

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**20-40 YAŞ ARASI PSİKOLOJİK TEDAVİ ALAN
KADINLAR İLE ALMAYANLARIN DEPRESYON,
ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan
Dilek ÇELEBİ ÇELİK

İSTANBUL, 2016

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**20-40 YAŞ ARASI PSİKOLOJİK TEDAVİ ALAN
KADINLAR İLE ALMAYANLARIN DEPRESYON,
ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan

Dilek ÇELEBİ ÇELİK

Öğrenci No:

130790088

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR

İSTANBUL, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ” **20-40 Yaş Arası Psikolojik Tedavi Alan Kadınlar İle Almanların Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Düzeyleri**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 09.01.2016

Dilek ÇELEBİ ÇELİK



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

29.01.16

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **130790088** numaralı **Dilek ÇELEBİ ÇELİK'İN** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**20-40 Yaş Arası Psikolojik Tedavi Alan Kadınlar İle Almayanların Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Düzeyleri**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 15.09.2015 tarih ve 2015/37 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (.....) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

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

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. Samuray ÖZDEMİR
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)



ÜYE
Yrd.Doç.Dr. Neslim DOKSAT
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)



ÜYE
Prof.Dr. İrem Yalug ULUBİL
(KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ)



TEŞEKKÜR

Beni büyüten, kişilik gelişimime büyük katkıda bulunan, hayatımın her anında yanımda olan dünyadaki en sevdiğim insana anneannem Gülen Çoğullular'a,

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi-manevi desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen ve ellerini hep üstümde hissettiğim canım annem Meral Çelebi ve canım babam Vedat Çelebi'ye,

Üniversite hayatımdan beri hayatımın tüm aşamalarında desteğini hiç bir zaman esirgemeyen, nazımı niyazımı çeken en iyi arkadaşım ve eşim Serkan Çelik'e,

Kuzenden çok her biri kardeşim olan Fatoş Karga, Selçuk Karga, Cansu Kunt, Oğuzhan Kunt, Ece Çoğullular ve Eda Çoğullular'a,

Araştırma sürecinde çalışmama yardımcı olan, desteğini hiç bir zaman esirgemeyen çok değerli hocam Yard. Doç. Dr. Samuray Özdemir'e çok teşekkür ederim.

Adı ve Soyadı : Dilek ÇELEBİ ÇELİK
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans / Tez, 2016
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Depresyon, Anksiyete, Benlik Saygısı.

ÖZ

20-40 YAŞ ARASI PSİKOLOJİK TEDAVİ ALAN KADINLAR İLE ALMAYANLARIN DEPRESYON, ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİ

Bu araştırmada, İstanbul ilinde bir tıp merkezinin klinik psikoloji polikliniğine başvuran ve başvurma sebebine bakılmaksızın rastgele seçilen, 20-40 yaş aralığındaki kadınlar ile rastlantısal olarak seçilen, aynı yaş aralığında olup daha önce hiç psikoloğa başvurmadığı bilinen kadınların depresyon, anksiyete ve benlik saygısı düzeylerinin birbirleriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 144 kişiden ölçekleri eksiksiz dolduran 100 kişi örnekleme oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmamızda psikoloğa başvuran kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin psikoloğa başvurmayan kadınlardan daha yüksek olduğu; yakın arkadaş sayısı 2 ve altında olan bireylerin, arkadaş sayısı 2'den çok olan bireylere oranla depresif duygulanım düzeylerinin daha yüksek olduğu; yaşı 30-40 yaş arasında olan bireylerin, yaşı 20-29 yaş arasında olan bireylere oranla benlik saygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve düşük gelir düzeyindeki kadınlarda tartışmalara katılabilme düzeyi ve psişik izolasyon düzeyinin yüksek gelir düzeyindeki kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ve tüm bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda benlik saygısı ile "kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit

hissetme, ana-baba ilgisi ve psikişik izolasyon” arasındaki ilişkiler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Gelir düzeyi ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’nden alınan toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olmakla beraber, benlik saygısı ölçeğinin alt ölçeklerinden biri olan “depresif duygulanım” ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Name and Surname : Dilek ÇELEBİ ÇELİK
Supervizor : Asst. Assoc. Dr. Samuray ÖZDEMİR
Degree and Date : Master, 2016
Major : Clinical Psychology
Key Words : Depression, Anxiety, Self-Esteem

ABSTRACT

LEVELS OF DEPRESSION, ANXIETY AND SELF-ESTEEM AMONG WOMEN BETWEEN AGES 20-40, WHO HAVE RECEIVED PSYCHOLOGICAL TREATMENT OR NOT

In this study, the levels of depression, anxiety and self-esteem of women in the 20-40 age range who applied a psychology clinic of a medical center in Istanbul, regardless of visiting cause, and randomly selected women who never resort to psychologist aimed to compare with each other. Among 144 women who agreed to participate in the study, 100 of them actually finished the survey and these responses used as data set for the study. Data has been collected by using Beck Depression Study, Beck Anxiety Scale, Rosenberg Self Respect Scale and Personal Information Form which is created by researcher.

According to our study, the women who admitted to a psychologist have higher levels of depression and higher levels of anxiety than the women who did not admitted to a psychologist the women who have less than 2 close friends have higher levels of depression than the ones who have more than 2 close friends; the women in the age range of 30-40 have lower level of self-respect than the women in the age range of 20-29; levels of the ability of participating in discussions and the levels of psychic isolation in women with low-income are higher than women with high-income and all these results are statistically significant. For the women with high educational level; the relationship between self-esteem and “continuity of the self-concept, trusting people, depressive mood, being imaginative,

psychosomatic symptoms, interpersonal feelings of threat in the relationships, parent involvement and psychic isolation” were statistically significant. Even though Rosenberg Self-Esteem Scale total scores and level of income do not have any statistically significant relationship; there were a statistically significant relationship between level of income and depressive affect, which is a subscale of the self-esteem scale.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem.....	1
1.1.1. Alt Problemler.....	1
1.2. Tanımlar.....	4
1.3. Sayıtlar.....	5
1.4. Sınırlılıklar.....	5
1.5. Araştırmanın Amacı.....	6
1.6. Araştırmanın Önemi.....	6
2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR	7
2.1. Depresyon.....	7
2.1.1. Depresyon Tanımı.....	7
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	9
2.1.3. Depresyonun Etiyolojisi.....	12
2.1.4. Depresyonda Klinik Görünüm.....	13
2.1.5. Depresyona Kuramsal Yaklaşım.....	17
2.1.5.1. Psikanalitik Yaklaşım.....	17
2.1.5.2. Bilişsel yaklaşım.....	18
2.1.6. Klinik Seyir, Tedavi ve Yaklaşım.....	19
2.1.6.1. Gebelerde Depresyon.....	19
2.1.6.2. İntihar ve Depresyon.....	20
2.2. Anksiyete.....	20
2.2.1. Anksiyetenin Tanımı.....	20
2.2.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	22
2.2.3. Anksiyetenin Etiyolojisi.....	24

2.2.4. Anksiyetede Klinik Görünüm	25
2.2.5. Anksiyetede Kuramsal Yaklaşım.....	26
2.2.5.1. Psikanalitik Yaklaşım	26
2.2.5.2. Gelişimsel Yaklaşım	27
2.2.5.3. Bilişsel Yaklaşım	27
2.2.6. Anksiyetede Klinik Seyir, Tedavi ve Yaklaşım.....	27
2.3. Benlik	28
2.3.1. Benlik Kavramının Gelişimi	28
2.3.2. Benlik Saygısının Türleri	29
3. YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Modeli	32
3.2. Evren ve Örneklem	32
3.3. Veri Toplama Araçları	32
3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	34
3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	35
3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (R-BSÖ).....	35
3.3.4. Kişisel Bilgi Formu (KBF)	37
3.3.5. Katılımcı Onam Formu (KOF)	37
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	37
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	87
6. ÖNERİLER.....	93
KAYNAKÇA.....	95
EKLER.....	101
Ek 1. Beck Depresyon Ölçeği	101
Ek 2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	102
Ek 3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	103
Ek 4. Kişisel Bilgi Formu.....	108
Ek 5. Katılımcı Onam Formu.....	109

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Psikoloğa Başvuran 50 Bireyin Belirli Değişkenlere Göre Dağılımı .	39
Tablo 4.2. Psikoloğa Başvurmayan 50 Bireyin Belirli Değişkenlere Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.3. Psikoloğa Başvuran Bireylerin BAÖ ve BDÖ Ortalama Toplam Puan Dağılımı.....	42
Tablo 4.4. Psikolog Desteği Almayan Bireylerin Ortalama BAÖ ve BDÖ Toplam Puan Dağılımı	42
Tablo 4.5. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Alt Ölçeklerindeki Ortalama Toplam Puan Dağılımı	43
Tablo 4.6. Psikolog Desteği Almayan Bireylerin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Alt Ölçeklerindeki Ortalama Toplam Puan Dağılımı	45
Tablo 4.7. Bireylerin Psikoloğa Başvurup Başvurmaması ile BAÖ ve BDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	47
Tablo 4.8. Bireylerin Psikoloğa Başvurup Başvurmaması ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişkinin “Mann Whitney U” Testi ile Analizi.....	48
Tablo 4.9. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yaşları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.10. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yaşları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.11. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yaşları İle Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.12. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yaşları İle Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.13. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Medeni Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	55

Tablo 4.14. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Medeni Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.15. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Medeni Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.16. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Medeni Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.17. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4.18. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.19. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 4.20. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 4.21. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Çalışma Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.22. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Çalışma Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.23. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Çalışma Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	67
Tablo 4.24. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Çalışma Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 4.25. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Gelir Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 4.26. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Gelir Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	71

Tablo 4.27. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Gelir Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 4.28. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Gelir Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 4.29. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.30. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	76
Tablo 4.31. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	77
Tablo 4.32. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 4.33. Psikoloğa Başvuran Bireylerin BAÖ ve BDÖ Puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	81
Tablo 4.34. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin BAÖ ve BDÖ Puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	84

KISALTMALAR

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
KBF	: Kişisel Bilgi Formu
KOF	: Katılımcı Onam Formu
R-BSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

1. GİRİŞ

1.1. Problem

20-40 yaş arasındaki kadınlar içerisinde psikoloğa başvuran kadınlar ile psikoloğa başvurmamış kadınların anksiyete, depresyon ve benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.1.1. Alt Problemler

Araştırmanın genel amacına bakılarak şu sorulara cevap aranacaktır:

1. Psikoloğa başvuran kadınların depresyon düzeyleri nedir?
2. Psikoloğa başvuran kadınların anksiyete düzeyleri nedir?
3. Psikoloğa başvurmayan kadınların depresyon düzeyleri nedir?
4. Psikoloğa başvurmayan kadınların anksiyete düzeyleri nedir?
5. Psikoloğa başvuran kadınların benlik saygısı düzeyleri nedir?
6. Psikoloğa başvurmayan kadınların benlik saygısı düzeyleri nedir?
7. Psikoloğa başvuran kadınların depresyon düzeyleri ile psikoloğa başvurmayan kadınların depresyon düzeyleri arasında fark var mıdır?
8. Psikoloğa başvuran kadınların anksiyete düzeyleri ile psikoloğa başvurmayan kadınların anksiyete düzeyleri arasında fark var mıdır?
9. Psikoloğa başvuran kadınların benlik saygısı düzeyleri ile psikoloğa başvurmayan kadınların benlik saygısı düzeyleri arasında fark var mıdır?
10. Psikoloğa başvuran kadınların yaşları ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

11. Psikoloğa başvuran kadınların yaşları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
12. Psikoloğa başvuran kadınların yaşları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
13. Psikoloğa başvurmeyan kadınların yaşları ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
14. Psikoloğa başvurmeyan kadınların yaşları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
15. Psikoloğa başvurmeyan kadınların yaşları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
16. Psikoloğa başvuran kadınların medeni durumları ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
17. Psikoloğa başvuran kadınların medeni durumları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
18. Psikoloğa başvuran kadınların medeni durumları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
19. Psikoloğa başvurmeyan kadınların medeni durumları ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
20. Psikoloğa başvurmeyan kadınların medeni durumları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
21. Psikoloğa başvurmeyan kadınların medeni durumları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
22. Psikoloğa başvuran kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

23. Psikoloğa başvuran kadınların eğitim düzeyi ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
24. Psikoloğa başvuran kadınların eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
25. Psikoloğa başvurmeyan kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
26. Psikoloğa başvurmeyan kadınların eğitim düzeyi ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
27. Psikoloğa başvurmeyan kadınların eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
28. Psikoloğa başvuran kadınların çalışma durumları ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
29. Psikoloğa başvuran kadınların çalışma durumları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
30. Psikoloğa başvuran kadınların çalışma durumları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
31. Psikoloğa başvurmeyan kadınların çalışma durumları ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
32. Psikoloğa başvurmeyan kadınların çalışma durumları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
33. Psikoloğa başvurmeyan kadınların çalışma durumları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
34. Psikoloğa başvuran kadınların gelir düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

35. Psikoloğa başvuran kadınların gelir düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
36. Psikoloğa başvuran kadınların gelir düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
37. Psikoloğa başvurmeyan kadınların gelir düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
38. Psikoloğa başvurmeyan kadınların gelir düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
39. Psikoloğa başvurmeyan kadınların gelir düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

1.2. Tanımlar

Depresyon; anlık bir ruh hali, patolojik keder, sıkıntı, üzüntü içeren duygular olarak da tanımlanır (Tezcan, 2010). Bir duruma dayalı olarak oluşan ruhsal çöküş durumudur (Glick, 2012).

Depresyon biliş, duygu, ve davranış alanlar ile ilgili birçok belirtiyi kapsar. Bu belirtiler hem normal kişilerde hem de nörotik kişilerde görülebilen hafif mizaç bozukluğundan huzursuzluk, motor hareketlerde yavaşlama, uykuda bölünme ya da erkenden uyanma, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi belirtilerle ve kişinin kendi kendini suçlaması, apati, umudunu kaybetmesi, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve intihar girişimi gibi kişiyle karakterize olan belirtilerle şiddetli bir hastalığa kadar uzanan oldukça büyük bir yelpazede ortaya çıkabilirler (Köknel, 2005).

Anksiyete; organizma için tehlike içeren, tanımlanabilir ya da tanımlanamaz herhangi bir durum karşısında yaşanan gerginlik, kaçınma, saldırma gibi duygu ve düşüncelere yol açan ve kişi tarafından nahoş bir duygu olarak tanımlanan bir emosyondur (Tezcan, 2010). Davranış olarak kas gerilmesi, titreme, huzursuzluk veya ajitasyon şeklinde belirebilir (Ninan ve Dunlop, 2007).

Benlik Saygısı; bireyin kendini algılayışı ile değerlendirişine ilişkin geliştirdiği dūřünceler şeklinde tanımlanır. Bireyin kendi bakışı üzerindeki değerlendirmeleri onun benliğini oluşturur. Benlik, psikolojik bakımdan kişinin bulunduğu ortamı algılayışında, değerlendirişinde ve etrafındakilere tepki gōstermesinde en önemli dayanaktır (Kulaksızoğlu, 2002).

1.3. Sayıtlar

1. Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2. Araştırmaya katılan 20-40 yaş arası kadınların, Kişisel Bilgi Formu (KBF), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (R-BSÖ)'nde yer alan soruları içten bir şekilde ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

3. Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu'nun katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirdiği varsayılmıştır.

4. Araştırmada kullanılan BDÖ'nün kişilerin son 1 hafta içerisinde hissettiği depresyon düzeylerine dair verilerini; BAÖ'nün kişilerin son 1 hafta içerisindeki fizyolojik ya da duygusal anksiyete belirtilerini; R-BSÖ'nin ise "kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güven duyma düzeyi, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve pişik izolasyon" olmak üzere 12 alt test aracılığıyla kişilerin benlik saygısı düzeylerini ölçtüğu varsayılmıştır.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılıklarına aşağıda yer verilmiştir:

1. Bu araştırma 2015 yılında İstanbul Maltepe ilçesinde bulunan özel bir tıp merkezinin klinik psikoloji polikliniğine başvuran ve başvurma sebebine bakılmaksızın rastgele seçilen, 20-40 yaş arası kadınlar ile rastlantısal olarak

seçilen aynı yaş aralığında olup daha önce hiç psikoloğa başvurmadığı bilinen kadınlardan elde edilen verilerle sınırlıdır.

2. Kişilerin depresyon düzeylerine dair veriler, BDÖ'nün ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

3. Kişilerin anksiyete düzeylerine dair veriler, BAÖ'nün ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

4. Kişilerin benlik saygısı düzeyleri ile ilgili veriler, R-BSÖ'nün ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma psikoloğa başvuran kadınlar ile başvurmayan kadınların depresyon, anksiyete ve benlik saygısı düzeylerini ölçmeyi ve bunları çeşitli değişkenler bakımından birbirleriyle karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

1.6. Araştırmanın Önemi

Toplumumuzda kadınların yaşam standartları düşünüldüğünde psikolojik desteğin önemli olduğu düşünülmüş ve bu sebeple böyle bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırma Türkiye'de psikoloğa en sık başvuran popülasyon olduğu varsayılan 20-40 yaş arası kadınların psikoloğa başvurma oranlarının ortaya konulması; bu popülasyonun başlıca psikoloğa başvurma nedenlerini oluşturduğu varsayılan depresyon ve anksiyetenin görülme oranlarının belirlenmesi ve yine bu bireylerin benlik saygısı düzeylerinin değerlendirilmesi açılarından önem arz etmektedir.

2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyon Tanımı

Günlük hayatta insanın verimliliğini ve başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri ruh sağlığıdır. Kişi yaşamdan zevk aldığı ölçüde iş hayatında ve özel hayatında başarılı olabilmektedir. Bu nedenle kişinin ruh sağlığı, günlük aktivitelerini yerine getirirken çok önem arz eder. Kişinin yaşamından zevk alması, günlük etkinlikleri şevkle yerine getirmesi, belli bir amacının olması ve bu amacına yönelik yaşamını sürdürmesi, insana kendisini değerli hissettiren, sorunlarla başa çıkmasını sağlayan ve maddi manevi bir şeyler üretmesine katkı sağlayan temel unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Kelleci, 2007).

Depresyon, tüm dünyada sık görülen, fazla miktarda yineleyici olabilen, süregelen ve suisid ihtimali olan ruhsal bir bozukluktur. Sık görülüyor olması ve neden olduğu negatif sonuçlar sebebiyle toplumumuzda sağlık alanında önemli olan sorunlardan biri olacak şekilde hala günceldir (Annagür ve Savaş, 2007).

Köknel'e göre depresyon sözcüğünün Latince kökü "depressus" kelimesinden gelmektedir. Bu kelime aşağı itmek, çekmek, yorgun, gamlı, kederli, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak gibi anlamlara gelmektedir. Depresyon'un Türkçe karşılığı ise ruhi çöküntüdür (Köknel, 2005).

Depresyon terimi duygudurumu, yaşanan bir belirtiyi, sendromu ya da bozukluğu gösterebilir (Köknel, 2005). Diğer taraftan depresyon çökme, kendini üzgün hissetme, yaşamsal ve işlevsel etkinliklerinin yavaşlaması gibi anlamlarda da kullanılmaktadır. Daha geniş anlamda depresyon; kişinin hayattan aldığı zevkin kaybolduğu, kişinin kendini derin bir mutsuzluğun içinde hissettiği, geleceğe dair kötümser düşüncelerin ve/veya geçmişe dair yoğun pişmanlık ve suçluluk duygularının bulunduğu, zaman zaman ölüm düşünceleri ve hatta intihar planları ve girişimlerinin olabildiği, uykusuzluk, iştahsızlık, cinsel isteksizlik gibi fizyolojik bozuklukların de eşlik ettiği bir hastalıktır (Güler, 2006).

Depresyon, duygusal anlamda çevreye ilginin kaybolduğu, zevk alamama, iritabilite, üzüntü, ve anksiyete; bilişsel alanda değersizlik, yetersizlik, özsaygıda azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini hor görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşünce içeriğinde fakirleşme, halüsinasyonlar, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri, hafıza, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları; gelişimsel alanda enerji azlığı, yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük, iştah artışı/azalması uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgide azalma, kabızlık, motor hareketlerde yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda regl düzensizliği; sosyal alanda ise toplumdan izolasyon, sosyal ve mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Tezcan, 2011).

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Tıp literatüründe depresyondan ilk bahseden kişi olan Hipokrat'a göre "melankoli aşırı miktarda kara safra ile oluşur, dalak ve barsakta oldukça toksik bir madde birikir ve bu beyni etkiler" (Çifter, 1993).

Depresyon kelimesi günlük konuşma diline girmeden çok daha önceleri halk arasında bu hastalığı tanımlamak için "ruhi buhran" tabiri kullanılmaktaydı. Yani depresyon eski yıllardan beri bir tür ruh hastalığı olarak algılanmaktadır. Elbette depresyonun önemli bir psikolojik boyutu vardır. Fakat diğer taraftan depresyonun beyin faaliyetlerinin bozulmasından kaynaklanan biyolojik kökenli bir hastalık olduğu görüşü de son zamanlarda kabul görmektedir. Beyin, kişinin duygularını ve düşüncelerini yöneten bir organ olmasından ötürü, beyin hastalığında duygu değişiklikleri ve düşünce bozuklukluğu sık görülmektedir. Dolayısıyla depresyon için "hem biyolojik hem psikolojik yönü olan bir hastalık" diyebiliriz (Tan, 2009).

