



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN  
DEPRESYON TANISI ALMIŞ YETİŞKİNLERDE  
RUMİNASYON VE BİLİŞSEL ESNEKLİK  
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**Furkan BARDAK**

**DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR**

**Ankara**

**2020**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN  
DEPRESYON TANISI ALMIŞ YETİŞKİNLERDE  
RUMİNASYON VE BİLİŞSEL ESNEKLİK  
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**Furkan BARDAK**

**DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR**

**Ankara**

**2020**

## **Etik Beyan**

**Ankara Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,**

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyon Tanısı Almış Yetişkinlerde Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

**Öğrencinin Adı Soyadı:** Furkan BARDAK

**Tarih:** 27.07.2020

**İmza:**

## İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
İthaf	vii
Teşekkür	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	x
Tablolar	xi
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi	1
1.2. Depresyon	3
1.2.1. Tanımı ve Tarihçesi	3
1.2.2. Epidemiyolojisi	4
1.2.3. Etiyolojisi	6
1.2.4. Klinik Özellikleri	8
1.2.5. Majör Depresyon Tanısı ve Sınıflandırma Kriterleri	9
1.2.6. Tedavisi	10
1.3. Depresyon ve Bilişsel Kuram	13
1.4. Ruminasyon	14
1.5. Bilişsel Esneklik	18
1.6. Araştırmanın Amacı	22
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>23</b>
2.1. Evren ve Örneklem	23
2.2. Araştırmaya Katılma Kriterleri	23

2.2.1. Hasta Grubu	23
2.2.2. Kontrol Grubu	24
2.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	24
2.3.1. Hasta Grubu	24
2.3.2. Kontrol Grubu	25
2.4. Ölçme Araçları	25
2.4.1. Kişisel Bilgi Formu	25
2.4.2. Beck Depresyon Envanteri	25
2.4.3. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği	26
2.4.4. Bilişsel Esneklik Envanteri	26
2.5. İşlem	27
2.6. İstatistiksel Analiz	28
<b>3. BULGULAR</b>	<b>29</b>
3.1. Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları	29
3.2. Gruplar Arası Farklılıkların Karşılaştırılması	31
3.2.1. Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Normal Dağılım Grafikleri	32
3.2.1.1. Hasta Grubu Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeyi	32
3.2.1.2. Kontrol Grubu Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeyi	33
3.2.2. Araştırma Grupları (Hasta ve Kontrol) ve Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılıkların karşılaştırılması	34
3.3. Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları	38
3.4. Regresyon Analizi	39
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>41</b>
4.1. Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Araştırma Grupları (Hasta ve Kontrol) ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi	41

4.2. Değişkenler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	45
4.3. Depresif Belirti Düzeyini Yordayan Değişkenlerin Değerlendirilmesi	45
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>49</b>
<b>6. SINIRLILIKLAR</b>	<b>51</b>
<b>ÖZET</b>	<b>52</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>53</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>54</b>
<b>EKLER</b>	<b>64</b>
Ek-1: Etik Kurul Onayı	64
Ek-2: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği İzin Belgesi	65
Ek-3: Hasta Grubu Aydınlatılmış Onam Formu	66
Ek-4: Kontrol Grubu Aydınlatma Formu	68
Ek-5: Sosyodemografik Bilgi Formu	70
Ek-6: Beck Depresyon Envanterin	71
Ek-7: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği	73
Ek-8: Bilişsel Esneklik Envanteri	74
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>75</b>

# ÍTHAF



*Ablama...*

## TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez sürecimde beni destekleyen ve yol gösteren değerli danışmanım, sayın Doç. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR'e,

Tez yazım sürecimde eleştiri ve katılarından dolayı sayın Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden çokça faydalandığım, sayın Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA'ya, Prof. Dr. Oğuz BERKSUN'a, Prof. Dr. Serpil AYGÜN CENGİZ'e, Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a, Prof. Dr. Veli DUYAN'a, Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR'a, Doç. Dr. Didem Behice ÖZTOP'a ve Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM'a,

Tezimin hazırlanma sürecinde hem desteği hem de kıymetli katkılarından dolayı Büşra SARIGÜL'e,

Tez sürecimde verilerimin toplanmasında bana yardımcı olan Ankara Üniversitesi Yetişkin Psikiyatri polikliniğinde ki asistan doktorlara ve bana kolaylık sağlayan personellere,

Son olarak hayatımın her anında varlığını hissettiğim ve çok sevdiğim ablama, anneme ve babama,

Çok teşekkür ederim...

Furkan BARDAK  
Ankara, 2020

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**APA:** American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)

**BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

**EKT:** Elektrokonvülsif Terapi

**MDB:** Majör Depresif Bozukluk

**TMS:** Transkraniyal Manyetik Stimülasyon

**WCST:** Wisconsin Card Sorting Test

**WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## ŞEKİLLER

**Şekil 1.** Hasta Grubu Depresif Belirti Düzeyi

**Şekil 2.** Hasta Grubu Ruminatif Düşünce Düzeyi

**Şekil 3.** Hasta Grubu Bilişsel Esneklik Düzeyi

**Şekil 4.** Kontrol Grubu Depresif Belirti Düzeyi

**Şekil 5.** Kontrol Grubu Ruminatif Düşünce Düzeyi

**Şekil 6.** Kontrol Grubu Bilişsel Esneklik Düzeyi

**Şekil 3.4.1.** Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Depresif Belirti Düzeyi Üzerindeki Etkisi

## ÇİZELGELER

**Çizelge 3.1.1.** Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

**Çizelge 3.1.2.** Depresyon Tanısı Almış Hastaların Depresyon Süresi ve İntihar bilgileri

**Çizelge 3.1.3.** Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarının Betimsel İstatistik Sonuçları

**Çizelge 3.2.2.** Hasta ve Kontrol Gruplarında Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeyi Karşılaştırma Sonuçları

**Çizelge 3.2.2.** Hasta Grubunda Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

**Çizelge 3.2.2.** Kontrol Grubunda Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

**Çizelge 3.3.1.** Hasta Grubu Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları

**Çizelge 3.3.2.** Kontrol Grubu Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları

**Çizelge 3.4.1.** Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

**Çizelge 3.4.2** Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 7 Nisan 2017 yılında yayınladığı Depresyon ve Diğer Zihinsel Bozukluklar adlı rapora göre dünyada 322 milyon kişinin depresyonda olduğu gözlenmiştir. On yılda %18,4 oranında artış olan bu sayı, dünya nüfusunun %4,4'üne karşılık gelmektedir. Türkiye'de ise bu oran %4,4 yani 3 milyon 260 bin 677 kişinin depresyonda olduğu belirtilmiştir (WHO, 2017). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2011-2023 yılları arasını kapsayacak şekilde hazırlanan ulusal ruh sağlığı eylem planına göre (2011), hastalık yükü temel alınarak yapılan çalışmada kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalıkların yer aldığı görülmüştür. Aynı çalışmada özgürlükle kaybedilen yaşam yıllarına baktığımızda ilk sırada psikiyatrik hastalıklar yer almaktadır. Ölümüne sebebiyet veren psikiyatrik hastalıkların ön sıralarında unipolar depresyonun olduğu görülmüştür.

Depresyon uygun bir şekilde tedavi edilmezse maliyeti yüksek olan, görülme sıklığının giderek arttığı, iş gücü kaybına neden olan ve hatta intiharla sonuçlanan önemli bir halk sağlığı sorundur (Tamam ve ark. 2012). Bunun ötesinde depresyon, kişilerde normal bir üzüntü halinden, kişiler arası ilişkilerin bozulması, iş, okul ve bireysel yaşantıdaki sorunlara, sosyal ve aile uyumunun bozulmasına ve kişinin gerçeği değerlendirmesindeki bozukluklara kadar çok geniş bir yelpazede problemlere sebep olabilir (Oral, 2016).

Depresyon tipik bir şekilde kişinin daha önceden zevk aldığı durumlardan artık eskisi gibi zevk almaması ve ilginin kaybolması ile kendini gösteren; çökkün duygu durumu, yoğun bir şekilde üzüntü ve keder gibi duygular ile devam eden, mental ve fiziksel olarak enerji kaybı, psikomotor becerilerde yavaşlama, düşünce içeriğinde

kısıtlılıklar, bilişsel süreçlerde yavaşlama ve işlevsellikte azalma ile kendini gösterir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Depresif duygu durumun etiolojisinde, şiddetlenmesinde, süreğenliğinde ve tedavisinde kişinin bilişsel süreçlerinin önemli bir payı vardır. Bilişsel modele göre depresyondaki bir kişi kendisi, çevresi ve geleceği hakkında olumsuz ve çarpıtılmış düşüncelere (bilişe) sahiptir (Türkçapar, 2018). Kişinin bilişleri ile; kendisi, çevresi ve geleceği hakkındaki çarpıtılmış düşünceleri arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Özellikle depresyondaki bir kişi olumsuz duygu durumuna ve yaşantısındaki zorluklara odaklanarak, üzerinde tekrar tekrar düşünmesi ve katı bir bilişe sahip olması depresyonun şiddetini artırmaktadır. Depresyon şiddetinin artması da kişiyi daha fazla olumsuz ve çarpıtılmış düşüncelere itmektedir. Kişi tedavi edilmezse bu döngü giderek artmakta ve intihar gibi olumsuz sonuçlara sebebiyet verebilmektedir.

Depresyonun şiddetini artıran ve depresif dönemin sürmesinde önemli bir değişken olan ruminasyon, kişinin dikkatini olumsuz bilgiye odaklayan, zarar verici ve bireyin mevcut sorunlarını çözmeksizin, yaşanan olumsuz durumun nedeni ve anlamı üzerine tekrar tekrar düşünme sürecidir (Nolen-Hoeksema, 1998). Araştırmanın bir diğer değişkeni olan bilişsel esneklik, bireyin alternatif yolların ve seçeneklerin farkında olması, yeni durumlara ve koşullara uyum sağlamada esnek olması ve esnek olduğu durumlarda kendisini yetkin hissetmesi olarak tanımlanan üst bilişsel süreçtir (Bilgin, 2009).

Tüm bu açıklamalar ve istatistiksel verilere baktığımızda depresyonun insan hayatında göz ardı edilemeyecek düzeyde etkisi vardır. Bu nedenle depresyonun ortaya çıkmasında rol alan olası nedenler ile depresyon sürecini ve şiddetini belirleyen değişkenlere odaklanarak depresyonun doğası hakkında açıklamalarda bulunmak; depresyonun anlaşılması, tedavi ve önleme süreçleri açısından önemli görülmektedir.

