin, 2022). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)’nin birçok çeşidi vardır. Bunlar;

Bulaşma Obsesyonu ve Temizlik Kompulsiyonu: Kişinin kendisinin, kıyafetlerinin, bedeninin kirlendiği düşüncesi içerisine girmesidir. Kişi her ne kadar anlamsız olursa olsun bu duygu ve düşüncelerden kendisini kurtaramaz Her an bir yere dokunduğu ve temas ettiği anda kirlendiği düşüncesi içerisine girmektedir (Savaş, 2019).

Kuşku Obsesyonu ve Kontrol Kompulsiyonu: Genellikle en sık görülen obsesyon biçimidir. Kişi evde ütü, elektirik veya doğalgaz gibi tehlike yaratacak durumlara karşı kontrol altına alma duygusu ve korku, kaygı biçimi olarak ifade edilmektedir (Çetin ve Karaaziz, 2024).

Cinsel İçerikli Obsesyonlar: Kişinin istemeden de olsa kendi kültür, değer ve yargılarına uymayan cinsel tarzda düşünceler düşünmesidir (Zayman, 2016).

Dini İçerikli Obsesyonlar: Kişi anlamsız olduğunu bilmesine rağmen elinde olmayan sebeplerden dini tarzda yanlış bir düşünce yaşaması durumudur. Özellikle dini yönden yoğun duygular yaşayan kişilerde daha sık görülmektedir (Zayman, 2016).

Simetri Düzen Obsesyon ve Kompulsiyonlar: Simetri düzen obsesyonları özellikle toplumda görülen en sık obsesyon biçimidir. Kişide bir düzen, simetri ve mükemmellik duygusu ve düşüncesi görülmektedir (Tamam ve Demirkol, 2019).

Dokunma Kompulsiyonları: OKB’li hastaların bazı davranışları yapmadan önce kendince önem verdikleri eşyaya dokunma ihtiyacı hissetmesi durumudur (Zayman, 2016).

Sayma Kompulsiyonları: OKB hastalarının günlük yaşamlarında zihinlerinde oluşturdukları belirli bir kriterlere göre hareket etme biçimidir. Örneğin belli bir sayma davranışı yapmadıkları zaman işlerinin rast gitmediğini düşünerek sayma davranışında bulunmalarıdır (Ersin, 2017).

Biriktirme ve Saklama Kompulsiyonları: En sık görülen bir diğer davranış biçimidir. Kişi elinde olmayan sebeplerden ötürü gereksiz, kullanılmayan eşya biriktirme davranışdır. Kişi bu davranışı yaptığı zaman kendisini güvende ve rahat hissetmektedir (Bal, 2019).

Batıl İtikatlar, Uğurlu, Uğursuz Sayılar Ve Renkler: Her insanın zihninde kendince belirlediği batıl inanç biçimi, uğurlu ve uğursuz saydığı davranış biçimleri vardır. Örneğin 13 numaranın uğursuz sayılması, evden sağ ayakla çıkmak, yatağın sol tarafından kalmamak gibi kişinin hayatını etkileyen davranış ve düşünce biçimidir (Bal, 2019).

Panik Bozukluk

Panik bozukluk, tekrarlı ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan kaygı, korku ve endişe durumu olarak ifade edilmektedir. Panik atakları kalp krizi geçirip öleceğim ya da felç geçireceğim, kanser olacağım gibi kötü ve olumsuz duygu, düşünce ve inançlara sahip olma ve olası herhangi bir kötü sonuç ve kontrol dışı olaylara karşın ev, iş ve sosyal işlerinin yapılmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (Güler vd., 2021). Panik bozukluk yaşayan kişi o an “ölüm

korkusu”, “kalp krizi” ve “felç olma korkusu” yaşar. Panik bozukluk yaşayan kişi panik atak anında kontrolünü kaybedip çevresine zarar vermekten korkmaya başlar. Panik bozukluk beynimizde nöron denilen sinir hücresinin zarar görmesi ile ortaya çıkmaktadır. Panik bozukluğu, anksiyete nevrozundan ayıran , ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi Klein (1964) olmuştur (Tükel, 2002).

Panik bozukluk, günlük hayatta kalp çarpıntısı, terleme ve göğüste sıkışma olarak kendisini gösteren ruhsal bozukluktur. Anksiyete bozukluğu ile panik bozukluk belirtileri birbirine benzese de bunlar aslında farklı ruhsal sorunlardır (Böke vd., 2015). Anksiyete bozukluğunda, sürekli olarak bir kaygı, korku ve endişe durumu vardır ve bu ruhsal bozuklukluk sürekli bir biçimde bilinçaltında devamlı olarak kendisini hissettirmektedir (Tükel, 2002).

Panik atakta ise kişi sürekli olarak kendisini tehlikede hisseder ve ölecekmiş duygusu yaşamaktadır. Kişide hızlı kalp atışı, nefes darlığı, terleme görülür. Bu ataklar birkaç dakika ya da birkaç saat sürmektedir. 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise panik bozukluğun son 12 aydaki yaygınlığı %4 olarak saptanmıştır. Beyindeki panik devresin’ de hipotalamusun büyük bir rolü vardır (Erdogan, 2007).

Panik bozukluğun tedavisinde, beyni etkileyen psikotik ilaçlar kullanılmaktadır. İlacın dozu kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Her hastanın tedavi süreci ve ilacın dozu kişiye özeldir ve ilaç tedavisi uygun bilişsel davranışçı terapi ile desteklenmesi gerektiği ortaya konulmaktadır (Locke, 2015). İlaç tedavisi kişinin yaşamış olduğu panik atak durumunun şiddetine ve boyutuna göre doktor kontrolünde yapılmaktadır. En iyi sonuç bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisi ile birlikte alınmaktadır. BDT, panik bozukluk tedavisinde kullanılan etkili bir tedavi yöntemi olarak bildirilmekle birlikte, genellikle bireysel olarak uygulanmıştır. Bu tedavilere ek olarak aile destegide tedavide büyük önem taşımaktadır (Tamam, 2009).

Fobiler

En basit fobi olarak bilinen, bazı nesneler ve durumlardan mantıksız ve aşırı derecede korku olabilmektedir. Fobiler genellikle hayvan veya nesneye karşı olarakta görülebilir. Fobilerin oluşmasını iki şekilde açıklanmaktadır. Birinci olarak gerçekten yaşanmış olaylar fobiye dönüşebilmektedir, ikinci olarak nörotik korkular fobi halinde dışsallaştırılabilmektedir. Psikiyatri kliniklerine fobi nedeniyle başvuran hasta sayısı oldukça az olduğu başvurunun düşük olmasının başlıca sebebinin ise

kişilerin bunu bir ruhsal bozukluk olarak görmemesi olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra çocuk ve ergenlerde yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalar oldukça az olduğu ve genel olarak psikiyatrik bozuklukları ya da anksiyete bozukluklarını araştıran bazı çalışmalarda fobiye değinildiği görülmektedir (Demir, 1997).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma, kişiyi ruhsal olarak oldukça etkileyen ve zorlayan bir olaydır. Cinsel istismar, çocukluk çağı travmaları, yakın birinin kaybı örnek verilebilir (Alpay & Çelik, 2022). İnsan hayatında sıkıntı ve üzüntü yaratan, insanı zorlayan pek çok olay vardır ancak bunların hepsi kişide travma etkisi yaratmayabilir. Travma sonrası stres bozukluğunun belirtileri, travmatik olayı tekrar tekrar yaşama, aşırı uyarılmışlık hali ve travmayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma şeklinde görülmektedir (Kurt ve Gülbahçe, 2019).

Kişilerin hayatında travma yaratan pek çok olay bulunmaktadır. Her insan hayatının belli dönemlerinde en az bir kere bu durumu yaşamaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu hastalığındaki belirtiler şunlardır (Eroğlu ve Yakşı, 2021);

- 1.Kolay irkilme
- 2.Kabuslar
- 3.Uyku Problemleri
- 4.Travmayı hatırlatacak anı ve olayların tekrarlanması
- 5.Çok çabuk sinirlenme
- 6.Gelecek ile ilgili bir şey beklememe
7. Ortamlara ve insanlara yabancılaşma
- 8.Olayı hatırlatan durumlardan ve ortamlardan huzursuz olma ve kaçınma
- 9.Travma ile ilgili anıların rahatsız edici bir biçimde sık sık hatırlanması

Travmayı atlatma biçimi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bazı kişilerde aylarca, bazı kişilerde ise yıllarca sürebilmektedir. Bu konuda kişiye gerekli bilgi ve desteğin verilmesi tedavi açısından iyi etki olacaktır (Aker, 2012).

Travma Sonrası Stres bozukluğu (TSSB) yaşayan kişilerde beraberinde pek çok ruhsal bozuklukta görülebilmektedir. Bunlar, depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol ve madde kullanımıdır. Önceden alkol veya madde geçmişi olan ya da anksiyete veya depresyon geçmişi olanların ve sosyal desteğin yetersiz olan kişilerin belirtileri yeniden göstermeye eğilimleri oldukları dikkat çekmektedir (Özgen ve Aydın, 1999).

Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde antidepresanlar ve psikoterapi, EMDR kullanılmaktadır. Tedavi kişiden kişiye farklılık göstermektedir ve her kişinin tedavi planı kendisine özel ve biriciktir. Tedavide kullanılan antidepresanın dozu doktor kontrolünde ve önerilen süre içerisinde uygulanılmaktadır. EMDR'in birincil hedefi olumsuz yaşantıları işleyerek danışanın özgürce geçmiş zamandan şimdiki zamana geçişini sağlamaktır (Kavakçı, Yıldırım, Kugu, 2010).

Sosyal Kaygı Bozukluğu

Sosyal anksiyete, sosyal fobi olarakta bilinen bozukluk çocukluk çağı travmaları, aile içindeki çatışma ortamı veya istismar öyküsü gibi nedenlerin etkisiyle ortaya çıkan bir zihinsel bozukluktur (Şahin, 2019). Sosyal kaygı bozukluğu kişinin diğer insanlar tarafından eleştirilmekten, beğenilmemekten duyduğu korku, kaygı biçimidir. Sosyal kaygısı olan kişi sosyal ortamlara girmekten ve iletişim çerisine girmekten kaçınmaktadır (Karaaslan, 2017). Sosyal anksiyetesi olan kişiler, başkalarının onlar hakkında olumsuz düşünce, eleştiri ve değerlendirmelerinden korku ve kaygı duyma durumudur (Şahin, 2019). Fiziksel semptomlar genellikle kalp çarpıntısı, terleme, titreme, yanakların aşırı derecede kızarması, mide bulantısı ve kekeleme görülmektedir. Eleştiri ve olumsuz duygu ve düşüncelerden etkilenen kişiler yaşadıkları bu kaygı ve korkuyu azaltmak için alkol veya madde kullanımı davranışı gösterebilmektedir (Akboğa ve Gürkan, 2019). Sosyal kaygı bozukluğu kalıtsal özellikler, beynin yapısı ve sosyal çevre olarak birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal kaygı bozukluğu özellikle çocukluk ve geç ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisi için bilişsel davranışçı terapi, antidepresan ilaçlar, anksiyolitik ilaçlar ve sosyal beceri eğitimleri kullanılmaktadır (Öztürk, 2014).

Patolojik Anksiyete

Anksiyete, anksiyete bozuklukları ya da patolojik anksiyete şeklinde tanımlanan güçlü psikolojik belirti olarak ifade edilmektedir (Cox ve Olatunji, 2019). Patolojik anksiyete psikolojik teoriler ve kuramlar açısından aşağıda irdelenmiştir.

Psikolojik Teoriler

Psikolojik teorilerin üç temel kuramı bulunmaktadır (Yücesoy ve Özerk, 2021). Bunlar; psikanalitik kuram, davranışçı kuram, varoluşçu kuramdır.

Psikanalitik Kuram

Freuda'a göre yüzyıllarca merak edilen, araştırılan insan davranışı doğuştan gelen duygu, dürtü, cinsellik ve saldırganlık çerçevesinde meydana gelmektedir. Davranışın her zaman bir nedenselliği vardır ve her davranışın ortaya çıkmasının bir sebebi olduğunu savunmaktadır. Bu davranışın sebebinin iç dünyada olabileceğini düşünerek psikanalitik kuramın ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Sağlık, 2021). Freud'a göre tehlike beklentisi içinde olan özne kaygılanır, bu da kaygının sinyal duygulanımı olduğunun göstergesidir. Freud, benliğin sınırında kaygı duygularının tetiklenmesine yol açan gerçek tehlikenin, bir ötekinin varlığıyla/yokluğuyla ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Özgülük ve Öztemür, 2017). Freud, erken dönem anne bebek ilişkisine vurgu yaparak, yaşamın başından itibaren yeni doğanın kendi fiziksel/ruhsal ihtiyaçlarını karşılayacak bir öteki (çoğunlukla anne) arayışında olduğunu belirtir. Bu bağlamda nesneyi kaybetme korkusu, özenin kaygısı, nesnenin kendisini kaybetmek olarak tezahür etmektedir. Freud'un yeniden değerlendirdiği kaygı kuramı, kaygı nevrozunun temelinde sevilen kişiden ayrılığa ve benliğin bu ayrılıkla baş etmek için bastırma savunma mekanizmasını kullandığına işaret etmektedir. Freud, davranışlarımızın topografik modelde bahsedilen, zihnin bilinçdışı katmanı tarafından yönetildiğini söylemektedir. Freud, davranışın altında yatan sebepleri irdelerken, bilinç öncesi, bilinç ve bilinç dışı kavramlarına oldukça vurgu yapmıştır. Bu konuda rüyalara önem vermiş, rüyaların analizi, ruhsal çözümlemeler, serbest çağrışım gibi yöntemler kullanmıştır. Bu yöntemler çerçevesinde psikanalitik kuramını geliştirmiş ve 4 temel kuram üzerinde durmuştur (Sağlık, 2021). Bu dört kuram; topografik model, yapısal model, savunma mekanizmaları, psikoseksüel gelişim dönemleridir. Psikanalitik kuramını geliştiren Freud, Darwin'in evrem teorisinden de oldukça etkilenmiş ve örnek almıştır.

1) Freud topografik modeli bir buzdağına benzetmiş ve suyun altında kalan kısım ile suyun üzerinde olan kısım kapsamında değerlendirme yaparak bilinç aşamaları olduğunu savunmuştur. Bahsedilen bu buzdağı modelinde insan bilincinin 3 katmanı olduğu bulunmaktadır (Arslan, 2015). Bunlardan birincisi "bilinç" tir. Bilinç, organizmanın olan olay ve hareketlere, tepki ve anlam verme biçimidir. İkinci alan ise zihnimizde olan ve zihnimizden çağırmanın yeterli olabileceği "bilinç öncesi" dir. Bilinç öncesi katmanında zihnin zorlanması durumunda istenilen bilgilerin zihne gelmesi durumudur. Bu katmanda basit süreçler bulunmaktadır. Bilinç öncesi katmanında savunma ve bastırma mekanizmaları olmadan duygu,

düşünce ve arzulara ulaşılır. Üçüncü alan ise bilinçdışı katmanıdır. Bilinçdışı katmanı bilinçli farkındalığın olmadığı tüm duygu, düşünce ve dürtülerin olduğu katmandır. Bilinçdışı, acı verici ve hoş olmayan içerikleri içermektedir. Freud'un psikanalitik kuramın üzerinde yoğunlaştığı konulardan bir diğeri ise yapısal modeldir. Freud baskılanmış olan dürtülerin bilinç düzeyine çıkmak için temsil edilmesi ve deşarj yolları bulma amacı ile egoya vermiş olduğu bir işaret olduğu bir işaret olduğunu öne sürmüştür (Freud, 1926).

2) Yapısal model de aynı topografik gibi model gibi karşımıza 3 bölümden çıkmaktadır (Gündoğdu, 2016). Bunlar;

1)İd (Psişe)

2)Ego (Benlik)

3)Süperego (Üstbenlik)

İd, organizmanın herhangi bir içsel ve dışsal uyarımla beraber gerilimin artması ile beraber gerilimin azaltılması ve ortadan kaldırılması için uyarılar gönderir. Davranışın ortadan kaldırılması ve dışa vurumu ile haz gerçekleşir ve bu duruma haz ilkesi denir. Freud'a göre id , tüm psişenin kaynağıdır. Bu durum kişiliğin en temel, en bileşeni yapar. İd, kişiliğin doğuştan var olan tek bileşenidir. Kişiliğin bu yönü tamamen bilinçdışıdır ve iç güdüsel ilkel davranışları içerir. İd, tüm arzuların, isteklerin ve ihtiyaçların anında tatmin edilmesi için çabalayan haz ilkesi tarafından yönetilir (Budak, 2000: 564).

Ego (Benlik), egonun asıl görevi düzenlemektir. Ego insanın dış dünya ile uyumlu ve sağlıklı bir biçimde yaşamasını sağlayan zihinsel işlevler bütünüdür. Gerçeklik kuramı hakimdir. Ego dış dünyadaki gerçeklik ile beraber iç dünyadaki haz arayışı arasındaki dengeyi sağlamaktadır. Ego bu dengeyi sağlarken “savunma mekanizmaları” nı kullanır. Freud'un yapısal sınıflandırılmasında ego, id'in istek ve arzularını dışsal gerçeklikle bastırmaya çalışır. Daha geniş anlamda ego, id ve süpergeo arasında uygunluk sağlayıcı bir fonksiyon üstlenmiştir (Soylu, 2019).

Süpergo (Üstbenlik), toplum kurallarına aykırı davranışa karşı frenleyici, olmaktadır. Çocukluk döneminde gördüğümüz ayıp, yasak, günah vb korku, utanç duyguları süperego gelişiminin göstergesidir. Çocuk bir yaramazlık yaptığı zaman anne ve babasının davranışını gördüğü, duyduğu ve onu cezalandıracağını düşünerek o davranışı yapmaktan çekinmektedir. Süperegonun birey açısından temel yaptırım gücü, cezanın ve ödülün içselleştirilmiş biçimleri olan suçluluk duygusu (yanlış yaptığında) ve gururdur (dogru yaptığında) (Budak, 2000).

3) Savunma mekanizmaları yaşanan çatışma ve zorlanan duygu, düşünce ve bunalıya karşı kullanılan bilinçdışı ve benlik işlemleridir. Psikolojide bunalı iç dünyada yaşanan çatışma ve tehlikeyi haber veren bir tepkidir. Savunma mekanizmaları en başta bastırma olmak üzere inkâr, yansıtma, yüceltme, yer değiştirme, özdeşleşme, gerileme ve hayal kurmadır (West, 2018). Bastırma ve inkâr, en yaygın kullanılan savunma mekanizmalarındandır. Bastırılan duygu, düşünceler ve anılar ne kadar fazla ise kişinin anksiyete ve kaygı düzeyide de o kadar fazladır ve kişinin gelişimi engellemektedir (Sağlık, 2021). Freud bu davranışları, insanların hüznü, öfke, suçluluk, utanç gibi duygulardan kaçmak için bilinçli ve kontrollü bir şekilde yapmadığını söyler. Savunma mekanizmalarının bilinçdışı gerçekleşmesi bireyin çatışmaları ve yoğun duygularıyla baş etmesinin en temel yollarından biridir (Nurdan, 2024).

4) Psikoseksüel gelişim dönemleri, paikanalizin kurucusu Freud'un öncülük ettiği psikodinamik akımının kişilik gelişim kuramıdır. İnsanın içinde bulunduğu sosyal bileşeni de alarak "biyo-psiko-sosyal" üniteyi oluşturmaktadır. Bireyin ve kişiliğinin oluşması, gelişmesi ve olgunlaşması, üç bileşenin ortaklaşa ve karşılıklı etkileşiminin sonucudur (Özgülük ve Öztemür, 2017). Psikoseksüel kurama göre insanın cinsel yönden gelişimi 5 evrede tamamlanmaktadır (Arslan, 2015). Bunlar; Oral Dönem (0-1 yaş) grubu, Anal Dönem (1-3 yaş) grubu, Fallik Dönem (4-6 yaş) grubu, Latent Dönem (7-11 yaş) grubu, Genital Dönem (12-18 yaş) grubudur.

1) Oral dönem (0-1 yaş) grubu

Oral dönemde temel haz emmedir. Doğumla başlar ve 1-1.5 yıl devam eder. Özellikle oral dönemde doyum ağız yolu ile sağlanmaktadır. Ağız bebeğin anne ile ilk ilişkisinin kurulduğu yerdir. Oral dönem 2 evreden oluşmaktadır. Bunlar; emme ve ısırma. Bebeğin sinirli, üzgün ve gergin olduğunda tırnak yeme davranışı, Freud'un oral bağımlılığın göstergesidir. Erikson'a göre güvensizlik duygularının ilk tohumları bu evrede atılacaktır (Erden ve Erkman, 2005;89-90).

2) Anal dönem (1-3 yaş) grubu

Anal dönemde bebek anneden bakım verenden ayrılmak istemez ve ayrılınca kaygı, korku, endişe yaşamaktadır. Bu dönemde ayrılma başlamaktadır. Bellek gelişimi oluşmakta ve dış dünyadaki nesne ve semboller sözel olarak ifade edilmeye başlanılmaktadır. Çocuk kendisini ve çevreyi kontrol etmeyi öğrenir. Çocuğun doyum bölgesi değişim gösterir ve ağızdan makat bölgesine, boşaltım yolu ile döner. İdrar ve dışkı çıkarması çocuğu rahatlatır ve çocuk bu durumun bilincinde olmaya

başlar. Bu dönemde verilen tuvalet eğitimi oldukça önemlidir. Hoşgörülü, anlayışlı ve yardımsever bir eğitim ile çocuk bu dönemi kolaylıkla atlatabilir. Sinirli, hoşgörüsüz ve cezalandırıcı bir tuvalet eğitimi çocuğun bu dönemi tamamlamasını zorlaştırır ve çocuk bu döneme bağımlı kalmaktadır (Usta, 2000).

3) Fallik dönem (3-6 yaş) grubu

Fallik dönemde çocuk kendi cinsiyetini öğrenmiştir. Genital organlarından oynamaktan zevk almaya başlamaktadır. Bu dönemde kız babaya, erkek anneye yaklaşır. Karşı cinse fazla ilgi ve sevgide bulunulur. Cinsiyet rollerini, kimliklerini kazanmak için yetişkinleri rol model almaya çalışırlar ve onlar gibi olmak isterler. Aileden evden sokağa yönelme başlar. Çocugun girişimi desteklenerek, sorduğu sorulara uygun cevaplar verilmeli ve çocuğun merakı uygun bir dille giderilmelidir. Bu dönemi başarılı bir şekilde tamamlayan çocuk, bir sonraki döneme sağlıklı bir şekilde geçmiş olur (Çiftçioglu ve Polat, 2016).

4) Latent Dönem (6-12 yaş) grubu

Beden ve cinsiyet konularının konuşulmasından rahatsızlık duyulur. Bu dönemde ise kız anneye, erkek babaya yönelmeye başlar. Ergenlik öncesi son durgunluk dönemidir. Ev dışındaki arkadaşlığa, sosyal ilişkilere yönelilir. Düşünce biçiminde dürtüsel ve gerçekçi olmayan düşünceler kaybolmuş yerine gerçeklik düşüncesi egemen olmuştur (Arslan ve Angın, 2016).