Tüm psikiyatrik bozukluklar arasında dünyada en sık görülen hastalıkların başında depresyon gelmektedir. Depresyon tanısı alan hastalarda çoğunlukla bu tanı ile kastedilen "majör depresif bozukluk" ya da "distimik bozukluk" tanılarıdır. Yine de genel olarak depresyon dendiğinde ilk akla gelen hastalık Majör Depresyon'dur (Savrun, 1999).

Majör depresyon pek çok doğal eğitim ve öğretimle kazanılan ve çevresel etkenlerin etkisiyle oluşan, genellikle olumsuz hayat olaylarıyla tetiklenen, bazen bunlardan birinin diğerinin önüne geçtiği, biyolojik yatkınlığın önemli bir rol oynadığı bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997).

Depresif belirtiler günümüzde birçok kişinin günlük hayatında görülmektedir. Depresif belirtileri bulunan insanlar içinde buldukları bu durumdan yakınmakta ve bunu jest, mimik, hareket ve sözleri ile dile getirmekle birlikte günlük hayatlarına devam etmektedirler. Dikkatsizlik, dikkati odaklayamama, dalgınlık, unutkanlık, düşüncelerin dağılması gibi zihinsel işlev bozuklukları, aslında kişinin günlük yaşamının bir parçasıdır. Bu nedenle depresyondan söz edebilmek için bu gibi belirtilerin varlığından çok bunların sıklığı, şiddeti ve süresinin uzunluğu önemli olmaktadır (Köknel, 2005).

2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Psikiyatrik bozukluklar çeşitli sınıflandırma sistemleriyle sınıflandırılırlar. Dünyada en çok kabul gören sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) sınıflandırma sistemi olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sistemidir.

Depresyonun bir ana başlık olduğu düşünülürse burada tek bir hastalıktan ziyade birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesi olduğu söylenebilir. DSM sınıflandırma sisteminin en güncel versiyonu olan DSM-V'e göre depresyonun alt grupları şu şekilde değerlendirilmiştir (Köroğlu, 2014):

- Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
- Majör Depresyon Bozukluğu
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Premenstrüel Disfori Bozukluğu

- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

Depresyon denilince ilk akla gelen majör depresyondur. Bu sebeple altta yer alan diğer gruplar daha az dikkat çekmektedir. Bu tezde aksi söylenmedikçe depresyon terimi kullanılırken majör depresif bozukluk kastedilecektir.

Günümüzde tıbbi yardım için başvuruların dörtte üçünde psikiyatrik değerlendirmeyi zorunlu kılacak derecede ruhsal sorun bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik araştırmalar, toplum içinde psikiyatrik yardım gerektiren ruhsal sorunların %20'nin üstünde bir yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir (Küey ve Güleç, 1993). Yetişkinlerin ortalama beşte birinin hayatları süresince en az bir kez depresyon geçirme riskinin bulunduğu öne sürülmektedir. Birçok araştırmacı özellikle daha genç yaşlardaki prevalans artışına dikkat çekerek “melankoli çağı”na girdiğimizden söz etmekte; ileriye dönük toplum araştırmalarında son 25 yılda depresyonun 10-20 kat arttığı bildirilmektedir (Küey ve Güleç, 1993). Depresif bozukluklar, bütün hastalıklar içinde en fazla görülen bozukluklardan olup, genel yaygınlık oranı % 9-21 arasında bildirilmektedir (Tezcan, 2011). Depresif bozuklukların insidans hızı da yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlarda depresyonun insidansı % 10 iken hastanede yatanların depresyon insidansı % 15 olarak bulunmuştur (Savrun, 1999). Depresif bozukluklar içinde en çok araştırılan, majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluğun erkeklerdeki yaşam boyu riski % 5-12 iken bu durum kadınlarda % 10-25 olarak bulunmuştur. Bu oran distimik bozukluk için yaklaşık % 6 dır (Tezcan, 2011). Depresyon için prevalans oranları kadınlarda 35-45 yaş, erkeklerde ise 45-65 yaş arasında zirve yapmaktadır (Küey ve Güleç, 1993).

Biyolojik değişkenler açısından yalnızca postpartum ve premenstrüel zamanlarda depresif belirti görme ihtimalinin arttığı, menapoz dönemi için ise böylesi bir ihtimalin söz konusu olmadığı görülmektedir. Tüm dünyada depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha yaygın görülmesinin nedeni, hem biyolojik farklılıklara bağlı cinsiyetler arası iş bölümü zemininde hem de tarihsel

süreç içinde gelişen psikososyal cinsiyet rolleri ve kültürel etkenlere bağlı şekilde düşünülp anlaşılmalıdır (Küey ve Güleç, 1993).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan veriler, dünya nüfusunun % 3 ilâ % 5'inde depresif belirtilerin varlığına ve tıbbi nedenlerle pratisyen hekimlere başvuran kişilerin ise % 8 ilâ % 15'inde tedavi gerektirecek düzeyde depresyon bulunduğuna işaret etmektedir. Depresyon ABD'de her 8 kişiden 1 kişiyi etkileyen bir hastalıktır. WHO'ya göre 2020 yılına gelindiğinde depresyonun tüm dünyada yeti yitimine veya ölüme yol açan hastalıklar arasında stres ve kardiyovasküler sistemle ilişkili komplikasyonlardan sonra ikinci sırada gelmesi beklenmektedir. Buna rağmen birinci basamakta majör depresif bozukluk teşhisi alan bir vakanın yeterli bakımı alma olasılığı % 38 olarak bildirilmiştir ve bu oran hastaların geniş bir kesiminin ne yazık ki tedavi alamadığını göstermektedir (Ören ve Gençdoğan, 2007; Dilbaz ve ark. 2011; Tezcan, 2011).

Türkiye'de bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları inceleyen Küey ve Güleç'in belirlemiş olduğu sonuçlara göre (1993):

- a. Klinik seviyede depresyon prevalansı toplum içinde % 10 dolayındadır.
- b. Depresyon %20 somatik belirti, yaklaşık %10 suçluluk duyguları gibi ruhsal belirti nokta prevalansı hızına sahiptir.
- c. Kronik fiziksel bir hastalığa ikincil gelişen depresyonlar dikkat çekici düzeyde (% 4-8.8) olmakla beraber, bu gruba dahil olan yaklaşık her 3 kişiden birinde depresyon kronikleşmiştir.

Ülkemizde ilk epidemiyolojik alan araştırmaları İstanbul'da 1963 senesinde Türkiye Akıl Hıfzı-Sıhhası Cemiyeti tarafından 10.413 kişinin taranmasıyla ve 1964-1966 yıllarında Ankara'da kırsal-yarı kırsal gecekodu bölgelerinde ön çalışma niteliğinde yapılmıştır (Küey ve Güleç, 1993). Daha sonraları gerçekleştirilen Demiriz ve arkadaşlarına (1985) ait yarı-kırsal veya gecekodu bölgelerinde yapılan uzmanlık tezi çalışmalarıyla Doğan ve

arkadaşlarının (2000) Sivas'ta gerçekleştirdikleri çalışmalarda depresyon yaygınlığı % 8-20, ikincil depresyon yaygınlığı da % 4-8 arasında bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir başka alan araştırmasında, depresyon prevalansı öteki ülkelere paralel olarak % 6; depresif belirtilerin prevalansı ise % 11 düzeyinde bulunmuştur (Küey ve Güleç, 1993). Depresyon ülkemizde 40 yaş üstü büyüklerde daha yaygın olarak gözlenmiştir. Depresyona sıklıkla eşlik eden somatizasyon (bedenselleştirme) ülkemizde, özellikle de doğuda yaygın olarak görülmektedir. Bu nedenle de bu hastaların hekimler tarafından tanınması güçleşmekte, depresyon tanısı atlanabilmektedir (Ceylan ve Oral, 2001).

2.1.3. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun ortaya çıkmasından bir tek risk etkeni sorumlu tutmamakta; gen yatkınlığı, çevreyle negatif etkileşim ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Aile ile ilgili yükümlülük, kişilik özelliklerinin depresif olması, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük oluşu, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişkinin az oluşu, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik ve fiziksel bozukluklar depresyon için temel risk etkenleridir. Yineleyici ağır depresyonlarda ise biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilir. Çocukluk çağında karşılaşılan stresli yaşam olayları sadece ruhsal süreçler olarak kalmayarak hem genlerde hem de beyin nörobiyolojisinde kalıcı izler bırakmaktadırlar. Psikososyal, biyolojik ve genetik etkenler depresyon oluşumunda birlikte rol oynamaktadırlar (Tezcan, 2011).

Depresyonun biyolojik nedenleriyle ilgili 1970'li yıllarda geliştirilen ilk kuram, depresyonun serotonin (5-HT) ve noradrenalin (NA) başta olmak üzere monoamin nörotransmitterlerinin yetersizliğinden kaynaklandığını ileri süren "Monoamin Hipotezi" dir. Buna kanıt olarak, nörotransmitterleri tüketen belirli ilaçların depresyona yol açabilmesi gösterilmiştir. O dönemde bilinen iki grup antidepressan olan trisiklik antidepressanlar (TSA) ve mono amino oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) bu nörotransmitterleri zenginleştiren farmakolojik etkileri vardır. Dolayısıyla bu hipotez, monoamin nörotransmitterlerin normal miktarının, sebebi belli olmayan bir hastalık sürecinde, stres veya ilaçlar nedeniyle bir şekilde

tükendiği ve böylelikle depresyon belirtilerine sebep olduğu yönündedir. Monoamin hipotezi, depresyon için aşırı basit bir hipotez olsa da, dikkatleri 5-HT, NA ve dopamin (DA) monoamin nörotransmitterlerine çekmiş; bilinen antidepresanların bu üç monoamin nörotransmitter sisteminden biri veya daha fazlasında nörotransmisyonu artırıcı yönde etki göstermesinin ardında yatan mekanizmaların daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. 5-HT, NA ve DA dışında depresyon patogenezinde rol aldığı düşünülen diğer önemli nörotransmitterler ise asetilkolin, gama aminobütirik asit (GABA) ve glutamattır (Kotan ve ark. 2009).

Günümüzde yapılan araştırmalar, depresyonun etiyolojisinde nörotransmitterlerin oynadığı rolün sadece monoamin hipoteziyle açıklanamayacağını göstermiş ve dikkatleri reseptörler ve hatta gen ekspresyonunu düzenleyen moleküler olaylara çekmiştir. Daha sonraları geliştirilen “Monoamin Reseptör Hipotezi”ne göre ise nörotransmitter eksikliği, stres ya da kalıtsal reseptör anormallikleri nedeniyle postsinaptik reseptörlerde upregülasyon ortaya çıkmakta ve bu upregülasyon veya diğer reseptör fonksiyon bozuklukları depresyonun sebebi olarak tanımlanmaktadır (Albayrak ve Ceylan, 2004).

2.1.4. Depresyonda Klinik Görünüm

Majör depresif bozukluk (MDB), epizodlarla (atak, nöbet, hecme) seyreder ve çoğunlukla ilk epizod 30 yaşından önce görülür. Yaşam boyu tek epizod şeklinde görülebileceği gibi, en az iki ay aralıklarla birbirinden ayrılan tekrarlayıcı epizodlar şeklinde de ortaya çıkabilir. MDB, bir kişide birden fazla kere ortaya çıkar ve tam bir klinik karşıtı olan hipomanik ya da manik bir epizod görülmezse Unipolar (tek uçlu) veya Rekürren MDB olarak da adlandırılır (Tezcan, 2011).

DSM-V'e göre majör depresif epizod teşhisi alabilmek için şu kriterlerin karşılanmasına ihtiyaç vardır (Köroğlu 2014):

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden 5'i (ya da daha çoğu) bulunmuş ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; aşağıda bulunan belirtilerin en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunluğunda kendini çökkün hissetmesi ya da bu durumun çevresinde bulunan insanlarca başkalarınca gözlenir (örneğin ağlamaklı görünüyor olması). (Not: çocuklar ve ergenler çabuk sinirlenen bir duygudurumda olabilir).

2. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunluğunda rutin etkinliklerinin tümüne ya da neredeyse tümüne karşı ilgisiz olmaya başlaması, yaptıklarından zevk alamaması, (kişinin kendi anlatımına ya da çevresinde bulunan insanlarca gözleniyor olması).

3. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunluğunda kilo vermek gibi bir çabası yokken çok kilo vermesi ya da kilo alma çabası yokken kilo alma durumunda değişiklik (Not: çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunluğunda uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma eğiliminde olması

5. Kişinin neredeyse her gün ajitasyon ya da yavaşlama yaşaması ve çevresindeki insanlarca gözlenebilen olması; (kişinin dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunluğunda bitkin ya da enerjisinin düşük olması

7. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunda kendini değersiz bulması aşırı suçluluk duyması bu suçlama bazen sanrısız da olabilir (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunluğunda düşünüyor olması, odaklanmakta güçlük çekmesi ya da rutin hayatında kararsızlık yaşaması (kişinin kendi anlatımına ya da çevresindeki insanlarca gözlenebilir olması halinde).

9. Kişinin neredeyse her gün ya da günün çoğunluğunda tekrarlayan ölüm düşüncelerinin olması, tasarlanmadan ya da tasarlanarak tekrarlanan intihar düşünceleri ya da suisid girişimi.

B. Yukarıdaki belirtilerin klinik açıdan sıkıntıya ya da toplumsal alanlarda ve diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur. Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, parasal çöküntü, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında A tanı ölçütünde belirtilen yoğun üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo kaybı gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminde olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır bu karar kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

Depresyonun Dış Görünümü:

Genel olarak bakıldığında depresyonda olan insanların dış görünüşleri, hal tavır ve davranışları birbirine benzemektedir. Genellikle yüz çizgileri yaşanan kedere bağlı olarak çok belirgindir. Alın çizgileri derin, omuzlar ve vücut postürü öne doğru çöktür. Kişi adeta kamburu çıkmış bir şekilde oturur. Yüzü üzgün ve az bakımlı görünür. Jest ve mimikler, göz kırpması ve gülme azalmıştır. Hareketler ve dışavuran davranışlar yavaşlamıştır ve tekrarlayan bir düzende devam eder

(psikomotor retardasyon). Durgun bir görünümle birlikte, çok sıkıntılı ve tedirgin de görünebilirler. Kişisel bakım bozulmuş; giyim ve hijyen konularına gösterilen özen azalmıştır. Genel bir çöküntü kişinin her halinden okunmaktadır. Kişinin yüzü sarkık ve ifadesi donuktur. Bazı hastalar stupor halindedir, bir bölümü sıkıntıyla ellerini oluştururlar, yerlerinde duramazlar, sürekli gezme halindedirler. Bazıları ise inlerler, pesimistlerdir ve her şeye olumsuz tepki verirler. Daha çok yaşlılarda görülen psikomotor huzursuzluk yaşayabilirler. Genelde 50'li yaşlara kadar olan depresif erişkinler ve genç hastalar yaşlılara göre daha sakinlerdir. Konuşma alçak sesli ve yavaştır, hastadan cevap almak zordur. Çok ağır çökkünlükte mutizm denilen hiç konuşmama durumuna geçiş de görülebilir. Hafif ve orta derecelerde hastayla ilişki ve iş birliği kurmak zor olmaz (Tezcan, 2011)

Klinik Özellikler:

Depresyon vakaları derin bir mutsuzluk yaşarlar. Gelecekleri ve şu anlarıyla ilgili olarak sürekli bir karamsarlık hali söz konusudur. Hastada depresif duygudurum ile birlikte farklı etkinlik ve sorumluluklara karşı da isteksizlik ön plandadır. Rutin etkinliklerini yaparken haz alamazlar. Kişi işi, özel zevkleri, bireysel ilişkileri ve cinsel ilişkileri de olmak üzere hiçbir şeyden keyif alamaz. İlgileri genel olarak azalır. Asla kurtulamayacaklarını düşündükleri yoğun umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaşayabilirler. Önden gelen belirti bazı vakalarda anksiyete olabilir. Anksiyete düzeyleri bazen yüksek olabilir ve bu nedenle sinirli davranışlar gösterebilirler. Tepkisel davranırlar. Basit sayılabilecek günlük aktiviteleri bile yapmakta zorlanabilirler. Düşünce yapısında geçmişte yaşanan olaylar önemli bir yer tutar. Enerjileri az olan depresif hastalarda fizyolojik belirtiler de görülür. Depresyon vakalarında intihar girişimleri için yoğun anksiyete belirtileri belirleyici bir etkendir. İntihar düşünceleri ve girişimleri, iştahta azalma, kilo kaybı ve uyku bozuklukları kişilerin dalgın ve unutkan olmalarına sebep olabilir. Bazen ağır vakalarda kişinin aklından geçenlerle dış dünyada olanlar birbirine karıştırılabilir (<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=17>).

Üzüntü ve acı duyma biçiminde artma vardır fakat depresyonda temel semptom olan üzüntü aslında aldatıcı bir semptomdur. Depresif hastalarda, üzücü

bir olayda üzülmekten çok daha farklı bir hissediş biçimi dile getirilir. Bu hissedilen üzüntü ile birlikte ağır anksiyete durumunu oluşturan disfori de olabilir. Anksiyetenin eşlik ettiği depresif hastalarda tedirginlik, yerinde duramama görülebilir. Özgül anksiyete belirtileri olan hastaların depresyonlarının daha ağır ve uzun sürdüğü ve 5 yıl içinde daha fazla epizod geçirdikleri bildirilmiştir. Anksiyetesi olanların %20'sinde tabloya panik ataklar da eşlik eder (Tezcan, 2011).

Depresyon hastalarında genellikle sabah erken saatlerde anksiyete daha belirgindir. Daha az görülmek üzere çabuk sinirlenme, çevresindekilerden nefret etme, daha da az olarak derin bir acı içindeyken sevdiği insanlara karşı bütün duygularını kaybetmiş gibi hissetme biçiminde “duygulanımda azalma” belirtileri görülür. Depresyonda iken sık ağlama görülebildiği gibi ağlayamama da görülebilmektedir. Çaresizlik keder ve elem sıklıkla görülür. Yalnız kalmak istiyor görünürler, ancak gittikçe çocuklaştıkları için başkalarına karşı regresif bağımlılık geliştirirler. Fakat buna rağmen dışarıdan gelen yardımı reddederler hem kendilerini güvende hissetmedikleri için hem de başkalarına muhtaç olmaktan ötürü kendilerini aşağılanmış hissederler. Kendilerine bakım veren, destek aldıkları kişilere karşı kendi çaresizliklerini hatırlattıkları için düşmanca duygular beslerler (hostilite). Reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık kazanmışlardır ve benmerkezcidirler (Tezcan, 2011).

2.1.5. Depresyona Kuramsal Yaklaşım

2.1.5.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşıma göre depresyon, bireyin dışsal onay ve desteğe aşırı bağımlılığına ve öfkenin içselleştirilip kendine döndürülmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyonlu kişinin düşük öz saygısı ebeveynlerden onay almaya yönelik çocukça bir ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır. Bu ihtiyaç giderilmediği zaman kişi depresyona girebilmektedir. Ayrıca süperegonun rolü de depresyonda yadsınamaz bir gerçektir. Kişinin egosunun yüksek olduğu durumlarda, eğer çevresindeki kişilerden beklentileri gerçekleşmezse kişi

depresyona girebilmektedir. Bu gibi durumlarda depresif reaksiyonların kaynağı kayıp nesnenin sevgisini tekrar kazanmak için biçimlenmiş, amaçlı dürtüsel tavır olmaktadır (Cengil, 2003). Depresyonda kayıp insan ya da kayıp olan şey ile kayıptan önceki ilişkilerde söz konusu olan ambivalans, kayıp insanın içsel temsiline yönelir. Böylece depresyon hastasının ikilemindeki nefret tarafı bireyin kendisine döner. Bu nefret kişinin kendine eziyet etmekten zevk alması, şiddetli bir keder yaşaması ve kendini değersizleştirme biçiminde ortaya çıkabilir (Çevik ve Volkan 1993).

2.1.5.2. Bilişsel yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre, duygusal zorlanma anlarında spontan olarak ortaya çıkan, insan zihninin büyük bir çoğunluğunu meşgul eden ve denetim altına alınamayan düşünce ve imgeler söz konusudur. Otomatik negatif düşünce adı verilen bu düşünce ve imgeler kişinin kendisi ile ilgili inancını, bakış açısını ve algısını değiştirerek mantıksal sapmalara, çarpıtmalara yol açar. Akut depresyon durumlarında özellikle de stresli yaşam olaylarında ortaya çıkanlarda otomatik negatif düşünceler tipik olarak “sevilebilirlik” ya da “yeterlilik” konuları ile ilgili olan ve bireyin daha temel endişelerini yansıtan, oldukça geniş iki tematik alana ayrılır. Tema alanları şema olarak nitelendirilen daha derin biliş düzeyini yansıtır (Glick, 2012).

Beck’e göre depresyonda olan kişiler, düş negatif şemalarına olumsuz katkıda bulunacak çeşitli bilişsel hatalar yapmaktadırlar. Bu bilişsel hatalar şunlardır (Cengil, 2003) :

- Aşırı Genelleştirme: Tek bir olaydan yola çıkarak kapsamlı çıkarımlarda bulunmak.
- Seçici Soyutlama: Bir durumun önemli olan kısımlarını görmeyip önemsiz ayrıntılara takılıp kalmak.
- Abartma ve Küçültme: Herhangi bir konuda performans değerlendirilirken abartı ya da küçültmeye gitme.

- Kişiselleştirme: Kötü olaylardan alakasız olsa da kendini suçlu görme.
- Keyfi Sonuç Çıkarma: Çok az sayılabilecek bulgulardan bir çıkarımda bulunmak.