Depresyon ile ilgili literatürde birçok araştırma mevcuttur. Fakat depresyonun etiolojisinde, sürecinde ve tedavi aşamasında önemli etkilerinin olduğu düşünülen ruminasyon ve bilişsel esneklik gibi üst bilişsel kavramlar ile bir arada yapılan çalışmalar sınırlıdır. Özellikle depresyon tanısı almış yetişkinlerde bu iki bilişsel kavram bağlamında yeterli araştırma bulunmamaktadır. Yapılan araştırma depresyonun tedavi ve önleme sürecine destek olması ve bilimsel literatüre yapacağı katkı ve diğer araştırmalara kaynak oluşturması açısından önemlidir.

## **1.2. Depresyon**

### **1.2.1. Tanımı ve Tarihçesi**

Depresyon kelime anlamı olarak Fransızca *dépression* sözcüğünden gelen çökkün duygu durumudur. Amerikan Psikiyatri Derneği (American Psychological Association, APA) depresyonu, duygu, düşünce ve davranışları etkileyen aynı zamanda tedavi edilebilen yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalık olarak tanımlamaktadır (Parekh, 2017). Öztürk ve Uluşahin'e (2015) göre depresyon, derin üzüntülü duygu durumu ile birlikte etrafında olup biten faaliyetlere karşı ilgi kaybı ve zevk alamama; değersizlik ve yetersizlik düşüncesi ile birlikte, düşünce akışında, psikomotor ve fizyolojik işlevlerde gerileme veya yavaşlama; günlük aktiviteleri kısıtlayan, dikkat, hafıza ve yürütücü işlevler gibi bilişsel durumları bozan, kişinin işlevselliğinde gözle görülür biçimde bozulmalara neden olan ruhsal bir bozukluktur.

Bugünkü anlamını ve belirtilerini dikkate aldığımızda depresif koşullar, birçok efsane ve hikayeler içerisinde cadıların, şeytanların ve mitolojik unsurların neden olduğu bir hastalık olarak görülmüştür. Antik Yunan'da Platon doğa ve doğaüstü güçlerin insanların ruhsal durumlarına etkisinin olduğunu, melankolinin sebebinin tanrılar ve doğaüstü güçler olduğunu ileri sürmüştür (Kaya, 2017). Tarih öncesi

dönemlere kadar uzanan ve çok eski bir geçmişe dayanan depresyon, ilk olarak M.Ö. 400'lü yıllarda Hipokrat tarafından insanlardaki kara safra miktarının artmasına bağlı olarak ortaya çıkan melankolik bir ruh hali olarak tanımlanmıştır (Türkçapar, 2018).

Birçok tanımlama ve ayırmadan geçen depresyonun tıbbi anlamda ilk sınıflandırmasını, psikiyatrinin de kurucusu sayılan İsviçreli psikiyatr Emil Kraepelin yapmıştır. Mani ve depresyon aşamalarını içerisinde barındıran manik depresif psikoz tanımını kullanan Kraepelin, depresyonu içsel (biyolojik) ve dışsal (çevresel) nedenlere dayanan bir hastalık olarak tanımlamıştır. Bu sınıflandırmasından sonra Almanya ve Avrupa'da birçok tartışma ortaya çıkmıştır. Depresyonun nörolojik kökenlere dayandığı düşünenlerin karşısında Freud depresyonun bazı açılardan çevresel koşullardan da etkilendiğini dile getirmiştir (Horwitz, Wakefield ve Lorenzo-Luaces, 2016). Tüm bu tartışmaların ışığında depresyon resmi olarak Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-I'de (Diagnostic and Statistical Manual-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) farklı kategorilerde değerlendirilmiştir. Ardından DSM-II'de Kreapelin'in sınıflandırması etkili olduktan sonra, modern anlamda psikiyatrik sınıflandırmaya geçilen 1980'li yıllarda depresyonda daha çok içsel süreçlere odaklanan sınıflandırması ile DSM-III'de majör depresif bozukluk tanımını almıştır. Daha sonra DSM-IV ve ardından 2013 yılında DSM-V'de depresif bozukluklar olarak tanımlanarak son halini almıştır (Köknel, 2005).

### **1.2.2. Epidemiyolojisi**

Epidemiyoloji sağlık/hastalık ile ilgili süreçlerin kişi, yer, zaman özelliklerine göre; hastalıkların nedenlerini ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu neden ve risk faktörlerine göre uygun çözümleri, koruyucu ve tedavi edici yöntemleri belirlemek için kullanılan tüm bilimsel yöntemleri inceleyen bilim dalıdır (Güven-Tezcan, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün ruh sağlığı alanında yaptığı epidemiyolojik çalışmalara

baktığımızda en sık görülen bozukluğun depresyon olduğu görülmektedir (2017). Amerikan Tıp Derneği tarafından yapılan epidemiyolojik bir çalışmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %16,2 olduğu gözlenmiştir (Kessler ve ark. 2003). Ülkemizde ruh sağlığı alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalara baktığımızda; Sağlık Bakanlığı'nın ulusal eylem planına göre en sık görülen ruh sağlığı bozukluğunun depresyon olduğu (%19), Erol ve ark. tarafından 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profil çalışmasına göre tüm nüfusta depresif epizot görülme sıklığının %4 olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda cinsiyet değişkenine göre depresyon kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir (WHO, 2017; Erol ve ark, 1998; Myers ve ark. 1984). Bu durumun nedenleri arasında; kadının toplum içinde karşılaştığı stresörlerin fazla olması, biyolojik farklılıklar, kadınlık rolü, toplumsal cinsiyet farklılıklarının fazla olması; kadınların erkeklere göre başa çıkma mekanizmalarının farklı olması, erkek ve kadın arasındaki toplumsal sorumluluğun farklı dağılması gibi bazı sosyal ve kültürel durumlar olabilir (Işık ve ark. 2013; Klose ve Jakobi, 2004; Yalvaç, 2012; Kayhan ve ark. 2013; Noble, 2005).

Yaşa göre baktığımızda depresyonun net olarak belirli bir yaş grubu ve başlangıç yaşı yoktur. Fakat yapılan çalışmalara baktığımızda kümülatif olarak genellikle 18 yaş üstü erişkin bireylerde daha sık görülmektedir (Anthony ve Petronis, 1991; Talukder ve ark., 2017).

Boşanmış, dul ve bekar olanlar, evli olanlara göre; evli olan kadınlarda, evli olan erkeklere göre depresyon oranları daha yüksektir. Evliliğin erkeklerde depresyona karşı koruyucu bir etmen olduğu bilinmektedir. (Çelik ve Hoccoğlu, 2016; McIntosh ve ark. 2010).

Diğer sosyoekonomik faktörler ve biyolojik çalışmalar açısından baktığımızda depresyona sebep olan risk etmenleri: düşük gelire sahip olmak ve işsizlik, okuma yazma bilmemek, ev hanımı olmak, kentsel bölgelerde yaşamak, kronik tıbbi hastalıklara sahip olmak, merkezi sinir sistemi bozuklukları, endokrin ve metabolik bozukluklar, sosyal rollerdeki yükün fazla olması, düşük benlik saygısına sahip olmak depresyona olan yatkınlığı artırmaktadır (Işık ve ark. 2013; Bhowmik ve ark. 2012; Ünal ve Özcan, 2000). Yapılan aile çalışmaları, ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları ve kalıtım modellerine göre depresyonda genetik risk faktörlerinin de etkili olduğu görülmüştür (Hyde ve ark. 2016; Wray ve ark. 2018). Tüm bu faktörler kesin olmamakla birlikte kişilerin depresyon yaşama ihtimallerini artırmaktadır.

Depresyon üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmaların önemli bir sebebi de depresyonun kişilerde ölümle sonuçlanabilecek durumlara yol açmasıdır. Bu yüzden yapılan epidemiyolojik çalışmaların önemi her geçen gün daha da artmaktadır.

### **1.2.3. Etiyolojisi**

Depresyon, çok eski dönemlerden itibaren var olan ve hakkında birçok araştırma ve açıklamalar bulunan ruhsal bir bozukluktur. Depresyon üzerine yapılan çalışmalara baktığımızda etiyojisinin hala tam olarak açıklanamadığı görülmektedir. Bunun nedeni depresyonun bir hastalıktan farklı olarak nedenlerine dair birçok bulgunun var olması, farklı tiplerinin olması ve ortaya çıkmasında farklı etkenlerin rol oynamasıdır. Yapılan çalışmalara baktığımızda depresyonun etiyojisinde genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin ön planda olduğu görülmektedir. Bu etmenlerin yanında bilişsel süreçler depresyonun ortaya çıkmasında gelişmesinde ve devam etmesinde önemli bir yere sahiptir (Türkçapar, 2018).

Depresyonun etiyolojisindeki bilişsel süreçler incelendiğinde bu alanda en çok yararlanılan kuram Beck'in bilişsel kuramıdır. Depresyondaki hastaların bilgi işleme mekanizmalarına baktığımızda olumsuz bir kendilik algısına sahiptirler ve kendilerinin yetersiz ve değersiz olduklarına inanırlar. Ayrıca olumsuz bir dünya görüşüne, geleceğin ise; umutsuz ve olumsuz, mutluluk ve başarıdan uzak olduğuna inanırlar (Esbensen ve Benson, 2007). Beck tarafından 1979 yılında tanımlanan ve depresyonun gelişmesinde ve ortaya çıkmasında önemli bir rol oynayan bu bilişsel süreçler "bilişsel üçlü" olarak adlandırılmaktadır. Beck'e göre kişinin kendisine, dünyaya ve geleceğine dair olumsuz inançları depresyonun ortaya çıkmasında ve gelişmesinde önemli bir yere sahiptir.

Beck'e göre depresyon hastalarının düşünce içeriklerinde önemli bir kayıp vardır. Hastalar, mutluluk ve huzur için çok gerekli gördükleri şeyleri kaybetmiş olarak algırlar, her önemli girişimlerinden sonra olumsuz sonuçlar beklerler, hedeflerine ulaşmak için gerekli özelliklerden kendilerini yoksun görürler. Bu bilişsel durumlar kişide keder, hayal kırıklığı ve aldırmaçlık gibi duygulara yol açar. Kişinin olumsuz bir duruma yakalanmış olması ve çözümsüz sorunların içinde kaybolması motivasyonunu bitirir. Çözümsüz olduğunu düşündüğü bu durumdan kurtulmak için intihar etmek ister (Türkçapar, 2018).

Bu çalışma kapsamında depresyonun etiyolojisinde önemli etkisi olduğu düşünülen ruminasyon ve bilişsel esneklik gibi üst bilişsel kavramlar araştırılmaktadır. Üst bilişsel süreçler kişinin kendi düşüncelerini izlemesi, yorumlaması, kontrol etmesi ve düzenlemesini kapsayan bilgi işleme mekanizmasıdır (Yılmaz, 2015).