5) Genital Dönem (12-18 yaş) grubu

Bu dönemde duygular, dürtüler, hormonlar artar ve hızlı bir fiziksel gelişim görülür. Fiziksel gelişim ile beraber cinsel istek, arzu ve dürtülerde artmaya başlar. Cinsellik, karşı cinse ilgi, çekicilik, yuva kurma duyguları oluşur. Cinselliği kendi vücudunda aramaya başlar. Bu dönemde gençler ve aileleri arasında %100 iletişim ile ilgili sorunlar saptanmıştır. Bu yüzden annelerin çocuklarıyla iletişim kurarken emir cümleleri kullanmaması gerektiği vurgulanmalıdır. Aile ve psikolojik destek bu dönemde olumsuz kimliğe yönelmeye engel olacaktır (Çiftçioglu ve Polat, 2016).

Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramın temsilcisi John Watson'dur. Önde gelen isimlerinden biride Pavlov'dur. Watson 1920'de zihninde olup bitenlerle hiç ilgilenmeden, davranışları incelemeyi amaçlamış ve davranışçı yaklaşımı kurmuştur. Davranışçı yaklaşımın temelini koşullanma teknikleri oluşturmaktadır. Bunlar; edimsel koşullanma, klasik koşullanma, öğrenme kuramı ve bilişsel terapidir (Yalçın, 2021). Davranışçılar gözlem ve deney yöntemini kullanırlar. Bu nedenle hayvanlar üzerinde

birçok deney yapmışlardır. Pavlovun köpekler üzerinde koşullu öğrenme deneyini yapması örnek verilebilir. Davranışçılar, insan davranışlarının açıklanmasında çevre faktörüne çok fazla önem vermekte ve diğer faktörleri görmezden geldikleri için diğer ekollerin savunucuları tarafından eleştirilmişlerdir (Yam, 2023). Davranışçı kuram, psikolojinin bilim niteliği kazanmasına önemli katkılar sağlamıştır. Broadus Watson, 1913 yılında yazdığı “Davranışçıların gözüyle psikoloji” adlı makalesinde psikolojinin saygın bir bilim olabilmesi için psikologların gözlemlenemeyen zihinsel durumları terk ederek gözlemlenebilir ve kontrol edilebilen davranışlara odaklanması gerektiğini vurgulayarak psikoloji biliminde davranışçı yaklaşımın öncüsü olmuştur. Bu kuramda “koşullanma” öğrenmenin gerçekleşmesi için temel süreçtir (Aydın, 2000).

Varoluşçu Kuram

Varoluşçuluk, insanın var oluşunun anlamını içeren bir felsefe akımıdır. Varoluşçulukta herkesin kaygı yaşadığı ve bu kaygının temelinde hayatta kalma, yaşamı sürdürme varlığa anlam katma ihtiyacı bulunmaktadır. Ölüm, özgürlük izolasyon, anlamsızlık, hiçlik, varoluşçu temalardır. Varoluşçular kişinin yalnızlığını, bıkılmışlığını, umutsuzluğunu ve güvensizliğini belirtmekle kalmayıp, kişinin kendisini tanımasına, benliğini kazanmasına, özünü yaratıp baskıdan kurtulmasına yardımcı olmaktadır (Ateş ve Sağar, 2024). Davranışçılar öznelliğe bireyciliğe önem vermektedir. Öznellikten kalkarak bireyliğe varırlar. İnsanlar yalnızlıkla mücadele ederler ve geçmişten çok “şu an” ile ilgilenirler. Varoluşçu terapisinin anlamı yaşamı netleştirmek, anlamlandırmaktır. Yaşanılan problemler ile yüzleşilecek ve sınırlar keşfedilecektir. İnsan durağan bir varlık değil, kişiliğini, ve yaşam ortamını kendisi seçebilen, gelişen bir varlıktır (İlgar, 2018).

Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları çocukluk ve ergenlik başta olmak üzere her yaş döneminde görülebilen ruhsal bir bozukluktur. Özellikle çocukluk ve geç ergenlik döneminde yaşanan ağır, sarsıcı ve travmatik olaylar kişide ruhsal bunalıma ve ilerleyen dönemlerde anksiyete bozukluğuna sebep olmaktadır (Başer Baykal, 2017). Anksiyete bozukluğu, dünya çapında görülme oranı %3.7 olarak bilinmektedir. Anksiyete bozukluğu cinsiyet ayrımı olmaksızın her yaşta görülebilir. Anksiyete bozukluğunun en yaygın dönemi 10-25 yaş aralığındadır. Kadınlarda ve düşük gelir seviyesi olan kişilerde görülme sıklığı daha fazladır. Anksiyete bozukluğu iyileşme ve kronikleşmelerle kronik bir seyir göstermektedir. Anksiyete bozukluğu ile beraber

hastalarda majör depresyon, panik bozukluk, alkol ve madde kullanımı görülmektedir (Akbaş, 2016).

Etiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi ile ilgili çalışmalarda ailesel geçiş, genetik özellikler, rol model alma ve çevresel etkenler üzerinde durulmuş alanlardır. Ailede anksiyete bozukluğu tedavisi geçirmiş ve anksiyete bozukluğu yaşam öyküsüne sahip olma genetik özellikler açısından oldukça önem arz etmektedir. Anksiyete bozukluğunun etiyolojisinin açıklanmasında psikodinamik ve bilişsel teoriler ağırlık taşımıştır. Bununla beraber genetiğin rolünde önem verilmektedir. Özellikle komorbid majör depresyon varlığı ve anksiyete bozukluklarında intihar oranlarının yükseldiğini gösteren veriler bulunmaktadır (Bal, 2010).

Tanı ve Tedavi

Beyinde oluşan bir takım kimyasal dengesizlik sebebiyle meydana gelen anksiyete, genetik faktör, stres, çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar, alkol ve madde kullanımı, kronik hastalıklar, çevresel faktörler anksiyete bozukluğunun oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Dilmaç, 2010). Özellikle kişinin çocukluk çağı döneminde yaşadığı travmatik olaylar, beyindeki korku işleme mekanizmalarında hassasiyete yol açarak stres unsurlarına karşı kişiyi daha hassas, duyarlı yapar ve bu durum ileride anksiyete bozukluğuna zemin hazırlamaktadır. Geleceğe karşı hep bir korku, kaygı, endişe yaşama, karamsarlık, aşırı derecede korku ve kaygı hissi, el ve ayaklarda soğukluk ve titreme, çarpıntı, gergin ve huzursuz hissetme, nefes darlığı vb belirtilerin bir kısmı veya tamamının bir arada yaşanması anksiyete bozukluğunun belirtileri arasında olduğu belirlenmiştir (Akgün vd, 2007). Anksiyete bozuklukları tedavisinde ilaçlı tedaviler (antidepresan, anksiyolitik ilaçlar) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Diyalektik Davranış Terapisi, Nefes egzersizleri, 3-3-3 kuralını uygulama yöntemi kullanılmaktadır (Tamam ve Demirkol, 2019). Anksiyete bozukluğu tedavisinde bu yöntemlerden biri ya da ikisi bir arada da kullanılmaktadır. Tedavinin süreci, ilacın dozu uzman doktor tarafından belirlenir. Kişiyi hangi tedavinin uygun olduğu danışan ve doktor birlikte karar vermektedir. Her tedavi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Her hastanın yaşamış olduğu anksiyete bozukluğunun süresi ve şiddeti farklılık göstermektedir. Verimli, hızlı ve uygun bir sonuca varmak için her hastanın tedavisi kendisine özel ve biricik olması gerektiği vurgulanmaktadır (Özakkaş, 2014; Şahin, 2019).

Depresyon

Depresyon kişinin duygu durumlarında belli başlı üzüntü, yalnızlık, ilgisizlik, kendisini suçlama, cezalandırma, öz eleştiri yapma, ajitasyon, sosyal ortamlardan kaçınma, içe kapanma, aşırı derecede uyuma isteği, halsizlik, hiçbir şeyden zevk almama, intihar duygu ve düşüncelerin hakim olduğu ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Depresyon uzun süreli devam eden üzüntü, mutsuzluk ve öfkeyle karakterize bir duygu durum bozukluğudur (Gaynes vd., 2020). Depresyon biyolojik, fizyolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Depresyon beyni etkileyen bir hastalıktır. Bazı durumlarda ise depresyon nörolojik bir hastalığa eşlik etmektedir (Otte vd., 2016). Depresyon nörolojik rahatsızlıklarda 3 şekilde ortaya çıkmaktadır. Nörolojik rahatsızlıkları olan kişilerin genellikle psikolojik rahatsızlıkları da oluşmaktadır. Freud, psikolojik rahatsızlıkların, çocukluk döneminde yaşanan içsel çatışmalara işaret ettiğini öne sürmektedir (Kafes, 2021).

1. Nörolojik rahatsızlıktan önce depresyon durumu demans, bunama gibi hastalıklar örnek verilebilmektedir.
2. Nörolojik hastalık tanısına eş zamanlı olarak ortaya çıkan depresyon durumu Parkinson tarzı hastalıklar örnek verilebilmektedir.
3. Nörolojik bir hastalıktan sonra ortaya çıkan depresyon durumu inme, beyin kanaması, felçlik hastalıkları örnek verilebilmektedir.

Ms, Epilepsi, kafa travması gibi durumlarda ise depresyon tanısıyla beraber eş zamanlı olarak görüldüğü gibi, tanıdan sonra da ortaya çıkmaktadır (Rickards, 2006). Beynin belirli Depresyon ile ilgili çalışmalar eski çağlarda başlamış ve halen bu çalışmalar günümüzde devam etmektedir. Depresyon antik çağ bilim insanları tarafından “melakoli” sınıflandırması altında yer almıştır. Hipokrat melankoli ile ilgili ilk tanıyı koyan kişidir.

Kişiler hayatında ölümcül bir hastalık geçirmek, travmatik sarsıcı olaylar yaşamak, yaşlanmak, sevgiliden ayrılmak gibi birçok nedenlerden dolayı kişi yoğun bir üzüntü ve acı yaşamaktadır. Bu tür duygu, düşünce yaşanması olağan gereklidir ve bu tür deneyimler kişilere kendilerini farketme ve geliştirme fırsatı sunmaktadır. Fakat bu duygu ve düşüncelerin uzun süre devam etmesi kişiyi olumsuz yönde etkilemektedir. Uzun süre devam eden yas ve üzüntü süreci kişiyi depresyona sürüklemektedir (Genlik, 2012). Depresyona birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir. Depresyonun yaygın olarak görülen nedenlerinden bazıları şunlardır: Beyin kimyası, biyolojik yatkınlık, hormonal değişiklikler, tıbbi

durumlardır (Hughes-Morley vd., 2015). Depresyon kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Normal süreçte yaşanan üzüntü duygusu ile depresyon arasındaki en önemli fark depresyonda kişide görülen geleceğe dair karamsarlık duygusudur. Depresyon, belli bir neden olmadan kişinin sürekli olarak kendisini üzüntülü, kederli, değersiz ve melankoli hissetmesidir (Gönül, 2012). Depresif rahatsızlıklar günümüzde tek bir bozukluk şeklinde görülmemektedir. Psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde yer alan depresif bozukluklar majör depresif bozukluğu, distimik bozukluk ve nöbet şeklinde başka türlü adlandırılmayan depresif bozuklukları içermektedir. Depresyon bir ruhsal duygu durum bozukluğudur ve depresyon günümüzde toplumda görülen psikolojik rahatsızlıklar arasında prevalansı en yüksek hastalıklardan biri olarak ifade edilmektedir (Esen, 2017). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre özellikle son yıllarda ruhsal bozukluklar hızla artış göstermektedir (DSÖ, 2019). Depresyone eşlik eden psikolojik, fizyolojik bir çok hastalıklar vardır. Bunlar; felç, kalp hastalığı, diyabet ve parkinson hastalığı gibi hastalıklardır. Bu hastalıklar hem depresyona eşlik edebilen hem de depresyona sebep olabilen fizyolojik hastalıklardan bazılarıdır. Bunun yanı sıra anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, obsesif ve kompulsif bozukluk, şizofrenide depresyona eşlik eden psikolojik rahatsızlıklardandır (Yang vd., 2015). Depresyona eşlik eden bu rahatsızlardan birkaçı depresyonla beraber görülebilmektedir. Depresyon ve anksiyete yüksek oranda birbirine benzer hastalıklardır. Depresyon hastalığının en belirgin belirtileri depresif duygu durum ve daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk almamak iken, anksiyete bozukluklarında ise korku, kaygı ve endişeye sebep olan durumlardır. Bunun haricinde her iki ruhsal hastalıkta da uyku problemleri, psikomotorda yavaşlama, yorgunluk, konsantrasyon düşüklüğü gibi eş belirtiler gözlenebilmektedir. Kişi depresyon sürecinde günlük işlevselliğini yerine getirememekte ve hayattan zevk alamamaktadır. Bu durumda depresyonda olan kişi için fazladan stres kaynağı ve olumsuz duygu, düşünce olabilir. İşlevsellik kaybı yaşayan kişi bununla beraber yaygın anksiyete bozukluğu dışında panik bozuklukta geliştirebilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Kalin, 2020).

Depresyonun Tarihçesi

Depresyon hakkında bildiklerimizin çoğu eski yunan ve romalı hekim ve filozoflarca tanımlanmıştır. Eski çağlarda duygudurum bozuklukları için mani ve melankoli terimini ortaya atmışlardır ve bu iki hastalık en eski hastalıklardandır. Depresyonu melankoli içinde tanımlamışlardır. Depresyon hakkındaki araştırmalara

bakarsak çok eski zamanlardan bugüne kadar süregelen bir çalışma olduğu görülmektedir (Ghaedrahmati vd., 2017). Bergamalı tıp doktoru ve filozof olan Galen melankoliyi depresyon ve korkuyu kişinin hayatından memnun olmaması, diğer insanlardan nefret etmek olarak tanımlamış, genetik ve çevresel faktörler üzerinde'de durmuştur. Galen melankoliye hüznün ve keder anlamını yükleyen kişi olmuştur (Mattern, 2022). Depresyonun tarihine bakacak olursak Galen'in yanı sıra M.S 1000'li yıllarda Türk-Arap dünyasında İbn-i Sina melankoliyi farklı duygu durum olarak tanımlamış ve melankolinin tanımı konusunda görüşlerini bildirmiş, kişinin vücudundaki sıvıların farklı oranlar ile bir araya gelmesi sonucu farklı depresif duygu durumların ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Kafes, 2021). Eski mısır, babil ve çin kültürlerinde melankoli ve manik durumlar ile ilgili tanımlamalar bulunsa da bu tanımlamayı sistematik bir şekilde ilk kez yapan kişi M.Ö 400'de Hipokrat olmuştur. Hipokrat melankoliyi kara safranın beyin üzerindeki etkisi ile ruhun kararması şeklinde tanımlaması ile ilk kez ruhsal hastalık ile beyin kimyası arasındaki ilişki kurulmuştur (Yemez, 2021). 18. ve 19. yy'da akıl hastahanelerinin ortaya çıkması ile beraber hastaları sistematik olarak inceleme ve analiz etme olanağı doğmuştur. O döneme kadar mani sözcüğü delilik anlamı taşıırken, melankoli sözcüğü'de bir mantık ve düşünce bozukluğu olarak düşünülmekte ve yine delilik olarak kullanılmaktaydı. Her hastalık gibi psikiyatrik hastalıkların nedeni'de beyindeki ve vücuttaki lezyonlardır (Kaya ve Kaya, 2007).

Depresyonun Tanı ve Kriterleri

Depresyonun tanı ve kriterleri yapılan araştırmalar sonucunda aşağıdaki gibi sıralanabilir (Çolak vd., 2021; Kafes, 2021; Tolentino ve Schmidt, 2018):

- Depresif Duygudurumu
- İntihar Eğilimi
- Uyku Problemleri
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
- Degersizlik ve Suçluluk hissi
- Enerji düşüklüğü, yorgunluk
- Çaresiz ve Umutsuz olma
- Konsantrasyon bozukluğu ya da odaklanmada güçlük
- Agresif davranışlar ve aglama krizleri
- İştahsızlık

- İlgı azalması

Depresyon kişinin sürekli üzgün ve karamsar ruh halinde olması ve keyif aldığı işlere karşı ilginin azalmasıdır. Bunlarla beraber kişide çaresizlik, değersizlik, umutsuzluk, enerji düşüklüğü ve intihara meyilli bir düşünce yapısı görülür. Tanı için kişinin yukarıda belirtilen belirtilerin en az 5'ini en az iki hafta boyunca yaşaması gerekir. Depresyon tanısı alan birinci basamak hastaların %75'inin aynı zamanda bir anksiyete bozukluğu' da olduğu saptanmıştır (Türkçapar, 2004).

Depresyonun Çeşitleri

Depresyonun çeşitleri dört başlık altında ortaya konulmaktadır. Bunlar, majör depresyon, distimi (kronik) depresyon, postpartum depresyon, atipik depresyondur.

Majör Depresyon

Majör depresyon uzun süreli, kalıcı ve ciddi ruh hali değişikliklerini içeren bir depresyon türüdür. Majör depresyona birçok sebep neden olmaktadır. Bunlar; duygusal, psikolojik, fiziksel veya cinsel tacize uğramış olma, zor bir evliliğin yaşanması, geçmişten gelen travmalar, stresli bir yaşama sahip olma, çocukluk çağı travmaları, aile içerisinde yaşanan sorunlar, kanser, felç, kalp hastalıkları yaşamış olma, aşırı alkol ve madde kullanımı olabilmektedir (McIntosh vd., 2010). Bu tür durumların yaşanması majör depresyonun oluşmasına neden olmaktadır. Majör depresyon en az iki hafta süren üzgün, mutsuz, çökkün olan duygu durumu olarak ifade edilmektedir. Kişide meydana gelen değersizlik, suçluluk, odaklanmada güçlük, konsantrasyon bozukluğu, yineleyici ölüm düşünceleri, sosyal ve mesleki işlevsellikte azalma majör depresyonun belirtilerindendir. En önemli belirtilerinden birisi ise kişi, içinde bulunduğu bu olumsuz duygudurum hiç geçmeyecekmiş gibi düşünmekte ve kendisini umutsuzluk içerisinde bulmaktadır (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Majör depresyon genel olarak 20'li yaşlarda başlamakta ve 50'li yaşlar arasında görülmektedir. Majör depresyon erkeklere oranla kadınlarda iki kat fazla görülmektedir. Hayat boyunca görülme sıklığı %12-25 civarında olduğu ortaya konulmuştur (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Distimi (Kronik) Depresyon

Distimi (Kronik) Depresyon yetişkinlerde en az iki yıl görülen, çocuklarda ise en az bir yıl görülen ve devam eden hafif ile orta derecedeki depresyon durumudur. Kişi çoğu gün, günün büyük bir kısmında üzgün ve karamsar bir ruh hali içindedir. Kronik depresyonda en önemli tanı kriteri yaşanan bu üzgün, karamsar, çökkün

duygu durumunun devamlılığı olarak tanımlanmaktadır (İldırlı vd., 2015). Kronik depresyonun uzun süre devam etmesinde pek çok tetikleyici faktörler bulunmaktadır. Travmatik olaylar, zorlu bir ilişki yaşamak, iş kaybı, yakın birinin ölümü, aile problemleri kronik depresyona neden olan faktörlerdir. Kronik depresyona sahip olan kişiler majör depresyon ataklarına da yatkın olabilmektedir. Kronik depresyon tanı sürecinde detaylı bir değerlendirme ve semptomların sıklığı, şiddeti oldukça önemlidir. Kronik depresyon (distimi) yaşayan kişilerin pek çoğu en az bir defa majör depresyon atağı da geçirmiş olur. Bu maddelere ek olarak kişinin iş, okul ve sosyal ilişkilerde nasıl bir tutum sergilediği oldukça belirleyici olduğu belirtilmektedir (Sulukaya, 2019; Ventriglio vd., 2020).

Kronik depresyon tedavi süreci tamamen kişiye özel planlanması gereken bir süreçtir. Semptomların sıklığı ve şiddeti, kişinin yaşam tarzı gibi pek çok faktör tedavi sürecinde oldukça önemlidir. Kronik depresyon tedavisinde antidepresan, psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (Schramm vd., 2020).

Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon, günümüzde doğum sonrası depresyonu veya lohusalık depresyonu olarak da bilinmektedir. Bu depresyon doğumdan hemen sonra veya birkaç hafta içinde görülebileceği gibi, hamilelik döneminde hatta doğumdan aylar sonra'da görülebilmektedir (Ay vd., 2018). Postpartum depresyon, depresif ve aniden değişen ruh hali, bebekle bağ kurmada güçlük, sürekli olarak üzgün, mutsuz ve umutsuz olma, sık sık ağlama, aile veya arkadaşlarla ilişkilerde azalma, uykusuzluk veya fazla uyuma isteği, yorgunluk, halsizlik, enerjisiz olma, bebeğe karşı kendisini yetersiz hissetme ve iyi bir anne olmadığını düşünme, bebeğe veya kendisine karşı zarar verme davranışları, eşe ve bebeğe karşı ilgisizlik, intihar düşünceleri olarak ortaya çıkmaktadır (Bilgiç vd., 2015). Bahsedilen bu belirtiler kişiden kişiye değişebilmektedir. Postpartum depresyon kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Postpartum depresyonun süresi ve şiddeti oldukça önem arz etmektedir. Bu durum bazı kadınlarda kısa bir süre içerisinde geçerken bazı kadınlarda ise daha uzun sürebilir. Postpartum depresyonun nedenleri olarak genetik yatkınlık, fiziksel değişim, duygusal değişim örnek verilebilmektedir. Postpartum depresyon tedavi edilebilen bir ruhsal bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Kolukirik, 2016). Tedavi planı kişiye özeldir ve kişinin bireysel durumuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Tedavi genellikle psikoterapi şeklindedir. Gerekli durumlarda psikoterapi antidepresanlarla desteklenmektedir. Tedavi sürecinde eş ve aile

yakınlarından destek almak tedavi sürecinin hızlanmasında ve sorunun çözümlenmesinde oldukça önemlidir. Postpartum depresyon geçiren kadınların %60'ında yaşanan depresyonun ilk depresyon atagı olduğu saptanmıştır (Erdem ve Bez, 2009).

Atipik Depresyon

Gülümseyen depresyon kişinin içinde zorlayıcı duygu düşünceler olmasına, fırtınalar kopmasına rağmen dışarıya karşı mutlu görünmeye çalışmasıdır. Üzgün, mutsuz ve karamsar ruh haline sahip olan bir kişi, dışarıya karşı bu durumu belli etmez. Gülümseyen depresyon'a sahip olan bir kişi günlük hayatta etrafındaki kişilere karşı kendisini gizleyen bir maske takar fakat iç dünyalarında, üzgün, mutsuz, umutsuz, yitik ve zor duygular yaşarlar hatta bu duygu ve olumsuz düşüncelerin hepsine son vermeyi (intihar) bile düşünebilmektedir (Öztürk vd., 2023). Gülümseyen depresyon literatürde normal depresyonun yani majör depresyonun bir alt dalı olarak bilinmektedir. Bu olay bazen normal depresyon ile karıştırılmaktadır ve doğru tanının konulmasını geciktirmektedir. Atipik gülümseyen depresyonda görülen belirtiler kişinin kol ve bacaklarında kronik hale gelen ağrılar, yoğun bir şekilde umutsuzluk, hayattan zevk almama, çökkünlüktür. Kişi sevdikleri ile beraber ani bir mutluluk hissetse bile sonrasında hemen yine karamsar ve umutsuzluk gibi hislere ve düşüncelere sahip olmaktadır (Üstündağ vd., 2020). Uygun ve doğru tedavinin yapılabilmesi için öncelikle doğru tanının konulması gerekmektedir. Tedavi kişiden kişiye farklılık göstermektedir ve kişiye özeldir. Hastanın durumuna göre psikoterapi ile beraber ilaç verilmektedir. Atipik gülümseyen depresyon kadınlarda erkeklerden 5 kat daha fazla görülmektedir (Aydemir, 2004).