Bu bilişsel çarpıtmalar olayların negatif yönünün görülmesini sağlarken, negatif şemalar ise gerçekçi olmayan beklentiler ve gerçekle ilgisi olmayan anlamlar yükleyen bir dünya görüşüne sahip olmaya neden olmaktadır. Bu fonksiyonel olmayan bilişsel yapı, negatif olaylarla birleşerek depresyona neden olabilmektedir (Burns 2014).

2.1.6. Klinik Seyir, Tedavi ve Yaklaşım

2.1.6.1. Gebelerde Depresyon

Depresyon kadınlarda çoğunlukla 18-44 yaş aralığında; hamilelik, doğum, loğusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alacak şekilde görülür. Bu süreçlerden kadınlar için doğal bir yaşam olayı olan gebelik, biyolojik ve psikososyal değişikliklerin yaşandığı anksiyete ve stres oluşturabilme potansiyeli olan bir çok etkenle karşılaşma ihtimalinin fazla olduğu bir kriz dönemidir. Sıklıkla anksiyete ve depresyon birleşmektedir (Tezcan, 2011).

Sağlıklı kadınlar için bile fiziksel ve duygusal açıdan yorucu bir dönem olan hamilelik ve doğum, sonrası dönemde ortaya çıkabilecek depresyon ihtimalinin bulunması, bu dönemde önemli hormon ve duygudurum değişikliklerinin yaygın olması, rol değişiklikleri, evlilik sorunları, annelik yaşı, annelik rolüne alışamama, çocuk sayısı, ekonomik zorluklar, önceki depresyon öyküsü ve ruhsal/toplumsal stresörlerdeki artışa bağlıdır. Doğum sonrası dönemde ebeveyn bebeğe bakım vermek, bebek için güvenilir ortam oluşturmak, bebeğiyle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadır. Bu nedenle bu dönem aile için bir kriz dönemine dönüşebilmektedir. Gebelik ve annelik rolüne geçiş, kadın yaşamının önemli bir parçası olmakla birlikte, aynı zamanda bir kriz dönemidir. Anne olmak,

sorumluluk alma ve bu rolle ilgili kaygılar kadının ruhsal uyumunu bozabilir (Tezcan, 2011).

2.1.6.2. İntihar ve Depresyon

Depresyonu araştıran çalışmalarda, depresif hastalarda depresyonun şiddeti ve intihar etme ihtimalinin belirlenmesinde “umutsuzluk” duygusunun etkili olduğu bulunmuştur. Gelecekle ilgili negatif beklentiler intihar etme ihtimalini arttırmaktadır. Ciddi intihar dűřünceleri, depresyondan daha çok umutsuzluk ile daha ilişkili olmakla beraber; umutsuzluk intihar ile depresyon arasında bağlayıcı bir etmen konumundadır. Umutsuzluk duygusu yok olduğunda, depresyon ve intihar arasındaki uyum da kaybolmaktadır. İntihar girişimi ile depresyon, yalnızlık duygusu ve dűřük benlik saygısı arasında da önemli bir etkileşim vardır (Tezcan 2011).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete terimi Latince "tıkanma", "nefes alamama" anlamındaki "angere" kökünden gelmektedir. Anksiyeteye beraber anılan diğer kavram ise korkudur. Korku Almanca'dan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime bekleme, pusuda yatma ya da saldırma anlamına gelmektedir. Anksiyete sebebi bilinmeyen, kişinin içinden gelen, belirli bir sebebi olmaksızın oluşan korkma, kaygılanma, sıkıntı duyma, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Kişinin hayatını tehdit eden ya da tehdit altında olacak şekilde algılamasını sağlayan bir çeşit alarm duygusu olarak da tanımlanabilir. Kişinin içinden gelen ya da çevreden gelebilecek tehlikeler ya da tehlike olduğuna dair beklentilerine karşı yaşanan bir tepki şeklinde glişmektedir (Gürbüz 2010). Kaygı, sıkıntı, hiç bir sebep yokken kötü bir şey olacakmış gibi bir hisse kapılıyor olmak şeklinde de tanımlanan anksiyete kavramının ne zaman patolojik, ne zaman normal bir duygu olduğu tartışmalıdır (Güleç ve Köroğlu,1997).

Anksiyete, bireyin karşılaştığı yepyeni koşullara uyumunu sağladığı gibi, onun ruhsal gelişiminin de daha üst basamaklara çıkmasında itici bir güç gibi de işlev görebilir. Uyum sağlayıcı ve ruhsal gelişimi olumlu yönde etkileyici işlevinin yanı sıra anksiyetenin bireye engel olan, ketleyen bir işlevi de olabilir. Örneğin sınav kişide anksiyete yaratır ama sınavda başarılı olmak anksiyetenin olumlu bir işlevidir; nitekim sınavda donup kalmak ve bildiğini yapamamak ise anksiyetenin ketleyici işlevi sonucu ortaya çıkmaktadır (Güleç ve Koroğlu,1997).

Anksiyete bireyi, çevresinde olup bitenlere hazırlayan ya da bu değişikliklere cevap vermesini sağlayan bir duygudur. Neredeyse tüm psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilen ve birden çok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (Eşel, 2003).

Normal anksiyete, kişinin biyolojik bir korunma sistemi olup, kişiyi tehdit eden bir durum olduğunda “savaş ya da kaç” tepkisini oluşturmak için ortaya çıkmaktadır (Gürbüz, 2010). Ancak anksiyete ortada bir tehdit olmaksızın, hiçbir olay olmamasına rağmen de ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyorsa ve sonlandırılmıyorsa patolojik bir anksiyetenin varlığından bahsedilebilir (Uzbay, 2002).

Anksiyete ana başlık olmak üzere, bu başlık altında birçok alt gruptan oluşan bir hastalık grubundan söz edilmektedir. DSM-V'e göre anksiyete bozuklukları şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir (Koroğlu, 2014):

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Özgül Fobi

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Panik Bozukluk

Agorafobi

Yaygın Kaygı Bozukluğu

Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

2.2.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Toplumda en fazla görülen ve birinci basamak tedavi kurumlarına başvuran hastalarda en sık saptanan ruhsal hastalık anksiyete bozukluklarıdır ve genel popülasyonda % 3 oranında yaygın olarak gözlenmektedirler (Güleç ve Köroğlu, 1997; Işık ve Işık Taner, 2006). Epidemiyolojik çalışmalara göre anksiyete bozukluklarının yaşam boyu görülme prevalansı % 13.1 olarak bildirilmektedir. Amerika'da Akıl Sağlığı Ulusal Enstitüsü'nün epidemiyolojik alan çalışmasının sonuçlarına göre anksiyete bozukluklarının yaşam boyu prevalans oranları panik bozukluğuunda % 1.4, fobik bozuklukta % 7.8-23.3, obsesif kompulsif bozuklukta ve distimik bozuklukta % 2.1-3.8 ve somatizasyon bozukluğuunda % 0.1 olarak bulunmuştur. Nitekim anksiyete bozukluklarının gerçek yaygınlıklarının elde edilen sonuçlardan daha yüksek olduğu düşünölmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997).

Angst'in araştırmalarına göre panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı konusunda % 1.2 ile % 3.8 arasında değişen oranlar verilmekte olup; ortalama yaşam boyu prevalansı yaklaşık %3 civarında kabul edilmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006). Panik bozukluğunun bir yıllık prevalans hızı ise % 1-2 olarak kabul edilmektedir. Panik bozukluğu yaşayan hastaların sorunlarını fizyolojik olarak gösterme eğilimleri olduğundan ve bu hastaların diğer branş hekimlerine daha fazla başvurma eğilimlerinin olması nedeniyle, gerçek sıklığı daha fazla olabilir. Diğer taraftan, panik bozukluğun klinik tablosunun majör depresyon, alkol kötüye kullanımı ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi hastalıklara benzerlik göstermesi nedeniyle de gerçek görülme sıklığının daha az olabileceği de ileri sürölmektedir

(Işık ve Işık Taner, 2006). Kadınların erkeklere göre panik bozukluğa yakalanma oranı daha yüksektir. Agorafobisi olan kadınlarda bu oran bir erkeğe karşı yaklaşık üç kadın, agorafobisi olmayan kadınlarda ise bir erkeğe karşı iki kadın kadardır. Ancak bu farkı kadınların daha çok tedaviye başvurmaları ile ilişkilendirenler de vardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada panik bozukluğu tanılı hastaların % 62'sinin kadın olduğu bildirilmiştir (Ateşçi ve ark., 2003). Panik bozukluğu eşinden yasal olarak ayrılmış ya da ayrı yaşayan bireylerde daha çok izlenmektedir. Ülkemizde ise tedavi için başvuran ya da diğer kliniklerden gönderilen hastaların çoğunluğunun (% 80) evli olduğu izlenmiştir (Ateşçi ve ark., 2003). Panik bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 25-30 civarındadır. İlk başlangıç 15-24 yaşlar arasında en yüksek düzeye ulaşırken, ikinci başlangıç yaşı ise 45-54 yaşlar arasında en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006). Agorafobinin yaşam boyu prevalansı % 5 civarında verilmekle birlikte panik bozukluğu ile birlikte görülen agorafobi toplumda daha sık gözlenmektedir. Olguların yaklaşık %50'sinde agorafobi panik bozukluğu ile birlikte bulunmaktadır. Agorafobi kadınlarda erkeklere oranla 2-4 kat daha fazla görülmekle beraber, genellikle 18-25 yaşları arasında başlangıç göstermektedir. Ancak burada erkeklerin korkularını kadınlara oranla daha fazla gizleme ve alkol aracılığıyla bu korkuyu yenme çabasına daha fazla girişiyor olmalarının rolünü gözardı etmemek gerekir. Nitekim kimi agorafobili erkek hastalar, hekime alkol bağımlılığı şikâyetiyle başvurabilmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006).

Yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalansı tanı yaklaşımında DSM kriterleri uygulandığında % 1.9 ile % 6.6 arasında değişmektedir. Ancak ICD sınıflandırma kriterleri uygulandığında bu oran % 8.9 düzeylerine yükselmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülen yaygın anksiyete bozukluğu, sıklıkla 24-30 yaş arasında bir başlangıç göstermektedir. Sosyoekonomik düzey ve eğitim yönünden yaygınlık farkı göstermeyen bu bozukluk, evli olanların ya da hiç evlenmemişlerin aksine boşanmışlar, dullar ve ayrı yaşayanlarda daha fazla görülmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006).

Sosyal fobi toplumda izlenen tüm ruhsal bozukluklar içinde ve de anksiyete bozuklukları arasında en yaygın görülen bozukluklardan biridir.

Çalışmalarda bu bozukluğun yaşam boyu prevalansı % 13.3, yetişkinlerdeki bir yıllık prevalansı ise % 4-8 olarak gösterilmektedir. Çalışmalarda bozukluğun bekar, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi düşük olan bireylerde daha sık olduğu görülmüştür. Sosyal fobi kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Ancak hastaların ve ailelerinin bunu yeterince umursamaması, hastalık olarak değil de bir kişilik yapısı olarak kabul etmeleri, hastaların büyük kısmının sosyal fobinin getirdiği kısıtlılıklar nedeniyle alt performans düzeyinde yaşamayı kanıksaması nedeniyle pek çok hasta tedaviye başvurmamaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006).

Özgül fobinin prevalansı ortalama % 11 civarındadır. Çalışmalar bu bozukluğun kadınlarda daha sık gözlendiğini göstermiştir. Düşük sosyoekonomik sınıfta özgül fobi daha sık gözlenmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006). Küçük çocuklar sıklıkla her çeşit durum ve nesneden (örneğin hayvanlar, böcekler, karanlık ve yabancılar) korkarlar, ancak genellikle büyüdükçe bu korkuları hafifler. Ancak 6 yaş sonrasında gelişen korkular ergenlik dönemine kadar devam eder. Doğal olaylardan (örneğin gök gürültüsü) korkma, sosyal anksiyete ve yaralanmadan ya da ciddi bedensel zarar görmeden korkma bu dönemin özelliğidir. Her şeyden korkma çocuklarda çok geneldir. Bir araştırmada 10-11 yaşlarındaki 2000 çocuğun % 0.74'ünün klinik açıdan belirgin bir fobiden yakındıkları saptanmıştır.

2.2.3. Anksiyetenin Etiyolojisi

Öğrenme kuramlarına göre öğrenme davranışıyla edinilmiş bir süreç olan anksiyete, açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil ihtiyaçlarımızla beraber, insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir dürtüdür. Toplumsal öğrenme kuramına göre insanlar bebeklik çağından itibaren ebeveyni taklit etme yoluyla bazı davranışlarını ve tepkileri geliştirir ve bunlar ilerleyen yaşam dönemlerinde o kişinin malı olur. Anksiyete tepkisinin de ebeveynin ortaya koyduğu anksiyete tepkilerini çocuğun taklit yoluyla öğrenmesiyle ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006).

Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre anksiyetenin nedeni;kişinin beklentileri, karşılaştığı olayları nasıl algıladığı ve onları nasıl yorumladığı ile ilişkilidir. Kişiler bazı olumsuz ipuçlarıyla karşılaştıkları zaman zararı ve tehlikeyi beklemeyi öğrenirler. Bu öğrenme gözlemlenmeyle, bilgilendirme ya da tepkisel koşullanmayla gerçekleşmektedir. Zarar beklentisiyle orantılı olarak da anksiyete ortaya çıkmaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006).

2.2.4. Anksiyetede Klinik Görünüm

Anksiyete bozukluklarının genel belirtileri birbirine benzer. Sadece savunma düzeneğinin durumuna göre değişik belirtiler eşlik eder ve değişik klinik tablolar oluşur. Genel anlamda anksiyetenin klinik özellikleri aşağıdaki gibi gözlemlenebilir (Gülseren, 2004):

- Bilişsel belirtiler: Gerçeklik algısında değişme, çevresinin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, odaklanamama, kontrolünü kaybetme korkusu, fiziksel zarar görme kaygısı
- Affektif belirtiler: Korku, huzursuzluk, endişe, çaresizlik hisleri, alarm hali, panik
- Davranışsal belirtiler: Anksiyeteyi tetikleyen durumlardan kaçma ve kaçınma davranışları, donup kalma
- Fizyolojik belirtiler: Kalp çarpıntısı, kan basıncında oynama, yüzde solma ya da yüz kızarması, nefes alamama, hava açlığı, boğazda baskı hissi, boğulma hissi, yutkunma güçlüğü, mide-bağırsak sisteminde oluşan belirtiler (kusma, diare, karın ağrısı, sık idrara çıkma), cinsel isteksizlik, terleme, ateş basması
- Nörolojik belirtiler: Titreme, uyuşmalar, hissizlik, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor gerginlik

2.2.5. Anksiyetede Kuramsal Yaklaşım

2.2.5.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kurama göre Freud, kişiliği oluşturan üç temel yapı olarak *İd*, *ego* ve *süperego*yu belirtmiştir. *İd*, doğuştan getirdiğimiz ve ilkel olan dürtülerimizdir. Fizyolojik ihtiyaçlar, cinsel arzular ve saldırgan davranışlar *id* kaynaklıdır. *İd* insanın temel güdülerini kapsar ve bu sebeple arzu ve istekleri tamamen bilinçaltında ve "*haz ilkesi*" ile işler. Kişinin davranışlarını ilkel güdü ve arzulara doyum sağlamak yolu ile şekillendirebilir. Fakat ne yazık ki dünya bütün isteklerimizi, arzularımızı ve dürtülerimizi istediğimiz her an istediğimiz şekilde tatmin etmemize olanak sağlamaz. Eğer kişi haz almayı odak noktası haline getirerek yaşamayı sürdürür ise, ilerleyen zamanlarda birçok problemle baş başa kalabilir.

Yaşam koşullarıyla böyle başa çıkmak yerine ikinci kişilik yapısı olan *ego* elverişli şartlar oluşuncaya kadar *id*'i kontrol altında tutar. "*Gerçeklik ilkesi*" ile işleyen *ego*, çevresel koşulları göz önünde bulundurarak birçok davranışın olası sonuçlarını tartar ve en uygun anı kollayarak kişinin anlık dürtüleri sonrasında günlük yaşamasını engeller. *Egonun* bazı işlevleri bilinçli iken, bazıları ise bilinçaltında gerçekleşir.

Kişiliğin son ögesi olan *süperego* ise aynı *ego* gibi *id*'in istek ve arzularını kontrol etmeye çalışır. Ancak *ego* *id*'in tatminleri için uygun zamanı ararken *süperego* etik ilkeleri devreye sokar. Çünkü *süperego* *id*'in bu yöndeki tatmininin doğru mu yanlış mı olduğunu sorgular ve etik kurallara uygunluğu değerlendirir. Aileden edinilen sosyokültürel bakış açısı, yaşanılan toplumun örf adetleri ve kişinin kendi kişisel deneyimleri *süperego*nun ortaya çıkmasında en önemli etkenleri oluşturur. Ancak *süperego* geliştiği zaman, ilkel dürtülerin tatmin edilmesi daha fazla engellenmiş olduğu için *ego*, *id* ile *süper ego* arasında bir köprü görevi üstlenir ve böylece bir denge kurar. Bu durum içsel bir çatışma olarak da düşünülebilir. Kişiliğimizi oluşturan bu yapılar sürekli olarak birbirleriyle çatışmak zorunda kalırlar. Bu çatışma Freudyen bakış açısında

kişiliğin ve çoğu psikolojik kökenli sorunun da temelini oluşturmaktadır (<http://www.biltek.tubitak.gov.tr/gelisim/psikoloji/kisilik.htm>).

2.2.5.2. Gelişimsel Yaklaşım

Bowlby'nin gelişim kuramına göre, bebek ve primer bakım veren arasındaki ilişkinin kaliteli olması, bebeğin psikososyal gelişiminde oldukça önemlidir. Bebeklik döneminde bebek dış çevreyi anne ile arasındaki yakın ilişki aracılığı ile tanır. Anne ve bebek ilişkisi kesintili ya da sağlıksızsa bebekte temel güven duygusu tam olarak oluşmaz; bu sebeple anne ve bebek ilişkisi sağlıksız olur. Bu bireylerin çocukluk dönemi ve sonraki dönemlerinde anneden, başka kişiden ya da nesnelere ayrılmaları ya da ayrılma ihtimali ile karşılaşmaları yoğun bir endişe ve çaresizlik ortaya çıkartır. Bu durum ayrılık anksiyetesi olarak tanımlanır. Çocukluk döneminde bağlantı nesnesiyle sağlıklı ilişki kuramayan, uzun süreli ve sık ayrılmalar ya da sürekli terk edilme tehlikesi altında kalan bebekler, ileriki yaşamlarında sık sık ayrılık anksiyetesi yaşamaya devam ederler (Eğrilmez, 2013).

2.2.5.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel kuramcılara göre bir kişinin çevresel ve/veya içsel uyarıları sürekli bir şekilde tehdit edici olarak algılaması ve bu durumun bilişsel süreçlere egemen olması kişide korku ve anksiyete ile sonuçlanmaktadır (Suadiye ve Aydın, 2009).

2.2.6. Anksiyetede Klinik Seyir, Tedavi ve Yaklaşım

Anksiyete bozukluğu olan hastaların dış görünüşleri oldukça tipik olup yüz ifadesinde ve bedensel duruşunda gerginlik, huzursuzluk ve ürkeklik izlenir. Ciltleri solgun olup, çabuk terleme ve çabuk yorulma görülür. İrritabilite, uyku bozuklukları ve konsantrasyon güçlüğü izlenir. Genellikle endişeli ve dalgındırlar. Kişiler için önemli olsun ya da olmasın, hemen her konuda yoğun anksiyete ve endişe yaşadıkları ve bu endişelerini kontrol etmekte zorlandıkları görülür. Bu

yakınmalar kişinin günlük yaşamıyla birlikte iş, okul ve ev yaşamı gibi temel alanlardaki işlevselliğini de olumsuz etkilemektedir (Işık ve Işık Taner, 2006).

Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre yapılan tedavide esas amaç hastada farkındalığın sağlanması ve sonrasında kişinin bilişlerinin doğruluğunu ve gerçekliğini sorgulamasıdır. Terapist, danışanın anksiyete yaratan düşüncelerini fark etmesini sağlar, düşüncelerin altında yatan inançları saptar, mantık çerçevesinde kişinin bunları sorgulamasını sağlar. Danışan, bu yöntem sonucunda işlev kaybı yaratan düşüncelerini akılcı ve gerçekçi alternatiflerle değiştirmeyi öğrenebilecektir (Işık ve Işık Taner, 2006).

Psikodinamik yaklaşıma göre yapılan tedavide ise, kişinin geçmişini geleceği ve şu anı anlaşılabilir hale çalışılır. Anksiyete yaratan çatışmalar, kişilerin duygu ve isteklerini ifade etmeleri ve diğer kişilere karşı tepki verme konusunda uyum sağlama yöntemleri üzerinde durulur. Terapistle kurulacak olan pozitif bir ilişki, hastanın korkularına yaklaşması ve savunmalarını azaltıp, kaygılı doğasından kaynaklanan korkularıyla yüzleşebilmesi ile sonuçlanacaktır (Işık ve Işık Taner, 2006).

2.3. Benlik

2.3.1. Benlik Kavramının Gelişimi

Benlik kavramı, insanın kendi varlığını algılama ve kavrama biçimi olarak tanımlanır. Bununla birlikte kişinin zekası, bedeninin sınırları, değerleri, yetenekleri ve potansiyel yapısı olarak da tanımlanmaktadır (Temel ve Aksoy, 2001).