#### 1.2.4. Klinik Özellikleri

Depresyon, kişide çökkün bir ruh hali ile başlayan; üzüntü, acı hissi, hiçbir şeyden keyif alamama durumları ile devam eder. Depresyondaki bir kişi etrafında olup biten şeylere karşı ilgisizdir ve severek yaptığı etkinlikleri artık yapmak istemez. Kişinin depresyon tanısı alması için depresif duygu durum veya zevk alamama/ilgi kaybı belirtilerinden birinin olması gerekir (Köroğlu, 2009). Çökkün ruh hali ile başlayan olumsuz duygulanım arttıkça kişi bilişsel olarak içinde bulunduğu durumun değişmeyeceğine ve hayatı boyunca hep olumsuz şeyler yaşayacağına inanmaya başlar (Işık ve ark. 2013).

Depresyonun klinik seyrinde özellikle akut dönemde dikkat, bellek, bilgi işleme ve yürütücü işlevlerde gözle görünür bir şekilde bozukluklar; düşünce akışında yavaşlama, yanıt vermede zorluklar veya yanıt verememe gözlenebilir. Düşünce içeriğine baktığımızda özellikle ağır depresif hastalar kendilerine yönelik suçluluk hissi ve bundan doğan kendilerini cezalandırma amaçlı intihar davranışlarında bulunabilirler (Güleç, 2009).

Depresif duygu durumuna bağlı olarak kişilerde fizyolojik olarak, kilo vermeye çalışmıyorken aşırı kilo verme ya da alma; hemen hemen her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma; uykuya geçiş sürecinde zorluk, uyku sırasında sık sık uyku bölünmeleri ve tekrar uykuya dalmada zorluk ve hiç uyuyamama; neredeyse her gün süren bitkinlik ya da içsel güçte azalmalar ile birlikte cinsel isteksizlik belirtileri görülebilir (Işık ve ark. 2013; Köroğlu, 2009).

### 1.2.5. Majör Depresyon Tanısı ve Sınıflandırma Kriterleri

Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM-IV) göre;

*“İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da (2) artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir*

1. Kendisinin bildirdiği ya da başkasının gözlemlediği hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.
2. Kendisinin bildirdiği ya da başkasının gözlemlediği hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması.
3. Kilo alımı ya da kilo kaybı, hemen her gün iştahının artmış ya da azalmış olması.
4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.
5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.
6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.
7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması.
8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık.
9. Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen özkıyım düşünceleri ve özkıyımaya yönelik tasarılarının olması.

*B. Bu belirtiler mixt epizot tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.*

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

*D- Bu belirtiler madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.*

*E- Bu belirtiler Yas' la daha iyi açıklanamaz “*

### **1.2.6. Tedavisi**

Depresyon, Batı toplumları başta olmak üzere ülkemizde ve tüm dünyada hızla yayılmakta olan ve kalp hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci sağlık problemdir. Depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluk olmasının yanında, tedavi edilmezse intihar gibi yaşamı doğrudan etkileyen davranışlara sebep olmaktadır. Ayrıca depresyon ciddi bir halk sağlığı sorunu olup ekonomiyi de doğrudan etkilemektedir. Bu açıdan depresyonun tedavisi oluşabilecek ciddi yıkımları önlemek açısından önemlidir (WHO, 2017).

Yapılan bilimsel çalışmalara baktığımızda antidepresan ilaçlar, psikoterapiler, Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMU- TMS (Transcranial Magnetic Stimulation) ve Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) gibi yöntemlerin depresyonun tedavisinde etkili olduğu görülmektedir (Türkçapar, 2018).

*Antidepresanlar*

Depresyonun tedavisinde önemli bir yeri olan antidepresanlar, depresyonun tüm şiddetinde (hafif, orta, ağır) etkili olan, depresyonun belirtilerini ortadan kaldıran ve günümüzde en çok kullanılan tedavi yöntemlerinden birisidir (Olfson ve ark. 2002; Karamustafalıoğlu ve ark., 2019). Antidepresanlar kişilerde enzim ya da reseptör inhibitörleri ve geri alım engelleyicilerini etkiler ve klinik olarak beyindeki dopamin, serotonin ve norepinefrinin etkilerini doğrudan veya dolaylı olarak artırarak etkilerini göstermektedir (Hassanane ve ark., 2012). Bu anlamda depresyonun tedavisinde kullanılan, dünyada ve ülkemizde etkinliği kanıtlanmış A ve B enzimlerini etkileyen monoamin oksidaz inhibitörleri sınıfındaki ilaçlar, seçici serotonin geri alım inhibitörlerini etkileyen ilaçlar, serotonin ve noradrenalin geri alımını inhibe eden trisklik antidepresanlar, seçici noradrenerjik geri alım İnhibitörleri etkileyen ilaçlar ve noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörlerini etkileyen ilaçlardır (Örsel, 2004).

### *Psikoterapiler*

Klinik çalışma bulgularına göre bilişsel davranışçı terapi depresyonda etkinliği en fazla olan psikoterapi türüdür. Amerikan Psikiyatri Birliği depresyon tedavisinde bilişsel terapiyi özellikle hafif ve orta düzey depresyonda tek başına kullanılabilir bir yöntem olarak önermektedir (Türkçapar, 2018). Bilişsel davranışçı terapi kişide ortaya çıkan olumsuz sonuçları iyileştirmek için kişinin gerçekçi olmayan ve yararsız negatif düşüncelerini hedeflerken, diğer taraftan kişinin uyumsuz davranış kalıplarını da düzeltir (Ijaz ve ark. 2018). Bilişsel davranışçı terapi, depresyondaki kişinin kendisi, çevresi ve gelecek ile ilgili düşüncelerini iyileştirmenin; duygusal ve davranışsal iyileştirmeler sağlamak için hastanın düşünce ve inanç sistemlerinde bilişsel değişiklikler yapmanın yollarını arayan tedavi yöntemidir. Kişiler düşüncelerini daha gerçekçi ve uyarlanabilir bir yolla değerlendirmeyi öğrendiklerinde duygu durum ve davranışlarında değişiklik olduklarını görecektir (Beck, 2014). Yapılan klinik çalışmalara bakıldığında bilişsel davranışçı terapinin depresyonun tedavisinde önemli bir yeri olduğunu görmekteyiz (Nakagawa ve ark., 2014). Bilişsel davranışçı terapiden farklı olarak evlilik ve aile terapisi, çözüm odaklı kısa süreli

terapi, kişilerarası terapiler, grup terapileri, davranışçı terapiler, psikodinamik terapi gibi diğer psikoterapilerde depresyon tedavisinde kullanılmaktadır (Metel, 2008).

Depresyon tedavisinde antidepresan ilaçlar ve psikoterapi kombinasyonunda çok başarılı sonuçlar olmasına; hatta bazı çalışmalarda psikoterapi etkilerinin antidepresanlar ve kontrol grubuna göre daha başarılı sonuçların olduğu çalışmaların olmasına (Rush ve ark., 1977) rağmen günümüzde depresyonun yaygınlığı ve hasta sayılarının fazla olması, yeteri kadar psikoterapi uygulayabilecek personel sayısının olmaması, terapi maliyetlerinin fazla olması, zaman ve mekan sorunları gibi sebeplerden dolayı birinci ve ikinci basamak depresyon tedavisinde antidepresanlar psikoterapilere göre daha sık kullanılmaktadır (Temel, 2019).

#### *Diğer Tedavi Yöntemleri*

Depresyonun tedavisinde antidepresanlar ve psikoterapilerin yanında alternatif tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Bunlar arasında en yaygın kullanılan yöntemler, merkezi sinir sistemini uyaran elektriksel müdahale yöntemi olarak bilinen elektrokonvulsif terapidir (EKT). EKT beyin dokusunu elektrik akımı ile uyararak tüm beyine yayılan jeneralize nöbetler oluşturma şeklinde uygulanan fizyolojik bir yöntemdir. 1938 yılından itibaren psikiyatrideki şizofreni, duygu durum bozuklukları ve acil müdahale gerektiren hastalıklarda uygulanan etkili ve güvenilir bir tedavi yöntemidir (Zeren ve ark., 2003). Depresyonun tedavisindeki etkinliğini gösteren birçok çalışmanın olmasının yanında olumsuz bilişsel etkiler, nüks oranlarındaki artış, kolay ulaşılır ve uygulanır olamaması gibi nedenlerden dolayı çok tercih edilmemektedir (Sayar ve ark. 2017). Bir diğer yöntem Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMU), bu yöntemde tıpkı EKT gibi nöral uyarım yöntemidir. EKT ye göre yan etkileri daha az olan fizyolojik bir yöntemdir. Depresyon tedavisinde kullanılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında TMU'nun birkaç olumsuz bulgulara rağmen olumlu etkilerinin olduğu gözlenmiştir (Serafini ve ark., 2015).

### 1.3. Depresyon ve Bilişsel Kuram

Yüksek yaygınlık oranı göz önüne alındığında araştırmacıların depresif atakların nedensel etkileri, başlaması, sürdürülmesi ve tedavisi konusundaki birikimlerimizi artırmak amacıyla çok fazla araştırma yürütmeleri şaşırtıcı değildir. Beck (1967), *Depresyon: Nedenleri ve Tedavisi* adlı kitabında ön yargılı bilgi edinmenin ve işlemenin depresif atakların nedenleri ve seyri üzerinde etkili olabileceğini ileri sürmüştür. Depresyondaki bireylerin bilişsel olarak kendileri, geleceği ve çevresiyle ilgili (bilişsel üçlü) olumsuz yargılara sahip olduğunu belirtmiştir. Daha da önemlisi Beck, olumsuz erken yaşam olaylarının; iç ve dış olumsuz etkenler tarafından aktif hale gelebileceğini, depresif şemaların gelişmesini teşvik ederek depresyona karşı daha savunmasız hale geleceğini öne sürmüştür. Kişiler iyileştikten sonra bile bu negatif şemaların varlığını koruduğunu ve olumsuz olaylar yaşandığında negatif otomatik düşüncelerin ve ruh hallerinin olumsuz yönde etkilendiği açıklamıştır. Bilişsel modele göre depresyonun doğasını anlamak için kişinin olaylara verdiği tepkilerin bilişsel içeriklerini ve düşünce akışına odaklanmak gerekir (LeMoult ve Gotlib, 2018). Kişilerin duygu, davranış ve fizyolojileri olayları nasıl algıladıkları ve olaylar üzerine nasıl düşündükleri ile alakalıdır. Bilişin, dış uyaranlar tarafından etkilenen ve anlamsal gösterimler içeren birbirine bağlı düşüncelerden etkilendiğini öne süren Bower, tek bir olumsuz düşüncenin etkinleştirilmesi, birbirine bağlı diğer düşüncelerinde kısmen etkinleştiğini ve otomatik olarak yayıldığını ileri sürmüştür. (1981). Beck bilişsel modelinde, depresyonun ortaya çıkmasında önemli rol oynayan biyolojik, çevresel, bilişsel ve davranışsal etkenlerin herhangi birinde ki değişikliğin diğerlerini etkileyebileceğini öne sürer (Türkçapar, 2018).