Epidemiyolojisi

Depresyonun bir çok farklı kültür ve coğrafyada , farklı klinik görünümsergilediği belirtilmekle birlikte evrensel bir hastalık olup olmadığı tartışması'da halen devam etmektedir. Depresyonun bir çok farklı coğrafya ve kültürde görüldüğü, farklı klinik görünümsergilediği belirtilmekle birlikte evrensel bir hastalık olup olmadığı tartışması geçerliliğini sürdürmektedir (Kara ve ark. 1997).

Epidemiyolojik araştırmaların biyolojik araştırmalara göre azlığı, içerdiği yöntemsel sorunlar bu tartışmanın sonuçlanması yönünde sağlıklı veriler elde etmeyi zorlaştırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre özellikle son yıllarda ruhsal bozukluklar hızla artış göstermekte ve insanların hayatlarını etkilemektedir. Ruhsal

bozuklukların ölümcül olmadığı, ancak kişinin bireysel ve sosyal yaşamında büyük kayıplara yol açtığı vurgulanmıştır. Depresyon erkeklere oranla kadınlarda 2 kat daha fazla görülmektedir (Kaya ve Kaya, 2007).

1970’li yıllarda modern epidemiyolojik araştırmalar büyük hız kazanmış olsa da ABD’de bile depresyonun epidemiyolojisine yönelik araştırmaların azlığından yakınılmaktadır. Türkiye ruh sağlığı alanında yapılan ilk alan çalışması 1963 yılında Türkiye Akıl Hıfzısıhhası Cemiyeti’nin on bin kişinin analizi yapıp, tarandığı çalışmadır ancak bu yapılan araştırmanın istatistiksel analizi yapılmamış ve sonuçları bilim dünyası ile paylaşılmamıştır. Yapılan tüm çalışmalarda depresyonun 30 yaşlarda başladığı, genç yaşlarda görülme sıklığının arttığı ve orta yaş grubunda ise giderek bu durumun arttığı görülmüştür. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla 2 kat daha fazladır. Bu duruma boşanmanın olması, dul ve ayrı yaşama etki etmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Depresif semptomlarla birlikte ortaya çıkan dikkat, algı ve bilgi işleme süreçleri, bireyin duygu düzenleme becerilerinde zorluklar yaşamasına ve başa çıkma mekanizmalarında bilişsel çarpıtmalar sergilemesine yol açabilir; bu durumlar, depresyon semptomlarının artışıyla belirleyici etkenler olarak değerlendirilmektedir (Hilt vd., 2011).

Etiyolojisi

Depresyonun tarihçesi 3 temel başlık altında incelenmektedir. Bunlar; biyolojik faktörler, genetik faktörler ve psikososyal faktörlerdir. Depresyon tanısı alan kişilerde biyolojik ailelerde görülen geçmiş dönem depresyon öyküsü önemli ölçüde etkilemektedir. Biyolojik olarak yapılan çalışmalarda ise dopamin seviyesinin azlığı bu durumu büyük oranda etkilemektedir (Thapar vd., 2022). Psikososyal anlamda yapılan çalışmalarda ise bilişlerdeki bozulmalar özellikle alt benlik, üst benlik ve benlik kavramlarının çatışmaları üzerinde durulmuştur. Bu durumların haricinde kişinin günlük hayatında yaşamış olduğu zorlayıcı duygu durum, sarsıcı olaylar ve stresli yaşam olaylarının olması da depresif belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Üçel, 2016). Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla 2 kat daha fazla olduğu, tedavi edilemeyen veya yanlış tedavi uygulanan kişilerde intihar riskinin fazla olduğu ve özellikle yaşlılarda ve erkeklerde depresyonda intihar riski ve girişimi fazla olduğu belirtilmektedir. Tedavi edilemeyen depresyon ile beraber başka ruhsal bozukluklar ve aşırı derecede alkol ve madde kullanımı görülmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Depresyonun oluşmasında merkezi sinir sistemindeki

işlevsel bozuklukların yanı sıra ruhsal rahatsızlıklar ve hastalıklarda etkilidir. Genel yatkınlıklar, duygu bozuklukları ve depresyonda mani durumunda en kritik nedenler arasında yer almaktadır. Tek yumurta ikizlerindeki rahatsızlanma oranı %50 iken ayrı yumurta ikizlerinde %12'dir. Birinci dereceden akrabalar için risk %15 ile %20 arasında görülmektedir. Yapılan çalışmalarda elde edilen veriler depresyonda dopamin seviyesinde azalma, manide artmış olabileceğini düşündürmektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004).

Tanı ve Tedavi

Depresyon, uygun tanı ve tedaviyi gerektiren ciddi bir ruhsal bozukluktur. İlk depresyon genellikle 20'li yaşlarda görülür. Depresyon teşhisi genellikle orta yaşta 30'lu ve 40'lı yaşlarda görülmektedir. Depresyon özellikle 50 yaşın üzerinde ölüm riskini daha fazla etkilemekte ve hızını 4 kat attırmaktadır. İlk kez depresyon geçiren bireylerde tedavi en az 6 ay sürmektedir. Daha önce depresyon tedavisi görmüş kişilerde ise tedavi, koruyucu amaçlı olarak yıllarca devam edebilir. Depresyon semptomlarının türü ve şiddeti, iyileşme sürecini etkilemektedir (Paykel, 2008). Depresif ruh hali, çökkün duygu durum, aşırı uyuma isteği, boşluk ve çaresizlik hissi, ilgi ve zevk kaybı, düşük enerji, konsantrasyon bozukluğu, değersizlik ve ölüm düşünceleri vb tanı ölçütlerinden en az beş tanesini 2 hafta boyunca neredeyse her gün yaşayan bir kişinin depresyon tanısı alması için yeterli olduğu belirtilmektedir. Depresyonun tedavi yöntemlerinde en çok tercih edilen yöntem psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, kabul ve kararlılık terapisi ve ilaç tedavisi olduğu belirtilmektedir (Özder ve Kayalı, 2018). Uygulanacak tedavinin türü kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir. Tedavi sürecindeki en önemli etkenlerden biri kişinin yaşamış olduğu depresyonun seyridir. Tedavideki en önemli amaçlardan bir tanesinde nüksü engellemek ve kişinin işlevselliğini düzeltmektir. Her durumda olmamakla birlikte psikoterapi ve ilaçlı tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda hasta elektrokonvülsif tedavi, halk arasında elektro şok olarak da bilinen bu yöntem ile diğer tedavilere yanıt vermeyen ve intihar riski bulunan vakalara uygulanabilmektedir (Bal, 2020).

Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkisi

Depresyon ve anksiyete bozukluğu ruhsal bozukluklar sınıflandırılmasında iki ayrı sendrom olarak ele alınsa'da klinik uygulamalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklıkla bir arada bulunduğu gözlemlenmektedir (Kafes, 2021). Anksiyete bozukluğu ve depresyon benzer tanımlar gösterdiği için birbirlerinden ayrı düşünülemez. Depresyon ve anksiyete beraber görülebilmektedir. Anksiyete

bozukluğu ile görülen depresyon ve depresyon ile görülen anksiyete bozukluğu tedavide göz ardı edilememelidir. Anksiyete bozukluğu zor bir duygu, korku ve endişe hali olarak belirtilmektedir. Bu duyguya vücutta bir takım fizyolojik etkiler eşlik edebilmektedir. Göğüste sıkışma, midede boşluk, kalp çarpıntısı, ellerde ve ayaklarda üşüme, titreme, terleme gibi duyular örnek verilebilir. Depresyon ise bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Türkçapar, 2004; Kalin, 2020).

Depresyon için genel olan belirtiler olumsuz duygu, düşünce, gelecekte bekleniminin olmaması, hayattan zevk almama iken, anksiyete bozukluğu için belirtiler gergin hissetme, kalpte sıkışma, ellerde ve ayakta soğukluk hissi, titreme, göğüste sıkışma, fizyolojik uyarılmışlık hissi olarak ifade edilmektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluğunun genellikle beraber görülmesinden dolayı tedavilerde birbirlerinden ayrı olarak düşünülemezler. Depresyon tanısı alan kişilerin günlük yaşamdaki işlevsellikleri azalmaktadır (Türkçapar, 2004).

Depresyon ve anksiyete bozukluklarında işlevsellik önemli ölçüde etkilenmektedir. Tedavideki önemli amaç bireyin işlevselliğini kazanmasını sağlamak ve olumsuz duygu düşüncelerinden kurtulmasına yardımcı olmaktır. İşlevsellik kaybı yaşayan birey depresif duygular yaşar ve yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk geliştirebilmektedir. Beck ve Alford tanımladıkları depresyon modelinde depresyonun fiziksel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel semptomlar içerdiğini belirtmişlerdir. Depresyon sıklıkla kronik ve tekrarlayıcı bir durumdur (Şenışık ve Kayış, 2021).

Bir küme olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarında görülen belirtileri incelediğinde 3 gruba ayırabilmektedir. Bunlar; sadece depresyonda görülen belirtiler, sadece anksiyete bozukluğunda görülen belirtiler ve her iki grupta da görülen belirtilerdir. Sadece depresyonda görülen belirtilerde çökkün duygudurum, hayattan zevk almama görülürken, sadece anksiyete bozukluğu görülen grupta ise sürekli olarak bir korku, kaygı, endişe ve tedirginlik hali görülmektedir. Her iki grupta görülen belirtilerde ise uyku problemleri ve iştah sorunları görülmektedir (Türkçapar, 2004; Koutsimani vd., 2019).

Merkezi Sinir Sistemi Dört Beyin Lobu ve İşlevleri

Canlı, durağan almayan sürekli olarak gelişip, değişen ortamda yaşamaktadır. Bu değişimleri çevreden uyarılar olarak alır ve bu uyarılara kendince uygun tepki, cevap vermektedir. Çevre canlıyı etkileyip harekete geçirmektedir. Canlının verdiği tepkide çevreyi etkiler ve değiştirmektedir. Birbirini etkileyen ve sürekli olarak

gelişip, değişen canlı ve çevre arasındaki bu dinamik ilişki böylece devam edip gitmektedir. Sinir sistemi, dış ve iç ortamlardan uyarıları almak ve bunları çeşitli seviyelerdeki merkezlere taşımak, bu bilgilerin o merkezlerde değerlendirmek ve bu bilgilerin ışığında uygun tepkinin sağlanmasında görev almaktadır (De Lorenzi, 2015). Sinir sistemi, sinir hücrelerinden ve uzantılarından oluşan çok geniş bir iletişim sebebidir. Canlılarda ve insanda olmak üzere sinir sistemi üç ana bölümden oluşmaktadır (Tanör, 2013). Bunlar;(1) Merkezi Sinir Sistemi, (2) Çevresel Sinir Sistemi, (3) Otonom Sinir Sistemidir.

Merkezi Sinir Sistemi

Merkez sinir sistemi (MSS) sinir sisteminin “kemiklerin içinde kalan bölüm” olarak düşünülmektedir. Merkezi sinir sistemi beyin ve omurilikten oluşmaktadır. Omurilik nöronlardan yani sinir hücrelerinden oluşan bir sütundur; kafatası kaidesinden başlar, aşağıya doğru belkemiği içinde inmektedir. Omuriliğin boyu, kafa kaidesinden aşağı doğru belkemiğinin aşağı yukarı üçte ikisi kadardır. Medulla spinalis denilen omuriliğin her kesitinde, sağlı, sollu nöronlar ve duyu nöronları bulunmaktadır (Wen ve Huse, 2017). Çevresel sinirler buradan çıkarak organlara, kaslara dağılmaktadır. Çevreden gelen canlıyı harekete geçiren ve canlının tepki oluşturmaya sebep olan tüm duyuşsal süreçler, uyarılar merkezi sinir sisteminden geçmektedir (Tanör, 2013).

Beyin için “en karmaşık canlı sistemi” denilmektedir. Anatomik olarak beyin hiyerarşik bir organizasyon göstermektedir. Beyin sinir sisteminin merkezi olarak hizmet eden bir organdır (Miller vd., 2021). Beyin merkezi sinir sistemini kontrol ederek çevresel sinir sistemini yönetir ve insanın tüm yaşamsal faaliyetlerini düzenlemektedir. Soluk alıp verme, kalp atışı ve sindirim gibi insanın yaşamsal faaliyetini devam ettirebilmesine yardımcı olan, istemsiz eylemler otonom sinir sistemi yoluyla beyin tarafından yönetilmektedir. Düşünce, mantık ve soyutlama gibi karmaşık eylemlerde beyin tarafından yönetilmektedir (Snyder vd., 2021). Her yarım küre dört loba ayrılmaktadır. Bunlar; frontal lob,temporal lob, oksipital lob ve parietal loblardır. Bu lobların her biri farklı davranışsal işlevlerle ilişkilidir (Tanör, 2013).

Frontal lob, öz denetim planlama ve muhakeme yapma, motor işlevin hareketin kontrolü, soyut düşünme gibi yönetici işlerle ilişkilendirilirken, temporal lob işitme ile ilgili süreçlerle ilgilenir, parietal lob ise sağ parietal lob ve sol parietal lob olmak üzere 2 ye ayrılmaktadır. Sağ parietal lob, dikkat, sol parietal lob ise dil,

okspital lob görme, ile ilişkilidir (Snyder vd., 2021). Her lob kortikal alanlar duyuşal, motor ve ilişki bölgeleri gibi belirli işlevlerle ilişkilendirilir. Beyin oldukça hassas yapıya sahiptir. Beyinde gerçekleşen herhangi bir hasar ve hastalık beynin işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir (Tanör, 2013).

Çevresel Sinir Sistemi

Merkez sinir sisteminden çıkarak çevreye, organlara ve kaslara gider ve buralara merkezi sinir sisteminin hareket emirlerini taşımaktadırlar. Çevredeki ve kaslardaki duyu bilgilerini duyu organlarından çıkarak merkezi sinir sistemine getirmektedirler. Getirici, götürücü, bilgi taşıyıcı sinirlerdir (Baş ve Karamustafaoğlu, 2020). Bu sinirler spinal sinirler ve kranial sinirlerdir.

Spinal Sinirler: Medulla spinalisin en üstünden en altına kadar, sağlı sollu 31 çift sinir bulunmaktadır. Bunlar hareket emirlerini ve duyu bilgisini taşıyan sinirlerdir. İstemli, istemsiz, otomatik veya rekleks olarak yapılan tüm hareketlerin emirlerini aynı sinirler götürmektedir (Akalan, 2019).

Kranial Sinirler (Kafa Çitleri): 12 çeşit olan bu sinirlere kafa çitleri olarak da ifade edilmektedir. 3 çifti saf duyu siniridir. Koku duyusuyla ilgili 1.sinir, görme duyusuyla ilgili 2. sinir, işitme duyusuyla ilgili 8.sinir, 5 çifti saf hareket siniridir göz küresinin çeşitli hareketleri ve göz kapağını açma hareketiyle ilgili 3.sinir, göz küresini aşağı baktıran 4.sinir, dışarı doğru baktıran 6.sinir, boyun ve omuz hareketlerinde önemli rolü olan 11.sinir, dilin hareketiyle ilgili 12.sinir, geri kalan 4 çift ise karışık sinirlerdir, hem hareket hem duyu organlarını taşımaktadırlar. Çıgneme hareketi 5.sinir, tad duyusunu taşıyan 7.sinir, farinks hareketini sağlayan 9.sinir, ve solunum, sindirim, dolaşım gibi önemli görevleri olan iç organların duyusuyla, ses tellerinin hareketiyle ilişkili olan 10.sinirdir (Tanör, 2013; De Lorenzi, 2015).

Otonom Sinir Sistemi

Otonom sinir sistemi vücudun hayati sistemlerinin süreçlerini yönetmektedir. Bu süreçler kalp atışı, kan basıncı, sindirim sistemi gibi vücudun işleyişinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Vücudumuzda istem dışı olarak gerçekleşen kalp atışı, kan basıncı ve sindirim sistemi, vücut ısısı, cinsellik, solunum hızı, bağışıklık sistemi gibi süreçlerinin yönetimine otonom adı verilmektedir (Aktaş vd., 2023). Otonom sinir sistemi, parasempatik, sempatik ve eterik sistemi olmak üzere 3 gruba

ayrılmaktadır. Otonom sinir sisteminde meydana gelen herhangi bir bozukluk sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Her bir sinir sisteminin işlevi ve görevi farklıdır (Snyder vd., 2021). Otonom sinir sisteminin çalıştığının çoğu zaman farkına varılamayabilir çünkü otonom sinir sistemi refleks bir şekilde istemsiz olarak çalışmaktadır. Otonom sinir sistemi özellikle iki farklı durumda büyük rol oynamaktadır. Bunlardan birincisi kişinin tehlike anında, acil durumlarda “savaş ya da kaç” bir diğeri ise “dinlen ya da sindir” olarak görev yapmaktadır. Dinlenme durumunda kalpte parasempatik aktivite rol oynarken, efor anında ise sempatik aktivite artmaya başlamaktadır (Guyton vd., 2003).

Sempatik Sinir Sistemi

Sempatik sinir sistemi tehlike anında ya da acil durumlarda kişiyi “savaş ya da kaç” durumuna hazırlamaktadır. Adrenalin ve nöradrenalin kimyasallarının salınımını destekler ve bu kimyasallar aracılığı ile sempatik sinir sisteminin aktif olarak çalışmasında rol oynamaktadır. Salgılanan bu adrenalin ve nöradrenalin miktarının artması ile beraber vücutta kan basıncı artar, kalp atışı hızlanır ve sindirim sistemi yavaşlamaya başlamaktadır. Aynı zamanda kişinin göz bebekleri büyümeye başlar ve terleme meydana gelmektedir (Korkmaz, 2023).

Parasempatik Sinir Sistemi

Parasempatik sinir sistemi tehlike geçtikten sonra “dinlen ya da sindir” olarak görev almaktadır. Sempatik sinir sistemini dengeleme yönü ile fonksiyon göstermektedir. Parasempatik sinir sistemi aktif olarak rol aldığı anda adrenalin ve nöradrenalin kimyasalları salgılanmaz çünkü kişi artık dinlenme ve sindirme hali içerisinde. Parasempatik sinir sisteminde ise kalp atışı yavaşlar, tükürük ve bağırsak salgıları, hareketlerini arttırmaktadır (Aktaş vd., 2023).

Enterik Sinir Sistemi

Enterik sinir sistemi vücudun ikinci beyni olarak bilinir. Beyinden bağımsız olarak hareket edebilmektedir. Sindirim sistemi ve bağırsaklarda sentezlenen kimyasallardan sorumlu olan sinir sistemidir. Anksiyete, kaygı ve stres durumlarında hassaslaşır ve iştah sorunları ile karşılaşılabilir. Vücutta dopamin ve serotonin gibi kimyasalları sentezlemektedir (Tanör, 2013).

İlgili Araştırmalar

Öner vd.(2008), çalışmalarında, çocuk ve ergen yaş grubundaki bilişsel davranışçı terapisinin kaynakça bilgisinin özetlenmesi ve bu terapisinin çocuk ve

ergenlerde sıkça görülen psikopatolojilerle olan uygulama özelliklerinin tartışılmasını amaçlamışlardır. Bu çalışmada, PubMed arama motoru aracılığıyla çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapiye dair kaynakça bilgileri, "çocuk", "ergen" ve "bilişsel davranışçı terapi" anahtar kelimeleri kullanılarak taranmış; ayrıca konuya ilişkin temel kaynak kitaplardan da faydalanılmıştır. Tam metnine erişilebilir, sistematik incelemelere ve denetlenen çalışmalara yoğun bir şekilde odaklanılmıştır. Sonuç olarak, bilişsel davranışçı terapinin, basitleştirilmiş ve gelişimsel aşamalara uygun olarak aileyi de kapsayan bir şekilde çocuklara uygulanmasının faydalı olacağı gözler önüne serilmiş; bu tür uygulamaların çocuk ve ergen psikiyatristlerinin günlük pratiklerinde giderek daha fazla yer bulması beklentisi ortaya çıkmıştır.

Özen ve Temizsu (2010) yaptıkları çalışmada kaygı ve depresyonun çeşitli ve örtüşen belirtilerini ortaya koymayı amaçlamışlardır. Bu kapsamda gerçekleştirilen araştırmaları ele almışlar ve düşük öz değerlilik, olumsuz duygudurum ve bilişlerin varlığı gibi çeşitli boyutlara sahip negatif duygudurumun, bu iki bozukluğun ortak bir özelliği olduğunu ortaya koymuşlardır. Fenotipik kuramların ulaştığı aşama, anksiyete ve depresif bozuklukların semptomatik benzerlik ve farklılıklarını açıklayarak, bu bozukluklar arasındaki sınırları netleştirme, örtüşme ve/veya paylaşımları, ayrıca farklılaşma belirtilerini tahvil etme kapasitesine sahip olmamakta; dolayısıyla anksiyete ve depresyonun oluşumundaki semptomatik ilişkileri ve yapılarını aydınlatan ikna edici sonuçlar olmadığını ortaya koymuşlardır.

Bourke vd. (2012), bu çalışmanın amacı, majör depresif epizoddaki (MDE) nöropsikolojik işlevi, anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu (SAD) ve sağlıklı kontrollerden oluşan bir grup hastayla karşılaştırmak, duygusal işleme ölçümlerini dahil etmek ve bu gruplarda cinsiyetin nöropsikolojik işlev ve duygusal işleme üzerindeki etkilerini analiz etmektir. Araştırmaya MDE'li 101 ilaçsız hasta, SAD'li 30 hasta ve 76 sağlıklı katılımcısı dahil edilmiştir. Gruplar yaş ve tahmini premorbid zeka ve eğitim açısından incelenmiş ve katılımcılara sözel öğrenme ve hafıza, görsel-uzamsal öğrenme ve hafıza, dikkat, yönetici işlev ve psikomotor performansı değerlendiren bir dizi nöropsikolojik test uygulanmıştır. Ayrıca yüz duygusal ifadelerinin tanınmasının doğruluğunu ölçen bir test de gerçekleştirdiler. Çalışma, MDE'li ayakta tedavi gören hastalardan oluşan klinik bir örneklemde

nöropsikolojik işlevde önemli bir bozulma olduğunu doğrulamaktadır; bu durumun günlük işleyiş ve tedavi açısından önemli çıkarımları olduğunu ortaya koymuştur.