Benlik kavramı, kişinin kendini algılaması, kavraması ve değerlendirmesiyle ilgili geliştirdiği görüşleridir. Kişinin kendisi hakkındaki değerlendirmeleri gerçek benliğini oluşturur. Benlik, kişinin çevresini algılamasını, değerlendirmesini, yapılandırmasını ve çevresine tepkide bulunmasını sağlayan en önemli dayanaktır (Kulaksızoğlu, 2002).

Benlik saygısı, kişinin kendini nasıl değerlendirdiğini gösteren bir kaygıdır. Benlik kavramının benimsenmesi benlik saygısını oluşturmaktadır. Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaşılmış olduğu benlik kavramının onaylanması ile oluşan bir beğeni durumudur. Lewin benlik saygısını kişinin, yaşam sahnesinde canlandırdığı oyunun niteliğinden ve oynadığı rolden haz alması olarak tanımlamaktadır (Temel ve Aksoy, 2001). Başka bir tanıma göre ise, bir kişinin kendini yeterli, başarılı, önemli, yetenekli ve değerli biri olarak algılama derecesine benlik saygısı denir. Kendisini saygı görmeye ve kabul edilmeye layık, önemli ve faydalı kişiler olarak düşünme eğiliminde olan bireyler benlik saygısı fazla olan kişilerdir. Öte yandan, kendilerini önemsiz, sıradan, sevimli özelliklerden yoksun, kendilerine ve yeteneklerine güvenmeyen kişiler olarak görme eğiliminde olan bireyler ise kendilerine negatif yönden bakan ya da benlik saygıları düşük olan bireylerdir. Kişide oluşan değersiz ve güvensiz hissetme duyguları genellikle ergenlik döneminde ergenin benlik saygısının azalmasına sebep olmaktadır (Temel ve Aksoy, 2001).

Benlik kavramı ergenlik döneminde ve ilk yetişkinlik yıllarında son derece önem arz eden, dinamik ve yaşam boyu süren bir süreçte gelişip olgunlaşır. Buna karşılık ruh ve beden sağlığını, başka kişilerle ilişkileri, akademik başarı ve meslek seçimini etkileyebilir. Eğer her şey yolunda giderse çeşitli parçalar birbiriyle harmanlanır ve kapsayıcı bir benlik kavramı oluşur (Temel ve Aksoy, 2001).

2.3.2. Benlik Saygısının Türleri

Benlik saygısı, kişinin kendini değerli algılaması, toplumsal hayatta yeterli hissetmesi, önemli ve değerli olduğunun farkına varması olarak da ifade edilebilir. Yüksek benlik saygısı, kişinin kendinin yaptığı bütün olumlu değerlendirmeyi içerir. Birey olumlu yönde ilerleyip olumlu kişilik özellikleri gösterir. Başarı için çaba gösterme durumu esastır. İnisiyatif olarak iletişim kurma, yaşamın amacını çözme, depresyona karşı direnç özellikleri gösterirler ve toplumda kabul görürler. Düşük benlik saygısı ise yüksek benlik saygısının tam tersi durumudur. Birey kendini değerlendirirken olumsuz özelliklerini odağa alarak değerlendirir. Bunları

telafi için olumsuz kişilik özellikleri sergiler. Sinirli, güvensiz ve sorunlu birey olma yatkınlıkları fazladır (Doğan, 2014).

Ergenlikte 9-11 yaş aralığında başlayacak şekilde 17-18 yaşlarına kadar sürebilen fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal değişmelerin hızlı olabileceği ve bunların yarattığı kaygının, stresin kız ve erkek ergenlerde farklı tepkilere ve benlik algısına, değişmelere yol açtığı bilinmektedir. Ergenlik dönemindeki kızlarda benlik değerinde azalma, endişenin artması ve depresyon ile yeme bozuklukları gibi daha içselleştirilmiş tepkiler gözlenirken; erkeklerde saldırgan davranışlar ve riskli davranışlarda artma gibi dışsallaştırılmış tepkiler daha sıklıkla gözlenmekte, erkek ergenler toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak kendilerini ifade etmede, kendileriyle ilgili negatif duyguları ortaya çıkarmada kızlardan daha künt davranmakta ve erkek ergenlerin benlik saygısındaki azalma kızlardaki kadar belirgin olmamaktadır. Baldwin ve Hoffman, benlik değerinde ergenlik boyunca ortaya çıkan birey içi değişmeleri 11-22 yaşları arasındaki ergenlerde incelemişler; benlik saygısının yaşa göre dalgalanmalar gösterdiğini ve bunun da cinsiyete göre değiştiğini görmüşlerdir. Coleman ve Hendry, benlik saygısı yüksek olan bireylerin mutlu, sağlıklı, üretken ve başarılı olmak için çabaladıklarını, zorlukları yenmek için daha uzun süre çaba harcadıklarını, gece daha iyi uyduklarını, mide bağırsak hastalıklarına daha az yakalanma riskleri olduğunu, diğerlerini kabul etme ve yaşlılarının baskılarına daha az eğilim gösterdiklerini, benlik saygısı düşük olan bireylerin ise endişeli, karamsar, gelecek hakkında olumsuz düşünceleri olan ve başarısızlık eğilimleri olan bireyler olduklarını belirtmiştir (Akman ve ark., 2004).

Benlik saygısı bireye göre farklılaşsa da, genel olarak çevresi tarafından kabul edilme ve bu durumundan gurur duyma, kendini faydalı ve önemli hissetme, bulunduğu ortamda ve yapıda umursanma, kendini etkili ve yeterli hissetme duygularını kapsamaktadır. Benlik kavramı kişiliğin odak noktasıdır. Bu nedenle benlik saygısının daha iyi anlaşılabilmesi için kişilik kavramı ile birlikte ele alınması gerekir (Doğan, 2014):

Freud'un kişilik yapısı ve gelişimine ilişkin kuramsal yaklaşımları "Topografik Kişilik Kuramı" ile başlar. Bu kuramda Freud insan davranışlarının bilinçaltı ile ilişkili olduğunu vurgular. Kişinin herhangi bir anda farkında olduğu alan bilinç, dikkatini verip hatırlayabildiği bölge bilinç öncesi, dikkatini verip zorlasa bile hatırlayamayacağı ve insanın içten gelen ve doyum bekleyen arzuları, istekleri ve duygularının olduğu bölge ise bilinçaltıdır. Bilinçaltı insan davranışlarını sürekli etkilemektedir.

Freud'un bir diğer kuramı ise "Yapısal Kişilik Kuramı"dır. Bu kurama göre ise kişilik yapısı üç ana sistemden meydana gelir: İd kişiliğin ilkel yönüdür. Temel biyolojik ihtiyaçlardan meydana gelir. Haz ile çalışır ve sürekli doyum arar. Toplumsal kurallara önem vermez. Ego ilkel dürtüleri içeren id'in ardından gelişen ve gerçeklik ilkesine göre işlev gören kişilik yönüdür. Doyum isteyen id'i toplumsal değerlere uydurur. Ego yönetici kısımdır. İd'den gelen istekleri doğru ortam gelene kadar bastırabilir. İd'in ihtiyaçları hem ego ile hem de süper egonun istekleri ile çelişir. Farklı iki talebi dengeleyip uyumu sağlamak ve kişiliğin bütünlüğünü korumak egonun görevidir. Toplumsal yaşama bağlı olarak id'den ayrılıp gelişen üçüncü kişilik boyutu ise süperego'dur. Sosyal ilişkilerle aktarılan geleneksel değerleri ve toplumsal ve kültürel kuralları içselleştirmiştir. Süperego anne-babanın ödül ve ceza sistemleri ile şekillenip, çocuğun davranışlarını yönetecek bir özdenetim yeterliliğini kazanır. Daha sonra akranlar, öğretmenler ve diğer yetişkinlerle kurulan toplumsal ilişkiler içinde çocuk sosyal yaşamı öğrenir. Böylece çocukta süperegonun alt sistemi olan vicdan gelişir (Doğan, 2014).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma “tarama modeli” şeklinde oluşturulmuştur. Tarama modeli, geçmişte var olmuş ya da halen var olan bir olayı varoluş şekliyle tanımlamayı amaç edinen bir araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan kişi, olay ya da nesne, kendi koşulları içerisinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Tarama modeli bu kişi, olay ya da nesneyi herhangi bir şekilde değiştirme ya da etkileme çabası göstermemektedir (Karasar, 2009).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan 20-40 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise İstanbul ili Maltepe ilçesinde bulunan özel bir tıp merkezinin klinik psikoloji polikliniğine psikolog desteği almak için başvuran 20-40 yaş arası kadınlar ile toplum içinden rastgele seçilmiş olan ve daha önce hiç psikolog başvurusu bulunmadığı bilinen aynı yaş grubundaki kadınlar oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda kullanılan ölçme değerlendirme araçlarının genel güvenilirlik oranlarının (Cronbach’ın Alfa skorlarının) değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriterleri şöyledir (Özdamar, 2004):

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Bu araştırmada kullanılan ölçeklerde Cronbach'ın alfa skorları şu şekilde bulunmuştur:

- BAÖ'nün genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.911$ olarak "yüksek güvenilirlik" seviyesinde bulunmuştur.
- BDÖ'nün genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.907$ olarak "yüksek güvenilirlik" seviyesinde bulunmuştur.
- R-BSÖ'nin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.811$ olarak "oldukça güvenilir" bulunmuştur.

R-BSÖ'nin alt ölçeklerinde ise Cronbach'ın alfa skorları şöyledir:

- Benlik saygısı alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.550$ olarak "düşük güvenilir" bulunmuştur.
- Kendilik kavramı alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.539$ olarak "düşük güvenilir" bulunmuştur.
- İnsanlara güven duyma alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=.255$ olarak "güvenilir" bulunmamıştır.
- Eleştiriye duyarlılık alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=.544$ olarak "düşük güvenilir" bulunmuştur.
- Depresif duygulanım alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.529$ olarak "düşük güvenilir" bulunmuştur.
- Hayalperestlik alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.852$ olarak "yüksek derecede güvenilir" bulunmuştur.
- Psikosomatik belirtiler alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.734$ olarak "oldukça güvenilir" bulunmuştur.
- Kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.571$ olarak "düşük güvenilir" bulunmuştur.

- Tartışmalara katılabilme derecesi alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.468$ olarak “düşük güvenilir” bulunmuştur.
- Anne baba ilgisi alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.680$ olarak “oldukça güvenilir” bulunmuştur.
- Babayla ilişki alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.617$ olarak “oldukça güvenilir” bulunmuştur.
- Psikik izolasyon alt ölçeğinin genel güvenilirlik oranı $\alpha=0.330$ olarak “güvenilir” bulunmamıştır.

3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Türkçe uyarlaması 1994 yılında Hisli ve Erten tarafından yapılan 21 sorudan oluşan BDÖ, depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri değerlendirmek üzere Beck ve arkadaşları (1961; 1979) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 1961’de geliştirilen formunun Türkçe standardizasyonu Tegin (1980) tarafından; 1979’da geliştirilen formunun Türkçe standardizasyonu ise Hisli (1988; 1989) tarafından gerçekleştirilmiştir (Özgüven ve ark., 2003).

BDÖ’nün her bir maddesi depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemektedir ve puanı azdan çoğa doğru giden (0-3), dört seçenekli 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekteki maddeler, depresyonun belirtilerini içermekte olup herhangi bir etiyolojik kuramı yansıtmamaktadır. Türkçe uyarlaması Hisli ve Erten (1984) tarafından yapılan ölçeğin, poliklinik hastaları üzerindeki geçerliliği 1986 yılında, üniversite öğrencileri üzerindeki geçerlilik ve güvenilirliği ise 1989 yılında Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin kesme puanı Türkiye’deki üniversite öğrencileri için 17 olarak belirlenmiştir. Alınacak puanlara göre yorum aşağıda belirtilen şekilde yapılmakta olup ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=.80$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 puan aralığında değişmektedir (Hisli, 1989):

0-17 puan: Depresyon yok

18-29 puan: Orta Düzeyde Depresyon

30 –63 puan: Ciddi Düzeyde Depresyon

Türkiye’deki birçok araştırmada kullanılan bu ölçeğin tedavi gerektirebilecek 17 puan ve üstündeki puanları %90 üzerinde bir doğrulukla ölçebildiği saptanmıştır (Savaşır, 1997). (EK-1)

3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçek, anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları yapmıştır. Ölçek likert tipi toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu anksiyete düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (Ulusoy ve ark., 1998). (EK-2)

3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (R-BSÖ)

Benlik saygısı ölçümü için kullanılan bu ölçek, Morris Rosenberg tarafından 1963 senesinde geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan ölçek, bir çok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını Çuhadaroğlu (1986) yapmış olmakla birlikte, geçerlilik kat sayısı $r = 71$ olarak saptanmıştır. Test-Tekrar Test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da güvenilirlik kat sayısı $r = 75$ olarak bulunmuştur (Tezcan, 2009).

Çuhadaroğlu tarafından Türkçe’ye çevrilen ölçek, üç ayrı öğretim üyesi tarafından gözden geçirilmiştir. Bu form Hacettepe Çocuk Hastanesi’ne başvuran 10 ergene uygulanmış olup maddelerin anlaşılabilirliği incelenmiş ve gerekli değişikliklerin yapılmasından sonra son halini almıştır. Test güvenilirlik çalışması için 15-18 yaş arasındaki lise öğrencilerine uygulanmış, uygulamadan bir ay sonra

ikinci defa uygulandığında her alt test için değişmezlik katsayıları 0.46 ('kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme' alt testi) ile 0.89 ('psikosomatik belirtiler' alt testi) arasında değişmiştir. Testin geçerlilik çalışmasında ise bir lisenin beş ayrı sınıfından rastlantısal olarak seçilen 5'er öğrenci psikiyatrik görüşmeye alınmıştır. Bu görüşmelerin değerlendirilmesinde öğrencilerin benlik saygıları, kendilerine ilişkin görüşlerine göre yüksek, orta ve düşük olarak derecelendirilmiştir. Öğrencilerin benlik saygısı alt testinden aldıkları puanlar da yüksek, orta ve düşük olarak gruplandırılmıştır. Görüşme ve ölçek sonuçları arasındaki uygunluk Pearson Momentler Çarpımı tekniğiyle hesaplanmış ve geçerlilik katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur. 'Depresyon', 'psikosomatik belirtiler' ve 'kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme' alt testlerinin geçerlilik çalışması için 'Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-90 R) aynı isimli alt testleri kullanılmıştır. Her iki testin puanları bu 3 alt testinden elde edilen puanlarla karşılaştırılmıştır. Geçerlilik katsayıları 'depresyon' alt testi için 0.66, 'psikosomatik alt testi için 0.70, 'kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme' alt testi için 0.45 çıkmıştır. Nörotik, psikotik ve kontrol grupları arasındaki farklar t testi ile sınanmıştır. Ölçekten alınan puanların ortalamaları gruplarla karşılaştırıldığında, psikotik gruptaki kızların benlik saygısının nörotik gruptaki kızlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Her iki hasta grup kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise hastalarda benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı açısından her grubun kendi içinde cinsiyetlere göre dağılımı araştırılınca yalnız psikotik belirtiler gösteren kızlarla erkekler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Benlik saygısı derecelerinin (yüksek orta ve düşük olarak) gruplara göre dağılımı incelendiğinde, psikotiklerde orta ve düşük benlik saygısı oranlarının eşit olduğu; nörotiklerde orta derecede benlik saygısı olanların çoğunluğu oluşturduğu; kontrol grubunun ise benlik saygısının yüksek olduğu görülmüştür. Uygulanan ki-kare testi sonucu, benlik saygısı dağılımının hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Öner, 2009).

R-BSÖ, çoktan seçmeli olarak hazırlanan 63 soru içeren bir öz bildirim ölçeğidir. On iki alt kategoriden oluşan ölçeğin, bu araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olan ilk 10 maddesi uygulanmıştır. Ölçeğin 1, 2, 4, 6 ve 7. maddeleri olumlu kendilik

değerlendirmesini sorgulamakta olup 3'den 0'a kadar değişen bir puanlama yapılırken; 3, 5, 8, 9 ve 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puanın 15-25 arası olması benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir (Tezcan, 2009) (EK-3).

3.3.4. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Katılımcı kadınların yaş, medeni durumu, öğrenim düzeyi, çalışıp çalışmadığı, sosyo ekonomik düzeyi, yakın arkadaş durumu, varsa sayısı ve psikoloğa giderek destek alıp almadıklarını gibi bilgileri içeren ve araştırmayı uygulayan kişi tarafından hazırlanmış olan bir kişisel bilgi formu kullanılmıştır (EK-4).

3.3.5. Katılımcı Onam Formu (KOF)

Araştırmaya katılan bireylerin bu araştırmaya gönüllülük esasına dayalı olarak katıldıklarına dair kişisel onamlarını almak amacıyla hazırlanmış formdur (EK-5).

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirebilmek amacıyla tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. BAE normal dağılmaktadır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Bağımsız Örneklem T Testi kullanılmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin alt ölçekleri ile BDE normal dağılım göstermemektedir. Ayrıca örneklem sayısı 30'dan küçük olan değişkenler de niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Spearman korelasyon ile test edilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006).

<i>R</i>	<i>İlişki</i>
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin istatistiksel analizinden elde edilen sonuçlar tabloları ile birlikte sunulmuştur.

Kişisel Bilgi Formu ile elde edilen veriler sıklık (F; frekans) ve yüzde (%) dağılımları şeklinde hem psikoloğa başvuran hem de başvurmamış olan bireyler için ayrı ayrı tablolandırılmıştır:

Tablo 4.1. Psikoloğa Başvuran 50 Bireyin Belirli Değişkenlere Göre Dağılımı

		<i>F</i>	<i>%</i>
Yaş	20 ile 23 yaş arası	9	18.0
	24 ile 28 yaş arası	22	44.0
	29 ile 33 yaş arası	7	14.0
	34 yaş ve üstü	12	24.0
Medeni durum	Evli	17	34.0
	Bekar	30	60.0
	Boşanmış	3	6.0
Eğitim düzeyi	İlköğretim mezunu	7	14.0
	Lise mezunu	13	26.0
	Üniversite mezunu	25	50.0
	Yüksek lisans ve üstü	5	10.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	25	50.0
	Çalışmıyor	25	50.0
Aylık gelir düzeyi	2000 TL'nin altı	22	44.0
	2000 TL ve üstü	28	56.0
Yakın arkadaş olup olmaması	Var	45	90.0
	Yok	5	10.0
Yakın arkadaş sayısı	Yok	5	10.0
	1-2 arkadaş	20	40.0
	3-4 arkadaş	15	30.0
	5 arkadaş ve üstü	10	20.0

Kişisel Bilgi Formu ve ölçekleri yanıtlayan daha önce bir psikoloğa başvurduğu bilinen 50 bireyin yaş ortalaması 28.14 ± 5.55 (en az 20 yaşında, en çok 40 yaşında) idi. Bunların 30'u (% 60.0) bekar, 17'si (% 34.0) evli ve 3'ü (% 6.0) boşanmıştı. Bireylerin 7'si (% 14.0) ilköğretim mezunu, 13'ü (% 26.0) lise mezunu, 25'i (% 50.0) üniversite mezunu ve 5'i ise (% 10.0) yüksek lisans ve üzeri eğitim almış idiler. Bu 50 bireyin yarısı (% 50.0) herhangi bir işte çalışmakta iken, kalan yarısı ise (% 50.0) herhangi bir işte çalışmıyordu. Bireylerin 28'inin (% 56.0) aylık toplam geliri 2000 TL ve üzerinde, kalan 22'sinin (% 44.0) aylık toplam geliri 2000 TL'nin altındaydı. Bu 50 bireyin 45'i (% 90.0) yakın bir arkadaşının bulunduğunu ifade ederken; 5'i (% 10.0) yakın bir arkadaşının olmadığını belirtmişti. Yakın bir arkadaşı olduğunu söyleyen bireylerin 20'sinin (% 40.0) yakın arkadaş sayısı 1-2; 15'inin (% 30.0) yakın arkadaş sayısı 3-4 ve 10'unun (% 20.0) yakın arkadaş sayısı 5 ve üzerinde idi.

Tablo 4.2. Psikoloğa Başvurmayan 50 Bireyin Belirli Değişkenlere Göre Dağılımı

		<i>F</i>	%
Yaş	20 ile 23 yaş arası	4	8.0
	24 ile 28 yaş arası	18	36.0
	29 ile 33 yaş arası	8	16.0
	34 yaş ve üstü	20	40.0
Medeni durum	Evli	28	56.0
	Bekar	18	36.0
	Boşanmış	4	8.0
Eğitim düzeyi	İlköğretim mezunu	5	10.0
	Lise mezunu	20	40.0
	Üniversite mezunu	22	44.0
	Yüksek lisans ve üstü	3	6.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	38	76.0
	Çalışmıyor	12	24.0
Aylık gelir düzeyi	2000 TL'nin altı	12	24.0
	2000 TL ve üstü	38	76.0
Yakın arkadaş olup olmaması	Var	47	94.0
	Yok	3	6.0
Yakın arkadaş sayısı	Yok	3	6.0
	1-2 arkadaş	17	34.0
	3-4 arkadaş	17	34.0
	5 ve üzeri	13	26.0

Kişisel Bilgi Formu ve ölçekleri yanıtlayan daha önce bir psikoloğa başvurmamış olan 50 bireyin yaş ortalaması 30.84 ± 5.68 (en az 21 yaşında, en çok 40 yaşında) idi. Bunların 28'i (% 56.0) evli, 18'i (% 36.0) bekar ve 4'ü (% 8.0) boşanmıştı. Bireylerin 5'i (% 10.0) ilköğretim mezunu, 20'si (% 40.0) lise mezunu, 22'si (% 44.0) üniversite mezunu ve 3'ü ise (% 6.0) yüksek lisans ve üzeri eğitim almış idiler. Bu 50 bireyin 38'i (% 76.0) herhangi bir işte çalışmakta iken, 12'si (%24.0) ise herhangi bir işte çalışmıyordu. Bireylerin 38'inin (% 76.0) aylık toplam geliri 2000 TL ve üzerinde, kalan 12'sinin (% 24.0) aylık toplam

geliri 2000 TL'nin altındaydı. Bu 50 bireyin 47'si (% 94.0) yakın bir arkadaşının bulunduğunu ifade ederken; 3'ü (% 6.0) yakın bir arkadaşının olmadığını belirtmişti. Yakın bir arkadaşı olduğunu söyleyen bireylerin 17'sinin (% 34.0) yakın arkadaş sayısı 1-2; 17'sinin (% 34.0) yakın arkadaş sayısı 3-4 ve 13'ününün (% 26.0) yakın arkadaş sayısı 5 ve üzerinde idi.