Depresyon hakkında daha kapsamlı bir görüş kazanmaya çalışan araştırmacılar, bilişsel süreçlere ve depresif bilişin içeriğine odaklanan çalışmalara yönelmişlerdir. Kişinin kendisi ile ilgili tekrarlayan ve kontrol edemediği olumsuz düşünceleri depresyonun başlangıç ve nüks aşamasında kırılabilirliği artırmada kritik

rol oynamaktadır. Bu yüzden depresyonun merkezinde yer alan ve olumsuz etkilerle sonuçlanabilecek bilişsel işlevsellikteki problemlerin anlaşılması önemlidir. Depresif bilişin doğasını ve rolünü daha iyi anlamak, depresyon teorilerini geliştirmek ve tedaviye destek olacak araştırmaların yapılması gerekmektedir (Gotlib ve Joormann, 2010).

#### **1.4. Ruminasyon**

Ruminasyon, kişinin dikkatini olumsuz durumlara ve bilgilere odakladığı, zarar verici ve başta depresyon olmak üzere birçok bilişsel bozukluklarla ilişkilendirilebilecek üst bilişsel bir süreçtir. Nolen-Hoeksema depresif ruminasyonu tepki biçimleri kuramında, kişilerin tekrarlayıcı ve pasif biçimde depresif belirtileri ve bu belirtilerin olası neden ve sonuçları hakkında düşünmesi olarak tanımlar (1991). Ruminasyon, kişinin pasif bir şekilde semptomlarına ve semptomlarına neden olan duygu durumuna saplandığı, aktif bir şekilde problem çözmesine yardımcı olmayan bir tepki biçimidir (Nolen Hoeksema, Wiseo ve Lyubormirsky, 2008). Depresif duygu durumuna verilen tepkiler depresyonun şiddetini ve yaşanan depresif belirtilerin süresini uzatabilmektedir. Sürekli olarak kişiler yaşadıkları olayların negatif yönlerine odaklandığında yaşadıkları depresif duygu durumu giderek artmakta ve süresi uzamaktadır (Lyubomirsky ve Nolen Hoeksema, 1993).

Ruminatif düşünce biçimine sahip insanlar, yaşadıkları olumsuz olaylara verdikleri tepkiler üzerinde pasif bir şekilde tekrar tekrar düşünürler. Olayların belirtilerine odaklanır (“çok kötü hissediyorum”, “konsantre olamıyorum”) ve anlamları hakkında düşünürler (“bu durumu aşabilecek miyim?”) (Lyubomirsky ve ark., 1998). Bu düşünce tarzı yapıcı bir şekilde problem çözme becerilerini baskılamakta, ruminatif düşünce biçiminde takılı kalmalarına neden olur. Ruminasyon, üzüntülü veya depresif durumlarda ortaya çıkan bir düşünce biçimi olarak değerlendirilse de bireysel farklılıklarda vardır (Nolen-Hoesama ve Davis, 1999).

Ruminasyonun depresyon ile olan ilişkisinde tepki biçimleri kuramının önemli bir yeri vardır. Tepki biçimleri kuramına (response styles theory) göre ruminasyon yaşanan sıkıntıları özellikle depresyonu şiddetlendirir ve uzatır. Ruminasyon patolojik bir durumu dört farklı şekilde şiddetlendirebilir. İlk olarak kişiler yaşadıkları sıkıntılı olayları anlamlandırmaya çalışırken, içinde buldukları duygu durumun tetiklediği olumsuz düşünce ve anıları artırır. İkinci olarak kadenci ve kötümser düşüncenin içeriğini güçlendirerek problem çözme becerilerini azaltır. Üçüncü olarak stresli durumlar içerisinde davranış etkinliğini azaltmaktadır. Son olarak değişen olasılıklara ve şartlara adapte olmayı azaltır (Nolen Hoeksema, 1991). Ayrıca Nolen Hoeksema ve Davis'in çalışmasında kronik olarak devam eden ruminasyonun sosyal destek kaybına neden olacağını ve bu durumda depresyonu artıracığını belirtmişlerdir (1999).

Nolen Hoeksema ve Morrow (1993); ruminatif düşünce biçimin yanında depresyona yanıt olarak depresif duygu durumundaki kişinin ruh halini yükseltmek, depresif belirtileri azaltmak için uyarlanabilir ve araçsal bir yöntem olarak dikkat dağıtıcı tepki stilinin kullanılabileceğinden bahsetmiştir. Dikkat dağıtıcı tepkiler, depresif duygu durumundan ve sonuçlarından uzaklaştırmaya yardımcı olan, olumlu bir şekilde destekleyen aktivitelere dönüştüren düşünce ve davranışlardır. Örneğin bisiklete binmek, arkadaşlarla film izlemek, işyerindeki projelere odaklanmak, etkinliklere katılmak, spor yapmak kısa vadede mevcut sorunlardan uzaklaşacak etkili dikkat dağıtıcı yöntemler olabilir. Duygu durumunu olumlu yönde değiştirecek aktiviteler yapmak, pasif ruminatif düşünceden uzaklaşarak olumsuz duygunun ortaya çıkardığı sıkıntıları azaltmakta ve problem çözme kapasitesine olan güveni artırarak uzun vadede başa çıkma stratejisi olan aktif problem çözme becerilerine yönelme olasılığını artırmaktadır (Lyubomirsky ve Nolen Hoeksema, 1993). Ruminatif düşünce depresyon için bir tetikleyici olmanın ötesinde aynı zamanda sürdürücü bir etkidir.

Ruminasyon ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda:

Ruminasyonu, depresyon belirtileri ve bu belirtilerin olası nedenleri ve sonuçları hakkında tekrarlayan ve pasif bir düşünce olarak kavramsallaştırmışlardır. Bu bakış açısında göre depresif bir kişi depresyonda olduğu gerçeğine, depresyonun belirtilerine, bu belirtilerin nedenleri, anlamları ve sonuçları üzerine sürekli odaklanabilir (Nolen-Hoeksema, 1991). Ruminatif düşünce biçimi, negatif düşüncelere ulaşmayı kolaylaştırıp olumsuz duygu durum ve bilişler arasındaki çift yönlü mekanizmayı güçlendirerek istenmeyen olaylara karşı duygusal aktiviteyi artırmaktadır. Ruminatif bireylerin kötümser bilişsel durumları, problem çözmeye yönelik davranış ve motivasyonlarını azaltarak depresyonun gelişimini hızlandırmaktadır. Bu süreç depresyonun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi süresini uzatmakta ve iyileştirmeyi geciktirmektedir (Lyumborsky ve ark. 2015).

Depresyon ve ruminasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen literatür çalışmalarına baktığımızda, Just ve Alloy (1997) tarafından yapılan boylamsal çalışmada ruminasyonun depresif belirtilerin başlamasında ve şiddetlenmesinde etkili olduğunu, kalıcı bir özellik olarak ruminatif tepki biçimine sahip kişilerde ise depresyonun ortaya çıkmasına neden olabileceğini belirtmişlerdir. Kendi kendine odaklanmış dikkat üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasında ruminasyonun depresif belirtilerle en güçlü ve tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (Mor ve Winqvist, 2002). Ruminatif düşünce biçimine sahip depresyon hastaları ile ruminatif düşünce biçimine sahip olmayan hastaların karşılaştırıldığı çalışmalarda ruminatif düşünceye sahip hastaların daha şiddetli depresyon yaşadıkları gözlenmiştir (Nolen-Hoeksema ve ark., 1993; Nolan ve ark. 1998; Just ve Alloy, 1997). Yeni yapılan boylamsal çalışmalarda ruminatif düşünce biçiminin depresyonu öngördüğü gözlenmiştir. 7 ay boyunca 1000'den fazla ergen üzerinde yapılan prospektif çalışmada özellikle erkeklerde içselleştirilen belirtiler zamanla agresyona sebep olduğu kaygı ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gözlenmiştir (McLaughlin ve ark., 2014). Sağlıklı bireylerde, mevcut durumda veya geçmişte depresyon ve kaygı gibi duygusal bozukluklar yaşamış 2981 yetişkinde 4 yıl boyunca yapılan prospektif bir çalışmada ruminasyonun eş-morbiditeye neden olduğu gözlenmiştir (Penninx ve ark., 2008).

Birçok deneysel ve anket tabanlı çalışmalar ruminasyonun depresyonu artırdığını göstermiştir. Kişilere 8 dakika boyunca mevcut duygu durumlarının anlamları, nedenleri ve sonuçları üzerine düşüncelerinin istendiği depresif hastaların, olumsuz duygu durumlarının yükseldiğini, olumsuz ruh hali ve düşüncelerden uzaklaşmaya çalışan benzer ruh halindeki bireylerin olumsuz duygu durumlarının düştüğü gözlenmiştir (Nolen Hoeksema ve ark. 1993; Donaldson ve Lam, 2004).

Ruminasyon majör depresif bozukluğun önemli bir değişkenidir. Ruminasyonun temelini oluşturan nöral yapıların bilinmesi, depresif patofizyolojiye önemli bir bakış açısı sağlar ve depresyona olan müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Ruminasyon üzerine yapılan nöral çalışmalarda çeşitli bilişsel ve duygusal faktörlerin etkili olduğu gözlenmiştir. Conney ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ruminasyon sırasında beyinde daha güçlü nöral aktivitelerin ve daha çok frontal ve parietal ağlar (pozitif ağlar) ile amigdalanın etkin olduğu gözlenmiştir.

Papageorgiou and Wells (2001) yaptığı çalışmada tekrarlayan majör depresif bozukluğu olan hastalarda ruminasyon ile ilgili üst bilişsel süreçler incelendiği yarı yapılandırılmış bir görüşme uygulanmıştır. Sonuçlar tüm hastaların ruminasyon konusunda hem olumlu hem de olumsuz inançlara sahip olduğunu göstermiştir. Ruminatif olan olumlu üst bilişsel inançların (“bu durum karşısındaki duygularımı ve düşüncelerimi nasıl değiştirebilirim? ileride sıkıntı verici duygu ve düşüncelerden kendimi nasıl koruyabilirim?”) depresyonda başa çıkma stratejisi olarak kullanıldığını, olumsuz inançların (acaba bu durumdan kurutulabilecek miyim? Hadi daha kötü olursa?) ise ruminatif düşüncenin kontrolden çıkmasına, depresyonun şiddetlenmesi, sosyal ve kişiler arası sorunlara sebep olduğu gözlenmiştir.