Goodall vd. (2018), sistematik bir inceleme ve meta-analiz yöntemi ile yürüttükleri araştırmalarında depresif gençlerde nörobilişsel işlevleri incelemiştir. Bu sistematik inceleme ve meta-analiz, 12-25 yaş aralığındaki depresyondaki gençlerde nörobilişsel işlevlere ilişkin literatürü sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak sentezlemiştir. Sonuçlar: Literatürün sistematik bir incelemesinin ardından, meta-analize 23 çalışma dahil edilmiştir. Bulgular, şu anda depresyonda olan gençlerin tedavi katılımını ve sonucunu etkileyebilecek bir dizi nörobilişsel zayıflık sergilediğini göstermektedir. Bulgular, depresyonlu gençleri tedavi ederken nörobilişsel işleyişin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymuştur.

Demirel (2018), yetişkin örnekleminde depresyon ve bağlanma ilişkisini inceleyen araştırmasında, Yaşam Doyum Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri kullanmıştır. Araştırma bulguları, depresyonun cinsiyet, ekonomik durum veya medeni durum gibi faktörlere göre farklılık göstermediğini, ancak yaş değişkeninin depresyon üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, 18 ile 24 yaş aralığındaki bireylerin, 36 ile 64 yaş aralığındaki bireylerle karşılaştırıldığında depresyon düzeylerinin çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, genç yetişkinlerin, özellikle yaşamın erken dönemlerinde, depresyon riskine daha duyarlı olabileceklerini ve yaşla birlikte depresyonun etkilerinin değişebileceğini göstermektedir.

Şeker vd., (2018), İzmir’de 156 gebenin katılımıyla depresyon ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında Beck Depresyon Ölçeği, Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanmıştır. Araştırma bulguları şu şekilde özetlenebilir: Kadınların depresyon düzeylerinin, erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Evli ve ekonomik durumu iyi olan bireylerin, depresyon seviyelerinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Eğitim durumu değişkeni kapsamında ise, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin, üniversite mezunu bireylerle kıyaslandığında daha düşük depresyon seviyelerine sahip oldukları ifade edilmiştir. Bu bulgular, sosyal ve ekonomik faktörlerin

depresyon düzeylerini etkileyebileceğini, ayrıca eğitim düzeyinin, depresyonla mücadelede önemli bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır.

Besirli vd., (2021), çalışmalarında COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında kaygı ve depresyon düzeyleri ile algılanan stres ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmaya 200 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara Beck Anksiyete Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Algılanan Stres Ölçeği-10 ve Yaşanan Sorunlara Başa Çıkma Yönelimi ölçekleri uygulanmıştır. Sonuç olarak, sorun çözme ve duygu odaklı uyarlanabilir başa çıkma mekanizmaları semptomları azaltmaya yardımcı olurken, uyumsuz ve olumsuz başa çıkma mekanizmaları semptomların kötüleşmesine neden olabildiğini ortaya koymuşlardır.

Meshram vd., (2021), literatür taraması yaptıkları araştırmalarında kaygı ve depresyonu ve bunların ilişkileri ve nedenleri üzerine çalışmaları incelemişlerdir. Kaygı ve depresyonun en yaygın psikolojik bozukluk olduğunu ve aralarındaki ilişkilerin şaşırtıcı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca semptomlarının birbirleriyle örtüştüğünü belirtmişlerdir. Bunun fizyolojik, psikolojik, davranışsal, uykusuzluk veya geçmiş travmalardan kaynaklanan birçok nedeni olduğunu fiziksel egzersiz, hafif kaygı ve depresyon semptomlarını azalttığını belirtmişlerdir.

Didin vd. (2022), araştırmalarında öğrencilerin Covid-19 pandemisinde stres, depresyon, anksiyete, korku düzeyleri ve ilişkili faktörlerini incelemişlerdir. Literatür taraması yöntemi kullanılan araştırmada 2019-2020 yılları arasında veri tabanlarında “Covid-19, pandemi, ruh sağlığı, öğrenciler”, “Covid-19, pandemic, mental health, students” anahtar kelimeleri kullanılarak tarama yapılmış ve tarama sonucunda 562 araştırmaya ulaşılarak bunlardan 22 makale çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma, 14-33 yaş aralığındaki öğrencilerin anksiyete, korku ve depresyon düzeylerinin; cinsiyet, sağlık durumu, enfeksiyon bulaşma kaygısı, hastalığa dair bilgi seviyesi, koruyucu ekipmanların yeterliliği, aile yapısı, ekonomik koşullar, sosyal destek derecesi, ebeveynlerle beraber yaşama durumu, hastalığa karşı tutum ve madde kullanımı gibi faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Sonuçlar, öğrencilerin genellikle orta düzeyde bir anksiyete deneyimlediklerini göstermektedir.

Şahin (2024), psikiyatrik tanı almış bireylerle bu tanıya sahip olmayan bireylerin bilişsel şemaları, bilişsel kaçınmaları ve bilişsel çarpıtmalarını

karşılaştırmayı hedefleyen bir araştırma gerçekleştirmiştir. Çalışmanın örneklemini, 18 ila 60 yaşları arasında yer alan 164 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmada karşılaştırmalı İlişkisel Tarama Modeli uygulanmıştır. Katılımcılara, Sosyo-demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Young Şema Ölçeği Kısa Formu (YŞÖ), Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (BÇÖ) ve Bilişsel Kaçınma Ölçeği (BKÖ) uygulanmıştır. Psikiyatrik tanı almış bireylerin bu ölçeklerden elde ettikleri puanlar karşılaştırıldığında, tanı altındaki bireylerin toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Sadece felaketleştirme, iki uçlu düşünce, aşırı genelleme ve kişiselleştirme alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arasında belirgin bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

BÖLÜM III

Yöntem

5.1.Araştırmanın Amacı

Araştırmada anksiyete ve depresyon tanılı bireylerin odaklanmış dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri gibi nörobilişsel becerileri sağlıklı bireylerin nörobilişsel becerileri ile karşılaştırılmıştır.

5.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Hastane ve Kliniklere başvuran anksiyete bozukluğu ve depresyon tanılı hastalar ve sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemlerinden amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmanın örneklem sayısı 30 sağlıklı kişi, 30 anksiyete bozukluğu, 30 depresyon tanısı almış toplam 90 kişi olarak belirlenmiştir.

Tablo 1.

Katılımcıların gruplarına göre sosyo-demografik özellikleri

	Sağlıklı (n=30)		Anksiyete (n=30)		Depresyon (n=30)		F	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	26	86,67	24	80,00	28	93,33	2,308	0,315
Erkek	4	13,33	6	20,00	2	6,67		
Yaş								

18-35	12	40,00	7	23,33	8	26,67		
36-55	14	46,67	9	30,00	13	43,33	8,278	0,082
56-65	4	13,33	14	46,67	9	30,00		
Eğitim								
İlköğretim ve altı	12	40,00	18	60,00	17	56,67		
Lise	8	26,67	7	23,33	7	23,33	3,410	0,492
Üniversite ve üstü	10	33,33	5	16,67	6	20,00		
Birlikte yaşadığı kişiler								
Aile ile birlikte	29	96,67	26	86,67	24	80,00		
Yalnız	1	3,33	4	13,33	6	20,00	3,936	0,140
Anne-Baba eğitim								
İlköğretim ve altı	22	73,33	28	93,33	25	83,33		
Lise	7	23,33	2	6,67	5	16,67	5,434	0,246
Üniversite ve üstü	1	3,33	0	0,00	0	0,00		
Kardeşi olması durumu								
Var	27	90,00	28	93,33	30	100,00		
Yok	3	10,00	2	6,67	0	0,00	2,965	0,227
Gelir düzeyi								
Düşük	7	23,33	3	10,00	3	10,00		
Orta	23	76,67	25	83,33	24	80,00	5,345	0,254
Yüksek	0	0,00	2	6,67	3	10,00		

* $p < 0,05$

Tablo 1.

Katılımcıların gruplarına göre sosyo-demografik özellikleri (Devam)

	Sağlıklı (n=30)		Anksiyete (n=30)		Depresyon (n=30)		F	p
	n	%	n	%	n	%		
Nörolojik bir rahatsızlık								
Var	0	0,00	1	3,33	4	13,33	5,506	0,064
Yok	30	100,00	29	96,67	26	86,67		
Daha önce ameliyat geçirme								
Var	20	66,67	23	76,67	24	80,00	1,518	0,468
Yok	10	33,33	7	23,33	6	20,00		
Daha önce kafa travması, inme, beyin kanaması vb. bir rahatsızlık geçirme								
Var	0	0,00	3	10,00	1	3,33	3,663	0,160
Yok	30	100,00	27	90,00	29	96,67		
Geçmişte derinden etkileyen herhangi bir olay								
Var	20	66,67	28	93,33	27	90,00	9,120	0,010*
Yok	10	33,33	2	6,67	3	10,00		

* $p < 0,05$

Tablo 1.'de çalışmadaki katılımcıların gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 1.'e göre çalışmadaki sağlıklı grupta bulunan katılımcıların %86,67'sinin kadın ve %13,33'ünün erkek olduğu, %40,0'ının 18-35 yaş, %46,67'sinin 36-55 yaş, %13,33'ünün 56-65 yaş grubunda, %40,0'ının ilköğretim ve altı, %26,67'sinin lise, %33,33'ünün üniversite ve üstü düzeyde eğitilmiş olduğu,

%96,67'sinin ailesiyle birlikte yaşadığı, %73,33'ünün anne-babasının ilköğretim ve altı, %23,33'ünün lise mezunu olduğu, %90,0'ının kardeşinin olduğu, %23,33'ünün düşük gelir düzeyinde, %76,67'sinin orta gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı katılımcıların hiçbirinde nörolojik bir rahatsızlık olmadığı, %66,67'sinin daha önce ameliyat geçirdiği, hiçbirinin daha önce kafa travması, inme, beyin kanaması vb. rahatsızlık geçirmediği, %66,67'sinin geçmişte derinden etkileyen bir olay ile karşılaştıkları belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan anksiyete tanısı almış olan katılımcıların %80,0'inin kadın ve %20,0'sinin erkek olduğu, %23,33'ünün 18-35 yaş, %30,0'unun 36-55 yaş, %46,67'sinin 56-65 yaş grubunda, %60,0'ının ilköğretim ve altı, %23,33'ünün lise, %16,67'sinin üniversite ve üstü düzeyde eğitilmiş olduğu, %86,67'sinin ailesiyle birlikte yaşadığı, %93,33'ünün anne-babasının ilköğretim ve altı düzeyde eğitim aldığı, %93,33'ünün kardeşinin olduğu, %83,33'ünün orta gelir düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete tanılı katılımcıların %96,67'sinde nörolojik bir rahatsızlık olmadığı, %76,67'sinin daha önce ameliyat geçirdiği, %90,0'sinin daha önce kafa travması, inme, beyin kanaması vb. rahatsızlık geçirmediği, %93,33'ünün geçmişte derinden etkileyen bir olay ile karşılaştıkları tespit edilmiştir.

Depresyon tanısı almış olan katılımcıların %93,33'ünün kadın ve %6,67'sinin erkek olduğu, %26,67'sinin 18-35 yaş, %43,33'ünün 36-55 yaş, %30,0'unun 56-65 yaş grubunda, %56,67'sinin ilköğretim ve altı, %23,33'ünün lise, %20,0'sinin üniversite ve üstü düzeyde eğitilmiş olduğu, %80,0'inin ailesiyle birlikte yaşadığı, %83,33'ünün anne-babasının ilköğretim ve altı düzeyde eğitim aldığı, %100,0'ünün kardeşinin olduğu, %80,0'inin orta gelir düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Depresyon tanılı katılımcıların %86,67'sinde nörolojik bir rahatsızlık olmadığı, %80,0'inin daha önce ameliyat geçirdiği, %96,67'sinin daha önce kafa travması, inme, beyin kanaması vb. rahatsızlık geçirmediği, %90,0'ının geçmişte derinden etkileyen bir olay ile karşılaştıkları saptanmıştır.

Katılımcıların gruplarına göre geçmişte derinden etkileyen herhangi bir olay olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sağlıklı bireylerin geçmişte derinden etkileyen herhangi bir olay yaşama oranı anksiyete ve depresyon tanısı alan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların gruplarına göre diğer sosyo-demografik özellikleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 2.

Anksiyete ve depresyon tanısı alan katılımcıların etkilenme, şiddet ve süreçle baş edebilme durumları

	Anksiyete		Depresyon		F	p
	n	%	n	%		
Anksiyete/depresyon sürecinden etkilenme düzeyi						
Düşük	0	0,00	1	3,33		
Orta	10	33,33	16	53,33	3,869	0,144
Yüksek	20	66,67	13	43,33		
Anksiyete/depresyon sürecinin şiddeti						
Düşük	0	0,00	1	3,33		
Orta	10	33,33	17	56,67	4,815	0,090
Yüksek	20	66,67	12	40,00		
Anksiyete/depresyon süreciyle baş edebilme						
Düşük	28	93,33	30	100,00		
Orta	2	6,67	0	0,00	2,069	0,150

Tablo 2.'de anksiyete ve depresyon tanısı alan katılımcıların etkilenme, şiddet ve süreçle baş edebilme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Çalışmada yer alan anksiyete tanısı alan katılımcıların %33,33'ünün anksiyete/depresyon sürecinden orta düzeyde, %66,67'sinin yüksek düzeyde etkilendiğinin ifade ettiği, %33,33'ünün anksiyete/depresyon sürecinin şiddetini orta, %66,67'sinin yüksek olduğunu ifade ettiği, %93,33'ünün anksiyete/depresyon süreciyle düşük düzeyde baş edebildiğini ifade ettiği belirlenmiştir.

Depresyon tanısı alan katılımcıların %53,33'ünün anksiyete/depresyon sürecinden orta düzeyde, %43,33'ünün yüksek düzeyde etkilendiğinin ifade ettiği, %56,67'sinin anksiyete/depresyon sürecinin şiddetini orta, %40,0'sının yüksek olduğunu ifade ettiği, %100,0'ünün anksiyete/depresyon süreciyle düşük düzeyde baş edebildiğini ifade ettiği tespit edilmiştir.

Araştırmanın örneklemine dahil edilen bireylerin bazı sosyo demografik özellikleri aşağıdaki gibidir.

5.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada “Sosyo-Demografik Bilgi Formu” (Ek 3), “Beck Anksiyete Ölçeği” (Ek 4), “Beck Depresyon Ölçeği” (Ek 5), “Stroop Testi” (Ek 6), “Sayı Dizisi

Öğrenme Formu” (Ek 7), “İz Sürme Testi” (Ek 8) kullanılmıştır. Kullanılacak testler hakkındaki bilgiler aşağıda yer verilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayacak bireylere “Katılımcı Bilgi Formu”, “Aydınlatılmış Onam Formu” verilmiştir.

5.3.1.Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılacak bireylere ait demografik bilgileri öğrenmek amacıyla sosyodemografik bilgi formu (Ek 3) hazırlanmıştır. Toplam 14 sorudan oluşan sosyo-demografik bilgi formunda katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi kişisel bilgilere ait sorular ve anksiyete boyutunun şiddeti ve sıklığı ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sosyo-Demografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmaktadır.

5.3.2.Beck Anksiyete Ölçeği

Beck anksiyete ölçeği (Ek 4), Beck ve arkadaşları Epstein, Steer ve Brown tarafından 1988’te geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek bireylerin anksiyete belirtilerinin şiddetini ve sıklığını ölçmeyi amaçlamaktadır. Beck anksiyete ölçeğinin amacı tanı konmasından çok araştırmaya yapmaktır. Ölçeğin Cronbach iç tutarlılık kat sayısı 0.81 olarak tespit edilmiştir. Beck anksiyete ölçeğindeki sorular ise anksiyete bozukluğunun belirtileri ile ilgilidir. Bu testi yapan kişi sorulara “hiç, hafif, orta, ciddi” olmak üzere toplam dört seçenekten birini seçerek cevap verir. Seçeneklerin işaretlenmesi son bir hafta göz önünde bulundurularak yapılır.

Beck anksiyete ölçeği içinde bulunan sorulara verilen cevapların belli puanları vardır. Hiç seçeneği ise 0 puan olmaktadır, hafif 1 ise puan olmaktadır, orta ise 2 puan olmaktadır, ciddi seçeneği ise 3 puandır. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. 21 maddeden oluşan bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 63’tür. Anksiyete bozukluğu ölçeğinin türkiyede’ki geçerlilik ve güvenirliği Ulusoy, Şahin ve Erkman (1998) tarafından yapılmıştır. Beck anksiyete ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık oranı 0,93 olarak bulunmuştur.

5.3.3.Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Depresyon ölçeği Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Beck depresyon ölçeği (Ek 5), Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Beck depresyon ölçeği Türkçe uyarlaması geçerliği ve güvenirliği (Tegin 1980, Hisli Şahin ve arkadaşları tarafından (1989) Türkçeye uyarlanmıştır. Tegin (1980) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde iki yarım test (split-half) Test tekrar test yöntemi ile yapılan çalışmada güvenirlik kat sayıları sırasıyla $r=78$ ve

$r=65$ olarak bulunmuştur. Hisli Şahin tarafından yapılan araştırmada ise iki yarım test korelasyonu $r=74$ ve iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach Alfa) 80 olarak bulunmuştur. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında olan çoktan seçmeli şıklar bulunmaktadır ve en az 0 puan alınabilir, en fazla 63 puan alınabilir. Ölçeğin orijinal halinde ve revize edilmiş halinde yüksek oranda korelasyon bulunmuştur. Ölçeğin kültürler arası geçerlik ve güvenirliği de yüksek bulunmuştur. Beck depresyon ölçeği içsel güvenirliği ortalama 0,86 değeriyle 0,73 – 0,92 arasında olduğu defalarca test edilmiştir. (Avşar, 2007).

1)Minimal Depresyon Düzeyi 0-9

2)Hafif Depresyon Düzeyi 10-16

3)Orta Depresyon Düzeyi 17-29

4)Şiddetli Depresyon Düzeyi 30-63

5.3.4.Sayı Dizisi Öğrenme Testi

Sayı dizisi öğrenme testi (SDÖT) Zangwill (1943) tarafından geliştirilmiştir. Sayı dizisi öğrenme testi (Ek 7), kişinin bellek ve öğrenme becerilerini değerlendiren bir testtir. Sayı dizisi öğrenme testindeki amaç belirli bir sayı dizisinin düzgün ve doğru tekrarlanmasına yönelik gerekli tekrar sayısını ölçmektedir. Larrabe ve ark. (1995) SDÖT' nün dikkat ve bellek faktörü altında yer aldığını belirtmişlerdir. SDÖT karışık olarak sıralanmış dokuz rakamın sayı dizisi şeklinde öğrenilmesini istemektedir. Her bir rakamın sayı dizisindeki yerinin öğrenilmesi, frontal lobların faaliyetlerinden olan konsantrasyon, çağrışım süreçlerini gerçekleştirirken belirli stratejilerin kurulmasını ve uyarıcıların düzenlenmesini gerektirir. (Karakaş ve ark, 2001). SDÖT Karakaş ve arkadaşları (1996) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır.

5.3.5.Stroop Testi

Frontal bölge faaliyetini incelemek amacıyla Stroop (1935) tarafından oluşturulan nöropsikolojik bir testtir. Stroop testi (Ek 6), odaklanmış dikkat ve tepki durumlarını ölçmektedir. Odaklanmış dikkat, renk belirtme ve okuma olarak üç farklı süreç ile ilgilidir. Stroop etkisi yazılan kelimenin yazılışındaki rengi ile yazan renlerin farklı durumunda elde edilir.

Stroop bozucu etkisi ise yazılan kelime yerine yazan rengin söylenmesi, karşılaştırılması ya da bekleyerek söylenmesi durumlarında oluşmaktadır. Stroop etkisi davranışın güvenilir olduğunu gösteren bir fenomendir. Stroop etkisi farklı uyarıcıların bulunduğu ortamlarda elde edilmektedir. (MacLeod, 1991).

Stroop testi TBAG Formu 14.0 cm x 21.5 cm ölçülerinde dört beyaz karttan oluşmaktadır. Kartların üzerinde gelişigüzel bir şekilde sıralanmış her birinde dört maddeden oluşan, testin uyarıcı maddelerini içeren alt satır bulunmaktadır. Stroop testi TBAG Formun' da her kartta üç şekilde puanlama bulunmaktadır. Testin başlanması ile kartın son maddesinin okunmasına kadar geçen zaman, araştırmaya katılım sağlayan bireylerin hata sayısı ve düzelttiği tepkilerin sayısıdır. (Karakaş, 1999).

Stroop testi TBAG Formunun güvenilirliği, bir yıl boyunca aralıklı olarak beş denek üzerinden hesaplanmış ve testi tamamlama puanları arasındaki korelasyon kat sayıları anlamlı bulunmuştur. Testte yazılan kelimelerin söylendiği son bölümde en yüksek korelasyon katsayısı elde edilmiştir.

Diğer bölümlerin güvenilirlik kat sayıları ise 0.26 ile 0.88 arasında bulunmuştur. (Karakaş, 1999).

5.3.6. İz Sürme Testi

İz sürme testi (İST) 1944'te Amerika Birleşik Devlet Ordusu psikologları tarafından görsel motor ve görsel-kavramsal iz sürme adı altında geliştirilmiştir. İz sürme testi (Ek 8), yürütücü işlevler ve karmaşık dikkati ölçmektedir. Orijinal hali A ve B olarak iki bölümden oluşmaktadır. A bölümünde deneklerin içinde sayılar bulunan daireleri ardışık olarak sıralamaları, B bölümünde ise içinde hem sayı hemde harf bulunan dairelerin ardışık ve bir sayı bir rakam olarak sıralamaları istenmektedir.

Reitan (1958) tarafından zihinsel esneklik, konsantrasyon, görsel-motor, kavramsal olarak tarama, hız, planlama, soyut düşünme, tepki ketlemesi gibi frontal yönetici bölge işlevlerini değerlendirmek amacıyla tekrar geliştirilmiştir. Reitan (1958) geliştirdiği testte deneklerin hata sayılarına bakılmaksızın test sonlandırılmaktadır ve hatalara 0 puan verilmektedir. Hata sayısını göz ardı ederek testin sonlandırılması, deneklerin hızlı yapmaya çalışarak daha fazla hata yapmalarına neden olabileceği düşüncesi ile testin güvenilirliğini tehdit etse de günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. (Cangöz ve ark 2007).

İz sürme testine ilişkin bildirilen güvenilirlik kat sayıları 60 ile 90 arasında değişirken, en yüksek güvenilirlik kat sayısı bölüm A için 78, bölüm B için ise 67 olarak belirlenmiştir. (Lezak, 1995).

5.4. Veri Toplama Yöntemi

İlişkisel tarama yöntemi kullanılarak veriler yüz yüze toplanmıştır. Araştırmanın modeli, evreni ve örneklemini yüz yüze ve online veri toplama, hastane, özel kurum ve kliniklerden veri toplama araçları, veri toplama yöntemi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Araştırmaya katılım sağlayan anksiyete bozukluğu ve depresyon tanılı hastalar özel klinik ve hastahanelerden seçilmiştir. Veri gizliliği korunmuştur.

5.5. Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin istatistiksel analizleri Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 27.0 ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0,757, Beck Depresyon Envanteri için 0,824, İz Sürme Testi için 0,703, Sayı Dizisi Öğrenme Testi için ve Stroop Testi için 0,706 hesaplanmıştır.