Tablo 4.3. Psikoloğa Başvuran Bireylerin BAÖ ve BDÖ Ortalama Toplam Puan Dağılımı

	Ort. ve SD
BAÖ (Beck Anksiyete Ölçeği)	21.54 ± 1.40
BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği)	20.08 ± 11.39

Psikoloğa başvurduğu bilinen 50 kadının BAÖ toplam puan ortalaması (21.54±1.40) ve BDÖ toplam puan ortalaması (20.08±11.39) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Psikolog Desteği Almayan Bireylerin Ortalama BAÖ ve BDÖ Toplam Puan Dağılımı

	Ort. ve SD
BAÖ (Beck Anksiyete Ölçeği)	12.74±9.22
BAÖ (Beck Anksiyete Ölçeği)	12.26±8.93

Daha önce bir psikolog desteği almamış olan 50 kadının BAÖ toplam puan ortalaması (12.74±9.22) ve BDÖ toplam puan ortalaması (12.26±8.93) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Alt Ölçeklerindeki Ortalama Toplam Puan Dağılımı

Benlik Saygısı – Alt Ölçeği:	Ort. ve SD
Benlik saygısı	1.64 ± .95
Kendilik kavramının sürekliliği	3.70 ± 1.24
İnsanlara güven duyma	2.92 ± .92
Eleştiriye duyarlılık	2.22 ± .97
Depresif duygulanım	2.72 ± 1.38
Hayalperestlik	1.66 ± 1.58
Psikosomatik belirtiler	4.28 ± 2.43
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	1.40 ± 1.19
Tartışmalara katılabilme	.70 ± .78
Anne-baba ilgisi	2.10 ± 1.68
Babayla ilişki	1.32 ± 1.37
Psşik izolasyon	.84 ± .73

Psikoloğa başvurduğu bilinen 50 kadının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin;

- Benlik Saygısı Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.64 ± .95) idi.
- Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (3.70 ± 1.24) idi.
- İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (2.92 ± .92) idi.
- Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (2.22 ± .97) idi.

- Depresif duygulanım Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (2.72 ± 1.38) idi.
- Hayalperestlik Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.66 ± 1.58) idi.
- Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (4.28 ± 2.43) idi.
- Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.40 ± 1.19) idi.
- Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan ($.70 \pm .78$) idi.
- Anne Baba İlgisi Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (2.10 ± 1.68) idi.
- Babayla İlişki Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.32 ± 1.37) idi.
- Psikik İzolasyon Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan ($.84 \pm .73$) idi.

Tablo 4.6. Psikolog Desteği Almayan Bireylerin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Alt Ölçeklerindeki Ortalama Toplam Puan Dağılımı

Benlik Saygısı – Alt Ölçeği:	Ort. ve SD
Benlik saygısı	.99 ± .70
Kendilik kavramının sürekliliği	3.26 ± 1.19
İnsanlara güven duyma	2.80 ± 1.10
Eleştiriye duyarlılık	1.60 ± .92
Depresif duygulanım	1.96 ± 1.35
Hayalperestlik	.90 ± 1.40
Psikosomatik belirtiler	2.78 ± 2.21
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	1.22 ± .93
Tartışmalara katılabilme	.62 ± .72
Anne-baba ilgisi	1.66 ± 1.69
Babayla ilişki	1.24 ± 1.42
Psişik izolasyon	.54 ± .70

Psikolog desteği almamış olan 50 kadının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin;

- Benlik Saygısı Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (.99 ± .70) idi.
- Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (3.26 ± 1.19) idi.
- İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (2.80 ± 1.10) idi.
- Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.60 ± .92) idi.

- Depresif duygulanım Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.96 ± 1.35) idi.
- Hayalperestlik Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan ($.90 \pm 1.40$) idi.
- Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (2.78 ± 2.21) idi.
- Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan ($1.22 \pm .93$) idi.
- Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan ($.62 \pm .72$) idi.
- Anne Baba İlgisi Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.66 ± 1.69) idi.
- Babayla İlişki Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan (1.24 ± 1.42) idi.
- Psikik İzolasyon Alt Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puan ($.54 \pm .70$) idi.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ilk olarak ‘bireylerin bir psikoloğa başvurup başvurmaması ile bu bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı’ sorusuna yanıt aranmıştır:

Tablo 4.7. Bireylerin Psikoloğa Başvurup Başvurmaması ile BAÖ ve BDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin “Bağımsız Örneklem T” Testi ve “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

Psikolojik destek		<i>N</i>	x^2	<i>S.S.</i>		<i>T</i>	<i>P</i>	
BAÖ	Evet	50	21.54	11.40				
	Hayır	50	12.74	9.22				
	Toplam	100				4.24	.000*	
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
BDÖ	Evet	50	60.89	3044.50				
	Hayır	50	40.11	2005.50				
	Toplam	100				730.50	-3.58	.000*

*p<0.05

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere; bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile BAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0.05). Buna göre, daha önce bir psikoloğa başvurmuş olan bireylerin anksiyete düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [T=4.24, p=.000]. Benzer şekilde bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile BDÖ toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). Daha önce bir psikoloğa başvurmuş olan bireylerin depresyon düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [U=730.50, p=.000].

İkinci olarak ‘bireylerin bir psikoloğa başvurup başvurmaması ile bu bireylerin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı’ sorusuna yanıt aranmıştır:

Tablo 4.8. Bireylerin Psikoloğa Başvurup Başvurmaması ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişkinin “Mann Whitney U” Testi ile Analizi

Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Benlik saygısı	Evet	50	60.87	3043.50			
	Hayır	50	40.13	2006.50			
	Toplam	100			730.50	-3.58	.000*
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kendilik kavramının sürekliliği	Evet	50	56.35	2817.50			
	Hayır	50	44.65	2232.50			
	Toplam	100			957.50	-2.10	.035*
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
İnsanlara güven duyma	Evet	50	51.58	2579.00			
	Hayır	50	49.42	2471.00			
	Toplam	100			1196.00	-.392	.695
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Eleştiriye duyarlılık	Evet	50	59.95	2997.50			
	Hayır	50	41.05	2052.50			
	Toplam	100			777.50	-3.41	.001*
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Depresif duygulanım	Evet	50	58.42	2921.00			
	Hayır	50	42.58	2129.00			
	Toplam	100			854.00	-2.78	.005*
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Hayalperestlik	Evet	50	57.46	2873.00			
	Hayır	50	43.54	2177.00			
	Toplam	100			902.00	-2.58	.010*
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psikomatik belirtiler	Evet	50	59.60	2980.00			
	Hayır	50	41.40	2070.00			
	Toplam	100			795.00	-3.16	.002*
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	Evet	50	52.55	2627.50			
	Hayır	50	48.45	2422.50			
	Toplam	100			1147.50	-.733	.463
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Tartışmalara katılabilme	Evet	50	51.65	2582.50			
	Hayır	50	49.35	2467.50			
	Toplam	100			1192.50	-.435	.663
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Anne-baba ilgisi	Evet	50	54.81	2740.50			
	Hayır	50	46.19	2309.50			
	Toplam	100			1034.50	-1.52	.127
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Babayla ilişki	Evet	50	51.67	2583.50			
	Hayır	50	49.33	2466.50			
	Toplam	100			1191.50	-.421	.674
Psikolojik destek		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psişik izolasyon	Evet	50	56.18	2809.00			
	Hayır	50	44.82	2241.00			
	Toplam	100			966.00	-2.13	.033*

*p<0.05

Tablo 4.8’de görüldüğü üzere, bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile benlik saygısı alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, daha önce bir psikoloğa başvurmamış olan bireylerin benlik saygısı düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=731.50$, $p=.000$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile kendilik kavramı alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerin kendilik kavramı sürekliliği anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=957.50$, $p=.035$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile insanlara güven duyma alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerle almamış olanlar arasında insanlara güven duymak açısından bir farklılık bulunmamaktadır [$U=1196.00$, $p=.695$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile eleştiriye duyarlılık alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireyler anlamlı şekilde eleştiriye daha duyarlıdırlar [$U=777.50$, $p=.001$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile depresif duygulanım alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerin depresif duygulanım düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=854.00$, $p=.005$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile hayalperestlik alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerin hayalperestlik düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=902.00$, $p=.010$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile psikosomatik belirtiler alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu

görülmüştür ($p < 0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerin psikosomatik belirti düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=795.00$, $p=.002$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile kişilerarası ilişkilerde tehdit alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerle almamış olanlar arasında kişilerarası ilişkilerde tehdit algısı açısından bir farklılık bulunmamaktadır [$U=1147.50$, $p=.463$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile tartışmalara katılabilme alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerle almamış olanlar arasında tartışmalara katılabilme açısından bir farklılık bulunmamaktadır [$U=1192.50$, $p=.663$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile anne baba ilgisi alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerle almamış olanlar arasında anne baba ilgisi açısından bir farklılık bulunmamaktadır [$U=1034.50$, $p=.127$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile babayla ilişki alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerle almamış olanlar arasında babayla ilişki açısından bir farklılık bulunmamaktadır [$U=1191.50$, $p=.674$].

Bireylerin psikoloğa başvurup başvurmaması ile psişik izolasyon alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Buna göre, bir psikolog desteği almış olan bireylerin psişik izolasyon düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=966.00$, $p=.033$].

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde; psikolog desteği alan ve almamış olan bireylerin belirli sosyodemografik özellikleri ile bu bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir:

YAŞ:

Tablo 4.9. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yaşları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BAÖ	20 ile 29 yaş arası	32					
	30 ile 40 yaş arası	18	24.39	780.50			
	Toplam	50	27.47	494.50	252.50	-.718	.473
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BDÖ	20 ile 29 yaş arası	32					
	30 ile 40 yaş arası	18	25.88	828.00			
	Toplam	50	24.83	447.00	276.00	-.243	.808

Tablo 4.9’da da görüldüğü gibi, psikoloğa başvuran kadınların yaşları ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yaşları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BAÖ	20 ile 29 yaş arası	25					
	30 ile 40 yaş arası	25	27.88	697.00			
	Toplam	50	23.12	578.00	253.00	-1.15	.248
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BDÖ	20 ile 29 yaş arası	25					
	30 ile 40 yaş arası	25	28.10	702.50			
	Toplam	50	22.90	572.50	247.50	-1.26	.207

Tablo 4.10’da da görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmayan kadınların yaşları ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yaşları İle Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Alt Ölçek	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Benlik saygısı	20 ile 29 yaş arası	32	24.58	786.50			
	30 ile 40 yaş arası	18	27.14	488.50			
	Toplam	50			258.50	-.597	.550
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kendilik kavramının sürekliliği	20 ile 29 yaş arası	32	27.02	864.50			
	30 ile 40 yaş arası	18	22.81	410.50			
	Toplam	50			239.50	-1.02	.304
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İnsanlara güven duyma	20 ile 29 yaş arası	32	25.47	815.00			
	30 ile 40 yaş arası	18	25.56	460.00			
	Toplam	50			287.00	-.022	.983
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Eleştiriye duyarlılık	20 ile 29 yaş arası	32	24.67	789.50			
	30 ile 40 yaş arası	18	26.97	485.50			
	Toplam	50			261.50	-.584	.559
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresif duygulanım	20 ile 29 yaş arası	32	24.58	786.50			
	30 ile 40 yaş arası	18	27.14	488.50			
	Toplam	50			258.50	-.612	.541
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Hayalperestlik	20 ile 29 yaş arası	32	28.66	917.00			
	30 ile 40 yaş arası	18	19.89	358.00			
	Toplam	50			187.00	-2.11	.034*
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikomatik belirtiler	20 ile 29 yaş arası	32	25.39	812.50			
	30 ile 40 yaş arası	18	25.69	462.50			
	Toplam	50			284.50	-.072	.943
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	20 ile 29 yaş arası	32	25.97	831.00			
	30 ile 40 yaş arası	18	24.67	444.00			
	Toplam	50			273.00	-.315	.753
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Tartışmalara katılabilme	20 ile 29 yaş arası	32	28.63	916.00			
	30 ile 40 yaş arası	18	19.94	359.00			
	Toplam	50			188.00	-2.20	.027*
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Anne-baba ilgisi	20 ile 29 yaş arası	32	23.52	752.50			
	30 ile 40 yaş arası	18	29.03	522.50			
	Toplam	50			224.50	-1.31	.188
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Babayla ilişki	20 ile 29 yaş arası	32	25.55	817.50			
	30 ile 40 yaş arası	18	25.42	457.50			
	Toplam	50			286.50	-.032	.975
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psirik izolasyon	20 ile 29 yaş arası	32	27.25	872.00			
	30 ile 40 yaş arası	18	22.39	403.00			
	Toplam	50			232.00	-1.22	.222

*p<0.05

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadınların benlik saygısı, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, kendilik kavramının sürekliliği, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, anne baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldığı puanlar ile bu kadınların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Psikoloğa başvuran kadınların yaşları ile hayalperestlik alt ölçek puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hayalperest olma düzeyi 20 ile 29 yaş arasında olan bireylerde, 30 ile 40 yaş arasında olan bireylere oranla anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=187.00$, $p=.034$]. Benzer şekilde, daha önce bir psikoloğa başvuran kadınların yaşları ile tartışmalara katılabilme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yani, 20 ile 29 yaş arasında olan bireylerin tartışmalara katılabilme düzeyi 30 ile 40 yaş arasında olan bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=188.00$, $p=.027$].

Tablo 4.12. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yaşları İle Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Benlik saygısı	20 ile 29 yaş arası	25	31.10	777.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	19.90	497.50			
	Toplam	50			172.50	-2.75	.006*
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kendilik kavramının sürekliliği	20 ile 29 yaş arası	25	28.80	720.00			
	30 ile 40 yaş arası	25	22.20	555.00			
	Toplam	50			230.00	-1.68	.093
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İnsanlara güven duyma	20 ile 29 yaş arası	25	27.66	691.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	23.34	583.50			
	Toplam	50			258.50	-1.09	.274
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Eleştiriye duyarlılık	20 ile 29 yaş arası	25	26.58	664.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	24.42	610.50			
	Toplam	50			285.50	-.550	.582
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresif duygulanım	20 ile 29 yaş arası	25	26.10	652.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	24.90	622.50			
	Toplam	50			297.50	-.299	.765
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Hayalperestlik	20 ile 29 yaş arası	25	33.76	844.00			
	30 ile 40 yaş arası	25	17.24	431.00			
	Toplam	50			106.00	-4.67	.000*
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikomatik belirtiler	20 ile 29 yaş arası	25	27.30	682.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	23.70	492.50			
	Toplam	50			267.50	-.885	.376
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	20 ile 29 yaş arası	25	29.18	729.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	21.82	545.50			
	Toplam	50			220.50	-1.87	.061
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Tartışmalara katılabilme	20 ile 29 yaş arası	25	25.74	643.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	25.26	631.50			
	Toplam	50			306.50	-.129	.898
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Anne-baba ilgisi	20 ile 29 yaş arası	25	26.66	666.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	24.34	608.50			
	Toplam	50			283.50	-.582	.560
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Babayla ilişki	20 ile 29 yaş arası	25	26.40	660.00			
	30 ile 40 yaş arası	25	24.60	615.00			
	Toplam	50			290.00	-.456	.648
	Yaş	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psşik izolasyon	20 ile 29 yaş arası	25	28.54	713.50			
	30 ile 40 yaş arası	25	22.46	561.50			
	Toplam	50			236.50	-1.67	.094

*p<0.05

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi; psikolog desteği almamış olan kadınların insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, kendilik kavramının sürekliliği, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldığı puanlar ile bu kadınların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Psikoloğa başvurmamış olan kadınların yaşları ile benlik saygısı alt ölçek puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre, 30 ile 40 yaş arasında olan bireylerin benlik saygısı düzeyleri 20 ile 29 yaş arasında olan bireylere oranla anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=172.50$ $p=.006$].

Psikoloğa başvurmamış olan kadınların yaşları ile hayalperestlik alt ölçek puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hayalperestlik düzeyi 20 ile 29 yaş arasında olan bireylerde 30 ile 40 yaş arasında olan bireylere oranla anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=106.00$, $p=.000$].

MEDENİ DURUM:

Tablo 4.13. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Medeni Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni durum	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
BAÖ	Evli	17	25.44	432.50			
	Bekar	33	25.53	842.50			
	Toplam	50			279.50	-.020	.984
	Medeni durum	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
BDÖ	Evli	17	23.18	394.00			
	Bekar	33	26.70	881.00			
	Toplam	50			241.00	-.809	.418

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadınların medeni durumları ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Psikoloğa Başvurmamış Bireylerin Medeni Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BAÖ	Evli	28	25.96	727.00			
	Bekar	22	24.91	548.00			
	Toplam	50			295.00	-.254	.799
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BDÖ	Evli	28	26.13	731.50			
	Bekar	22	24.70	543.50			
	Toplam	50			290.50	-.342	.732

Tablo 4.14'te görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmamış olan kadınların medeni durumları ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Medeni Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Benlik saygısı	Evli	17	24.88	423.00			
	Bekar	33	25.82	852.00			
	Toplam	50			270.00	-.215	.829
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kendilik kavramının sürekliliği	Evli	17	20.56	349.50			
	Bekar	33	28.05	925.50			
	Toplam	50			196.50	-1.80	.071
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İnsanlara güven duyma	Evli	17	26.15	444.50			
	Bekar	33	25.17	830.50			
	Toplam	50			269.50	-.240	.810
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Eleştiriye duyarlılık	Evli	17	24.50	416.50			
	Bekar	33	26.02	858.50			
	Toplam	50			263.50	-.380	.704
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresif duygulanım	Evli	17	25.24	429.00			
	Bekar	33	25.64	846.00			
	Toplam	50			276.00	-.095	.925
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Hayalperestlik	Evli	17	19.88	338.00			
	Bekar	33	28.39	937.00			
	Toplam	50			185.00	-2.03	.042*
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikomatik belirtiler	Evli	17	21.94	373.00			
	Bekar	33	27.33	902.00			
	Toplam	50			220.00	-1.25	.210
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	Evli	17	25.59	435.00			
	Bekar	33	25.45	840.00			
	Toplam	50			279.00	-.032	.975
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Tartışmalara katılabilme	Evli	17	21.97	373.50			
	Bekar	33	27.32	901.50			
	Toplam	50			220.50	-1.34	.180
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Anne-baba ilgisi	Evli	17	30.18	513.00			
	Bekar	33	23.09	762.00			
	Toplam	50			201.00	-1.67	.095
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Babayla ilişki	Evli	17	22.76	387.00			
	Bekar	33	26.91	688.00			
	Toplam	50			234.00	-.994	.320
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psişik izolasyon	Evli	17	20.79	353.50			
	Bekar	33	27.92	921.50			
	Toplam	50			200.50	-1.76	.077

*p<0.05

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadınların medeni durumları ile benlik saygısı, kendilik kavramı, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, ana baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim psikoloğa başvuran kadınların medeni durumları ile hayalperestlik alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$). Buna göre, psikoloğa başvuran kadınlar arasındaki bekâr bireylerin evli olanlara kıyasla hayalperestlik düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir [$U=185.00$, $p=.042$].

Tablo 4.16. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Medeni Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Benlik saygısı	Evli	28	22.43	628.00			
	Bekar	22	29.41	647.00			
	Toplam	50			222.00	-1.70	.089
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kendilik kavramının sürekliliği	Evli	28	25.70	719.50			
	Bekar	22	25.25	555.50			
	Toplam	50			302.50	-1.113	.910
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İnsanlara güven duyma	Evli	28	24.98	699.50			
	Bekar	22	26.16	575.50			
	Toplam	50			293.50	-.296	.767
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Eleştiriye duyarlılık	Evli	28	26.25	735.00			
	Bekar	22	24.55	540.00			
	Toplam	50			287.00	-.431	.666
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresif duygulanım	Evli	28	28.16	788.50			
	Bekar	22	22.11	486.50			
	Toplam	50			233.50	-1.49	.135
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Hayalperestlik	Evli	28	22.02	616.50			
	Bekar	22	29.93	658.50			
	Toplam	50			210.50	-2.22	.026*
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikomatik belirtiler	Evli	28	27.59	772.50			
	Bekar	22	22.84	502.50			
	Toplam	50			249.50	-1.15	.247
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	Evli	28	27.11	759.00			
	Bekar	22	23.45	516.00			
	Toplam	50			263.00	-.922	.357
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Tartışmalara katılabilme	Evli	28	23.23	650.50			
	Bekar	22	28.39	624.50			
	Toplam	50			244.50	-1.37	.170
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Anne-baba ilgisi	Evli	28	25.95	726.50			
	Bekar	22	24.93	548.50			
	Toplam	50			295.50	-.253	.800
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Babayla ilişki	Evli	28	24.88	696.50			
	Bekar	22	26.30	578.50			
	Toplam	50			290.50	-.358	.721
	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psişik izolasyon	Evli	28	24.77	693.50			
	Bekar	22	26.43	581.50			
	Toplam	50			287.50	-.455	.649

*p<0.05

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmamış olan kadınların medeni durumları ile benlik saygısı, kendilik kavramı, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, ana baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu bireylerin medeni durumları ile hayalperestlik alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre, bekâr olan bireylerin hayalperestlik düzeyleri evli olan bireylere oranla anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=210.50$, $p=.026$].