## 1.5. Bilişsel Esneklik

Bilişsel esneklik, herhangi bir duruma uyum sağlayabilme, düşünceler arası geçiş yapabilme ya da karşılaşılan bir probleme farklı açılardan bakabilme becerisi olarak (Stevens, 2009) değerlendirilirken, bireyin sahip olduğu seçenekleri görmesi, zorlu yaşam olaylarını baş edilebilir olarak algılaması ve bilişlerini farklı durumlara göre uygun hale getirmek için değiştirebilme becerisi olarak da tanımlanabilir (Dennis ve Vander Wal, 2010). Martin ve Rubin (1995) bilişsel esnekliği üç temel alanda açıklamıştır; (1) kişinin herhangi bir durum karşısında alternatif yolların ve seçeneklerin farkında olması, (2) esnek olma ve durumlara uyum sağlamaya istekli olması ve (3) esnek olabileceğine dair kendini yetkin hissetmesi.

Bilgi işlem sürecine göre insanlar karşılaştıkları bir durum karşısında seçeneklerinin farkında oldukları bir süreçten geçerler. Bu süreçte alternatif seçenekler arasında seçim yapmada özgür ve de sorumlu olduklarını bilerek farklı senaryolar geliştirirler. Kişi ne kadar çok seçeneğe sahipse o kadar çok senaryo üretebilir. Dolayısı ile diğerlerinden daha çok senaryoya sahip bireyler daha karmaşık bir sürece de sahiptir ve bu kişiler bilişsel olarak daha esnektir. Esnek bir bilişe sahip kişi, karşılaştığı tüm durumlarda alternatiflerinin bilincinde olan kişidir ve doğru kararı verebilmek için; ilgili çeşitli bilgi kaynaklarını işlemekte, değerlendirmekte ve bütünleştirmektedir. (Martin ve Anderson, 1998; Martin, Anderson ve Thweatt, 1998).

Nöropsikolojik açıdan bilişsel esneklik üst bilişsel sistem içerisindeki yürütücü işlevlerin alt bileşenidir. Yürütücü işlev, kişinin dikkatini etkin bir şekilde yönlendirip, sürdürebilmesi, bilgiyi aktif halde tutarak, gerektiğinde bunlar arasında geçiş yapabilmesi, yönergeleri değiştirebilmesi ve amaçlarını gerçekleştirebilmesi ve bunu yaparken de davranışlarının sonucunu düşünebilmesidir. Dolayısıyla bilişsel esneklik, farklı zihinsel şemalar arasında geçiş yapabilme ve dikkat odağını istemli bir şekilde değiştirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Gültekin-Ahçı, 2016).

Nöropsikolojik görevleri kullanarak bilişsel esnekliği değerlendiren araştırmalar, depresif kişilerin bilişsel işlevsellik alanında eksikliklere sahip olabileceğini göstermiştir. Bireyin bilişsel esneklik becerilerini ölçmek için en yaygın kullanılan testlerden biri Wisconsin Kart Eşleme Testidir (Wisconsin Card Sorting Task, WCST). Bu testte, bireyler bir görevi doğru bir şekilde yerine getirmek için bir kural öğrenirler ve daha sonra kural beklenmedik bir şekilde değiştiğinde cevaplarını ona göre değiştirmeleri istenmektedir. Bilişsel olarak esnek bireyler, aldıkları geri bildirimler ve yeni kurallara göre cevaplarını kolayca değiştirebilirken, bilişsel olarak esnek olmayan bireyler, cevaplarını doğru olmadığı konusunda geri bildirim almalarına rağmen, görevi eski kurala göre yapmaya devam etmektedirler (Deveney ve Deldin, 2006).

Bilişsel esneklik düzeyi yüksek bireyler, kendisine ve çevresindeki diğer bireylere karşı daha uyumlu tutumlar sergiler (Küçüköyük, 2015; Lin ve ark., 2014), yaşanan durumların olumlu yanlarını görerek alternatif çözümler üretebilir ve başkalarından yardım isteyebilir (Bedel ve Ulubey, 2015). Bilişsel esnekliğe sahip kişiler zorlayıcı yaşam olayları karşısında dayanıklıdır (Eskin, 2018) ve karşılaştıkları durumlar karşısında katı ve mutlak kurallar koymazlar ve değişime açık tutum sergilerler (Satan, 2014). Bu kişiler, sorumluluklarını bilen, özgüvenleri yüksek ve gerektiğinde sorumluluk üstlenebilirler; ilişkilerinde yapıcı, bilmedikleri durumlarla karşılaştıklarında ortaya çıkan ihtiyacı karşılama konusunda isteklidirler. Bilişsel esnekliği güçlü olan kişiler pozitif tutum sergilerler ve kavgacı değil anlaşmazlıklara karşı daha toleranslıdır (Martin ve Rubin, 1995; Martin ve Anderson, 1998).

Bilişsel açıdan; depresyonu olan bireylerin daraltılmış bir düşünce yapısına sahip oldukları görülmektedir. Katı ve otomatik negatif inançların depresif duygu durumunun nedeni, şiddeti ve süresi ile bağlantılı olduğu için bilişsel esnekliğin iyi anlaşılması ve özellikle hangi alt bilişsel süreçlerin anormal olabileceğinin belirlenmesi ve tedaviyi güçlendirmesi açısından önemlidir (Deveney ve Deldin, 2006).

Bilişsel esneklik ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda:

Klinik gözlemler majör depresif bozukluğu (MDB) olan bireylerde sınırlı ve esnek olmayan bilişsel süreçlerin varlığını desteklemektedir. Örneğin, Beck'in bilişsel depresyon teorisi, depresyonu olan bireylerin, olumsuz bir bilişsel şemaya göre kendilerini, dünyayı ve geleceği katı bir şekilde izleyen “negatif bir döngüde” kaldıklarını göstermektedir (Beck, 1976). Majör depresif bozukluğu olan ve intihar davranışı gösteren kişiler sorunlarına karşı çözümsüz ve ölümü, içinde buldukları acıdan tek kurtuluş yolu olarak görerek esnek olmayan düşünce tarzı sergilerler (Deveney ve Deldin, 2006). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) depresyon tedavisinde deneysel olarak test edilmiş ve onaylanmış en yaygın kullanılan terapi yöntemidir. BDT uygulamasında depresif hastaların olumsuz ve uyumsuz düşüncelerin yerine daha işlevsel ve uyarlanabilir düşüncelerin konulması sağlanır. Bilişler daha uyumlu hale geldikçe depresif ruh hali hafifleyecek ve işlevsellik artacaktır (Young ve ark, 2001). Yapılan çalışmalar düşük bilişsel esneklik düzeyinin, yüksek depresif semptomlarla ilişkili olabileceğini göstermiştir (Dennis ve VanderWal, 2010). Bilişsel davranışçı teoride depresif bireyler düşüncelerinde aşırı katılık sergilemektedir. Ya hep ya hiç düşünce tarzına sahiptirler. Bu tür bilişsel katılığın uyumsuz inançların kabulünü desteklediğini, düşüncelerin daha fazla otomatik hale geldiğini ve depresif durumun devam etmesine neden olduğu ileri sürülmüştür (Moore, 1996).

Deveney ve Deldin (2006) tarafından orta şiddetli depresyon hastaları ve sağlıklı kontroller üzerinde uygulanan Wisconsin Kart Eşleme Testinde (WCST), depresif hastalarda uyaranlar olumsuz olduğunda bilişsel esneklik görevlerinde, kontrol grubuna göre daha kötü performans sergiledikleri gözlenmiştir. Fresco ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada bilişsel esneklik düzeylerinin düşük olması yaşam olayları karşısında ortaya çıkabilecek stresörlere karşı depresif semptomlar geliştirmelerinde bir risk olabileceğini belirtmişlerdir. Kişilerin bilişsel esneklik

düzeyleri azaldıkça depresyon ve kaygı gibi duygusal bozuklukların arttığı gözlenmiştir (Dennis ve Vander Wal, 2009).

Yürütücü işlev, istenen hedefe ulaşmak için gerekli problem çözme becerilerinin sürdürmenin bilişsel bir sürecidir. Bu süreç rutin yaşantımızdan tutunda, akademik ve sosyal alanda geçirilen tüm zaman diliminde sergilediğimiz işlevleri kapsamaktadır. Yürütücü işlevinde sorun olan bireyler bir okul projesini tamamlamakta veya basit olan bir adresi adım adım tarif etmekte zorlanacaklardır (Fresco ve ark., 2007). Düşünceler arası geçiş olarak tanımlanan bilişsel esneklik yürütücü işlevlerin bir parçasıdır. Bilişsel esnekliğin zayıf olması kişilerin farklı durumlara karşı bilgilerini uygulayabilmesini zorlaştırmaktadır. Çünkü birey uyguladığı düşünsel stratejinin artık etkili olmadığını bilse bile çözüm geliştirmek için daha önceki kullandığı stratejiye güvenmeye devam etmektedir (Lawrence ve ark., 2006). Yapılan çalışmalar depresyonu olan bireylerin bilişsel esneklik ve zayıf inhibisyon gibi yürütücü işlevlerinde kontrol eksikliği olduğunu göstermiştir (Joormann & D'Avanzato, 2010).

Katı ve değişime dirençli olan otomatik düşünceler depresif durumun sürmesine neden olmaktadır (Türkçapar, 2018). Bilişsel terapi modelinde önemli olan kişilerin bilişsel yeniden yapılandırma stratejilerini güçlendirmektir. Bilişsel yeniden yapılandırma, oluşturulan yeni işlevsel stratejilerin yaşam koşullarındaki değişikliklere uygulanması olarak tanımlanmaktadır (Beck, 1976). Bilişsel yeniden yapılandırmanın önemli bir parçası da bilişsel esnekliktir (Johnco, Wuthrich ve Rapee, 2013). Bu nedenle depresyon tedavisinde bilişsel esnekliğin güçlendirilmesi önemli bir adımdır.

## 1.7. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon tanısı almış yetişkin hastalar ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan yetişkin sağlıklı kontrol grubunun ruminatif dűřünce biçimi ve bilişsel esneklik düzeylerini incelemektir. Araştırma kapsamında hem hasta grubun hem de kontrol grubunun yař, cinsiyet, eğitim durumu ve diğer bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması araştırmanın alt amaçları arasında yer almaktadır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda test edilecek hipotezler:

- Ruminatif dűřünce biçimi arttıkça depresif belirti düzeyi artar.
- Bilişsel esneklik düzeyi azaldıkça depresif belirti düzeyi artar.
- Depresyon tanısı almış hastaların kontrol grubuna göre bilişsel esneklik düzeyi düşük, ruminatif dűřünce biçimi yüksektir.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran veya takip edilen depresyon tanısı almış hastalar ve sağlıklı kontroller olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklemini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine 01.02.2019 ve 15.11.2019 tarihleri arasında başvuran veya hali hazırda takip edilen, DDSM IV kriterlerine göre depresyon tanısı almış 100 hasta çalışma grubu olarak alınmıştır. Veri toplama sürecinde katılmaya gönüllü olmayan, ölçek formlarını anlamada güçlük çeken, araştırma sırasında katılmak istemediğini belirten, rahatsız olan, eksik veya hatalı işaretlemeler yapan 24 kişi araştırmadan çıkartılmıştır. Kalan 76 hasta ile devam edilmiştir.