Katılımcıların gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı frekans analiziyle belirlenmiş, sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır. Anksiyete ve depresyon tanısı alan katılımcıların etkilenme, şiddet ve süreçle baş edebilme durumlarının dağılımı gösterilmiş ve iki grup arasındaki karşılaştırmalar için ki kare testi uygulanmıştır.

Tablo 3.

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının normalliği

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İst.	sd	p	İst.	sd	p
Beck Anksiyete Ölçeği	0,107	90	0,013*	0,946	90	0,001**
Beck Depresyon Envanteri	0,087	90	0,089	0,984	90	0,335
İz Sürme Testi (A)	0,119	90	0,003**	0,953	90	0,002**
İz Sürme Testi (B)	0,134	90	0,000**	0,979	90	0,164
Sayı Dizisi Öğrenme Testi	0,139	90	0,000**	0,942	90	0,001**
Stroop Bölüm 1 (Süre)	0,148	90	0,000**	0,904	90	0,000**
Stroop Bölüm 1 Hata Sayısı	0,540	90	0,000**	0,173	90	0,000**
Stroop Bölüm X Düzeltme Sayısı	-	-	-	-	-	-
Stroop Bölüm 2 (Süre)	0,128	90	0,001**	0,948	90	0,001*
Stroop Bölüm 2 Hata Sayısı	0,305	90	0,000**	0,750	90	0,000**
Stroop Bölüm X Düzeltme Sayısı	-	-	-	-	-	-
Stroop Bölüm 3 (Süre)	0,100	90	0,028*	0,975	90	0,076

Stroop Bölüm 3 Hata Sayısı	0,531	90	0,000**	0,081	90	0,000**
Stroop Bölüm X Düzeltme Sayısı	-	-	-	-	-	-
Stroop Bölüm 4 (Süre)	0,158	90	0,000**	0,922	90	0,000**
Stroop Bölüm 4 Hata Sayısı	0,334	90	0,000**	0,707	90	0,000**
Stroop Bölüm X Düzeltme Sayısı	-	-	-	-	-	-
Stroop Bölüm 5 (Süre)	0,385	90	0,000**	0,267	90	0,000**
Stroop Bölüm 5 Hata Sayısı	0,209	90	0,000**	0,894	90	0,000**
Stroop Bölüm 5 Düzeltme Sayısı	0,180	90	0,000**	0,926	90	0,000**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 3.'te katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının normalliği için Kolmogorov-Smirnov testleri ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır.

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının normal dağılıma uymadığı belirlenmiş, Beck Depresyon Envanteri puanlarının ise normal dağılıma uyduğu görülmüş ancak örneklem sayısının düşük olmasından dolayı ve diğer ölçek puanlarının da normal dağılıma uymamasından dolayı çalışmada nonparametrik testler kullanılmıştır. Bu bağlamda sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı alan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği, İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının arasındaki korelasyonlar için Spearman testi yapılmıştır.

BÖLÜM IV

Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılma sonuçlarına yer verilmiştir. Bu karşılaştırmalar tanı alan grupta yer alan katılımcıların sağlıklı bireylere göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu kanıtlama maksadıyla gerçekleştirilmiştir. Ardından sağlıklı, anksiyete tanısı almış ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların nörobilişsel becerilerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Son olarak Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının arasındaki korelasyonlara dair bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.

Katılımcıların gruplarına göre Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Beck	Sağlıklı	30	12,87	9,79	10,00	20,58	54,313	0,000**	1-2
Anksiyete	Anksiyete	30	42,23	6,70	41,00	70,27			1-3
Ölçeği	Depresyon	30	28,00	11,31	25,50	45,65			2-3

** $p < 0,01$

Tablo 4.'te katılımcıların gruplarına göre Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Tablo 4.'e göre sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının arasında istatistiki açılarından önemli farklılıklar vardır ($p < 0,01$). Sağlıklı olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca anksiyete tanısı almış olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının depresyon tanısı almış olan katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

Tablo 5.

Katılımcıların gruplarına göre Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Beck	Sağlıklı	30	15,60	9,14	15,00	29,43	17,313	0,000**	1-2
Depresyon	Anksiyete	30	25,13	9,24	25,00	55,20			1-3
Envanteri	Depresyon	30	23,43	6,44	25,00	51,87			

** $p < 0,01$

Tablo 5.'te çalışmada yer alan sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların gruplarına göre Beck Depresyon Envanteri puanlarının karşılaştırılması için uygulanmış olan Kruskal-Wallis H testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 5. değerlendirildiğinde çalışmadaki sağlıklı, anksiyete tanısı almış ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanlarının arasında istatistiki açılarından önemli farklılıklar olduğu gözlenmiştir ($p < 0,01$). Sağlıklı olan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları anksiyete tanısı almış ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan düşüktür.

Tablo 6.

Katılımcıların gruplarına göre İz Sürme Testi süre (sn) puanlarının karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
İz Sürme Testi (A)	Sağlıklı	30	46,20	17,27	43,50	43,68	2,048	0,359	
	Anksiyete	30	46,23	7,32	46,00	50,97			
	Depresyon	30	44,20	9,84	42,00	41,85			
İz Sürme Testi (B)	Sağlıklı	30	51,00	14,05	50,00	35,28	7,058	0,029*	1-2
	Anksiyete	30	58,77	11,33	56,00	51,97			1-3
	Depresyon	30	58,00	13,33	55,50	49,25			

* $p < 0,05$

Tablo 6.'da çalışmada yer alan sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların İz Sürme Testi süre (sn) puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları yer almıştır.

Tablo 6. değerlendirildiğinde sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların İz Sürme Testinin A bölümünden aldıkları puanların arasında istatistiki açılarından önemli farklılıklar olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların İz Sürme Testinin A bölümünden aldıkları puanları benzerdir.

Çalışmada yer alan değerlendirildiğinde sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların İz Sürme Testinin B bölümünden aldıkları süre (sn) puanların arasında istatistiki açılarından önemli farklılıklar görülmüştür ($p<0,05$). Sağlık olan katılımcıların İz Sürme Testinin B bölümünden aldıkları puanlar anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların puanlarından azdır.

Tablo 7.

Katılımcıların gruplarına göre Sayı Dizisi Öğrenme Testi puanlarının karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Sayı Dizisi Testi	Sağlıklı	30	18,00	4,13	18,00	61,98	18,086	0,000**	1-2
	Anksiyete	30	14,00	2,77	14,00	37,55			1-3
	Depresyon	30	13,93	2,77	14,00	36,97			

Tablo 7.'de Çalışmanın örneklemini oluşturan sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Sayı Dizisi Öğrenme Testi puanlarının karşılaştırılması için kullanıla Kruskal-Wallis H testi bulguları yer almıştır.

Tablo 7.'ye göre Çalışmadaki sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Sayı Dizisi Öğrenme Testi puanlarının arasında istatistiki açılarından önemli farklılıklar görülmüştür ($p<0,05$). Sağlıklı olan katılımcılarda Sayı Dizisi Öğrenme Testi puanları anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 8.*Katılımcıların gruplarına göre Stroop Testi puanlarının karşılaştırılması*

	Grup	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Stroop	Sağlıklı	30	18,70	6,80	16,50	42,00	2,574	0,276	
Bölüm 1	Anksiyete	30	17,70	3,14	17,00	42,80			
(Süre)	Depresyon	30	19,13	3,73	19,00	51,70			
Stroop	Sağlıklı	30	0,10	0,31	0,00	48,50	6,138	0,046*	1-2
Bölüm 1	Anksiyete	30	0,00	0,00	0,00	44,00			1-3
Hata Sayısı	Depresyon	30	0,00	0,00	0,00	44,00			
Stroop	Sağlıklı	30	0,00	0,00	0,00	45,50	0,000	1,000	
Bölüm 1	Anksiyete	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Düzeltilme Sayısı	Depresyon	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Stroop	Sağlıklı	30	27,53	9,55	25,50	19,87	51,651	0,000**	1-2
Bölüm 2	Anksiyete	30	52,23	7,72	52,50	68,00			1-3
(Süre)	Depresyon	30	44,10	9,61	44,50	48,63			
Stroop	Sağlıklı	30	0,47	0,73	0,00	39,33	3,149	0,207	
Bölüm 2	Anksiyete	30	0,70	0,70	1,00	49,02			
Hata Sayısı	Depresyon	30	0,63	0,56	1,00	48,15			
Stroop	Sağlıklı	30	0,00	0,00	0,00	45,50	0,000	1,000	
Bölüm 2	Anksiyete	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Düzeltilme Sayısı	Depresyon	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Stroop	Sağlıklı	30	18,77	3,66	19,00	29,85	16,594	0,000**	1-2
Bölüm 3	Anksiyete	30	22,03	2,82	22,00	55,03			1-3
(Süre)	Depresyon	30	21,97	3,43	21,00	51,62			
Stroop	Sağlıklı	30	0,03	0,18	0,00	46,50	2,000	0,368	
Bölüm 3	Anksiyete	30	0,00	0,00	0,00	45,00			
Hata Sayısı	Depresyon	30	0,00	0,00	0,00	45,00			
Stroop	Sağlıklı	30	0,00	0,00	0,00	45,50	0,000	1,000	
Bölüm 3	Anksiyete	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Düzeltilme Sayısı	Depresyon	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Stroop	Sağlıklı	30	33,97	14,93	30,00	26,77	23,220	0,000**	1-2
Bölüm 4	Anksiyete	30	49,10	5,45	50,00	54,50			1-3
(Süre)	Depresyon	30	47,63	9,51	51,00	55,23			
Stroop	Sağlıklı	30	0,67	0,99	0,00	45,57	1,340	0,512	
Bölüm 4	Anksiyete	30	0,43	0,63	0,00	42,02			
Hata Sayısı	Depresyon	30	0,63	0,72	1,00	48,92			
Stroop	Sağlıklı	30	0,00	0,00	0,00	45,50	0,000	1,000	
Bölüm 4	Anksiyete	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Düzeltilme Sayısı	Depresyon	30	0,00	0,00	0,00	45,50			
Stroop	Sağlıklı	30	44,33	20,09	48,00	26,27	33,558	0,000**	1-2
Bölüm 5	Anksiyete	30	64,50	9,49	64,00	65,28			1-3
(Süre)	Depresyon	30	56,30	10,22	61,00	44,95			
Stroop	Sağlıklı	30	1,17	1,42	0,50	38,12	3,930	0,140	
Bölüm 5	Anksiyete	30	1,47	0,82	1,00	48,60			
Hata Sayısı	Depresyon	30	1,50	0,73	1,50	49,78			
Stroop	Sağlıklı	30	1,57	1,52	2,00	33,82	9,740	0,008*	1-2
Bölüm 5	Anksiyete	30	2,53	1,25	2,00	50,05			1-3
Düzeltilme Sayısı	Depresyon	30	2,60	1,30	3,00	52,63			

Tablo 8.'de sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların gruplarına göre Stroop Testi puanlarının karşılaştırılmaları için uygulanan Kruskal-Wallis H testi bulgularına yer verilmiştir.

Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop Bölüm 1'e ait süre ve düzeltme sayıları arasında istatistiki açılardan anlamlı farklılıkların olmadığı ($p>0,05$), hata sayılarındaki farkların ise anlamlı olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Sağlıklı bireylerin hata sayıları anksiyete ve depresyon tanısı almış olanlara göre yüksektir.

Çalışmada bulunan sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop Bölüm 2'ye ait süre değerleri arasındaki farklılıklar istatistiki açılardan anlamlıdır ($p<0,01$). Sağlıklı katılımcıların süre değerleri anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha düşüktür. Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop Bölüm 2'ye ait hata ve düzeltme sayıları arasında istatistiki açılardan anlamlı farklılıkların olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışmadaki sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop Bölüm 3'e ait hata ve düzeltme sayıları arasında istatistiki açılardan anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenirken ($p>0,01$), süre değerlerindeki farkların ise anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlıklı bireylerin Stroop Bölüm 3'e ait süre değerleri anksiyete ve depresyon tanısı almış olanlara göre düşüktür.

Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop Bölüm 4'e ilişkin süre değerleri arasındaki farklılıklar istatistiki açılardan anlamlıdır ($p<0,01$). Sağlıklı olan grupta yer alan katılımcıların süre değerleri anksiyete ve depresyon tanısı almış olan gruptaki katılımcılara göre düşüktür. Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop Bölüm 4'e ait hata ve düzeltme sayıları arasında istatistiki açılardan anlamlı farklılıkların olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop Bölüm 5'e ait süre ve düzeltme sayıları arasında istatistiki açılardan anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0,05$), hata sayılarındaki farkların ise anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sağlıklı gruptaki katılımcıların Stroop Bölüm 5'e ait süre ve

düzeltilme sayıları anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan düşük bulunmuştur.

Tablo 9.

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının arasındaki korelasyonlar

		Sağlıklı		Anksiyete		Depresyon		Toplam	
		BAÖ	BDE	BAÖ	BDE	BAÖ	BDE	BAÖ	BDE
İz Sürme Testi (A)	rho	0,07	0,191	0,166	,397*	-0,296	-0,244	0,063	0,133
	p	0,713	0,311	0,382	0,03	0,112	0,194	0,553	0,212
	N	30	30	30	30	30	30	90	90
İz Sürme Testi (B)	rho	0,087	0,249	-0,008	0,136	-0,086	-0,083	0,197	0,182
	p	0,649	0,185	0,967	0,472	0,651	0,662	0,062	0,086
	N	30	30	30	30	30	30	90	90
Sayı Dizisi Öğrenme Testi	rho	-0,322	-0,239	-0,012	-,457*	-0,206	0,007	-,387**	-,348**
	p	0,083	0,203	0,951	0,011	0,276	0,971	0	0,001
	N	30	30	30	30	30	30	90	90
Stroop Bölüm 1 (Süre)	rho	0,075	0,136	0,033	0,045	-0,003	-0,111	0,038	0,093
	p	0,694	0,475	0,862	0,813	0,989	0,559	0,721	0,384
	N	30	30	30	30	30	30	90	90
Stroop Bölüm 2 (Süre)	rho	-0,244	-0,19	-0,017	0,142	0,075	-0,184	,581**	,257*
	p	0,195	0,316	0,93	0,453	0,694	0,331	0,000	0,014
	N	30	30	30	30	30	30	90	90
Stroop Bölüm 3 (Süre)	rho	-0,136	-0,043	0,182	-0,05	-0,302	-0,223	,262*	0,147
	p	0,473	0,822	0,337	0,794	0,105	0,237	0,013	0,168
	N	30	30	30	30	30	30	90	90
Stroop Bölüm 4 (Süre)	rho	-0,036	-0,132	-0,112	-0,235	-0,078	-0,013	,310**	0,12
	p	0,85	0,486	0,555	0,211	0,681	0,947	0,003	0,26
	N	30	30	30	30	30	30	90	90
Stroop Bölüm 5 (Süre)	rho	0,131	0,25	-0,124	-0,041	-0,167	-0,131	,416**	,213*
	p	0,492	0,183	0,515	0,829	0,378	0,490	0,000	0,043
	N	30	30	30	30	30	30	90	90

Tablo 9.'da sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının arasındaki korelasyonların belirlenmesinde kullanılan Sperman testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Çalışmadaki sağlıklı katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve

Stroop Testi puanlarının aralarında istatistiki açılardan anlamlı korelasyonların olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$).

Anksiyete grubundaki katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının aralarında istatistiki açılardan anlamlı korelasyonların olmadığı saptanırken ($p>0,05$), Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testindeki A bölümü puanları ile pozitif yönlü, Sayı Dizisi Öğrenme Testi puanları arasında negatif yönlü ve istatistiki açılardan anlamlı korelasyonların olduğu belirlenmiştir. Anksiyete grubundaki katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları ile Stroop Testi puanlarının aralarında istatistiki açılardan anlamlı korelasyonlar yoktur ($p>0,05$).

Depresyon tanısı almış olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının aralarında istatistiki açılardan anlamlı korelasyonların olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gruplarından bağımsız olarak Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi ve Stroop Testi puanlarının aralarındaki korelasyonlar incelendiğinde; Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile İz Sürme Testi puanlarının aralarında istatistiki açılardan anlamlı korelasyonların olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile Sayı Dizisi Öğrenme Testi puanlarının aralarında istatistiki açılardan anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar görülmüştür ($p<0,01$). Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile Stroop Testindeki Bölüm 2, Bölüm 3, Bölüm 4 ve Bölüm 5'e ait süre süre değerleri arasında istatistiki açılardan anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar vardır ($p<0,01$). Çalışmadaki katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları ile Stroop Testinde yer alan Bölüm 2 ve Bölüm 5'e ait süre süre değerleri arasında istatistiki açılardan anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p<0,01$).

BÖLÜM V

Tartışma

Yapılan çalışmada, anksiyete ve depresyon tanılı bireylerin odaklanmış dikkat ve tepki durumu, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek becerileri gibi nörobilişsel becerileri sağlıklı bireylerin nörobilişsel becerileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Sağlıklı bireylerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, çoğunluğunun kadın ve ilkokul mezunu olduğu, yarıya yakının 36-55 yaş arasında, lise ve üniversite mezunu katılımcı sayısının ise eşit olduğu görülmektedir. Katılımcıların tamamına yakını ailesiyle yaşamaktadır. Anne ve babalarının eğitim durumu incelendiğinde çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu, tamamına yakınının kardeşi olduğu ve çoğunluğunun orta gelir grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Anksiyete grubu katılımcılarının demografik özellikleri incelendiğinde çoğunluğunun kadın ve 56-65 yaş aralığında olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında ise yarıdan fazlasının ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı ve anne ve babalarının eğitim durumları incelendiğinde, çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu, tamamına yakınının kardeşi olduğu ve orta gelir grubunda yer aldıkları saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir seviyesi, aile yapısı, sigara ve alkol kullanımı ile bireyin birlikte yaşadığı kişiler gibi değişkenlerin anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur (Rogero ve Calder, 2018; Garcia ve Ortega, 2018; Aydemir ve ark., 2015; Hacıhasanoğlu vd., 2010; Simon vd., 2015; Roiser and Sahakian, 2013; Türkeş vd., 2015).

Depresyon grubunda yer alan katılımcılar ise çoğunluğunun kadın ve 36-55 yaş aralığında yer almaktadır. Eğitim durumları açısından çoğunluğu ilkokul mezunudur ve ailesiyle yaşamaktadır. Çoğunluğunun anne ve babalarının eğitim düzeylerinin ilkokul mezunudur ve bu gruptaki tüm katılımcıların kardeşi bulunmaktadır. Gelir düzeyi açısından, orta gelir düzeyine sahiptirler. Araştırmalarda kadınların depresyon oranları erkeklere kıyasla iki katı daha yüksek ortaya konulmuştur (Kuehmer, 2017). Özellikle kadınlarda depresyon düzeylerinin belirgin

şekilde arttığı yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (Parker ve Brotchie, 2010; Cavanagh vd., 2017). Dolayısıyla katılımcıların çoğunluğunun kadın olması alanyazın tarafından desteklenmektedir.

Araştırma katılımcısı olan sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin farklılaştığı belirlenmiştir. Sağlıklı olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca anksiyete tanısı almış olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin depresyon tanısı almış olan katılımcılardan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Alanyazında yapılan çalışmalar psikolojik sağlamlık ile anksiyete arasında negatif yönde ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Özen, 2021; Kımtır, 2022; Bulut, 2016; Aydın ve Egemberdiyeva, 2018). Rivas-Vazquez vd. (2004), sağlık kurumlarındaki hastaların katılımıyla yaptıkları araştırmalarında sadece anksiyete veya depresyonu olan hastalardan daha yüksek oranda komorbid anksiyete ve depresyon belirtisi olan hastaların oranının %19.2 ve karma anksiyete depresyona sahip hastalarının oranının ise %42.3 olduğunu ortaya koymuşlardır. Araştırmalar, depresif bozukluğu olan bireylerin %50'sinden fazlasının aynı zamanda bir anksiyete bozukluğuna sahip olduğunu, anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerin de %50'sinden fazlasının melankoli durumuyla mücadele ettiğini ortaya koymaktadır (Özen ve Temizsu, 2010). Sağlıklı bireylerin anksiyete düzeylerini düşük olduğu bulgusu alanyazın ile paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan sağlıklı, anksiyete tanısı almış ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların depresyon düzeylerinin farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Sağlıklı olan katılımcıların depresyon düzeylerinin anksiyete tanısı almış ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmalar depresyon tanılı bireylerin sağlıklı bireylere oranla depresyon düzeylerinin fazla olduğunu göstermektedir (Şentürk E, 2017).

Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların iz sürme becerisi A bölümünde tarama yeteneğine dayalı işleme hızlarının değişmediği belirlenmiştir. Öyle ki tüm katılımcıların grupları farketmeksizin tarama yeteneğine dayalı işleme hızlarının benzer olduğu sonucuna varılmıştır. Akyol (2020) yaptığı araştırmada sağlıklı yaşlı bireylerin iz sürme becerilerini incelemiş ve tarama yeteneğine dayalı işleme hızlarının değiştiğini ortaya koymuştur. Araştırma

bulgularındaki farklılığın katılımcıların farklı demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna karşın sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların iz sürme becerisi B bölümü olan uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilme becerisinin farklılaştığı tespit edilmiştir. Sağlık olan katılımcıların uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilme becerilerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırma bulguları ile benzer biçimde Salık vd. (2019) araştırmalarında depresyon teşhisi almayan ve depresyon tedavisi gören katılımcıların iz sürme becerisi olan uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilme becerisini karşılaştırmış ve katılımcıların becerileri arasında farklılık olduğunu ortaya koymuştur. Esen (2010), araştırmasında depresyon hastalarının özel öğrenme, yürütücü işlevler, işleyen bellek ve kategori akıcılık işlevlerinde anlamlı fark bulmuşlardır. Ayrıca Karabekiroğlu (2008) depresyon ve tekrarlı depresyon hastası olan katılımcılarda yürütücü işlevlerden kişilerin karar verme, problem çözme ve planlama becerilerinde azaldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların kısa süreli bellekleri ve öğrenme yeteneklerinin karşılaştırıldığı sayı öğrenme testinde sağlıklı olan katılımcıların kısa süreli bellekleri ve öğrenme yeteneklerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alanyazında yapılan araştırmalar benzer biçimde sağlıklı bireylerin öğrenme becerilerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Gürsoy, 2018; Kartal, 2015). Alanyazında yapılan bir çok araştırma depresyon ve anksiyetenin kısa süreli bellekleri ve öğrenme yetenekleri üzerinde etken olduğu ortaya konulmaktadır (Erdil, 2023; Kızılbash vd., 2002; Aprilia ve Aminatun, 2022).

Sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcıların Stroop bölümü bir kapsamında siyah renk isimlerini söyleme süre ve düzeltme oranları arasında anlamlı farklılığın olmadığı buna karşın sağlıklı bireylerin hata sayılarının anksiyete ve depresyon tanısı almış olanlara göre yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Stroop ikinci bölüm kapsamında renkli renk isimlerini söyleme süreleri incelendiğinde sağlıklı katılımcıların süre değerlerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hata ve düzeltme sayıları bakımından incelendiğinde sağlıklı, anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılar arasında farklılaşma olmadığı sonucuna varılmıştır. Üçüncü bölüm olan

renkli dairelerin renklerini söyleme kapsamında sağlıklı bireylerin hata ve düzeltme arasında farklılık yokken, süre değerlerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olanlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Renkli nötr kelimelerin yer aldığı dördüncü bölüm kapsamında sağlıklı olan katılımcıların süre değerleri anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre düşük olduğu hata ve düzeltme düzeyleri arasında ise anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Son bölümde ise süre ve düzeltme düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu ancak hata düzeylerinde fark olmadığı belirlenmiştir. Sağlıklı katılımcıların beşinci bölüme ait süre ve düzeltme düzeyleri anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan düşük olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Stroop testi kapsamında depresyon ve anksiyete olmak üzere bir çok nörolojik rahatsızlık incelemiştir. Yapılan araştırmalarda ruhsal durumun Stroop testi sonucunda etken faktör olduğu ve hata, süre ve düzeltme açısından farklılaştığı ortaya konulmuştur (Ajilchi ve Nejati, 2017; İçellioğlu vd., 2017; Düzenli, 2022; Joyal vd., 2019).

Çalışmadaki sağlıklı katılımcıların anksiyete, depresyon, iz sürme becerisi, sayı dizisi öğrenme ve ve Stroop düzeyleri arasında anlamlı korelasyonların olmadığı belirlenmiştir. Anksiyete gurbunda yer alan katılımcıların depresyon düzeyleri iz sürme becerisi olan tarama yeteneğine dayalı işleme hızları arasında pozitif yönde, sayı dizisi düzeyleri ile negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda depresyon düzeyleri arttıkça iz sürme becerisi olan tarama yeteneğine dayalı işleme hızlarının ve sayı dizisi öğrenme düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Ekin ve Çebi (2021) araştırmalarında duygu durumunun iz sürme becerisini farklılaştığını tespit etmişlerdir. Araştırma sonuçları bu açıdan benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların gruplarından bağımsız olarak Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile sayı dizisi öğrenme test puan düzeyleri açısından anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Sayı dizisi öğrenme test puanı katılımcıların öğrenmedeki başarısını ortaya koymaktadır. Araştırmada anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça öğrenme becerisinin bozulduğu belirlenmiştir. Söğütü ve Alaca (2019) araştırmalarında anksiyete, depresyon ve sayı dizisi öğrenme arasında farklılık olduğunu belirlemiştir. Katılımcıların Anksiyete düzeyleri ile Stroop testinde yer alan dört bölümdeki süre değerleri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmadaki katılımcıların Depresyon düzeyleri

ile Stroop testinde yer alan 2. ve 5. bölüme ait süre değerleri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalar depresyon, anksiyete ve Stroop testi arasında pozitif ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Ekinci, 2017; Düzenli, 2022). Elde edilen bu sonuçlar ışığında depresyon ve anksiyete düzeyi arttıkça süre değerlerinin arttığı söylenebilir dolayısıyla katılımcıların bu açıdan başarısızlık yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma bu açıdan alanyazın ile benzerlik göstermektedir.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

Sağlıklı olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete tanısı almış olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin depresyon tanısı almış olan katılımcılardan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlıklı olan katılımcıların depresyon düzeylerinin anksiyete tanısı almış ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan düşük olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı olan katılımcıların uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilme becerilerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Katılımcıların kısa süreli bellekleri ve öğrenme yeteneklerinin karşılaştırıldığı sayı öğrenme testinde sağlıklı, olan katılımcıların kısa süreli bellekleri ve öğrenme yeteneklerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı bireylerin Stroop birinci bölüm hata sayılarının anksiyete ve depresyon tanısı almış olanlara göre yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Stroop ikinci bölüm kapsamında renkli renk isimlerini söyleme süreleri incelendiğinde sağlıklı katılımcıların süre değerlerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Stroop üçüncü bölümünde süre değerlerinin anksiyete ve depresyon tanısı almış olanlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Dördüncü bölüm kapsamında renkli nötr kelimeler yer almakta ve sağlıklı olan katılımcıların süre değerleri anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Son bölümde ise süre ve düzeltme düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı katılımcıların beşinci bölüme ait süre ve düzeltme düzeyleri anksiyete ve depresyon tanısı almış olan katılımcılardan düşük olarak saptanmıştır.

Çalışmadaki sağlıklı katılımcıların anksiyete, depresyon, iz sürme becerisi, sayı dizisi öğrenme ve ve Stroop düzeyleri arasında anlamlı korelasyonların olmadığı belirlenmiştir. Anksiyete grubunda yer alan katılımcıların depresyon düzeyleri iz sürme becerisi olan tarama yeteneğine dayalı işleme hızları arasında pozitif

yönde, sayı dizisi düzeyleri ile negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların gruplarından bağımsız olarak Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile sayı dizisi öğrenme düzeyleri açısından anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların Anksiyete düzeyleri ile Stroop testinde yer alan dört bölümdeki süre değerleri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmadaki katılımcıların Depresyon düzeyleri ile Stroop testinde yer alan 2. ve 5. bölüme ait süre değerleri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Öneriler

Araştırma önerileri üç başlıkta ortaya konulmuştur. Bunlar; klinisyenlere, uygulayıcılara ve araştırmacılara yönelik önerilerdir.

Klinisyenlere Yönelik Öneriler

- Araştırmada kullanılan testler bağlamında öğrenme ve bellek, odaklanmış dikkat, tepki hızı, yürütücü işlevler incelenmiş bu becerilerin depresyon, anksiyete ve diğer psikopatolojilerde değerlendirilmiş bu doğrultuda klinisyenlerin tedavi sürecinde danışanların bilişsel defektlerini göz önünde bulundurmaları, danışanlarının yaşamlarını sürdürürken not alma, ilaç saatlerini kurma gibi dikkat gerektiren becerileri yerine getirebilmeleri için destek vermeleri önerilmektedir.
- Bilişsel terapileri uygularken öğrenme ve bellek defektlerini dikkate alarak davranış ödevlerinde görevleri basitleştirerek, ileri yaş grubunda bilişsel bozuklukları özellikle de demansı tarama testleri ile değerlendirmeleri önerilmektedir.
- Belirli aralıklarla psikolojik sağlık taramaları yapılarak yaşanabilecek olumsuzlukların engellenmesi sağlanabilir.
- Danışma merkezleri kurularak yardıma ihtiyacı olan bireylerin yardım almaları sağlanırken aynı problemleri yaşayan kişilerin birbirlerini destekleyecek grup terapileri yapılabilir.
- Özellikle depresyon anksiyeteye yönelik farkındalık programları oluşturularak neler yapılabileceğine ilişkin seminer ve eğitimler düzenlenebilir.

- Sağlıklı bireylerin psikolojik sağlamlıklarını arttırma ve anksiyete ile depresyon yaşayan bireylerin ise psikolojik sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak amacıyla destek programları oluşturulabilir.
- Anksiyete ve depresyon tanısı almış bireylerde işleme hızı ve iz sürme becerilerinin geliştirilmesi için bilişsel rehabilitasyon programları uygulanabilir.
- Zorluk Derecesi Artan Egzersizler: Stroop testi veya benzeri görevlerle, bireylerin bilişsel kontrol becerileri sistematik olarak güçlendirilebilir.

Uygulayıcılara Yönelik Öneriler

- Rehberlik ve psikolojik hizmetlerinin kolay erişilebilirliğinin sağlanması amacıyla rehberlik ve danışmanlık ofisleri kurularak halkın ücretsiz hizmet alması sağlanabilir.
- Her yaş grubunda ki bireylere ve özellikle öğrencilere belirli aralıklarla ruh sağlığı taraması ile nörobilişsel tarama yapılarak bireylerin destek alması sağlanabilir.
- Ruh sağlığının sağlanması kapsamında bireyleri yardım almaya yönlendirecek kamu spotları ve bilgilendirme eğitimleri düzenlenebilir.
- Ulusal sağlık politikalarına, erken tarama ve müdahaleye yönelik programlar eklenebilir.
- Öğrencilerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin erken tespiti için rehberlik birimlerine destek sağlanmalı. Okullarda dikkat ve işleme hızını artırıcı egzersizler teşvik edilmeli.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Anksiyete ve depresyonun bilişsel işlevler üzerindeki etkilerini uzun vadede izlemek için boylamsal çalışmalar yapılmalı. Bu, hastalığın seyrinin bilişsel işlevlere etkisini daha iyi anlamayı sağlanabilir.
- Komorbid durumlar, anksiyete ve depresyonla birlikte görülen diğer ruhsal veya fiziksel hastalıkların (örneğin, travma sonrası stres bozukluğu, kronik ağrı) bilişsel etkileri detaylı bir şekilde incelenebilir.
- Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültürel faktörler gibi değişkenlerin bu etkiler üzerindeki rolünü araştıran çalışmalar yapılabilir.

- Araştırma farklı coğrafi bölgelerde tekrarlanarak araştırma sonuçları karşılaştırılabilir.
- Araştırma nitel araştırma kapsamında daha küçük grupların katılımıyla mülakat yöntemi uygulanarak tekrarlanabilir.
- Bu araştırmada bu testler öğrenme ve bellek, odaklanmış dikkat, tepki hızı, yürütücü işlevler değerlendirilmiştir. İleri ki araştırmalarda diğer nörobilişsel becerilerin, planlama ve organizasyon, konstrüksiyon, anlık görsel bellek, sözel öğrenme ve sözel bellek problem çözme gibi hastalık gruplarındaki durumları incelenebilir.

Kaynakça

- Açıkgöz, S.C (2019). Depresyon Panik Bozukluk Ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Psikolojik Sağlamlık Dayanıklılık İle İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Adagide, S. (2021). Depresyon Tanısı Alan Bireylerde Fiziksel Egzersizin Depresif Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 122-131,
- Ajilchi, B., & Nejati, V. (2017). Executive functions in students with depression, anxiety, and stress symptoms. *Basic and clinical neuroscience*, 8(3), 223.
- Akalan, M. A., Demirkan, A. Ç., Türkmenoğlu, İ., & Demirkan, İ. (2019). Bozdoğan'da (*Falco columbarius*) plexus lumbosacralis'i oluşturan spinal sinirlerin makroanatomik yapısı. *Atatürk Üniversitesi Veteriner Bilimleri Dergisi*, 14(1), 15-22.
- Akbaş, S. (2016). Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun DSM-5 Tanılama Sistemine Göre Sınıflandırılması ve Epidemiyolojileri. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 2(3), 1-6.
- Akboğa, Ö. F., & Gürkan, U. (2019). Gençlerde internet bağımlılığı ile sosyal kaygı bozukluğu arasındaki ilişkinin yaşam doyumu ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(6), 443-464.
- Aker, A.T. (2012). Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım, Türkiye Psikiyatri Dernegi Ruhsal Travma ve Afet ÇB yayını, Ankara
- Akgün, A., Gönen, S., & Aydın, M. (2007). İlköğretim fen ve matematik öğretmenliği öğrencilerin kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(20), 283-299.
- Akiskal, H. S. (2019). Anxiety: Definition, relationship to depression, and proposal for an integrative model. In *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 787-798). Routledge.
- Akkaya, C. (2006). Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı Ve Sağaltımındaki Güçlükler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (2):139-146,
- Aktaş, H. A., Ilgaz, H. B., & Tatar, İ. (2023). Otonom Sinir Sistemi Anatomisi. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 16(1), 1-5.

- Aktura, S. Ç., Sarıtaş, S. Ç., & Sarıtaş, S. (2022). Ağrı ve Anksiyete Yönetiminde Sanal Gerçeklik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* , 7 (2), 301-312.
- Akyol, A.K,. (2020). Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri, Ankara
- Akyol, M. A. (2020). *Sağlıklı yaşlı bireylere uygulanan bilişsel eğitim programının bilişsel fonksiyonlara etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma* (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).
- Albayrak, E.Ö., Ceylan, M.E. (2004). Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler, 17(1):27-33,
- Algur, V. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri İle Fiziksel Saldırganlık Öfke Düşmanlık Ve Sözel Saldırganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*.
- Alisinanoğlu, F. & Ulutaş, İ. (2003). Çocukların kaygı düzeyleri ile annelerinin kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 28(128), 65-71.
- Alpay, E. H., & Çelik, D. (2022). Karmaşık travma sonrası stres bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(4), 589-596.
- Altun, H. K., & Kürklü, N. S. (2017). Postpartum depresyon ve maternal D vitamini düzeyleri arasındaki ilişki hakkında bir sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 164-170.
- Angın, E., Yazıcı, Z., Kaçan, M.O., Kanak, M., Yurtsever Kılıçgün G., Oral, T., Pekdoğan, S., Öztürk Samur, A., Yapıcı, M. (2016). Erken Çocukluk Döneminde Gelişim, Ankara
- Aprilia, A., & Aminatun, D. (2022). Investigating Memory Loss: How Depression Affects Students' memory Endurance. *Journal of English Language Teaching and Learning*, 3(1), 1-11.
- Arıcı, H. (2018). Kronik Hastalıkları Olan Kişilerin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Kişilik Özellikleri Etkileşimi, Yüksek Lisans Tezi.
- Arslan, E. M. E. L. (2015). Erken çocukluk döneminde gelişim. *Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık*.
- Arslan, H., Mergen, H., Erdogmuş Mergen, B., Arslan, E., Ayyıldız, Ü. (2016). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon Anksiyete Ve Benlik Saygısı Puanlarının

Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, *Medical Sciences*, 11 (1), 1-13.

As, M. Ö., & Babayiğit, A. (2023). Bilinçli Farkındalığın (Mindfulness) Depresyon ve Ruminasyon ile İlişkisi. *MAS Journal of Applied Sciences*, 8(3), 531-544.

Aşağıdaki kaynaklar APA 6 formatına uygun olarak düzenlenmiştir:

Aşık, E. A., & Çökmüş, F. P. (2017). DSM-5 düzey 2 anksiyete ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(Ek sayı.2), 45-50.

Ateş, B., & Sağar, M. E. (2024). Psikolojik Danışma Kuramlarına Giriş. Ateş, B., & Sağar, M. E (Ed.) içinde *Geleneksel ve Güncel Psikolojik Danışma Kuramları*, (ss.1-16).

Ateş, N., Arcan, K. (2018), Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu, *Ayna Psikoloji Dergisi*, 5(3), 61-78.

Averill, J. R. (2015). Emotion and anxiety: Sociocultural, biological, and psychological determinants. İçinde *Emotions and Anxiety (PLE: Emotion)* (pp. 99-142). Psychology Press.

Ay, F., Tektaş, E., Mak, A., & Aktay, N. (2018). Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. *J Psychiatric Nurs*, 9(3):147-152

Aydemir, Ö. (2004). Atipik Depresyon, *Klinik Psikiyatri*, 2:49-53

Aydın, H. (2000). Öğrenme Ve Öğretme Kuramlarının Eğitim Gelişimine Katkısı, *Kugu Dergisi*, 17, 183-197

Aydın, M., & Egemberdiyeva, A. (2018). Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Eğitim Dergisi*, 3(1), 37-53.

Ayhan, S. (2016). Şiddete Uğrayan Kadınların Depresyon ve Yalnızlık Düzeylerinin Evlilik Uyumlarına Etkisinin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi,

Bal, F. (2020). Beyin Dalgalarının Depresyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Humanistic Perspective*, 2(3), 252-270.

Bal, Ö. Ü. F. (2019). Obsesif Kompulsif Bozukluk Kapsamında İstifçilik. *Cataloging-In-Publication Data*, 310.

- Balcıoğlu, İ., Ünsalver, B.Ö. (2006). Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyolojisi, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37:115-120
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327-335.
- Baş, M. B., & Karamustafaoğlu, O. (2020). Merkezi ve çevresel sinir sistemi konusunda geliştirilmiş bir eğitsel oyun. *Gazi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(1), 80-92.
- Başer Baykal, N. F. (2017). Yaygın anksiyete bozukluğunun Türkiye’deki yaygınlığı, ek tanıları ve tedavisinin incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi/ASOS Journal*. 5(54), 539-548.
- Batur, S. (1998). Karışık Anksiyete Depresyon bozukluğu: Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikoloji Yazıları*, 1(1),61-71.
- Besirli, A., Erden, S. C., Atilgan, M., Varlihan, A., Habacı, M. F., Yeniceri, T., ... & Ozdemir, H. M. (2021). The relationship between anxiety and depression levels with perceived stress and coping strategies in health care workers during the COVID-19 pandemic. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 55(1), 1.
- Bilgiç, D., Dağlar, G., Özkan, S. A., & Kadioğlu, M. (2015). Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 13-35.
- Bourke, C., Porter, R. J., Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Bell, C., ... & Joyce, P. R. (2012). Comparison of neuropsychological functioning and emotional processing in major depression and social anxiety disorder subjects, and matched healthy controls. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(10), 972-981.
- Bozduman, S., Aksu, G.G, Toros, F. (2021). Depresyon Ve Anksiyete bozukluğu Olan Ebeveynlerinin Çocuklarında Görülen Ruhsal Bozukluklar, *Sağlık Bilimleri Dergisi* 14(2):242-2.
- Böke, Ö., Pazvantoğlu, O., Babadağı, Z., Ünverdi, E., Ay, R., Çetin, E., & ŞAHİN, A. R. (2015). Panik bozukluğunda üst bilişler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1).

- Brody, D. J., Pratt, L. A., & Hughes, J. P. (2018). Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013-2016.
- Budak, Selçuk. (2000). Psikoloji Sözlüğü, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları
- Bulut, B. (2016). *Ergenlerin anksiyete, sosyal destek ve psikolojik sağlık düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: a systematic review and meta-analysis. *Harvard review of psychiatry*, 25(1), 29-38.
- Ceyhan, A. G., & Karaaziz, M. (2024). Anksiyete Bozukluğu Semptomları ve Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Ulusal ve Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Dergisi*, 5(4), 754-763.
- Chang, H., & Beilock, S. L. (2016). The math anxiety-math performance link and its relation to individual and environmental factors: A review of current behavioral and psychophysiological research. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 33-38.
- Chapman, D. P., & Perry, G. S. (2007). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing chronic disease*, 5(1), A22.
- Cox, R. C., Olatunji, B. O. (2019). Anxiety and related disorders: An introduction. In *The Cambridge handbook of anxiety and related disorders*, pp. 1– 10 (Ed. Olatunji, B.O.). Cambridge University Press: Cambridge.
- Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319-325.
- Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çetin, G. İ., & Karaaziz, M. (2024). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Derleme. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 8(3), 60-72.
- Çınar, B. (2020). Depresyon Benlik Saygısı Ve Denetim Odağı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Çiftçioglu, H., Polat, Ö.A., Eren, E. (2016). Kişilik Gelişimi, Journal of Social And Humanities Sciences Research, (7), 166-177

- Çil, M. (2019). *Bipolar bozukluk tanılı hastaların psikososyal işlevsellikleri, sosyal problem çözme becerileri ve ilişkili nörobilişsel ve sosyal bilişsel faktörlerin incelenmesi* (Master's thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).
- Çınar, F. E. (2019). *Uzun süreli survisi olabilen meme kanserli hastalar ve hasta yakınlarında depresyon ve anksiyete düzeyi ile kısa süreli sürvi beklenen malign melanoma hasta ve hasta yakınlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ölçümü ve birbirleriyle korelasyonu* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Aydın Üniversitesi).
- Çolak, B., Ongun, F., Aras, Ö. S., & Demirkol, M. E. (2021). Gebelik ve doğum sonrası depresyon. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 1(2), 43-49.
- DaCanhota, C.M., & Piterman, L. (2003). Depressive disorders in elderly Chinese patients in Macau: a comparison of general practitioners' consultations with a depression screening scale. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35(3):336-44.
- Daglar, K. (2016). Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Belirtileri İle Annelerinin Bağlanma Biçimleri Ve Ayrılık Anksiyeteleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi.
- De Lorenzi, D., & Mandara, M. T. (2015). The central nervous system. *Canine and Feline Cytology*, 369.
- Demir, T. (1997). Çocuk Ve Ergenlerde Sosyal Fobi: Epidemiyolojik Bir Çalışma, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Demirel, C. (2018). Yetişkinlerde bağlanma stillerinin mutluluk, yaşam doyumu ve depresyon ile ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi
- Deniz, M. E., & Sümer, A. S. (2010). Farklı öz anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, 35(158).
- Didin M, Yavuz B, Gezgin Yazıcı H. Covid-19'un Öğrencilerin Stres, Anksiyete, Depresyon, Korku Düzeylerine Etkisi: Sistematiik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1):38-45.
- Dilmaç, O. (2010). Görsel sanatlar öğretmeni adaylarının kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Güzel sanatlar enstitüsü dergisi*, (24), 49-65.

- Doğan, S., Kelleci, M., Sabancıoğulları, S., & Aydın, D. (2008). Bir ilköğretim okulunda öğrenim gören çocuklarda ruhsal uyum sorunları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(1), 47-52.
- Dönmez, Z. (1999). Ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımlarının etkisinin incelenmesi. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı*, Erzurum, 181-184.
- Durak, A., & Palabıyıkoglu, L. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (2019). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Düzenli, S. (2022). *Migrenli hastalarda fiziksel aktivite, uyku, anksiyete ve depresyonun kognitif fonksiyonlar üzerine etkisi* (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Ekin, E., & Çebi, M. (2021). Sağlıklı Yaşlılarda Bilişsel Rezerv, Duygu Durumu ve Duygu Düzenleme Becerileri Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3).
- Ekinci, A. (2017). *Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun nöropsikolojik değerlendirilmesi* (Master's thesis, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Ekinci, Ö. (2019). Çocukluk çağı travmalarının yaşantıya etkisi, depresyon ve yaratıcılık arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi).
- Er, T. (2010). *Comparison of adolescents exposed to sexual abuse and those who are not in terms of anxiety, depression, and self-esteem*. (Master's thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Erden, Münire ve Erkman, Yasemin. (2005). Gelişim ve Öğrenme, Arkadaş Yayıncılık, Ankara
- Erdem, Ö., Bez, Y. (2009). Dogum Sonrası Hüzün ve Dogum Sonrası Depresyon, *Konuralp Tıp Dergisi*, 1(1):32-37
- Erdil, N. E. (2023). *Fibromiyalji hastalarında nörobilişsel işlevlerin enflamatuvar yanıt ve serum ghrelin düzeyi ile ilişkisi/The relationship between neurocognitive*

dysfunction, inflammatory response and serum ghrelin levels in patients with fibromyalgia (Doctoral dissertation).