EĞİTİM DÜZEYİ:

Tablo 4.17. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
BAÖ	lise mezunu ve altı	20	24.78	495.50			
	üniversite mezunu	30	25.98	779.50			
	ve üstü				285.50	-.287	.774
	Toplam	50					
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
BDÖ	lise mezunu ve altı	20	24.45	489.00			
	üniversite mezunu	30	26.20	786.00			
	ve üstü				279.00	-.416	.677
	Toplam	50					

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadınların eğitim düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
BAÖ	Eğitim düzeyi						
	lise mezunu ve altı	25	27.08	677.00			
	üniversite mezunu	25	23.92	598.00			
	ve üstü				273.00	-.767	.443
Toplam		50					
		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
BDÖ	Eğitim düzeyi						
	lise mezunu ve altı	25	27.46	686.50			
	üniversite mezunu	25	23.54	588.50			
	ve üstü				263.50	-.952	.34
Toplam		50					

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmayan kadınların eğitim düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.19. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Benlik saygısı	lise mezunu ve altı	20	23.48	469.50			
	üniversite mezunu ve üstü	30	26.85	805.50			
	Toplam	50			259.50	-.803	.422
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kendilik kavramının sürekliliği	lise mezunu ve altı	20	24.25	485.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	26.33	790.00			
	Toplam	50			275.00	-.519	.604
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
İnsanlara güven duyma	lise mezunu ve altı	20	28.18	563.50			
	üniversite mezunu ve üstü	30	23.72	711.50			
	Toplam	50			246.50	-1.12	.259
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Eleştiriye duyarlılık	lise mezunu ve altı	20	28.08	561.50			
	üniversite mezunu ve üstü	30	23.78	713.50			
	Toplam	50			248.50	-.396	.692
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Depresif duygulanım	lise mezunu ve altı	20	26.48	529.50			
	üniversite mezunu ve üstü	30	24.85	745.50			
	Toplam	50			280.50	-.396	.692
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Hayalperestlik	lise mezunu ve altı	20	20.75	415.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	28.67	860.00			
	Toplam	50			205.00	-1.95	.051
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psikomatik belirtiler	lise mezunu ve altı	20	25.45	509.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	25.53	766.00			
	Toplam	50			299.00	-.020	.984
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	lise mezunu ve altı	20	28.95	579.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	23.20	696.00			
	Toplam	50			231.00	-1.42	.156
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Tartışmalara katılabilme	lise mezunu ve altı	20	24.25	485.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	26.33	790.00			
	Toplam	50			275.00	-.540	.589
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Anne-baba ilgisi	lise mezunu ve altı	20	23.50	470.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	26.83	805.00			
	Toplam	50			260.00	-.812	.417
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Babayla ilişki	lise mezunu ve altı	20	25.45	509.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	25.53	766.00			
	Toplam	50			299.00	-.021	.984
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psşik izolasyon	lise mezunu ve altı	20	21.70	434.00			
	üniversite mezunu ve üstü	30	28.03	841.00			
	Toplam	50			224.00	-1.62	.105

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmuş olan kadın bireylerin eğitim düzeyleri ile benlik saygısı, kendilik kavramı, hayalperestlik, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, ana baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Benlik saygısı	lise mezunu ve altı	25	25.46	636.50			
	üniversite mezunu ve üstü	25	25.54	638.50			
	Toplam	50			311.50	-.020	.984
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kendilik kavramının sürekliliği	lise mezunu ve altı	25	25.78	644.50			
	üniversite mezunu ve üstü	25	25.22	630.50			
	Toplam	50			305.50	-.143	.887
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
İnsanlara güven duyma	lise mezunu ve altı	25	26.96	674.00			
	üniversite mezunu ve üstü	25	24.04	601.00			
	Toplam	50			276.00	-.740	.460
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Eleştiriye duyarlılık	lise mezunu ve altı	25	28.68	717.00			
	üniversite mezunu ve üstü	25	22.32	558.00			
	Toplam	50			233.00	-1.62	.105
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Depresif duygulanım	lise mezunu ve altı	25	30.98	774.50			
	üniversite mezunu ve üstü	25	20.02	500.50			
	Toplam	50			175.50	-2.72	.006*
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Hayalperestlik	lise mezunu ve altı	25	22.50	562.50			
	üniversite mezunu ve üstü	25	28.50	712.50			
	Toplam	50			237.50	-1.69	.090
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psikomatik belirtiler	lise mezunu ve altı	25	26.72	668.00			
	üniversite mezunu ve üstü	25	24.28	607.00			
	Toplam	50			282.00	-.600	.549
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	lise mezunu ve altı	25	26.94	673.50			
	üniversite mezunu ve üstü	25	24.06	601.50			
	Toplam	50			276.50	-.732	.464
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Tartışmalara katılabilme	lise mezunu ve altı	25	24.40	610.00			
	üniversite mezunu ve üstü	25	26.60	665.00			
	Toplam	50			285.00	-.590	.555
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Anne-baba ilgisi	lise mezunu ve altı	25	27.46	686.50			
	üniversite mezunu ve üstü	25	23.54	588.50			
	Toplam	50			263.50	-.984	.325

Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Babayla ilişki	lise mezunu ve altı	25	21.00	525.00			
	üniversite mezunu ve üstü	25	30.00	750.00			
	Toplam	50			200.00	-2.28	.022*
Eğitim düzeyi		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psşik izolasyon	lise mezunu ve altı	25	25.06	626.50			
	üniversite mezunu ve üstü	25	25.94	648.50			
	Toplam	50			301.50	-.242	.809

* $p < 0.05$

Tablo 4.20'de görüldüğü gibi; psikolog desteği almamış olan kadın bireylerin eğitim düzeyleri ile benlik saygısı, kendilik kavramı, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, ana baba ilgisi ve psşik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Nitekim psikoloğa başvurmamış olan bu kadınların eğitim düzeyleri ile depresif duygulanım alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre, lise ve altı düzeyde eğitime sahip olan kadınların depresif duygulanım düzeyleri üniversite ve üstü eğitim düzeyindeki kadınlardan anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=175.50$, $p=.006$].

Benzer şekilde, psikoloğa başvurmamış olan bu kadınların eğitim düzeyleri ile babayla ilişki alt ölçeği puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre, lise ve altı düzeyde eğitime sahip olan kadınların babayla ilişki düzeyleri üniversite ve üstü eğitim düzeyindeki kadınlardan anlamlı şekilde daha düşüktür [$U=200.00$, $p=.0022$].

BİR İŞTE ÇALIŞMA DURUMU:

Tablo 4.21. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Çalışma Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BAÖ	Çalışıyor	25	24.18	604.50			
	Çalışmıyor	25	26.82	670.50			
	Toplam	50			279.50	-.641	.522
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BDÖ	Çalışıyor	25	25.18	629.50			
	Çalışmıyor	25	25.82	645.50			
	Toplam	50			304.50	-.155	.877

Tablo 4.21’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadınların bir işte çalışıp çalışmamaları ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Çalışma Durumları ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BAÖ	Çalışıyor	38	25.91	984.50			
	Çalışmıyor	12	24.21	290.50			
	Toplam	50			212.50	-.352	.724
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BDÖ	Çalışıyor	38	25.50	969.00			
	Çalışmıyor	12	25.50	306.00			
	Toplam	50			228.00	.000	1.00

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmayan kadınların bir işte çalışıp çalışmamaları ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.23. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Çalışma Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Benlik saygısı	Çalışıyor	25	23.36	584.00			
	Çalışmıyor	25	27.64	691.00			
	Toplam	50			259.00	-1.04	.298
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kendilik kavramının sürekliliği	Çalışıyor	25	24.14	603.50			
	Çalışmıyor	25	26.86	671.50			
	Toplam	50			278.50	-.692	.489
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
İnsanlara güven duyma	Çalışıyor	25	24.44	611.00			
	Çalışmıyor	25	26.56	664.00			
	Toplam	50			286.00	-.548	.584
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Eleştiriye duyarlılık	Çalışıyor	25	24.80	620.00			
	Çalışmıyor	25	26.20	655.00			
	Toplam	50			295.00	-.370	.711
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Depresif duygulanım	Çalışıyor	25	23.64	591.00			
	Çalışmıyor	25	27.36	684.00			
	Toplam	50			266.00	-.925	.355
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Hayalperestlik	Çalışıyor	25	24.36	609.00			
	Çalışmıyor	25	26.64	666.00			
	Toplam	50			284.00	-.574	.566
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psikomatik belirtiler	Çalışıyor	25	27.42	685.50			
	Çalışmıyor	25	23.58	589.50			
	Toplam	50			264.50	-.942	.346
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	Çalışıyor	25	24.12	603.00			
	Çalışmıyor	25	26.88	672.00			
	Toplam	50			278.00	-.696	.487
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Tartışmalara katılabilme	Çalışıyor	25	27.20	680.00			
	Çalışmıyor	25	23.80	595.00			
	Toplam	50			270.00	-.900	.368
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Anne-baba ilgisi	Çalışıyor	25	28.62	715.50			
	Çalışmıyor	25	22.38	559.50			
	Toplam	50			234.50	-1.55	.121
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Babayla ilişki	Çalışıyor	25	25.48	637.00			
	Çalışmıyor	25	25.52	638.00			
	Toplam	50			312.00	-.010	.992
	Çalışma durumu	<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Psişik izolasyon	Çalışıyor	25	23.58	589.50			
	Çalışmıyor	25	27.42	685.50			
	Toplam	50			264.50	-1.00	.315

Tablo 4.23'te de görüldüğü üzere, daha önce bir psikoloğa başvuran kadın bireylerin bir işte çalışıp çalışmama durumları ile benlik saygısı, kendilik kavramı, hayalperestlik, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, ana baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.24. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Çalışma Durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Benlik saygısı	Çalışıyor	38	23.83	905.50			
	Çalışmıyor	12	30.79	369.50			
	Toplam	50			164.50	-1.46	.144
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kendilik kavramının sürekliliği	Çalışıyor	38	23.42	890.00			
	Çalışmıyor	12	32.08	385.00			
	Toplam	50			149.00	-1.88	.060
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İnsanlara güven duyma	Çalışıyor	38	24.83	943.50			
	Çalışmıyor	12	27.63	331.50			
	Toplam	50			202.50	-.605	.545
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Eleştiriye duyarlılık	Çalışıyor	38	25.49	968.50			
	Çalışmıyor	12	25.54	306.50			
	Toplam	50			227.50	-.012	.990
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresif duygulanım	Çalışıyor	38	23.34	887.00			
	Çalışmıyor	12	32.33	388.00			
	Toplam	50			146.00	-1.91	.056
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Hayalperestlik	Çalışıyor	38	24.76	941.00			
	Çalışmıyor	12	27.83	334.00			
	Toplam	50			200.00	-.742	.458
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikomatik belirtiler	Çalışıyor	38	25.04	951.50			
	Çalışmıyor	12	26.96	323.50			
	Toplam	50			210.50	-.403	.687
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	Çalışıyor	38	26.09	991.50			
	Çalışmıyor	12	23.63	283.50			
	Toplam	50			205.50	-.536	.592
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Tartışmalara katılabilme	Çalışıyor	38	24.38	926.50			
	Çalışmıyor	12	29.04	348.50			
	Toplam	50			185.50	-1.06	.286
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Anne-baba ilgisi	Çalışıyor	38	22.70	862.50			
	Çalışmıyor	12	34.38	412.50			
	Toplam	50			121.50	-2.50	.012*
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Babayla ilişki	Çalışıyor	38	26.66	1013.00			
	Çalışmıyor	12	21.83	262.00			
	Toplam	50			184.00	-1.04	.296
	Çalışma durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psişik izolasyon	Çalışıyor	38	24.79	942.00			
	Çalışmıyor	12	27.75	333.00			
	Toplam	50			201.00	-.696	.486

Tablo 4.24'te de görüldüğü üzere daha önce psikolog desteği almamış olan kadın bireylerin bir işte çalışıp çalışmama durumları ile benlik saygısı, kendilik kavramı, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, depresif duygulanım. kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu kadınların çalışma durumları ile ana baba ilgisi alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla ana baba ilgisi anlamlı şekilde daha yüksektir [$U=121.50$, $p=.012$].

GELİR DÜZEYİ:

Tablo 4.25. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Gelir Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BAÖ	1999 TL ve altı	22	23.70	521.50			
	2000 TL ve üzeri	28	26.91	753.50			
	Toplam	50			268.50	-.773	.440
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BDÖ	1999 TL ve altı	22	25.73	566.00			
	2000 TL ve üzeri	28	25.32	709.00			
	Toplam	50			303.00	-.098	.922

Tablo 4.25'de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadınların gelir düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.26. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Gelir Düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BAÖ	1999 TL ve altı	12	22.46	269.50			
	2000 TL ve üzeri	38	26.46	1005.50			
	Toplam	50			191.50	-.830	.407
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
BDÖ	1999 TL ve altı	12	25.29	303.50			
	2000 TL ve üzeri	38	25.57	971.50			
	Toplam	50			225.50	-.057	.955

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmayan kadınların gelir düzeyleri ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.27. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Gelir Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Benlik saygısı	1999 TL ve altı	22	23.30	512.50			
	2000 TL ve üzeri	28	27.23	762.50			
	Toplam	50			259.50	-.949	.342
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kendilik kavramının sürekliliği	1999 TL ve altı	22	27.98	615.50			
	2000 TL ve üzeri	28	23.55	659.50			
	Toplam	50			253.50	-1.11	.264
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İnsanlara güven duyma	1999 TL ve altı	22	27.80	611.50			
	2000 TL ve üzeri	28	23.70	663.50			
	Toplam	50			257.50	-1.05	.293
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Eleştiriye duyarlılık	1999 TL ve altı	22	28.98	637.50			
	2000 TL ve üzeri	28	22.77	637.50			
	Toplam	50			231.50	-1.63	.103
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresif duygulanım	1999 TL ve altı	22	28.61	629.50			
	2000 TL ve üzeri	28	23.05	645.50			
	Toplam	50			239.50	-1.37	.170
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Hayalperestlik	1999 TL ve altı	22	26.50	583.00			
	2000 TL ve üzeri	28	24.71	692.00			
	Toplam	50			286.00	-.446	.655
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikomatik belirtiler	1999 TL ve altı	22	25.64	564.00			
	2000 TL ve üzeri	28	25.39	711.00			
	Toplam	50			305.00	-.059	.953
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	1999 TL ve altı	22	26.09	574.00			
	2000 TL ve üzeri	28	25.04	701.00			
	Toplam	50			295.00	-.264	.792
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Tartışmalara katılabilmek	1999 TL ve altı	22	25.27	556.00			
	2000 TL ve üzeri	28	25.68	719.00			
	Toplam	50			303.00	-.107	.915
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Anne-baba ilgisi	1999 TL ve altı	22	23.27	512.00			
	2000 TL ve üzeri	28	27.25	763.00			
	Toplam	50			259.00	-.982	.326
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Babayla ilişki	1999 TL ve altı	22	24.64	542.00			
	2000 TL ve üzeri	28	26.18	733.00			
	Toplam	50			289.00	-.388	.698
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikik izolasyon	1999 TL ve altı	22	24.05	529.00			
	2000 TL ve üzeri	28	26.64	746.00			
	Toplam	50			276.00	-.674	.500

Tablo 4.27’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadın bireylerin gelir düzeyleri ile benlik saygısı, kendilik kavramı, hayalperestlik, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabılme, ana baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.28. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Gelir Düzeyleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Benlik saygısı	1999 TL ve altı	12	20.79	249.50			
	2000 TL ve üzeri	38	26.99	1025.50	171.50	-1.30	.193
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kendilik kavramının sürekliliği	1999 TL ve altı	12	24.21	290.50			
	2000 TL ve üzeri	38	25.91	984.50	212.50	-.369	.712
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İnsanlara güven duyma	1999 TL ve altı	12	19.33	232.00			
	2000 TL ve üzeri	38	27.45	1043.00	154.00	-1.75	.079
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Eleştiriye duyarlılık	1999 TL ve altı	12	26.67	320.00			
	2000 TL ve üzeri	38	25.13	955.00	214.00	-.334	.738
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresif duygulanım	1999 TL ve altı	12	18.08	217.00			
	2000 TL ve üzeri	38	27.84	1058.00	139.00	-2.07	.038*
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Hayalperestlik	1999 TL ve altı	12	18.75	225.00			
	2000 TL ve üzeri	38	27.63	1050.00	147.00	-2.14	.032*
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psikomatik belirtiler	1999 TL ve altı	12	29.33	352.00			
	2000 TL ve üzeri	38	24.29	923.00	182.00	-1.05	.290
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	1999 TL ve altı	12	27.21	326.50			
	2000 TL ve üzeri	38	24.96	948.50	207.50	-.488	.625
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Tartışmalara katılabilme	1999 TL ve altı	12	23.67	284.00			
	2000 TL ve üzeri	38	26.08	991.00	206.00	-.553	.580
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Anne-baba ilgisi	1999 TL ve altı	12	23.21	278.50			
	2000 TL ve üzeri	38	26.22	996.50	200.50	-.646	.518
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Babayla ilişki	1999 TL ve altı	12	22.79	273.50			
	2000 TL ve üzeri	38	26.36	1001.50	195.50	-.772	.440
	Toplam	50					
	Gelir düzeyi	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Psşik izolasyon	1999 TL ve altı	12	26.88	322.50			
	2000 TL ve üzeri	38	25.07	952.50	211.50	-.425	.671
	Toplam	50					

*p<0.05

Tablo 4.28’de görüldüğü gibi; bir psikoloğa başvurmamış olan kadınlarda gelir düzeyi ile benlik saygısı, kendilik kavramı, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, ana baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu kadınların gelir düzeyleri ile depresif duygulanım alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre, aylık geliri 2000 TL ve üzerinde olan kadınların depresif duygulanım düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir [$U=139.00$, $p=.038$].

Benzer şekilde bu kadınların gelir düzeyleri ile hayalperestlik alt ölçek puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre, aylık geliri 2000 TL ve üzerinde olan kadınların hayalperestlik düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir [$U=147.00$, $p=.032$].

YAKIN ARKADAŞ SAYISI:

Tablo 4.29. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Yakın arkadaş sayısı	N	S.O.	Sd	x2	P	Anlamlı fark
BAÖ	2 arkadaş ve altı	25	23.10				
	3-4 arkadaş	15	29.03				
	5-6 arkadaş	10	26.20				
	Toplam	50		2	1.58	.453	-
	Yakın arkadaş sayısı	N	S.O.	Sd	x2	P	Anlamlı fark
BDÖ	2 arkadaş ve altı	25	27.22				
	3-4 arkadaş	15	25.70				
	5-6 arkadaş	10	20.90				
	Toplam	50		2	1.34	.510	-

Tablo 4.29’da görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadınların yakın arkadaş sayıları ile BAÖ ve BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.30. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile BAÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Yakın arkadaş sayısı	N	S.O.	Sd	x2	P	Anlamlı fark
BAÖ	2 arkadaş ve altı	20	29.35				
	3-4 arkadaş	17	25.68				
	5-6 arkadaş	13	19.35	2	3.72	.156	-
	Toplam	50					
	Yakın arkadaş sayısı	N	S.O.	Sd	x2	P	Anlamlı fark
BDÖ	2 arkadaş ve altı	20	32.53				
	3-4 arkadaş	17	17.97	2	9.26	.010*	1
	5-6 arkadaş	13	24.54				
	Toplam	50					

* $p<0.05$

Tablo 4.30’da görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmayan kadınların yakın arkadaş sayıları ile BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [$k-w=9.26$, $p=.010$]. BDÖ puanları açısından 2 ya da altında yakın arkadaşı olan bireylerin lehine anlamlı bir fark vardır. Bu da 2 ya da altında yakın arkadaşı olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha çok arkadaş olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Tablo 4.31. Psikoloğa Başvuran Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Benlik saygısı	2 arkadaş ve altı	25	27.68				
	3-4 arkadaş	15	23.33				
	5-6 arkadaş	10	23.30				
	Toplam	50		2	1.12	.571	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kendilik kavramının sürekliliği	2 arkadaş ve altı	25	28.66				
	3-4 arkadaş	15	25.30				
	5-6 arkadaş	10	17.90				
	Toplam	50		2	4.28	.117	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
İnsanlara güven duyma	2 arkadaş ve altı	25	25.20				
	3-4 arkadaş	15	27.90				
	5-6 arkadaş	10	22.65				
	Toplam	50		2	.907	.635	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Eleştiriye duyarlılık	2 arkadaş ve altı	25	23.40				
	3-4 arkadaş	15	29.13				
	5-6 arkadaş	10	25.30				
	Toplam	50		2	1.72	.422	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Depresif duygulanım	2 arkadaş ve altı	25	29.08				
	3-4 arkadaş	15	25.10				
	5-6 arkadaş	10	17.15				
	Toplam	50		2	5.04	.080	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Hayalperestlik	2 arkadaş ve altı	25	25.74				
	3-4 arkadaş	15	27.40				
	5-6 arkadaş	10	22.05				
	Toplam	50		2	.886	.642	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Psikomatik belirtiler	2 arkadaş ve altı	25	25.12				
	3-4 arkadaş	15	27.43				
	5-6 arkadaş	10	23.55				
	Toplam	50		2	.470	.791	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	2 arkadaş ve altı	25	25.96				
	3-4 arkadaş	15	24.73				
	5-6 arkadaş	10	25.50				
	Toplam	50		2	.072	.965	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Tartışmalara katılabilme	2 arkadaş ve altı	25	25.10				
	3-4 arkadaş	15	24.00				
	5-6 arkadaş	10	28.75				
	Toplam	50		2	.803	.669	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Anne-baba ilgisi	2 arkadaş ve altı	25	29.98				
	3-4 arkadaş	15	23.67				
	5-6 arkadaş	10	17.05				
	Toplam	50		2	6.26	.044*	1

Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	x2	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Babayla ilişki	2 arkadaş ve altı	25	23.62				
	3-4 arkadaş	15	24.20				
	5-6 arkadaş	10	32.15	2	2.85	.240	-
	Toplam	50					
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	x2	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Psşik izolasyon	2 arkadaş ve altı	25	27.10				
	3-4 arkadaş	15	28.43				
	5-6 arkadaş	10	17.10	2	4.91	.086	-
	Toplam	50					

*p<0.05

Tablo 4.31’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvuran kadın bireylerin sahip oldukları yakın arkadaş sayısı ile benlik saygısı, kendilik kavramı, hayalperestlik, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, babayla ilişki ve psşik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu kadınların yakın arkadaş sayıları ile ana baba ilgisi alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre 2 veya daha az sayıda yakın arkadaşı olanların diğer bireylere oranla ana baba ilgisi düzeyleri anlamlı şekilde daha düşüktür [$k-w=6.26, p=.044$].