Araştırmanın kontrol grubunu o sırada hasta yakını olan veya herhangi bir muayene sürecine dahil olmayan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile benzer 74 sağlıklı kontrol olarak belirlenmiştir.

### 2.2. Araştırmaya Katılma Kriterleri

#### 2.2.1. Hasta Grubu

- 18-65 yaş arasında olmak.

- DSM-4 kriterlerine uygun olarak depresyon tanısı almış.
- Poliklinik hekimi tarafından DSM-IV göre depresyon tanısı konmuş olmak.
- Okur-yazar olmak.
- Depresyon dışında psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmamak.
- Araştırmaya katılmaya sözlü ve yazılı onay vermek.

### **2.2.2. Kontrol Grubu**

- 18-65 yaş arasında olmak.
- Psikiyatrik muayene ile herhangi bir psikiyatrik bir tanı almamış olmak.
- Psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmamak.
- Okur-yazar olmak.
- Araştırmaya katılmaya sözlü ve yazılı onay vermek.

### **2.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

#### **2.3.1. Hasta Grubu**

- İlaç tedavisi dışında herhangi bir tedavi (Terapi vb.) almak
- Depresyon dışında başka nörolojik, psikiyatrik bozukluğa sahip olmak.
- Okur-yazar olmamak.

-Beyin hasarı veya etkileyecek başka tıbbi hastalığı olmak.

### **2.3.2. Kontrol Grubu**

- Beyin hasarı veya etkileyecek başka tıbbi hastalığı olmak.

- Kronik nörolojik, psikiyatrik ya da genel tıbbi bozukluğa sahip olmak.

- Okur yazar olmamak.

## **2.4. Ölçme Araçları**

### **2.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmaya katılım koşullarına uygunluğu ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından kişisel bilgi formu oluşturulmuştur. Formada bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, daha önce depresyon tedavisi görüp görmediği, varsa yaşadığı diğer ruhsal problemler ile ilgili bilgi, intihar davranışı olup olmadığı, hasta grubu için ne kadar süredir depresyon tedavisi gördüğü, madde kullanım özellikleri gibi sorulara yer verilmiştir.

### **2.4.2. Beck Depresyon Envanteri**

Beck Depresyon Envanteri, depresyonun etiyolojisinde rol aldığı düşünülen suçluluk duygusu, depresif duygu durum, kendinden nefret etme, kötümserlik,

başarısızlık duygusu, kendini suçlama, ağlama nöbetleri, kararsızlık, çalışabilirliğin engellenmesi, sosyal içe dönüklük, tedirginlik, bedensel imajın çarpıtılması, uyku bozuklukları, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel istekte azalma gibi klinik semptomları ölçmeye yarayan; depresyon tanısı koymaktan ziyade depresyonun belirtilerinin derecesini ve düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır ve bu puanların toplamı ile depresyon puanı belirlenir. Ölçekten alınacak puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar depresyonun düzeyi ya da şiddetinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkiye'de ilk güvenilirlik çalışması Tegin (1980) tarafından yılında yapılmıştır. Yapılan çalışma da ölçeğin güvenilirlik katsayısı depresif hastalar için .61 olarak bulunmuştur (Akt. Öner, 2012: 396-397). Ayrıca 1988 yılında Hisli tarafından yapılan geçerlik çalışmasında MMPI depresyon skalası arasındaki korelasyon katsayısı .63 olarak bulunmuştur. Kesme noktası ise 17 puan olarak belirlenmiştir. Bunun üzerinde puan alan kişilerde normalin üzerinde bir depresyon gözlenebileceğine işaret etmektedir. Araştırmada ki iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

#### **2.4.3. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği**

Ruminatif düşünceyi; tekrarlayıcı, kontrol edilemeyen, girici ve geri dönüşlü bir düşünce biçimi olarak ele alan ölçek, bir düşünce formu olarak genel ruminasyon eğilimini değerlendirmektedir. 20 maddeden oluşan ölçek Likert tipinde 7'li puan sistemine göre "1-beni hiç tarif etmiyor", "7-beni çok iyi tarif ediyor" arasında değerlendirmektedir. Ruminatif düşünce biçimini ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçeğin orjinal formu Brinker ve Dozois tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilen özgün formundaki iç tutarlılık katsayısı .92 olarak hesaplanmıştır (2009). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Karatepe, Yavuz ve Turkcan tarafından geliştirilmiş, iç tutarlılık kat sayısı .91 olarak hesaplanmıştır (2013). Araştırmada ki iç tutarlılık katsayısı .89 olarak bulunmuştur.

#### 2.4.4. Bilişsel Esneklik Envanteri

Bilişsel esneklik envanteri, bireylerin içinde kaldıkları zor durumlar karşısında alternatifler üretebilme, uygun seçenekleri fark edebilme, dengeli düşünebilme becerisini ölçmek amacıyla Dennis ve Vander Wal (2010) tarafından geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşan envanter kendi içerisinde kişilerin yaşadıkları olumsuz durumlar karşısında alternatiflerinin olabileceğini algılama ve çözüm üretebilme becerisini ölçmeyi amaçlayan *alternatifler* ile zor durumların kontrol edilebilirliğini ölçen *kontrol* olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Envanter "1-hiç uygun değil" ve "5-tamamen uygun" arasında değişen 5'li Likert tarzında oluşturulmuştur. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilişsel esnekliğin de yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin orjinal formunun geçerlik güvenirlik çalışmasında "alternatifler" alt boyutunun iç tutarlılık değeri .91, "kontrol" alt boyunun ise .84 olarak saptanmıştır (Dennis ve Vander Wal, 2009). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Gülüm ve Dağ (2012) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada tüm iç tutarlılık kat sayısı .90, "alternatif" alt boyutunun .89, "kontrol" alt boyutu ise .85 olarak bulunmuştur. Araştırmada ki iç tutarlılık katsayısı .89, alternatifler alt boyutu .90 ve kontrol alt boyutu ise .88 olarak bulunmuştur.

#### 2.5. İşlem

Araştırma verileri toplanmadan önce Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığından etik kurul onayı ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılacak kişilere, kendileri ile ilgili her türlü kişisel bilgilerin gizli kalacağını ve sadece araştırma içerisinde değerlendirileceğini, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ve katılıp katılmamalarının tedavilerini hiçbir şekilde etkilemeyeceği bildirilmiştir ve ardından araştırmanın konusu hakkında sözel ve yazılı olarak detaylı bilgi verilip yazılı onay alındıktan araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya Ankara

Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yetişkin polikliniğinden araştırmaya katılım kriterlerini sağlayan depresyon tanısı almış yetişkinlere ve hastane çevresinde ve poliklinikte bulunan sağlıklı yetişkinler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan katılımcılar araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Envanteri, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanterini kişiler kendileri (self report) poliklinikte uygun bir ortamda doldurmuştur.

## **2.6. İstatistiksel Analiz**

Araştırmadan elde edilen bulguların istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 for Windows programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerin de ortalama, standart sapma, maksimum-minimum değerleri, dağılımları ve oranlarına yer verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, ki-kare analizi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Araştırmanın temel değişkenleri arasındaki etki analizi için çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Anlamlılık  $p<.05$ ,  $p<.01$ ,  $p<.001$  olarak değerlendirilmiştir.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Araştırmaya hasta (depresyon tanısı almış ve tedavisi devam eden kişiler) ve kontrol grubu (herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişiler) olmak üzere toplamda 150 kişi katılmıştır. Bunların %50,7'si (N=76) hasta grubunu ve %49,3'ü (N=74) kontrol grubunu oluşturmaktadır. Hasta grubuna dahil edilen kişilerin %68,4'ü (N=52) kadın ve %31,6'sı (N=24) erkektir. Kontrol grubunda ise %59,5 (N=44) kadın, %40,5 (N=30) erkek katılımcı yer almaktadır. Hasta grubun yaş ortalaması 34.11, kontrol grubun yaş ortalaması 34,51 olarak gözlenmiştir. Hasta grubuna dahil edilen bireylerin %59,2'si (N=45) çalışan, %40,8'i (N=31) çalışmayan, kontrol grubunun %58,1'i (N=43) çalışan, %41,9'u (N=31) çalışmayan bireylerden oluşmaktadır. Hasta grubuna dahil edilen kişilerin %71,1'i (N=54) evli, %28,9'u (N=22) bekaardır. Bu oran kontrol grubunda sırasıyla %60,8 (N=45) ve %39,2 (N=29) olarak gözlenmiştir. Gruplar arasında ki cinsiyet, çalışma durumu, medeni hal açısından farklılık olup olmadığını incelemek için ki-kare analizi uygulanmıştır. Gruplar arasında demografik özellikler açısından fark saptanmamıştır.

Sosyodemografik bilgilere dair tanımlayıcı bulgular Çizelge 3.1.1.'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

**Çizelge 3.1.1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler**

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort. (Max-Min)		Ort. (Max-Min)		
Yaş	34.1±9.32 (18-62)		34.5±10.5 (18-62)		
	N	%	N	%	
Cinsiyet					p>.05**
Erkek	24	31.6	30	40.5	
Kadın	52	68.4	44	59.5	
Çalışma Durumu					p>.05**
Çalışıyor	45	59.2	43	58.1	
Çalışmıyor	31	40.8	31	41.9	
Medeni Hal					p>.05**
Evli	54	71.1	45	60.8	
Bekar	22	28.9	29	39.2	
Eğitim Durumu					p>.05**
İlkokul	8	10.5	2	2.7	
Ortaokul	6	7.9	10	13.5	
Lise	33	43.4	23	31.1	
Lisans	23	30.3	30	40.5	
Yüksek Lisans	5	6.6	8	10.8	

\*\* Ki-kare analizi

Araştırmada yer alan depresyon tanısı almış hasta grubunun depresyon tedavisi görme süreleri ve intihar girişiminde bulunmalarına ilişkin bilgiler Çizelge 3.1.2.'de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.1.2. Depresyon Tanısı Almış Hastaların Depresyon Süresi ve İntihar Bilgileri**

Depresyon Tedavisi Süresi	N	%
0-1 Ay	10	13.2

**Çizelge 3.1.2. Devam**

2-3 ay	19	25.0
4-5 ay	27	35.5
6-8 ay	6	7.9
9 ay-1 yıl	2	2.6
2-4 yıl	1	1.3
4-6 yıl	7	9.2
7-9 yıl	3	3.9
10 yıl ve üzeri	1	1.3
<b>İntihar Girişiminde Bulunma</b>		
Evet	4	3.0
Hayır	72	97.0