- Erdogan, S. (2007). Panik Bozuklugun Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri, 10(4):3-13
- Erkul, A. (2019). *The relationship between anxiety-depression and smartphone addiction in individuals aged 18-25 attending outpatient clinics.* (Specialization thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Eroğlu, M., & Yakşı, N. (2021). Ebeveynleri COVID-19 geçiren çocuk ve ergenlerde psikolojik sağlamlık, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47(2), 279-286.
- Erözkan, A. (2005). Examination of university students' levels of interpersonal sensitivity and depression based on certain variables. *Muğla University Social Sciences Institute Journal*, 14(129-155).
- Ersin, A. (2017). *OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde belirti dağılımının ebeveynlerindeki obsesif kompulsif belirti dağılımı ve ebeveyn tutumları ile olan ilişkisi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Esen, M. E. (2017). Major depresif bozukluk tanılı hastalarda glial patogenezin biyokimyasal göstergeleri. Uzmanlık tezi, Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.
- Esen, Ö. D. (2010). *İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastalar ve Birinci Derece Akrabalarında Nörobilşşsel İşlevler: Kontrollü bir Çalışma* (Master's thesis, Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey)).
- Evren, C., & Ögel, K. (2003). Dissociative symptoms and childhood trauma in alcohol/substance addicts: Their relationship with depression, anxiety, and alcohol/substance use. *Anadolu Psychiatry Journal*, 4(1), 30-37.
- Gaynes, B. N., Lux, L., Gartlehner, G., Asher, G., Forman-Hoffman, V., Green, J., ... & Lohr, K. N. (2020). Defining treatment-resistant depression. *Depression and anxiety*, 37(2), 134-145.
- Genlik, Ö. (2012). *Yas süreci ve yas sürecindeki kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of education and health promotion*, 6(1), 60.
- Gomes, E. T., Souza Melo, R. L. A., Vasconcelos, E. M. R., & Alencar, E. N. (2012). Use of nursing diagnoses anxiety and fear in the medical and surgical clinics of a university hospital. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 4(2), 2419-2426.
- Goodall, J., Fisher, C., Hetrick, S. *et al.* (2018). Neurocognitive Functioning in Depressed Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev*. 28, 216–231.
- Gökcegöz Gül, İ., & Karlıdağ, R. (2012). Depression from past to present. *Türkiye Klinikleri Psychiatry*, 5(2), 1-6.
- Gönül, A. S. (2012). Depresyon tedavisinde yeni bakış açıları. *Journal of Mood Disorders*, 2(5).
- Görgülü, A., & Akdeniz, S. (2018). The relationship between experiential avoidance, anxiety sensitivity, and behavioral inhibition system in patients with generalized anxiety disorder and panic disorder. (Specialization thesis). Ankara, Turkey: Near East University.
- Gül, A., Gül, H., Özen, N. E., & Battal, S. (2016). Investigation of the relationship between depression, anxiety, and dissociation symptoms on the basis of childhood traumas.
- Güler, K., Usluca, M., & Yılmaz, M. (2021). Panik Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisinin İncelenmesi. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12), 1211-1222.
- Gülseren, Ş. (2004). Depression and anxiety. *Clinical Psychiatry*, 1(5-13).
- Gündoğdu, Y. B. (2016). Psikanalitik kişilik kuramlarına göre gelişim ve değişimin imkanı. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 11(17), 373-404
- Gürsoy, R. (2018). Comparison of cognitive distortion levels between patient groups diagnosed with depression and anxiety disorders. (Master's thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.

- Gürsoy, S. (2018). *Özgül öğrenme bozukluğunda bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi: tanı almış ve almamış çocukların karşılaştırılması* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Güveli, G. M., & İşeri, E. (2016). Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 2(3), 7-13.
- Güzel, B., & Kurtulan, B. (2017). Examination of the relationship between cognitive skills and social skills in early childhood (ages 4-7). *Journal of Muğla University Social Sciences Institute*, 12/28, 381-408.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773>
- Helvacı Çelik, F., Hocaoglu, Ç. (2016). Major depressive disorder: Definition, etiology, and epidemiology – A review. *Journal of Depression and Anxiety Studies*, 6(1), 51-66.
- Hettema, J. M. (2008, May). What is the genetic relationship between anxiety and depression?. In *American journal of medical genetics part C: Seminars in medical genetics* (Vol. 148, No. 2, pp. 140-146). Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company.
- Hilt, L. M., Hanson, J. L., & Pollak, S. D. (2011). *Emotion Dysregulation. Encyclopedia of Adolescence*, 3, 160-169.
- Hughes-Morley, A., Young, B., Waheed, W., Small, N., & Bower, P. (2015). Factors affecting recruitment into depression trials: systematic review, meta-synthesis and conceptual framework. *Journal of affective disorders*, 172, 274-290.
- Ildırlı, S., Şair, Y. B., & Dereboy, F. (2015). Yeni Bir Tanı Kategorisi Olarak Süreğen Depresif Bozukluk: Menderes Depresyon Çalışması Sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52(4), 359-366.
- Işık, M. (2022). The relationship between specific phobia, depression, and anxiety levels and women's sexual function in married women. (Master's thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.

- Işık, M. (2022). *Evli kadınlarda özgül fobi, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel işlevleri arasındaki ilişki* (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Işıklı Arslan, D. (2020). *DSM-5 için gençlik anksiyete ölçeğinin ülkemiz çocukları için uygunluğu* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi).
- İçellioğlu, S., Bingöl, A., Kurt, E., & Yeni, S. N. (2017). Bilgisayar temelli rehabilitasyonun epilepsi hastalarının bilişsel işlevlerine etkileri. *Düşünen Adam*, 30(4), 354-363.
- İlgar, M.Z, İlgar, S.C. (2018). Varoluşçu Psikolojik Dayanışma Ve Psikoterapi, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 23(1), 193-220
- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and anxiety*, 35(8), 700-716.
- Joyal, M., Wensing, T., Levasseur-Moreau, J., Leblond, J., T. Sack, A., & Fecteau, S. (2019). Characterizing emotional Stroop interference in posttraumatic stress disorder, major depression and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(4), e0214998.
- Kafes, A. Y. (2021). A glance at depression and anxiety disorders. *Journal of Depression and Anxiety Studies*, 3(1).
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Kalin, N. H. (2020). The critical relationship between anxiety and depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365-367.
- Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (2004). Klinik Psikiyatri, (Çev. E. Abay), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kara, H., Sayar, K., Saygılı, S. (1997). Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 7(1-4): 42-45
- Karaaslan, Ö. (2017). Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında beden algisi ve cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(2), 45-50.
- Karabekiroğlu, A. (2008). *Majör depresyon hastalarında yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi, ilk epizod depresyon ve tekrarlayıcı depresyon grupları arasındaki farklılıkların karşılaştırılması* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

- Karaca, B. K. & Ateş, N. (2019). Yaygın kaygı bozukluğu ve öfke kontrol probleminde şema terapiyi kullanmak: bir vaka üzerinden anlatım. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(2), 169-182.
- Karakaş, G. Ş. (2020). Examining meta-cognitive beliefs in psychiatric patients with depression and anxiety symptoms within the framework of stress and coping. *Specialization thesis*. Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Karakaş, H. M., & Karakaş, S. (2001). Frontal cortical activation induced by number sequence learning test. *Clinical Psychiatry Journal*, 4(79-86).
- Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., & Soysal, A. Ş. (2001). Standardization studies of the Stroop Test TBAG form: Reliability and validity in the Turkish culture. *Clinical Psychiatry Journal*, 2(75-78).
- Karaköse, E. (2021). *Çocukluk çağı travma yaşantıları ve bilişsel üçlünün ruhsal belirtiler ile ilişkilerinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi).
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depression and anxiety disorders. *Şişli Etfal Medical Bulletin*, 45(2), 65-74.
- Kartal, P. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan erişkin hastaların nörobilişsel işlevler, risk alma ve dürtüsellik açısından sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılması. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi*, Maltepe Üniversitesi.
- Kavurma, M. (2014). The impact of temperament and character traits and anxiety sensitivity on emotion regulation difficulties in major depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder. *Medical Faculty, Near East University, Nicosia, Cyprus*.
- Kaya, B. (2007). Depression: A socio-economic and cultural perspective. *Clinical Psychiatry*, 10(Suppl 6), 11-20.
- Kaya, B., & Kaya, M. (2007). Historical perspective on the epidemiology of depression from the 1960s to the present. *Clinical Psychiatry*, 10(Suppl 6), 3-10.

- Kelleci, M., Aydın, D., & Sabancıoğulları, S. D. (2009). Anxiety and depression levels according to certain diagnostic groups of hospitalized patients. *Clinical Psychiatry Journal*, 12(2), 90-98.
- Kımtır, N. (2022). Dinî Başa Çıkma İle Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki Ve Bu İlişkilerde Psikolojik Sağlamlığın Aracılık Rolü. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 9(87), 1806-1841.
- Kimter, N. (2022). The relationship between coping with stress and depression, anxiety, stress, and psychological resilience, and the mediating role of psychological resilience in these relationships. *International Journal of Social and Human Sciences Research*, 9(87), 1806-1841.
- Kizilbash, A. H., Vanderploeg, R. D., & Curtiss, G. (2002). The effects of depression and anxiety on memory performance. *Archives of clinical neuropsychology*, 17(1), 57-67.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 994-999.
- Kolukirik, Ü. (2016). *Postpartum depresyon belirtisini etkileyen etmenler ve postpartum depresyon belirtisinin emzirme ile ilişkisi* (Master's thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).
- Korkmaz, G. (2023). Otonom Sinir Sistemi Muayenesi ve Otonom Sinir Sistemi Monitorizasyonu. *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 16(1), 33-37.
- Korkmaz, H. (2018). Comparison of depression, anxiety, and somatization test results with vestibular test findings in adults presenting with complaints of dizziness. (Master's thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Kotan, Z., Sarandöl, A., Eker, S. S., & Akkaya, C. (2009). Depression, neuroplasticity, and neurotrophic factors. *Current Approaches in Psychiatry*, 1(22-35).
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 284.

- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men?. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.
- Kulaksızoğlu, İ. B. (2009). Psychiatric manifestations of neurological disorders. *Department of Psychiatry, Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey.*
- Kurt, E., Gülbahçe, A. (2019). Van Depremini Yaşayan Öğrencilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23(3), 957-962
- Kutlu, R., Demirbaş, N., Gök, H., & Işıklar Özberk, D. (2016). The prevalence and contributing factors of anxiety and depression in patients hospitalized in cardiology intensive care units. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23(3), 178-188.
- Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American family physician*, 91(9), 617-624.
- Martucci, M., Balestrieri, M., & Bisoffi, G. (1999). Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: A two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine*, 29(4), 823-832.
- Mattern, S. P. (2022). The Atlas Patient: Galen on Melancholia and Psychosis. *Medical Understandings of Emotions in Antiquity: Theory, Practice, Suffering. Ancient Emotions III*, 131, 271.
- McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1), 33- 43.
- Mengüllüoğlu, S. (2021). The effect of seizure frequency on the anxiety status of parents of children with epilepsy. *Specialization thesis*. Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Meshram, A., Jha, R. K., & Muley, P. (2021). A review article on the relation between anxiety and depression. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(39A), 31-34.

- Miller, K. D., Ostrom, Q. T., Kruchko, C., Patil, N., Tihan, T., Cioffi, G., ... & Barnholtz-Sloan, J. S. (2021). Brain and other central nervous system tumor statistics, 2021. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(5), 381-406.
- Mochcovitch, M. D., Deslandes, A. C., Freire, R. C., Garcia, R. F., & Nardi, A. E. (2016). The effects of regular physical activity on anxiety symptoms in healthy older adults: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(3), 255-261.
- Mustafaoğlu, R., Mutlu, E. K., Mutlu, C., Çiftçi, A., & Özdiñçler, A. R. (2020). The effects of substance use disorders on anxiety, depression, and quality of life in adolescents. *Journal of Dependence*, 21(4), 308-316.
- Nurdan, G.T. (2024). “Yalnızlar İçin Çok Özel Bir Hizmet” Romanında Bilincin Üst Katmanı: İd, Ego, Süperegö, Avrasya Uluslararası Araştırma Dergisi, 12(38), 80-90
- Nyberg, J., Henriksson, M., Wall, A., Vestberg, T., Westerlund, M., Walser, M., ... & Åberg, M. (2021). Anxiety severity and cognitive function in primary care patients with anxiety disorder: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 21, 1-13.
- Okuyay, P., Atasoylu, G., Önde, M., Dereboy, Ç., Beşer, E. (2012). How quality of life, anxiety, and depression symptoms are affected in women: A cross-sectional field study. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23(3), 178-188.
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariente, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 2(1), 1-20.
- Öner, P., Türkçapar, H., & Özden, Ş. Ü. (2008). Çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi: anksiyete bozuklukları. *Kriz Dergisi*, 16(1), 11-18.
- Örnek, Ö. K., Günaydın, H. N., Kolaç, N., Açıkğöz, B., & Kavala, A. A. (2022). Anxiety levels in patients undergoing cardiovascular surgery: Examination of coping methods, self-efficacy levels, and social support mechanisms: A descriptive and correlational study. *Turkey Clinics Journal of Cardiovascular Sciences*, 34(2), 35-45.
- Özakar Akça, S., Selen, F., Demir, E., & Demir, T. (2018). The effect of gender and age differences on adolescent depression, anxiety disorders, self-harm,

- psychosis, post-traumatic stress disorder, alcohol-drug addiction, and attention deficit hyperactivity disorder problems. *Türkiye Klinikleri Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 255-264.
- Özakkaş, T. (2014). Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Özakkaş, T. (2014). Anxiety disorders and their treatment. *Psychotherapy Institute Education Publications*, 19.
- Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş. C., & Yıldız, M. (2013). The relationship between self-esteem, social appearance anxiety, depression, and anxiety in women during adolescence and early adulthood. *Journal of Mood Disorders*, 3(3), 107-113.
- Özdemir, E. (2021). The relationship between perceived parental attitudes and depression, anxiety, and stress levels among adolescents. (Master's thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Özdemir, G. S. (2015). The relationship between emotional suppression and depression, anxiety, and stress symptoms. (Master's thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Özder, A., & Kayalı, Y. (2018). Depresyon (Çökkünlük). *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 173-178.
- Özen, D. Ş., & Temizsu, E. (2010). Overlapping and differentiating symptoms in anxiety and depressive disorders. *Current Approaches in Psychiatry*, 2(1), 1-14.
- Özen, E. M., Aküzüm Serhadlı, Z. N., Türkcan, A. S., & Ülker, G. E. (2010). Somatization in depression and anxiety disorders. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23(1), 60-65.
- Özen, Ş. (2021). *Sınavların öğrenciler üzerinde oluşturduğu kaygı düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin çeşitli demografik değişkenler açısından incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü). Atatürk Üniversitesi.
- Özgen, F., Aydın, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu, *Klinik Psikiyatri*, 1:34-41

- Özgülük, B., & Öztemür, G. (2017). Psikanalitik Kuram: Sigmund Freud. In *Kişilik Kuramları: Gerçek Hayattan Kişilik Analizi Örnekleriyle*. Pegem Akademi.
- Özhan, M. B., & Boyacı, M. (2018). Perseverance as a predictor of depression, anxiety, and stress among university students: A structural equation modeling approach. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(4), 370-376.
- Özkapı, M. (2021). The relationship between social media usage and depression and social anxiety levels in adults. (Master's thesis). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Öztürk, A. (2014). Explanatory approaches to social anxiety. *Electronic Journal of Social Sciences*, 13(48), 015-026.
- Öztürk, B. T., Özel, F., Yaraş, T., Ekinci, B., Oktay, Y., Aysevener, E. O., ... & Direk, N. (2023). Kardiyovasküler Hastalık Riski ve Majör Depresyonun İlişkisi. *Neuropsychiatry*, 60, 124-128.
- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International review of psychiatry*, 22(5), 429-436.
- Paykel, E. S. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(3), 279-289.
- Polatoğlu, M. F. (2022). İncelenmesi: Kadınlarda evlilik doyumu, depresyon ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki. (Yüksek lisans tezi). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Rickards, H. (2006). Nörolojik bozukluklarda depresyon: bir güncelleme. *Current Opinion in Psychiatry*, 2(3), 144-150.
- Rivas-Vazquez, R. A., Saffa-Biller, D., Ruiz, I., Blais, M. A., & Rivas-Vazquez, A. (2004). Current issues in anxiety and depression: Comorbid, mixed, and subthreshold disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 74.
- Sağlık, G. N. (2021). Psikanalitik kuram ve sosyal hizmet. *FLSF Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, (31), 435-455.
- Salık, S., Çakmak, S., & Uğuz, Ş. (2019). Tedavi almamış major depresyon hastalarında erken dönemde bilişsel işlevler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22:408-415.

- Savaş, N. (2019). *Ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk, duygusal tepkisellik ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 801-812.
- Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T., & Hettema, J. M. (2015). Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(7), 388-401.
- Snyder, J. M., Gibson-Corley, K. N., & Radaelli, E. (2021). Nervous system. *Pathology of Genetically Engineered and Other Mutant Mice*, 462-492.
- Sorkun, İ. K. (2021). Depresyon belirtilerinin üst bilişsel model ve bilişsel-duygu düzenleme stratejileri çerçevesinde incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Soylu, A. (2019). Atilla İlhan'ın Eserlerinde Otobiyografik Yansımalar Ve Benlik Temsilleri, Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van.
- Söğütlü, L., & Alaca, N. (2019). 55 Yaş Altı Unutkanlık Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Öznel Bellek Yakınmaları ile Nesnel Bellek Performansı, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1).
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068.
- Sulukaya, A. (2019). *Depresyon tanısı almış olan bireylerle sağlıklı bireylerin gıda tüketiminin karşılaştırılması* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety disorders: a review. *Jama*, 328(24), 2431-2445.
- Şahin, H. (2024). Psikiyatrik tanı alan bireylerle psikiyatrik tanı almayan bireylerin bilişsel şemalarının, bilişsel kaçınmalarının ve bilişsel çarpıtmalarının karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi). Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Maltepe Üniversitesi.

- Şahin, H. E., & Edipoğlu, G. O. (2022). Obsesif-kompulsif bozukluk: Kısa bir gözden geçirme. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 2(2), 51-58.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve anksiyete bozuklukları. *Türkiye Klinikleri*, 6(10), 117-135.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şakiroğlu, M. (2022). Yetişkinlerde depresyonun algılanan sosyal destek, minnettarlık ve iyi oluşla ilişkileri. (Yüksek lisans tezi). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Şeker, F. D., Aydoğdu, M., & Akgür, S. A. (2019). Gebelerde sigara ve kafein kullanımının depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 20(1), 21-31.
- Şengül, S., & Baykan, H. (2013). Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14(1), 30-39.
- Şenışık, S., Kayış. (2021). Spora Katılımın Ergenlik Dönemindeki Depresyon ve Kaygı Düzeylerine Etkisi, *Ege Tıp Dergisi*, 60(3): 210-218
- Şentürk, E. (2017). Sosyal medya bağımlılığının depresyon, anksiyete bozukluğu, karışık anksiyete ve depresif bozukluk hastaları ile kontrol grubu arasında karşılaştırılması ve kullanıcıların kişilik özellikleriyle ilişkisi. (Yüksek lisans tezi). Ankara.
- Şirvanlı-Özen, D., & Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve depresif bozukluklarda örtüGen ve ayrışan belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 1-14.
- Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Anksiyete bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 1641, 1644.
- Tanış, B. B. (2019). Depresyon ve sosyal destek ilişkisi: Sosyal beceri ve duygusal farkındalığın aracı rolünün incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Tanör, Ö. Ö. (2013). Davranışsal nörofizyolojiye giriş (2. Baskı).
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet*, 400(10352), 617-631.
- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 87-88.

- Tolentino, J. C., & Schmidt, S. L. (2018). DSM-5 criteria and depression severity: implications for clinical practice. *Frontiers in psychiatry*, 9, 450.
- Tuzcuoğlu, N. (1995). Psikanaliz kuramı ve özellikleri. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7, 275-285.
- Tükel, R., & Alkın, T. (2006). Anxiety disorders. Ankara, Turkey: Turkish Psychiatric Association Publications.
- Tülgün, G. (2020). Sosyal anksiyete bozukluğu ve psikolojik zihinlilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Near East University, Nicosia, Cyprus.
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Ufuk, B. (2010). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. (Uzmanlık tezi). Adana.
- Usta, İ. (2020). Çok Yönlü Bir Öğrenme Aracı Olarak Eğitici Ahşap Oyuncaklarının Okul Öncesi Dönem Çocukların Kişilik Gelişimine Katkısı, *İnformel Ortamlarda Araştırmalar Dergisi*, 5(2), 199-210
- Uzbay, T. (2004). Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 4(3), 1-11.
- Üçel, U. (2016). Depresyon etiyolojisi ve sitokinlerin rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 41-45.
- Ülev, E. (2014). Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, anksiyete ve stres belirtileriyle ilişkisi. (Yüksek lisans tezi). Ankara.
- Ünsalver, B. Ö., & Balcıoğlu, İ. (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: Epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37, 115-120.
- Üstün, A., & Bayar, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 36.
- Üstündağ, M. F., Yılmaz, E. D., Uğur, K., Ünal, Ö., Herdem, A., Aydın, O., & Aydemir, O. (2020). Major depresif bozukluk tanılı hastaların bireysel farklılıkları

- üzerine dokuz tip mizaç modeli odaklı bir inceleme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3).
- Ventriglio, A., Bhugra, D., Sampogna, G., Luciano, M., De Berardis, D., Sani, G., & Fiorillo, A. (2020). From dysthymia to treatment-resistant depression: evolution of a psychopathological construct. *International Review of Psychiatry*, 32(5-6), 471-476.
- Vulser, H., Wiernik, E., Hoertel, N., Thomas, F., Pannier, B., Czernichow, S., ... & Lemogne, C. (2016). Association between depression and anemia in otherwise healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 150-160.
- Wen, P. Y., & Huse, J. T. (2017). 2016 World Health Organization classification of central nervous system tumors. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23(6), 1531-1547.
- West, A. E. (2018). *Yetişkin bağlanma stillerinin savunma mekanizmaları ve yaşam doyumuyla ilişkilerinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- WHO. (2020). *Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization.
- Yagcı, İ., Avcı, S., Taşdelen, Y., Kıvrak, Y. (2018). İntihar Girişiminde Bulunanlarda D Tipi Kişilik Çocukluk Çağı Travmaları Depresyon Anksiyete Dürtüsellik, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19 (6), 551-558.
- Yalçın, N. (2021). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Kuram ve Psikanalitik Kuram Perspektifinden Karşılaştırılarak İncelenmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Yam, F. C. (2023). Postmodern Danışma Kuramlarından Öyküsel Terapi'nin Bilişsel Davranışçı Terapi ve Psikanalitik Terapi ile Karşılaştırılması. *Humanistic Perspective*, 5(1), 708-722.
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The effects of psychological stress on depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 494-504.
- Yapan, S. (2018). Depresyon ve anksiyete belirtilerinin yoruyucuları olarak ruminasyon, otomatik düşünceler, işlevsel olmayan tutumlar ve düşünce baskılama. (Yüksek lisans tezi). Near East University, Nicosia, Cyprus.

- Yemez, Ö. (2021). Melancholy: A Brief History Of An Ancient Concept. *International Journal of Language Academy*, 9(4).
- Yetkin, S., & Özgen, F. (2007). Tarihsel içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri, Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(47), 1-5.
- Yıldırım, E. A. (2019). Yetişkinlerde ayrılık anksiyetesinin depresyon belirtileri ile ilişkisinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). İstanbul.
- Yıldırım, İ., Işık, Ö., Ersöz, G., Büyükkök, M., Zengin, G., & Özel, Ö. (2016). Correlation between depression and eating attitudes and behaviors among those who performed regular physical activities. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3590-3599.
- Yılmaz, B. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Lectio Scientifc*, 2(1), 21-42.
- Yılmaz, R., & Ekin, N. (n.d.). Belirgen yetişkinlikte depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin şükran ve umut açısından incelenmesi. *Anadolu Kocaeli Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 511-530.
- Yılmaz, Z. (2021). Onkoloji departmanında çalışan bireylerde ölüm kaygısı, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi. (Yüksek lisans tezi).
- Yücesoy, A. A., & Özerk, H. (2021). Yaşama Verilen Anlamlar Bağlamında Psikoterapi Kuram Ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Kutadgubilig Felsefe-Bilim Araştırmaları*, Haziran 2021, Sayı 43, 167-192.
- Zayman, E. P. (2016). DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(2), 360-362.