Tablo 4.32. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin Yakın Arkadaş Sayısı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Benlik saygısı	2 arkadaş ve altı	20	26.20				
	3-4 arkadaş	17	23.12				
	5-6 arkadaş	13	27.54				
	Toplam	50		2	.774	.679	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kendilik kavramının sürekliliği	2 arkadaş ve altı	20	28.00				
	3-4 arkadaş	17	24.68				
	5-6 arkadaş	13	22.73				
	Toplam	50		2	1.22	.542	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
İnsanlara güven duyma	2 arkadaş ve altı	20	29.50				
	3-4 arkadaş	17	21.62				
	5-6 arkadaş	13	24.42				
	Toplam	50		2	3.03	.219	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Eleştiriye duyarlılık	2 arkadaş ve altı	20	27.63				
	3-4 arkadaş	17	27.79				
	5-6 arkadaş	13	19.23				
	Toplam	50		2	3.58	.167	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Depresif duygulanım	2 arkadaş ve altı	20	31.60				
	3-4 arkadaş	17	19.82				
	5-6 arkadaş	13	23.54				
	Toplam	50		2	6.64	.036*	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Hayalperestlik	2 arkadaş ve altı	20	23.58				
	3-4 arkadaş	17	24.74				
	5-6 arkadaş	13	29.46				
	Toplam	50		2	1.84	.398	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Psikomatik belirtiler	2 arkadaş ve altı	20	26.45				
	3-4 arkadaş	17	28.82				
	5-6 arkadaş	13	19.69				
	Toplam	50		2	3.11	.211	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kişilerarası ilişkilerde tehdit	2 arkadaş ve altı	20	24.38				
	3-4 arkadaş	17	25.65				
	5-6 arkadaş	13	27.04				
	Toplam	50		2	2.92	.864	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Tartışmalara katılabilme	2 arkadaş ve altı	20	26.05				
	3-4 arkadaş	17	24.32				
	5-6 arkadaş	13	26.19				
	Toplam	50		2	.206	.902	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	<i>x2</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Anne-baba ilgisi	2 arkadaş ve altı	20	29.75				
	3-4 arkadaş	17	19.26				
	5-6 arkadaş	13	27.12				
	Toplam	50		2	5.32	.070	1

Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	x2	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Babayla ilişki	2 arkadaş ve altı	20	24.98				
	3-4 arkadaş	17	30.32				
	5-6 arkadaş	13	20.00				
	Toplam	50		2	4.08	.130	-
Yakın arkadaş sayısı		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>Sd</i>	x2	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Psşik izolasyon	2 arkadaş ve altı	20	29.20				
	3-4 arkadaş	17	21.47				
	5-6 arkadaş	13	25.08				
	Toplam	50		2	3.34	.188	-

*p<0.05

Tablo 4.32’de görüldüğü gibi; psikoloğa başvurmayan kadın bireylerin sahip oldukları yakın arkadaş sayısı ile benlik saygısı, kendilik kavramı, hayalperestlik, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlık, psikomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, ana baba ilgisi, babayla ilişki ve psşik izolasyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu bireylerin yakın arkadaş sayıları ile depresif duygulanım alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre 2 ve altında yakın arkadaşı olan bireylerin diğer bireylere oranla depresif duygulanım düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir [$k-w=6.64$, $p=.036$].

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde son olarak daha önce bir psikoloğa başvuran ve başvurmamış olan çalışmaya alınan tüm bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile benlik saygısı alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır.

Tablo 4.33. Psikoloğa Başvuran Bireylerin BAÖ ve BDÖ Puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		BAÖ	BDÖ
Benlik saygısı alt ölçeği	r	.466	.580
	p	.001*	.000*
Kendilik kavramının sürekliliği alt ölçeği	r	.225	.206
	p	.116	.150
İnsanlara güven duyma alt ölçeği	r	.055	.231
	p	.707	.106
Eleştiriye duyarlılık alt ölçeği	r	.135	.166
	p	.350	.250
Depresif duygulanım alt ölçeği	r	.174	.403
	p	.227	.004*
Hayalperestlik alt ölçeği	r	.228	.316
	p	.111	.025*
Psikosomatik belirtiler alt ölçeği	r	.542	.530
	p	.000*	.000*
Kişilerarası ilişkilerde tehdit alt ölçeği	r	.086	.008
	p	.553	.959
Tartışmalara katılabilme alt ölçeği	r	-.130	-.088
	p	.370	.543
Anne-baba ilgisi alt ölçeği	r	.141	.177
	p	.330	.220
Babayla ilişki alt ölçeği	r	.314	.229
	p	.026*	.109
Psşik izolasyon alt ölçeği	r	.165	.343
	p	.252	.015*

*p<0.05

Tablo 4.33'ten de takip edilebileceği üzere; yapılan istatistik analizler sonucunda, psikoloğa başvuran kadınlarda kendilik kavramı sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi ve psikişik izolasyon düzeyleri ile bu kadınların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu bireylerin benlik saygısı alt ölçeğinden aldığı puanlar ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; psikoloğa başvuran kadınlarda benlik saygısı düştükçe anksiyete düzeyi de artmaktadır ($r=.466$, $P<0.05$).

Benzer şekilde bireylerin psikosomatik belirtiler alt ölçeğinden aldığı puanlar ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak orta seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Böylelikle; psikoloğa başvuran kadınlarda anksiyete düzeyi yükseldikçe psikosomatik belirtilerin görülme oranı da artmaktadır ($r=.542$, $P<0.05$).

Bu bireylerin babayla ilişki alt ölçeğinden aldığı puanlar ile bireylerin anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Babayla ilişki alt ölçeğinden alınan puan arttıkça anksiyete ölçeğinden alınan puan da artmaktadır ($r=.314$, $P<0.05$).

Tablo 4.33'ten de takip edilebileceği üzere; yapılan istatistik analizler sonucunda, psikoloğa başvuran kadınlarda kendilik kavramı sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, hayalperestlik, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi ve babayla ilişki düzeyleri ile bu kadınların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu bireylerin benlik saygısı alt ölçeğinden aldığı puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak orta seviyede

ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; benlik saygısı düştükçe depresyon düzeyi de artmaktadır ($r=-.580$, $P<0.05$).

Bireylerin depresif duygulanım alt ölçeğinden aldığı puanlar ile bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Beklendiği üzere bireyin depresif duygulanım alt ölçeğinden aldığı puan arttıkça depresyon ölçeğinden aldığı puan da artmaktadır ($r=.403$, $P<0.05$).

Bu kadınların hayalperestlik alt ölçeğinden aldığı puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre hayalperestlik düzeyi yükseldikçe depresyon da artmaktadır ($r=.316$, $P<0.05$).

Benzer şekilde psikosomatik belirtiler alt ölçeğinden alınan puanlar ile depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında da istatistiksel olarak orta seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Böylelikle, depresyon düzeyi yükseldikçe psikosomatik belirtilerin görülme oranı da artmaktadır ($r=.530$, $P<0.05$).

Bu bireylerin psişik izolasyon alt ölçeğinden aldığı puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç kadınların depresyon düzeyi ne kadar yüksekse sosyal izolasyonlarının da o kadar fazla olduğu anlamına gelmektedir ($r=.343$, $P<0.05$).

Tablo 4.34. Psikoloğa Başvurmayan Bireylerin BAÖ ve BDÖ Puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		BAÖ	BDÖ
Benlik saygısı alt ölçeği	r	.365	.327
	p	.009*	.021*
Kendilik kavramının sürekliliği alt ölçeği	r	.181	.249
	p	.208	.082
İnsanlara güven duyma alt ölçeği	r	-.052	.248
	p	.721	.083
Eleştiriye duyarlılık alt ölçeği	r	-.002	-.045
	p	.988	.758
Depresif duygulanım alt ölçeği	r	.197	.312
	p	.170	.028*
Hayalperestlik alt ölçeği	r	.150	.151
	p	.300	.296
Psikosomatik belirtiler alt ölçeği	r	.560	.429
	p	.000*	.002*
Kişilerarası ilişkilerde tehdit alt ölçeği	r	-.039	-.101
	p	.788	.486
Tartışmalara katılabilme alt ölçeği	r	.115	.102
	p	.427	.483
Anne-baba ilgisi alt ölçeği	r	-.140	.163
	p	.333	.257
Babayla ilişki alt ölçeği	r	.138	-.011
	p	.338	.941
Psşik izolasyon alt ölçeği	r	.080	.356
	p	.581	.011*

*p<0.05

Tablo 4.34'ten de takip edilebileceği üzere; yapılan istatistik analizler sonucunda, psikoloğa başvurmayan kadınlarda kendilik kavramı sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon düzeyleri ile bu kadınların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Nitekim bu kadınların benlik saygısı alt ölçeğinden aldığı puanlar ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, benlik saygısı düştükçe anksiyete düzeyi yükselmektedir ($r=.365$, $P<0.05$).

Bu bireylerin psikosomatik belirtiler alt ölçeğinden aldığı puanlar ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak orta seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Böylelikle, anksiyete düzeyi yüksek kadınlarda psikosomatik belirtilerin görülme oranı da artmaktadır ($r=.560$, $P<0.05$).

Tablo 4.34'ten de takip edilebileceği üzere; yapılan istatistik analizler sonucunda, psikoloğa başvurmayan kadınlarda kendilik kavramı sürekliliği, insanlara güven duyma, hayalperestlik, eleştiriye duyarlılık, hayalperestlik, kişilerarası ilişkilerde tehdit, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi ve babayla ilişki düzeyleri ile bu kadınların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ancak bu kadınların benlik saygısı alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak düşük seviyede ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, benlik saygısı düştükçe depresyon düzeyi yükselmektedir ($r=.327$, $P<0.05$).

Beklendiği üzere bireylerin depresif duygulanım alt ölçeğinden aldığı puanlar ile bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır; yani, depresif

duygulanım alt ölçeğinden alınan puan arttıkça depresyon ölçeğinden alınan puan da artmaktadır ($r=.312$, $P<0.05$).

Bu kadınların psikosomatik belirtiler alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Böylelikle, depresyon düzeyleri yükseldikçe psikosomatik belirtilerin görülme oranı da artmaktadır ($r=.429$, $P<0.05$).

Benzer şekilde, bu bireylerin psişik izolasyon alt ölçeğinden aldığı puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak düşük seviyede ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, depresyon düzeyi yüksek olan kadınlarda psişik izolasyon daha fazla görülmektedir ($r=.356$, $P<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma 20-40 yaş arasındaki psikoloğa başvuran ve başvurmeyan kadınların birbirleriyle depresyon, anksiyete ve benlik saygısı düzeyleri bakımından karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir ve istatistiksel analizler sonucunda ulaşılan sonuçlar bu bölümde ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun (% 10.4) depresyon olduğu saptanmıştır (Gündüz, 2012). Klinik psikiyatri çalışmalarında, genel olarak kadınların daha sıklıkla depresyon tedavi gördüğü gösterilmiştir. Tüm dünya da gerek depresif belirtilerin, gerekse depresif bozuklukların kadınlardaki prevalans hızları, erkeklerdekine göre 2-3 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Önen ve ark., 1994). Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.50 ± 5.73 olarak hesaplanmıştır. Bu bireylerin BDÖ'den aldıkları toplam puanların ortalama değeri 20.08 ± 11.39 olarak saptanmıştır. Bu değer >17 ancak <29 olduğu için grubun depresyon düzeyi “sınırdaki klinik depresyon” olarak değerlendirilmiştir. Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır ve depresyon olgularının çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ilâ 50 yaş arası olarak bildirilmektedir. Son yıllarda 20 yaş altındaki bireylerde depresyonun eskiye oranla daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda özellikle 35-45 yaşları arasında, erkeklerde ise 55-70 yaşları arasında daha çok nüksetmektedir (Savrun, 1999).

Ülkemizde 15-49 yaş arasında kadınlarda yapılan bir araştırmada anksiyete ve depresyon belirtileri sıklığı % 25.9 olarak bulunmuştur (Şimşek ve ark., 2007). Özyurt ve arkadaşları 2007 yılında Manisa ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş evli kadınlarda yaptıkları araştırmada depresyon sıklığını %14.7; Kayahan ve arkadaşları 2003 yılında İzmir ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda yaptıkları araştırmada depresyon sıklığını %25.8 olarak saptamışlardır (Nalbantoğlu, 2011). Bu sonuç araştırma bulgularımızla tutarlılık göstermektedir.

Araştırmamızda psikoloğa başvuran bireylerin anksiyete düzeyleri 21.54 ± 1.40 olarak belirlenmiş; bu değer >16 ve <25 olduğu için grubun anksiyete düzeyi “orta düzeyde” olarak tanımlanmıştır. Psikoloğa başvurmeyen bireylerin anksiyete düzeyleri ise 12.74 ± 9.22 olarak belirlenmiş, bu değer “hafif düzeyde” anksiyete şeklinde yorumlanmıştır. Yaşan ve Gürgen (2004), Diyarbakır’da yeni açılan bir kadın eğitim ve psikolojik danışmanlık merkezine başvuran kadınların sorun alanlarını ve intihar eğilimlerini araştırdıkları çalışmalarında kadınlarda anksiyete oranını 18.7 olarak saptamışlardır. Bir başka çalışmada (Bayrami ve ark., 2011) evli kadınlardaki durumluluk ve süreklilik anksiyetesi ve heyecan arama ile evlilik doyumu arasındaki ilişki incelenmiş; anksiyete düzeyleri arttıkça evlilik doyumunun azaldığı sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada kadınlara ek bir soru olarak psikolojik danışmanlık hizmeti alıp almadıkları sorulmuş; buna göre psikolojik danışmanlık hizmeti alan kadınlarda sürekli anksiyetesi olanların oranı psikolojik danışmanlık almayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçlarıyla bizim araştırma bulgularımız tutarlılık göstermektedir.

1999 yılında Çetin’in yaptığı araştırmada bireylerin eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki bulmuş ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığını saptamıştır. 2003 yılında Kayahan araştırmasında depresif belirtileri olan ve depresyon tanısı konmuş kadınların %72.8’inin düşük eğitim düzeyine sahip olduğunu saptamıştır. Yalnız düşük eğitim düzeyindeki kadınlar ile orta-lise ve yüksek eğitilmiş kadınların depresyon puanları arasında anlamlı farklılık bulmamıştır (Nalbantoğlu, 2011). 2004 yılında Hussein ve arkadaşları tarafından Pakistan’da 125 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada eğitim düzeyi düşüklüğünün depresyon ile güçlü bir ilişkisinin bulunduğu saptamışlardır (Kaya, 2007). Yaptığımız araştırmada da bireylerin eğitim düzeyleri ile depresif duygulanım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Lise mezunu ve altı mezunu olan bireylerin üniversite mezunu ve üzeri mezun olan bireylere oranla depresif duygulanım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çilli ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış oldukları bir araştırmada ev kadınlarının aile geliriyle anksiyete ve depresyon puanları arasında ters yönde

ilişki bulmuşlardır. Yani ev hanımlarının ailelerinin gelir düzeyi düştükçe bireylerde anksiyete ve depresyon oranlarının görülme sıklığının artmaktadır (Çilli ve ark., 2004). Bir çalışmada da İtalya'dan İsviçre'ye göçen ve psikiyatri kliniklerine müracaat eden kadınlardan işsiz ve işten çıkarılmış olanlarla birlikte ev hanımı olanlar da psiko-sosyal sorunlar daha fazla bulunmuştur (Çilli ve ark., 2004). Bazı araştırmalar sosyoekonomik düzey ile depresyon prevalansı arasında ters yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Özellikle alt sosyoekonomik düzeydeki kadınların depresyon için yüksek riskte olduğu ifade edilmektedir (Önen ve ark., 1994). Doğan ve Güleç'te (2006) yaptıkları çalışmada depresyonu en yüksek düşük gelir düzeyine sahip olanlarda bulmuşlardır (Nalbantoğlu, 2011). Yaptığımız araştırmada da psikolojik destek almayan bireylerin gelir düzeyleri arasında depresif duygulanım alt ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Aylık geliri 2000 TL ve üzerinde olan bireylerin, aylık geliri 1999 TL ve altında olan bireylere oranla depresif duygulanım düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Evliliğin kadınlarda depresyon için bir dezavantaj olduğu, depresyona duyarlılığı arttırdığı ileri sürülmektedir (Yüksel, 1998). Sırasıyla evli kadınların, yalnız yaşayan dul kadınların ve yalnız, dul, boşanmış kadınların giderek artan oranda depresyon açısından risk içerisinde olduğu belirtilmiştir (Savrun, 1999). Önen ve arkadaşlarının 2010 yılında kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada kadınların medeni durumları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Yaptıkları çalışmada evli kadınların depresyon düzeylerinin düşük olduğu bulundu (Önen ve ark., 1994). Bu araştırmada ise medeni durum ile grupların gerek depresyon gerekse anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kadınların çalışma durumları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, çalışmayan kadınlarda anksiyete görülme oranları çalışan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuş; çalışmayan grupta bu riskin 1,4 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Budakoğlu ve ark., 2005). Bu araştırmada ise gerek psikoloğa başvuran kadınların gerekse psikoloğa başvurmayan

kadınların çalışma durumları ile anksiyete düzeyleri arasında literatürün tersine anlamlı bir ilişki gösterilememiş olması örneklem boyutu ile ilişkili olabilir.

Ali ve arkadaşları (2002), Pakistan'ın Karaçi kentinin alt-orta sınıf, yarı-kentsel topluluğundaki kadınlarda yapmış oldukları, anksiyete ve depresyonun yaygınlığını ve ilişkili faktörleri araştırdıkları çalışmalarında; anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili olabilecek potansiyel faktörleri kapsayan sosyodemografik özellikleri sorguladıkları bir form kullanmışlardır. Bu çalışma sonucunda anksiyete ve depresyonun kadınlardaki yaygınlığı % 30 olarak tespit edilmiş; ileri yaş, eğitim seviyesinin düşük oluşu ve sözel şiddet gibi faktörlerle anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaptığımız bu araştırmada da kadınların yaş ve eğitim düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu doğrultuda elde ettiğimiz bulgular ile bahsi geçen araştırmanın bulgularıyla örtüşmektedir.

Kadının gelir düzeyinin yüksek olması; sosyal statü artışına, kendini güvende hissetmesine ve daha az gelecek kaygısı yaşaması neden olmaktadır (Aktaş, 2008). Araştırmamızda katılımcıların gelir düzeyleri ile gerek anksiyete gerekse depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Dünyada farklı araştırmalarda, düşük sosyo-ekonomik sınıftaki çalışan kadınlarda depresyon düzeylerinin daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Savrun, 1999).

Bireyin sahip olduğu yakın arkadaş sayısı gibi sosyal çevreye ait bir takım faktörler psikiyatri alanında yapılan epidemiyolojik araştırmalarda giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destek alan bir birey kendisini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korur ve sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali daha düşüktür (Küey ve Güleç, 1993). Araştırmamızda yakın arkadaş sayısı iki veya altında olan kadınların depresif duygulanım düzeylerinin diğer kadınlara kıyasla daha yüksek bulunması, bu verileri desteklemektedir.