**Çizelge 3.1.3. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarının Betimsel İstatistik Sonuçları**

	<b>Hasta Grubu</b>			<b>Kontrol Grubu</b>		
	<b>N</b>	<b>X<sub>ort</sub></b>	<b>Ort. (Max-Min)</b>	<b>N</b>	<b>X<sub>ort</sub></b>	<b>Ort. (Max-Min)</b>
Beck Depresyon Envanteri	76	23	23.9±4.34 (38-18)	74	6	6.15±2.0 (12-2)
Ruminatif Düşünce Ölçeği	76	105	101.8±17.96 (136-62)	74	88	88.19±10.88 (108-66)
Bilişsel Esneklik Envanteri	76	62	62.7±8.07 (45-79)	74	68	68.89±9.02 (45-86)
Alternatifler	76	46	44.4±7.34 (23-62)	74	49	49.53±8.46 (23-64)
Kontrol	76	18.5	18.65±4.62 (9-30)	74	19	19.93±5.15 (9-33)

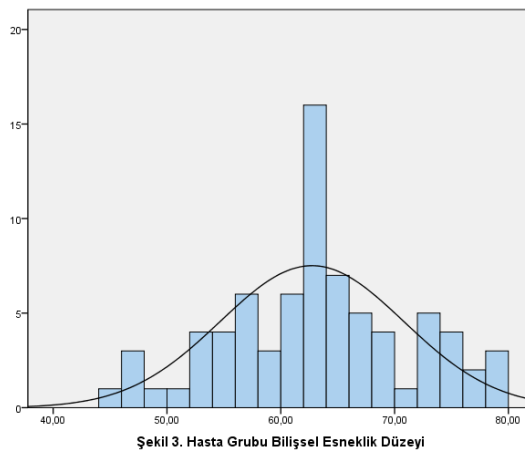
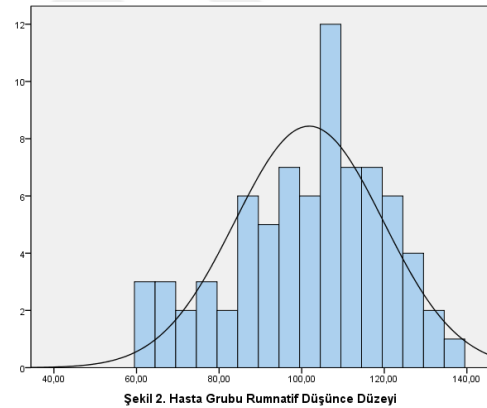
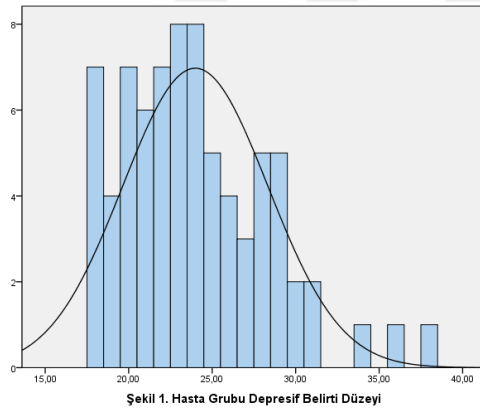
### 3.2. Gruplar Arası Farklılıkların Karşılaştırılması

Analizler uygulanmadan önce verilerin normal dağılıp dağılmadığını görmek için Shapiro-Wilks normallik testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren

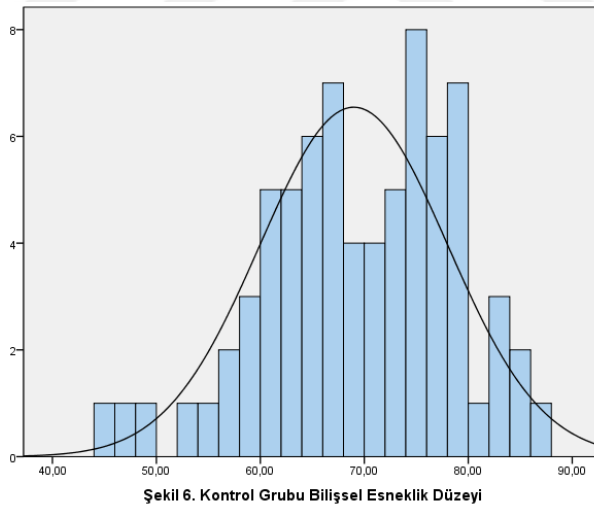
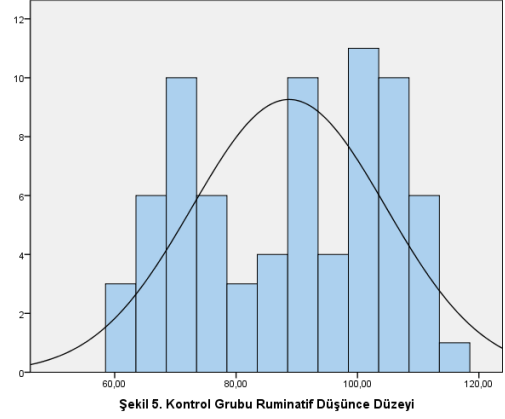
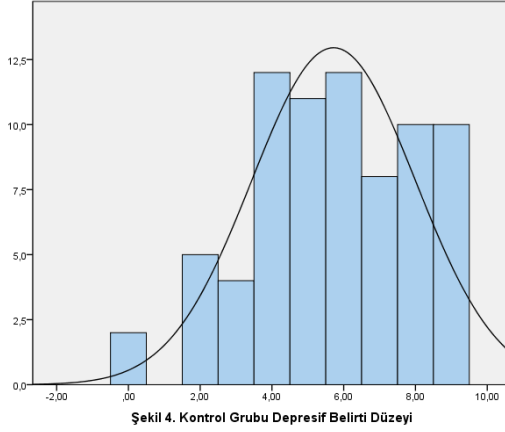
değişkenlerde iki grup arasındaki farklılıkları incelemek için bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen iki grup arasındaki farklılıkları incelemek için Mann Whitney U testi, grupların homojen dağılımını test etmek için Levene's testi uygulanmıştır. Test sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde raporlanmıştır.

### 3.2.1. Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Normal Dağılım Grafikleri

#### 3.2.1.1. Hasta Grubu Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeyi



### 3.2.1.2. Kontrol Grubu Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeyi



### 3.2.2. Araştırma Grupları (Hasta ve Kontrol), cinsiyet, çalışma durumu, eğitim durumu ve medeni hale göre farklılıkların karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubun ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerine göre karşılaştırıldığında; hasta grubunun ruminatif düşünce düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek ( $p<.05$ ), kontrol grubunun ise bilişsel esneklik düzeylerinin hasta gruba göre daha yüksek olduğu ( $p<.05$ ), benzer şekilde bilişsel esnekliğin alternatifler ve kontrol alt boyutlarında da kontrol grubu hasta grubuna göre daha yüksektir ( $p<.05$ ). Test sonuçları Çizelge 3.2.1.'de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.2.1.** Hasta ve Kontrol Gruplarında Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeyi Karşılaştırma Sonuçları

	Hasta Grubu			Kontrol Grubu			t	p
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS		
Ruminatif Düşünce	76	101.8	17.9	74	88.2	10.9	9.02	.00*
Bilişsel Esneklik	76	62.7	8.1	74	68.9	9.0	-9.46	.00**
Alternatifler	76	44,4	7.3	74	49.5	8.5	-8.18	.00**
Kontrol	76	18.6	4.6	74	19.9	5.1	-3.34	.00**

\* Mann Whitney U; \*\* Bağımsız örneklem t testi

Cinsiyete göre hasta ve kontrol gruplarının depresif belirti, ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerine göre karşılaştırılmasında; hasta grubunda kadınların depresyon belirti düzeyleri erkeklerden daha fazladır ( $p<.05$ ), bilişsel esneklik düzeyleri erkeklerinkinden daha azdır ( $p<.05$ ). Kadınların ruminatif düşünce düzeyleri erkeklerden fazladır ( $p<.05$ ). Kontrol grubunda ise kadın ve erkek denekler arasında depresif belirti düzeyi ( $p=.33$ ), ruminatif düşünce düzeyi ( $p=.49$ ) ve bilişsel esneklik düzeyleri ( $p=.14$ ) arasında herhangi bir farklılık yoktur. Test sonuçları Çizelge 3.2.2.'de ve Çizelge 3.2.3.'de gösterilmiştir.

Çalışma durumuna göre hasta ve kontrol gruplarının depresif belirti, ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerine göre karşılaştırılmasında; hasta grubunda yer alan çalışanların çalışmayanlara göre bilişsel esneklik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ( $p<.05$ ), ruminatif düşünce ( $p=.29$ ) ve depresyon belirti ( $p=.97$ ) düzeyleri arasında farklılık olmadığını göstermiştir. Kontrol grubunda ise çalışanlar ile çalışmayanlar arasında depresif belirti, ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik açısından herhangi bir farklılık yoktur. Test sonuçları Çizelge 3.2.2.'de ve Çizelge 3.2.3.'de gösterilmiştir.

Medeni duruma göre hasta ve kontrol gruplarının depresif belirti, ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerine karşılaştırılmasında; hasta grubunda bekar olanların bilişsel esneklik ve ruminatif düşünce düzeyleri evlilere göre daha yüksektir. Hasta grubunda evli ve bekarlar arasında depresyon ( $p=.59$ ) düzeylerinde farklılık yoktur. Kontrol grubunda bekarların ruminatif düşünce düzeyleri evli olanlara göre daha yüksektir ( $p<.05$ ). Depresyon belirti ( $p=.31$ ) ve bilişsel esneklik ( $p=.49$ ) düzeyleri arasında farklılık yoktur. Test sonuçları Çizelge 3.2.2.'de ve Çizelge 3.2.3.'de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.2.2.** Hasta Grubunda Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

	Depresif Belirti				Ruminatif Düşünce				Bilişsel Esneklik			
	N	Ort.	SS	p	N	Ort.	SS	p	N	Ort.	SS	p
Cinsiyet												
Erkek	24	20.2	1.91	.00*	24	95.0	20.7	.04*	24	66.5	7.95	.00**
Kadın	52	25.7	5.32		52	104.3	17.8		52	60.9	7.54	
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	45	24.0	5.2	.97*	45	99.4	19.3	.29*	45	64.2	7.3	.04**
Çalışmıyor	31	23.0	5.2		31	104.1	18.8		31	60.5	8.7	
Medeni Hal												
Evli	54	24.2	5.1	.59*	54	100.2	18.9	.02*	54	61.2	7.6	.01**
Bekar	22	23.4	5.4		22	104.1	19.8		22	66.3	8.1	