Ekler

Ek-1 Katılımcı Bilgilendirme Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

Programı yüksek lisans tezi kapsamında yürütülen “Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyon Tanılı Hastaların Nörobilişsel Becerilerinin Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması” adı altında anksiyete ve depresyon tanılı hastaların nörobilişsel süreçleri, anksiyete ve depresyonun düzeyi, şiddeti, ve boyutu göz önünde bulundurularak bir kanıya varılması için uygulanacak bir çalışmadır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen kişisel veriler tamamen gizli tutulacaktır. Verilerin saklanması ve korunmasında gizlilik esas sayılacaktır. Elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışma yaklaşık 50 dakika sürmektedir. Çalışma sırasında katılanlar istediği vakit katılımı sonlandırıp, çalışmadan çekilme haklarına sahiptirler. Çalışmadan çekilme durumunda katılımcı bilgileri silinecek ve araştırmaya dahil edilmeyeceklerdir.

Teşekkürler.

Araştırmacı: Berrin İrem Yedikardes

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Hande Çelikay Söyler

Ek-2 Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma ve formlar, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji

Yüksek Lisans Programı öğrencisi Berrin İrem Yedikardeş tarafından, Doç.Dr.Hande Çelikay Söyler danışmanlığında, yürütülmekte olan yüksek lisans tezinin bir bölümüdür. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma yaklaşık 50 dakika sürmektedir. Bu çalışmanın amacı anksiyete bozukluğu ve depresyon tanıları hastaların nörobilişsel becerilerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırılmasıdır. Çalışma sonucunda toplanan veriler gizlilik ilkesine bağlı kalınarak yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmanın tamamlanmasından sonra yanıtlar anonim bir şekilde saklanacaktır. Aydınlatılmış Onam Formunu okuyup imzalamanız dahilinde araştırmaya gönüllü olarak katıldığınızı belirtmiş olursunuz. Çalışma sırasında istediğiniz zaman katılımı sonlandırıp, çalışmadan çekilme durumunda katılımcı bilgileri silinecek ve araştırmaya dahil edilmeyecektir. Katılımınız ve çalışma adına vermiş olduğunuz katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Berrin İrem Yedikardes

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Hande Çelikay Söyler

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Yakın Doğu Üniversitesi Öğretim Görevlisi

20215477@std.neu.edu.tr hande.celikay@neu.edu.tr Aşağıda yer alan ilgili bölüme imzanızı attığınızda, yukarıdaki bilgileri okuduğunuzu ve çalışmaya gönüllü olarak katılım sağladığınızı kabul etmiş olursunuz.

Katılımcı Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Ek-3 Sosyo Demografik Bilgi Formu

Aşağıdaki bilgi formunda verilen seçenekler arasında, durumunuzu en iyi anlatan seçeneği yuvarlak içine alarak belirtiniz.

1 Cinsiyetiniz?

Kadın erkek

2 Yaşınız?

18- 35 36-55 56 -65

3 Eğitim Durumunuz?

İlkokul Lise Üniversite Yüksek lisans Diğer

4 Kiminle yaşıyorsunuz?

Aile (yakın derecede kişi) yalnız Diğer

5 Anne – babanızın eğitim düzeyleri nelerdir?

İlkokul Lise Üniversite Yüksek lisans Diğer

6 Kardeşiniz var mı? Var ise kaç tane? Kaçınıcı çocuksunuz?

Evet Hayır

7. Gelir düzeyiniz?

Düşük Orta Yüksek

8.Nörolojik bir rahatsızlığınız var mıdır? (Epilepsi, MS vb)

Evet Hayır

9. Daha önce hiç ameliyat geçirdiniz mi?

Evet Hayır

10. Daha önce kafa travması, inme, beyin kanaması vb. bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

Evet Hayır

Geçmişte sizi derinden etkileyen ve sizin için önem arz eden herhangi bir olay var mıdır? Var ise nedir?

Evet Hayır

11. Yaşamış olduğunuz anksiyete ve depresyon süreci hayatınızı nasıl etkiliyor?

Düşük Orta Yüksek

12. Yaşamış olduğunuz anksiyete ve depresyon sürecinin boyutunu ve şiddetini tarif edebilir misiniz?

Düşük Orta Yüksek

13. Yaşamış olduğunuz anksiyete ve depresyon süreciyle baş edebiliyor musunuz?

Evet Hayır

Ek-4 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

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 yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
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 ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek-5 BDE ÖLÇEĞİ

BDE

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulup daire içine alarak işaretleyiniz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok d. Benim için bir gelecek gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4)	a. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Herhangi bir suçum için cezalandırıldığımı düşünmüyorum b. Bazı şeyler için cezalandırılabilirim c. Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım- kendimden hoşnutum b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım- kendimden pek hoşnut değilim c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman- suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
10)	a. Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskişine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum c. Şu sıralarda her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Her zamankinden daha sinirli değilim b. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum c. Çoğu zaman sinirliyim d. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinilenemiyorum
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskişine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum b. Şu sıralarda karar vermeyi erteliyorum c. Eskişine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum b. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor c. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Hiçbir iş yapamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolayca ve rahat uyuyabiliyorum b. Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskişine göre bir veya iki saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum d. Eskişine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskişine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskişinden daha çabuk yoruluyorum c. Şu sıralarda neredeyse her şeyde beni yoruyor d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şu sıralarda iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk (üç) kilodan fazla kaybettim c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet () Hayır ()
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var c. Ağrı sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskişine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

Ek-6 STROOP TESTİ KATILIM FORMU**KAYIT FORMU**

Adı Soyadı : **Uygulayıcının**

Doğum Tarihi :/...../..... **Adı Soyadı** :
.....

Yaşı :

Uygulama Tarihi :/...../.....

Cinsiyeti :

Uygulama Yeri :

Eğitim Düzeyi :

Bölüm I: Siyah Basılmış**Bölüm II: Renkli Basılmış**

Renk İsmi Okuma
Okuma

M S K Y

Y M S K Y M S K Y K M S Y K M S

K Y S M

S K Y M

K M S Y

Renk İsmi

M S K Y

K Y S M

S K Y M

K M S Y

Bölüm III: Şekil Rengi Söyleme**Bölüm IV: Renk İsmi Olmayan****Kelime Rengi Söyleme**

Y M S K

S K Y M

M Y S K

M S K Y

Y

Y M S K

S K Y M

M Y S K

M S K

K Y M S
S Y M K

K Y M S
S Y M K

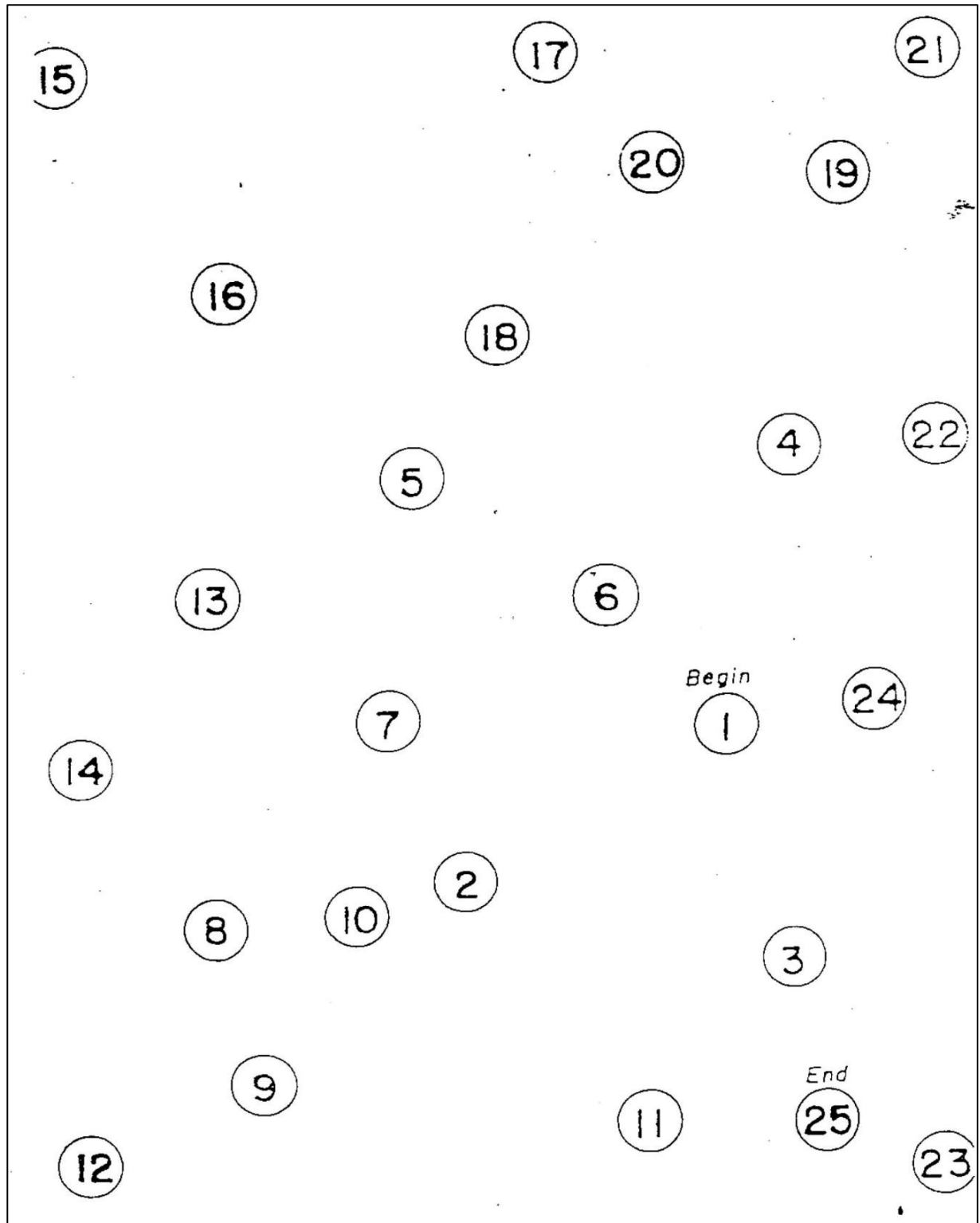
Bölüm V: Renk İsmi Olan Kelime

Rengi Söyleme

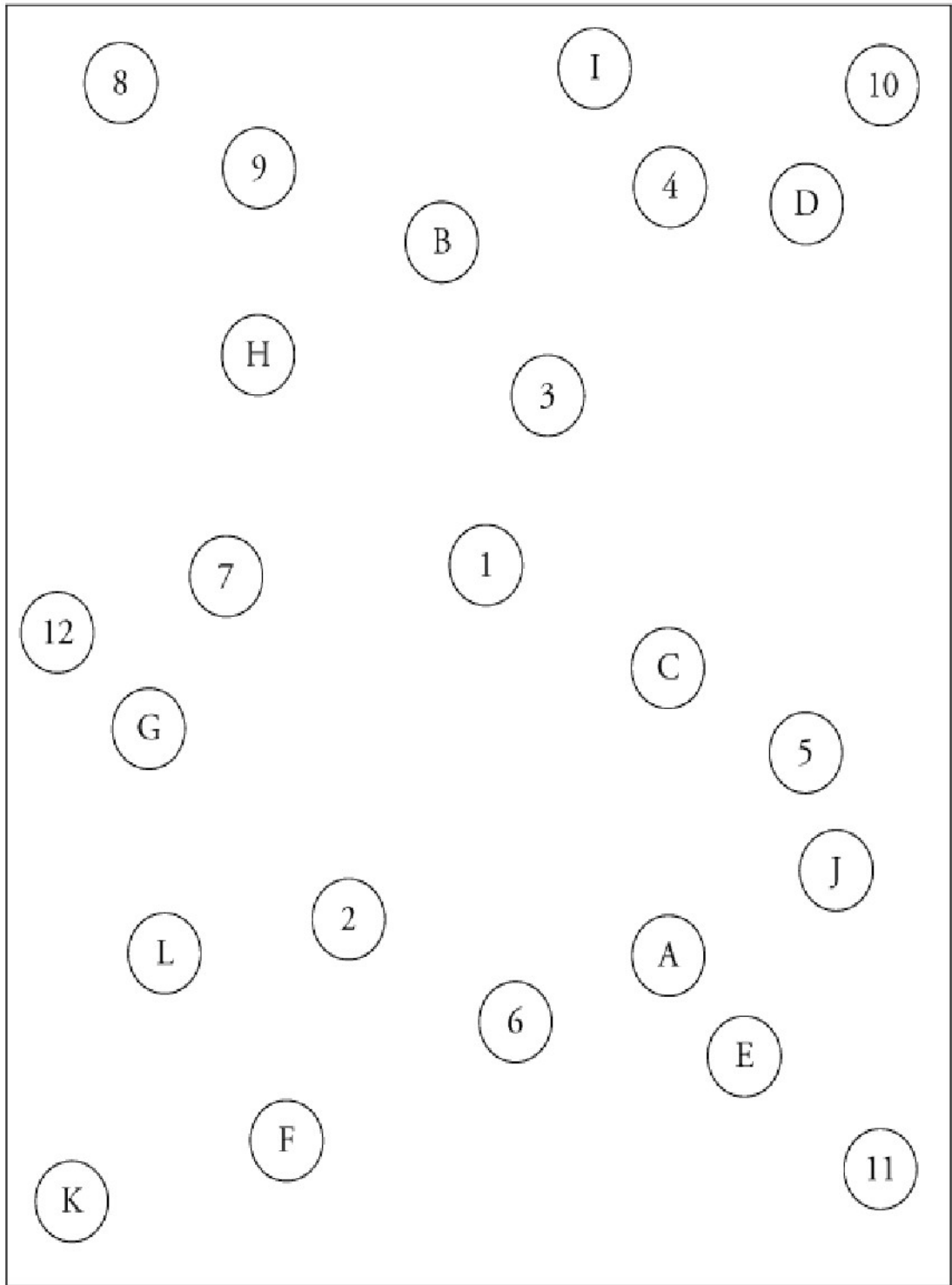
Y M S K
S K Y M
M Y S
K M S
K Y
K Y M S
S Y M K

	TOPLAM SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

Bölüm A



Bölüm B



Ek-7 SAYI DİZİSİ ÖĞRENME TESTİ KATILIM FORMU**Denek ile ilgili Bilgiler:****Adı Soyadı** :**Doğum Tarihi** :/...../.....**Yaşı** :**Cinsiyeti** :**Eğitim Düzeyi** :**SDÖT Formu:** 6 – 1 – 3 – 5 – 2 – 8 – 7 – 4 – 9

7 – 9 – 7 – 4 – 8 – 5 – 2 – 6 – 1

8 – 5 – 2 – 9 – 4 – 1 – 7 – 3 – 6

Uygulayıcının**Adı Soyadı:****Uygulama Tarihi:** /...../.....**Uygulama Yeri:**

Deneme	CEVAPLAR	Puan	Hata Türü
1)			
2)			
3)			

4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			
11)			
12)			
	TOPLAM PUAN:		

SDÖT9 FORMU İÇİN SEÇENEK DİZİLER:

(1) 6 – 1 – 3 – 5 – 2 – 8 – 7 – 4 – 9

(2) 3 – 9 – 7 – 4 – 8 – 5 – 2 – 6 – 1

(3) 8 – 5 – 2 – 9 – 4 – 1 – 7 – 3 – 6

21:39 4G

< Gelen

GT **Gulsen T.** 17:18
Kime: iremyedikardes@outlook.com >

olcek onayi

Merhaba İrem,
Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail.
nesrinhislisahin@gmail.com<<mailto:nesrinhislisahin@gmail.com>>

17:03

< Tüm Gelenler

MU **Mustafa Ulusoy** 17:01
Kime: İrem Yedikardes >

Ynt: Beck Anksiyete Ölçeği Kullanım izni

İrem hanım merhaba
İlgili çalışmanızda BAÖ ni kullanabilirsiniz.

Selamlar

M.Ulusoy

Dr. Mustafa Ulusoy
Psikiyatrist & Psikoterapist

Bağdat Cd. Tanzimat sk.
Şedele Ap. 11/5
Caddebostan İstanbul
Tel: [+90 5322366952](tel:+905322366952)

İrem Yedikardes <iremyedikardes@outlook.com>
şunları yazdı (12 Oca 2024 16:50):

Sayın Prof.Dr.Mustafa Ulusoy
Ben Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek lisans öğrencisi Berrin İrem Yedikardeş Tez çalışmamı Prof.Dr.Hande Çelikay Söyler danışmanlığında yürütmekteyim. Tez çalışmamda sorumlusu olduğunuz Beck Anksiyete Ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkürlerimi sunarım. İyi çalışmalar dilerim. Saygılarımla.
iPhone'umdan gönderildi

10:54

4G

09:18

1

BT BANU TAVAT
Kime: İrem Yedikardes >

Ynt: Test İzin

Sn. İrem YEDİKARDEŞ,

İz Sürme Testi'ni Klinik Psikoloji alanında yürüteceğiniz Yüksek Lisans Tez çalışmanızda ekli standart yönergesini ve uygulama formu doğrultusunda kullanmanızda sakınca yoktur. Atıfta bulunacağınız yayınlar ayrıca ekte iletilmiştir. Başarılar dilerim.

Banu CANGÖZ TAVAT

Prof. Dr. Banu CANGÖZ TAVAT
Hacettepe Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü

Professor Banu CANGÖZ TAVAT
Hacettepe University
Faculty of Letters
Department of Psychology

Gönderen: İrem Yedikardes
<iremyedikardes@outlook.com>
Gönderildi: 8 Mart 2024 Cuma 00:27:45
Kime: BANU TAVAT
Konu: Test İzin

14:17

08:29

4

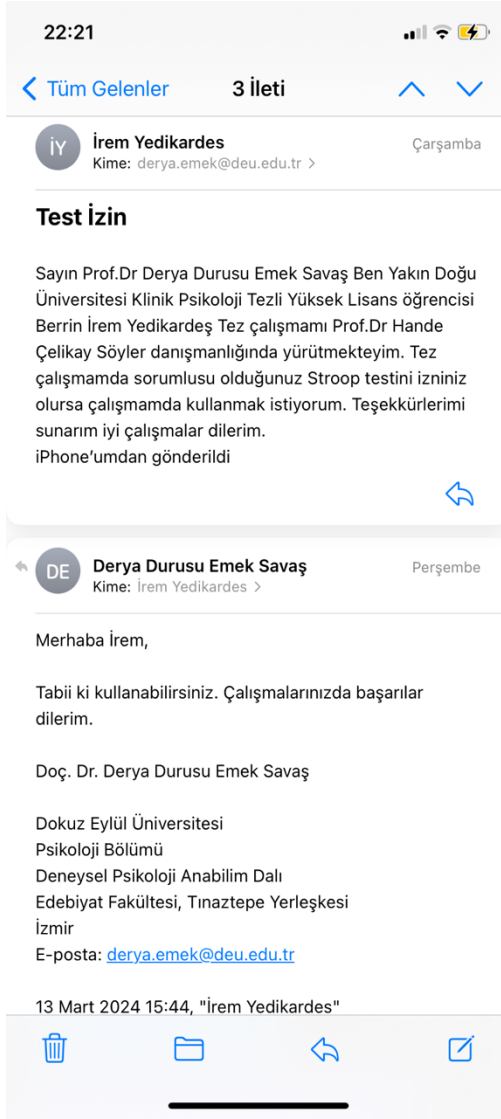
PS Prof. Dr. Sirel Karakaş
Kime: İrem Yedikardes >

Ynt: İzin

Merhabalar İrem Hanım,
Sayı Dizisi Öğrenme Testi'ni tezinizde kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim.

EMERİTUS PROF. DR. SİREL KARAKAŞ
Doğuş Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul
Nörometrika Eğitim-Danışmanlık/Araştırma-Geliştirme (ED-AG), Ankara
www.neurometrika-tech.com
www.psikolojisozlugu.com
www.sirelkarakas.com
Mobil: 0530-977 28 12 Sabit: 0312-299 21 48

On Fri, Mar 15, 2024 at 1:50 AM İrem Yedikardes <iremyedikardes@hotmail.com> wrote:
Sayın Prof.Dr Sirel Karakaş Ben Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Berrin İrem Yedikardeş Tez çalışmamda sorumlusu olduğunuz Sayı Dizisi testini izniniz olursa çalışmamda kullanmak



ÖZGEÇMİŞ

Berrin İrem YEDİKARDEŞ, 9 Temmuz 1998 yılında Şanlıurfa’da doğmuştur. İlkokul ve ortaokul öğretimini Şanlıurfa İbrahim Tatlıses İlköğretim okulunda tamamlamıştır. Liseyi İstanbul Özel Valide Sultan Kız Kolejinde tamamlamıştır. İstanbul Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümünden 2021 yılında mezun olmuştur. Lisans Stajını Özel Fransız Lape Psikiyatri Hastahanesin’de tamamlamıştır. 2022 yılında Yakın Dogu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansına başlamıştır. Yakın Dogu Üniversitesi Hastahanesin’de Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Stajını tamamlamıştır. 2023 yılında Prof.Dr M.Hakan Türkçapar’dan BDT eğitimini tamamlayarak stresle başa çıkma, zor zamanlarda kendini sakinleştirebilme, duygusal anlamda güçlü olmak, geçmişten günümüze travmatik döngümüz, öz güven eğitimi gibi bir çok eğitimlere katılmıştır.

BERRİN İREM YEDİKARDEŞ

İntihal Raporu Oranı

iremyedikardes turnitin %13.pdf			
iremyedikardes turnitin.docx			
ORJİNALLİK RAPORU			
%13	%11	%6	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	dergipark.org.tr		%2
	İnternet Kaynağı		
2	acikbilim.yok.gov.tr		%1
	İnternet Kaynağı		
3	acikerisim.sakarya.edu.tr		%1
	İnternet Kaynağı		
4	toad.halileksi.net		%1
	İnternet Kaynağı		
5	abis-files.aybu.edu.tr		<%1
	İnternet Kaynağı		
6	acikerisim.gelisim.edu.tr		<%1
	İnternet Kaynağı		
7	Bülbül, Özlem. "Romantik ilişkisi Olan Bireylerin Sosyal Medya Bağımlılık Düzeyleri, İlişki Doyumu ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2022		<%1
	Yayın		
8	openaccess.izu.edu.tr		
	İnternet Kaynağı		

14:52



< Tüm Gelenler



Baek Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Kime: iremyedikardes@outlook.com >

12:16



Etik Kurul

**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

07.05.2024

Sayın Berrin İrem Yedikardeş

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2024/1780 proje numaralı ve "Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon Tanılı Hastaların Nörobilişsel Becerilerinin Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Prof. Dr. Aşkın KIRAZ

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Koordinatörü