Araştırmamızda medeni durum ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bir bireyin benlik saygısının küçük yaşlardan itibaren geliştiği göz önüne alındığında, medeni durumun bu sürece anlamlı bir etkisinin olmaması beklenen bir sonuçtur. Nitekim bir araştırmada bulgumuzun tersi olarak bekâr kursiyerlerin benlik saygılarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Yüzgeç, 2014).

Psikoloğa başvurmayan bireylerde benlik saygısı ile bu bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur; yaş yükseldikçe benlik saygısı da artmaktadır. Bu sonuç bireylerin olgunlaşmasıyla beraber benlik saygılarının yükseldiği anlamına gelebilir. Nitekim, bir araştırmada bizim bulgularımızın tersine 20 ve daha küçük yaştaki kursiyerlerin benlik saygısı düzeylerinin, 31-40 yaş arasındaki kursiyerlerden daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Yüzgeç, 2014).

Araştırmamızda benlik saygısı ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kimter (1995) ise araştırmasında benlik saygısıyla sosyoekonomik durum arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Bu araştırmanın sonucunda gelir düzeyi yükseldikçe benlik saygısı düzeyinin de yükseldiği iddia edilmektedir (Kimter, 1995). Araştırmamızda ise gelir ile benlik saygısı ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen, benlik saygısı alt ölçeği olan depresif duygulanım ile gelir seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmamızda psikoloğa başvuran ve başvurmayan kadınlarda eğitim düzeyi azaldıkça depresif duygulanım düzeyinin anlamlı şekilde yükseldiği görülmüştür. Yapılan benzer araştırmalarda, kadınlarda yüksek eğitim düzeylerinin sosyal, kültürel ve ekonomik statülerinin artmasına, problem çözme becerisinin güçlenmesine, gelecek kaygısını daha az yaşamalarına ve kendilerine güvenlerinin artmasına neden olduğu bildirilmektedir. Böylece eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar ruhsal ve sosyal sorunlarını daha rahat ifade edebilmekte, sosyal destek ve hatta ihtiyaç duyduklarında profesyonel yardım alabilmektedirler (Bilen, 1995).

Korkmaz (1996) tarafından yürütülen yetişkin örneklem için benlik saygısı ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilen bulgulara göre; çalışan kadınların benlik saygısı düzeyi çalışan erkeklerden daha yüksektir. Aynı çalışmada benlik saygısının, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, ana-baba ilgisi ve psişik izolasyon boyutlarıyla anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Bizim araştırmamızda elde edilen sonuçlarla tutarlı sonuçların elde edildiği ulusal bir araştırmada, düşük gelir seviyesindeki bireylerin tartışmalara katılabilme ve psişik izolasyon düzeyleri yüksek gelir seviyesindeki bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, bir bireyin benlik saygısı düştükçe depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, psişik izolasyon, düş kurma, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme ve eleştiriye duyarlılık artarken; kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, anne baba ilgisi ve tartışmalara katılabilme düzeyleri azalmıştır (Erhan ve ark., 2009).

6. ÖNERİLER

Bu araştırma kentte yaşayan, psikoloğa başvuran ve başvurmayan toplam 100 birey baz alınarak hazırlanmıştır. Araştırma daha geniş bir örneklem grubunda yapılırsa, örneğin kırsal kesimi de kapsayacak şekilde planlanırsa, kentte ve kırsal kesimde yaşayan bireyleri de birbirleriyle kıyaslama şansı vereceğinden önemli sonuçlar sağlayabilir.

Çalışmamızda depresif duygulanım ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre kadınların eğitim düzeylerinin artması onların sosyo-ekonomik durumuna da etki edecek ve kadınların benlik saygısı da bu duruma bağlı olarak artacaktır. Benlik saygısını ve olumlu duyguları destekleyecek ve yalnızlık duygularını azaltacak programların geliştirilmesi depresyonu önlemede önemli gözükmektedir. Psikoloğa başvuran kadınlara verilecek iletişim becerileri eğitimleri, kendi aralarında sosyalleşebilecekleri kurslar ve kadın dernekleri oluşumlarının desteklenmesi bu bakımdan önemlidir. Anne baba adaylarının da bilinçlendirilmesi için eğitimler düzenlenebilir. Anne-baba tutumlarının destekleyici olması kişilerin sağlıklı yetişmesinde büyük önem taşımaktadır. Ailenin olumlu ebeveynlik tutumu içerisinde olması ruhsal olarak mutlu, özgüvenli ve yüksek benlik saygısı olan kişilerin yetişmesine sebep olacaktır. Bu yönüyle anne-baba eğitim programlarının önemi büyüktür.

Araştırmanın temel konusu olan depresyon ve anksiyetenin aslında bireyler tarafından baş edilebilir ruhsal hastalıklar olduğu bilinmekle birlikte bireylerin nasıl baş edebileceği konusunda yeterli bilgi yok denecek kadar azdır. Bu nedenle gerek depresyon gerekse anksiyete ile baş etme eğitimleri düzenlenebilir ve böylece kadınların yaşadıkları depresyon ve anksiyete ile baş etmeleri sağlanabilir.

Yürütülen bu çalışmaya katılan kadınların bir kısmı psikolojik danışmanlık hizmeti almaktadır. Psikolojik destek alan kadınların psikolojik destek almayan kadınlarla kıyaslandığında anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek iken benlik saygısı düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Bu bilgilerden yola çıkarak Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kadınlara yönelik bazı eğitim programları

düzenlenebilir. İletişim becerileri eğitimleri düzenlenebilir ve hem kadınların hem de ailelerinin bu eğitimlerden yararlanmaları sağlanabilir.

Ülkemizde psikoloğa veya psikiyatriye gitme konusunda insanların bi önyargısı olduğu için genelde ruhsal hastalıklar nüks ettiğinde bireyler uzman kişilere müracaat etmektedir. 2005 yılında Buckley ve Malouff 2005 yürüttükleri bir çalışmada, psikolojik danışma hakkında olumlu tutumlarını ifade eden insanların yer aldığı kısa bir video kaydını seyreden bireylerin de benzer biçimde psikolojik danışma hakkında daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülmüştür (Topkaya, 2014). Böyle bir uygulamayı önce pilot uygulama olarak yaparak ardından da yaygınlaştırarak ülkemizde psikolojik yardım alma sebebiyle etiketlenmeye yönelik bireylerin bakış açılarını değiştirmekte faydası olabilir böylece uzman kişilere müracaat etme sayısında bu doğrultuda yükselme sağlayabilir.

Ülkemizde kadınların eğitim düzeyinin erkeklere oranla daha düşük olması, ekonomik özgürlüğü ellerini bulunduramaması ve çalışan kadınlarında aynı zamanda evkadınlığı rolünü de beraber üstlenmeleri sebebiyle artan iş yükünün depresyon ve anksiyeteye eğilimi arttırmaktadır. Bu konuda ailelerde iş bölümünün sağlanması ve ev işlerini daha kolay ve kısa zamanda yapmaları için gerekli bilgileri gerek kadına gerekse ailesine verilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- AKTAŞ D (2008), “Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri”, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.
- ALBAYRAK Ö, CEYLAN ME. (2004). “Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler”. Düşünen Adam Dergisi 17:27-33.
- ALİ, B., RİHBAR, M., TAREEN, A., GUİ, A., SAMAD, L. and NAEEM, S. (2002). “Prevalance Of and Factors Associated With Anxiety and Depression Among Women in a Lower Middle Class Semi-Urban Community of Karachi, Pakistan”. Journal of Pakistan Medical Association, November.
- ALTINTAŞ, S. (2014), “Depresyon ile Dinsel Başa Çıkma Arasında İlişki Üzerine Bir Çalışma”, Yayımlanmış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi,, İzmir.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı”. (Çev. Köroğlu E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- ANNAGÜR BB ve SAVAŞ HA. (2011).“Depresyonda Ek Hastalık, Ek Hastalık Olarak Depresyon: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Gözden Geçirilmesi”, Journal of Mood Disorders,1:87-94.
- ATEŞÇİ Ç, KARADAĞ F, AMUK T ve ARK. (2003).”Panik Bozukluğunda Özkıyım Düşünceleri”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:81-86.
- BAYRAMI, M., HESHMATI, R. ve KARAMI, R. (2011). “Anxiety: Trait/state, Sensation Seeking and Marital Satisfaction in Married Women. Procedia-Social and Behavioral Sciences” (30), 765-770.
- BİLEN, M (1995). “Sağlıklı İnsan İlişkileri Ailede/ Kurumlarda/ Toplumlarda” Ankara: Armoni.

- BUDAKOĞLU I. İ., MARAL, I., COŞAR, B., BİRİ, A. ve BUMİN, M. A. (2005). “15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler”. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2 (2), 92-97.
- BURNS D (2014). “İyi Hissetmek-Yeni Duygu Durum Tedavisi”, İstanbul: Psikonet.
- CENGİL M. (2003). “Depresyonu Önlemede Dini İnançın Koruyucu Rolü”, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi. 3(2) 129-153.
- CEYLAN E.M. ve ORAL T (2001). “Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Duygudurum Bozuklukları”, İstanbul, 4:17-18.
- ÇEVİK A, VOLKAN VD (1993), “Depresyon Monografaları Serisi, Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi”, Ankara: HYB,
- ÇİFTER İ (1993). “Depresyon Monografaları Serisi, Depresyon Kavramının Gelişimi”, Ankara: HYB.
- ÇİLLİ, A. S., ve ARKADAŞLARI (2004). “Ev Kadınlarında ve Çalışan Evli Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması” Genel Tıp Dergisi, Cilt:14, Sayı:1.
- DİLBAZ N., DARÇIN A.E. ve ÇAVUŞ Y (2011). “Depresyon Terapisine Karşılanmamış İhtiyaçlar Eşanlı Anksiyete ve Yaklaşım”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 21:510-519.
- DOĞAN SÖ (2014). “İlköğretim Öğrencilerinin Aile Bağları ve Ailede Şiddet Görme Durumunun Benlik Saygısı Üzerine Etkisi”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Ankara, 123-147.
- EĞRİLMEZ A, “Bağlanmanın Nörobiyolojisi”, Psikeart Dergisi,26:8-11.

- ERHAN, E. DOĞAN, E, DOĞAN O. (2009). “Beden Eğitimi ve Antrönürlük Öğrencilerinde Benlik Saygısı Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, Klinik Psikiyatri Dergisi, 12:35-42.
- EŞEL E (2003). “Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13:78-87.
- GLİCK ID (2012). “Depresyon Terapisi”, (Çev. Yasemin Engin), İstanbul: Prestij
- GÜLEÇ C ve KÖROĞLU E (1997). “Psikiyatri Temel Kitabı”. Ankara: HYB.
- GÜLER D. (2006), “Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon”. Sağlık Bakanlığı Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- GÜLSEREN Ş (2004)., “Depresyon ve Anksiyete” ,Klinik Psikiyatri Bülteni, 1:5-13.
- GÜNDÜZ, E. (2012) “Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
- GÜRBÜZ T, KARA S, ve ÖNGEL K (2010). “Hastalarda Anksiyete Şiddeti ve Serum Lipid Profili İlişkisinin Değerlendirilmesi”, Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 21:119-127.
- KALAYCI, Ş. (2006). “SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri”, Ankara: Asil
- KARASAR, N. (2009). “Araştırmalarda Rapor Hazırlama”Ankara: Nobel Yayınevi.

- KAVURMA, M (2014). “Major Depresyon, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluğundaki Duygu Düzenleme Güçlüklerine Mizaç-Karakter Özelliklerinin ve Anksiyete Duyarlılığının Etkisi”, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- KAYA, B., (2007). “Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış” Klinik Psikiyatri, Cilt: 10, Sayfa: 11-20.
- KELLEÇİ M (2007)., “Fiziksel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastaların Hemşirelik Bakımı”, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, 2:15.
- KİMTER, N. (2008).”Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi”. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- KORKMAZ, M (1996). “Yetişkin Örneklem İçin Bir Benlik Saygısı Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması”, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- KOTAN Z, SARANDÖL A, EKER SS, AKKAYA C (2009).”Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar”. Current Approaches in Psychiatry 1:22-35.
- KÖKNEL Ö (2005)., “Ruhsal Çöküntü Depresyon”, İstanbul: Altın Kitaplar.
- KÖROĞLU, E. (2006). “Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?”, Ankara: HYB.
- KULAKSIZOĞLU, A. (2002). “Ergenlik Psikolojisi”. İstanbul: Remzi Kitapevi
- KÜEY L ve GÜLEÇ C (1993). “Depresyonun Epidemiyolojisi”. Depresyon Monografı Serisi, Ankara: HYB.
- NALBANTOĞLU, D., (2011). “Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları ve Etkileyen Faktörler” Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

- NİNAN PT, DUNLOP BW (2007). “Anksiyete Bozukluklarının Güncel Tanı ve Tedavisi”-1, (Çev. Türkeş Ülker) s.6.
- ÖNEN R., ve ARKADAŞLARI (1994) “Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi”, Kriz Dergisi, Cilt:3, Sayı:1, Sayfa: 88-103.
- ÖREN N ve GENÇDOĞAN B (2007).”Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere göre İncelenmesi”. Kastamonu Eğitim Dergisi, 15:85-92.
- SAVAŞIR I ŞAHİN NH (1997). “Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler”. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 23-35.
- SAVRUN M (1999). “Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, s.11-17.
- SUADIYE Y, AYDIN A (2009). “Anksiyete Bozukluğu Olan Ergenlerde Bilişsel Hatalar”. Klinik Psikiyatri,12:172-179.
- ŞİMŞEK Z, AK D, ALTINDAĞ A ve ARK. (2007). “Şanlıurfa Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 15-49 Yaşları Arasındaki Evli Kadınlarda Ruhsal Bozukluk Prevalansı ve İlişkili Faktörler”. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, S: 415-6.
- TAN, O(2009). “Depresyon”. İstanbul: Timaş Yayınları
- TEMEL, Z. F ve AKSOY, B. A. (2001). “Ergen ve Gelişimi”. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- TEZCAN AE (2011). “Depresyonda/yım/sın/lar”, İstanbul: Elma Yayınevi.
- TEZCAN B (2009). “Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar”, İstanbul,

Topkaya, N. (2014). “Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumu Yordamada Cinsiyet, Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Kendini Damgalama ve Sosyal Damgalanma”. Educational Sciences: Theory & Practice, 14(2), 471-487.

TUTAR, H., ALTINÖZ, M. ve ÇAKIROĞLU D (2009). “İş Görenlerin Kendilik Algılarının Bireysel Özellikler Bakımından Değerlendirilmesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21:491-495.

UZBAY İT(2002). “Anksiyetenin Nörobiyolojisi”, Klinik Psikiyatri Dergisi 5:5-13.

YAŞAN, A. ve GÜRGEN, F. (2004). “Yeni Açılan Bir Kadın Eğitim ve Psikolojik Danışmanlık Merkezine İlk Üç Ayda Başvuran Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Sorun Alanları ve İntihar Eğilimleri”. Dicle Tıp Dergisi, 31:, 16-19.

YÜKSEL N (1998). “Direnci Depresyonların Tedavisi”. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2:45.

YÜZGEÇ S (2014). “Benlik Saygısı İle Mistik Tecrübe Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

İnternet Kaynakları

<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=17>

<http://www.biltek.tubitak.gov.tr/gelisim/psikoloji/kisilik.htm>

EKLER

Ek 1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarsız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarsız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskkiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskkiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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 (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek 3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için uygun olan şıkkı işaretleyiniz

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
5. Kendime gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunuz.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığını düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır?
a. Çok değişir b. Zaman zaman değişir
c. Çok az değişir d. Hiç değişmez
12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün daha farklı bir görüşe sahip olduğumuzu fark ettiğiniz olur mu?
a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur
c. Evet nadiren olur d. Hayır hiç olmaz
13. Kendim hakkındaki görüşlerimin çok çabuk değiştiğini fark ettim.
a. Doğru b. Yanlış
14. Kendim hakkında bazı günler olumlu, bazı günlerse olumsuz düşünceler sahip oluyorum.
a. Doğru b. Yanlış

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüŐlerimi hiÇbir Őeyin deŐiŐtremeyeciŐini düşünüyorum.
a. Doğru b. Yanlış
16. BaŐınıza gerÇekten bir Şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.
a. Doğru b. Yanlış
17. İnsan doğasında yardımlaŐma gerÇekten vardır.
a. Doğru b. Yanlış
18. Bazı kişiler insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla iliŐkilerinde çok gvenilemeyeceŐini söylerler. Siz bu konuda ne düŐünüyorsunuz?
a. İnsanların çoğuna güvenilebilir b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilmez
19. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.
a. Doğru b. Yanlış
20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düŐünmeye mi eğilimlidirler?
a. Başkalarına yardım etmeye b. Kendi çıkarlarını düŐünmeye
21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassanızdır?
a. Çok fazla hassas b. Olduğa hassas c. Az hassas d. Hassas değil
22. EleŐtiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.
a. Doğru b. Yanlış
23. Yanlış yaptığımız bir Şey için biri size gldĞinde veya suladığında ne kadar rahatsız olursunuz?
a. Çok fazla rahatsız olurum b. Olduğa rahatsız olurum c. Rahatsız olmam
24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur?
a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz
25. Genelde olduğa mutlu bir kişi olduğuma düşünüyorum.
a. Doğru b. Yanlış
26. Genel olarak kendinizi neŐeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neŐesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz?
a. Çok neŐeli ruh halinde b. Olduğa neŐeli ruh halinde
c. Ne neŐeli ne de neŐesiz ruh halinde d. Olduğa neŐesiz ruh halinde
27. Hayattan çok zevk alıyorum.
a. Doğru b. Yanlış
28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.
a. Doğru b. Yanlış

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman
30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.
a. Doğru b. Yanlış
31. Bana hayalperest denilebilir.
a. Doğru b. Yanlış
32. Zamanın büyük kısmını hayal kurmakla geçiririm.
a. Doğru b. Yanlış
33. Gelecekte nasıl bir insan olacağımız konusunda hayal kurar mısınız?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren veya hiçbir zaman
34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sınırlılığınız olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
44. Ulusal veya uluslar arası önemli olan bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde biri size gülerse ne hissedersiniz?
a. Çok incinirim ve rahatsız olurum b. Biraz incinir ve rahatsız olurum
c. Beni pek fazla etkilemez

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.
- a. Doğru b. Yanlış
46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.
- a. Doğru b. Yanlış
47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız?
- a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman
48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur?
- a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş belirtirim
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım
49. Siz 10-11 yaşlarındayken anneniz arkadaşlarınızı tanır mıydı?
- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı
50. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı?
- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı
51. 5-6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.
- a. Doğru b. Yanlış
52. 5-6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.
- a. Doğru b. Yanlış
53. 5-6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.
- a. Doğru b. Yanlış
54. 5-6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.
- a. Doğru b. Yanlış
55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler?
- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler
56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kim di?
- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla en çok tuttuğu birisi yoktu
g. Değişik zamanlarda değişik çocuklar
57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı?
- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiç birini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz?
- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşik oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla
59. Anne ve babanızdan hangisi sizi daha çok över?
- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşik oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla
60. Anne ve babanızdan hangisi size daha çok şefkat gösterir?
- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşik oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla
61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz?
- a. Çok daha fazla olarak babadan yana b. Biraz daha fazla olarak babadan yana
c. Eşit oranda her ikisinde yana d. Biraz daha fazla olarak anneden yana
e. Çok daha fazla olarak anneden yana
62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir?
- a. Evet b. Hayır
63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz?
- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir b. Çoğu beni gerçekten tanımaz

Ek 4. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

DOĞUM TARİHİ (YIL OLARAK) :

MEDENİ DURUM:

Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()

EĞİTİM DÜZEYİNİZ:

Okuryazar değil () İlköğretim () Lise () Üniversite () Üniversite ve Üstü ()

ÇALIŞIYOR MUSUNUZ?

Evet, çalışıyorum () Hayır, çalışmıyorum ()

SİZİN/AİLENİZİN AYLIK TOPLAM GELİR DÜZEYİ:

() 500 TL'den az
() 500-999 TL arası
() 1000-1999 TL arası
() 2000 TL ve üstü

YAKIN ARKADAŞINIZ VAR MI?

Var () Yok ()

Ek 5. Katılımcı Onam Formu

ONAM FORMU

Değerli katılımcılar;

Yüksek lisans tezim kapsamında yürüttüğüm bu araştırma, 20-40 yaş arası psikolog tedavisi alan kadınlar ile almayanların depresyon, anksiyete ve benlik saygı düzeylerinin karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar yüksek lisans tezi için kullanılacak olup kişilerin kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Katılım gönüllülük esasına bağlıdır. Eğer istemiyorsanız verilen formları doldurmak zorunda değilsiniz.

Sağlıklı bilgiler edinilmesi açısından yönergelerin dikkatlice okunması, soruların boş bırakılmaması ve cevaplarda samimi olunması rica olunur.

Katılımınız için teşekkürler.

Psk. Dilek ÇELEBİ ÇELİK

Kendi isteğim ile gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

KATILIMCI

ARAŞTIRMACI

Ad ve soyadınızın baş harfleri:

Dilek ÇELEBİ ÇELİK

İmza:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

10 Temmuz 1987'de İstanbul'da doğdum. İlk ve orta okulu Yayla İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Lise eğitimini ise Bahçelievler Lisesi'nde tamamladıktan sonra üniversite eğitimini Beykent Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde 2013 yılında mezun olarak tamamladım. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans eğitimine başladım. 2013 yılında özel bir anaokulunda çalıştım. Mart 2014 yılından beri özel bir tıp merkezinde psikolog olarak görevime devam etmekteyim.

Dilek ÇELEBİ ÇELİK