\* Mann Whitney U; \*\* Bağımsız örneklem t testi

**Çizelge 3.2.3.** Kontrol Grubunda Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

	Depresif Belirti				Ruminatif Düşünce				Bilişsel Esneklik			
	N	Ort.	SS	p	N	Ort.	SS	p	N	Ort.	SS	p
<b>Cinsiyet</b>												
Erkek	30	6.0	2.06	.33*	30	86.5	20.0	.49*	30	67.8	10.1	.14**
Kadın	44	5.5	2.42		44	89.5	17.0		44	69.9	8.2	
<b>Çalışma Durumu</b>												
Çalışıyor	43	6.0	2.35	.17*	43	89.1	19.4	.63*	43	69.6	9.1	.49**
Çalışmıyor	31	5.3	2.15		31	87.0	16.6		31	68.1	9.0	
<b>Medeni Hal</b>												
Evli	45	5.9	2.31	.31*	45	84.6	18.3	.03*	45	68.4	8.3	.49**
Bekar	29	5.4	2.23		29	94.0	16.7		29	69.9	10.1	

\* Mann Whitney U; \*\* Bağımsız örneklem t testi

Eğitim durumuna göre deney ve kontrol gruplarında depresif belirti düzeyi, ruminatif düşünce düzeyi, bilişsel esneklik düzeyi ve bilişsel esneklik düzeyinin alt boyutları olan kontrol ve alternatiflere göre farklılık olup olmadığını incelemek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz uygulanmadan önce gruplar temel öğretim (ilkokul+ortaokul+lise) ve yüksek öğretim (lisans+yüksek lisans+doktora) olarak iki gruba bölünmüştür. Analiz sonuçlarına göre hasta grubunda yüksek öğretimdeki kişilerin depresif belirti düzeyleri, ruminatif düşünce düzeyleri, bilişsel esneklik düzeyleri ile bilişsel esnekliğin alt boyutları olan alternatifler ve kontrol düzeyleri temel öğretimdekilere göre daha yüksektir ( $p<.05$ ). Kontrol grubunda ise yüksek öğretimdeki kişilerin ruminatif düşünce düzeyleri, bilişsel esneklik düzeyleri ve bilişsel esnekliğin alt boyutu olan alternatifler düzeyleri temel öğretimdekilere göre daha yüksektir ( $p<.05$ ). Kontrol grubunda eğitim düzeyine göre depresif belirti ve bilişsel esnekliğin alt boyutu olan kontrol düzeylerine göre farklılık görülmemiştir ( $p>.05$ ) Sonuçlar Çizelge 3.2.4.'te ve Çizelge 3.2.5.'te gösterilmiştir.

**Çizelge 3.2.4.** Hasta Grubunda Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce, Bilişsel Esneklik Düzeyleri ve Bilişsel Esnekliğin Alternatifler ve Kontrol Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Temel Öğretim (ilkokul+ortaokul+lise)			Yüksek Öğretim (lisans+yüksek lisans+doktora)			p
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS	
Depresif Belirti	47	23.32	4.1	29	24.56	4.5	.01
Ruminatif Düşünce	47	99.69	17.5	29	103.8	17.8	.04
Bilişsel Esneklik	47	60.97	8.3	29	65.38	7.0	.00
Alternatifler	47	43.02	7.9	29	45.95	6.3	.00
Kontrol	47	17.95	4.5	29	19.42	4.6	.00

**Çizelge 3.2.5** Kontrol Grubunda Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce, Bilişsel Esneklik Düzeyleri ve Bilişsel Esnekliğin Alternatifler ve Kontrol Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Temel Öğretim (ilkokul+ortaokul+lise)			Yüksek Öğretim (lisans+yüksek lisans+doktora)			p
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS	
Depresif Belirti	35	5.8	2.3	39	5.6	2.3	.44
Ruminatif Düşünce	35	85.51	14.7	39	92.50	15.4	.00
Bilişsel Esneklik	35	67.19	7.3	39	70.85	9.8	.00
Alternatifler	35	47.87	8.3	39	50.55	8.4	.00
Kontrol	35	19.32	5.3	39	20.30	5.1	.09

### 3.3. Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları

Katılımcıların depresif belirti düzeyi, bilişsel esneklik, bilişsel esnekliğin kontrol ve alternatifler alt boyutları, ruminatif düşünce düzeyi ve yaş arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar göre hasta grubunda depresif belirti düzeyi ile bilişsel esneklik arasında negatif ve orta derece, depresif belirti ile ruminatif düşünce düzeyi arasında pozitif ve orta derecede, depresif belirti düzeyi ile bilişsel esneklik alt boyutu olan kontrol ve alternatifler arasında negatif ve zayıf ilişki gözlenmiştir ( $p<.01$ ). Ruminatif düşünce düzeyi ile bilişsel esneklik kontrol alt boyutu arasında pozitif ve orta derecede ilişki, bilişsel esneklik alternatifler alt boyutu ile negatif ve zayıf ilişki gözlenmiştir ( $p<.01$ ). Hasta grubunun korelasyon sonuçları Çizelge 3.3.1.'de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.3.1.** Hasta Grubu Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları

	1 (Y)	2 (DB)	3 (BE)	4 (K)	5 (A)	6 (RD)
1-Yaş (Y)		.14	-.06	.13	-.01	.07
2-Depresif Belirti (DB)			<u>-.40**</u>	<u>.31**</u>	<u>-.22**</u>	<u>-.42**</u>
3-Bilişsel Esneklik (BE)				.43**	.82**	.08
4-BE-Kontrol (K)					-.16	<u>.53**</u>
5-BE-Alternatifler (A)						<u>-.24**</u>
6-Ruminatif Düşünce (RD)						

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Kontrol grubunun korelasyon analizi sonuçlarına göre yaş ile ruminatif düşünce düzeyi arasında negatif ve zayıf ilişki ( $p<.05$ ), depresif belirti düzeyi ile ruminatif düşünce düzeyi arasında pozitif ve zayıf ilişki ( $p<.05$ ), bilişsel esneklik ile ruminatif düşünce düzeyi, bilişsel esneklik alt boyutları kontrol ve alternatifler arasında pozitif ve orta derecede ilişki gözlenmiştir. Sonuçlar Çizelge 3.3.2. 'de gösterilmiştir.

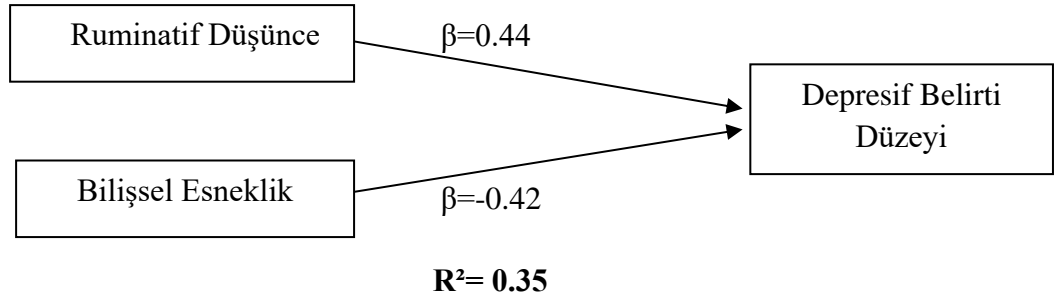
**Çizelge 3.3.2.** Kontrol Grubu Değişkenler Arası Korelasyon Sonuçları

	1 (Y)	2 (DB)	3 (BE)	4 (K)	5 (A)	6 (RD)
1-Yaş (Y)		.11	.00	-.23*	-.04	.03
2-Depresif Belirti (DB)			.13	.13*	.06	.28**
3-Bilişsel Esneklik (BE)				.40**	.83**	.37**
4-BE-Kontrol (K)					-.17	.53**
5-BE-Alternatifler (A)						.07
6-Ruminatif Düşünce (RD)						

\* 0.05 düzeyinde anlamlıdır. \*\* 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

### 3.4. Regresyon Analizi

Araştırmada hasta grubunda yer alan depresyon tanısı almış yetişkinlerin depresif belirti düzeyini yordayan değişkenleri incelemek için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz uygulanmadan önce değişkenler arasındaki korelasyona bakılmış ve aralarında anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (Tablo-5.2.1). Uygulanan regresyon modelinin anlamlı olup olmadığını incelemek için ANOVA testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre model istatistiksel açıdan anlamlıdır,  $F(2,75) = 9.23$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .35$ . Ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyleri kişilerin depresif belirti düzeylerinin %35'ini açıklamaktadır. Regresyon modeli incelendiğinde ruminatif düşüncenin depresif belirtiler üzerinde pozitif yönde ve anlamlı düzeyde etkisinin olduğu [ $t=6.618$ ,  $p<0.05$ ,  $\beta=0.441$ ], bilişsel esneklik düzeyinin ise negatif yönde ve anlamlı düzeyde etkisinin olduğu gözlenmiştir [ $t=-6.34$ ,  $p<0.05$ ,  $\beta=-0.423$ ]. Sonuçlar Çizelge 3.4.1.'de gösterilmiştir.



**Şekil 3.4.1.** Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Depresif Belirti Düzeyi Üzerindeki Etkisi

**Çizelge 3.4.1.** Hasta Grubu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

	B	SH(B)	β	t	R <sup>2</sup>	F
Bilişsel Esneklik	-0.465	0.073	-0.423	-6.34	0.349	39.39
Ruminatif Düşünce	0.224	0.034	0.441	6.62		

Araştırmada yer alan kontrol grubunda yer alan kişilerin depresif belirti düzeylerini yordayan değişkenleri incelemek için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi uygulanmadan önce değişkenler arasındaki ilişkiye bakılmış ve sadece depresif belirti ile ruminatif düşünce düzeyi arasında ilişki olduğu gözlenmiştir. (Bkz. Tablo-5.2.2). Regresyon analizinin anlamlı olup olmadığını incelemek için ANOVA testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre analiz anlamlıdır,  $F(1,73) = 7.2, p < .001, R^2 = .09$ . Regresyon analizine göre sağlıklı bireylerin ruminatif düşünce düzeyleri depresyon belirti düzeylerini %9 oranında açıklamaktadır. Analiz sonuçlarına göre kişilerin ruminatif düşünce düzeyleri depresyon belirti düzeyleri üzerinde pozitif yönde ve anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir [ $t=2.68, p=0, \beta=0.30$ ]. Sonuçlar Çizelge 3.4.2.'de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.4.2.** Kontrol Grubu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	B	SH(B)	B	t	R <sup>2</sup>	p
Ruminatif Düşünce	0.043	0.02	0.30	2.68	0.09	0.009

## 4. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında Ankara Üniversitesi psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon tanısı almış yetişkinler ile sağlıklı kontrollerin bilişsel esneklik ve ruminatif düşünce düzeylerinin depresif belirti düzeyleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bununla birlikte cinsiyet, eğitim durumu, kişilerin çalışma durumu ve medeni hallerine göre depresif belirti, ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerindeki farklılıklara bakılmıştır.

Bu bölümde öncelikle depresyon tanısı almış hasta grubunda ve kontrol grubunda ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerinin farklılıkları ve ardından sosyodemografik değişkenlerin sonuçları değerlendirilecektir. Sonrasında çalışmanın değişkenleri arasındaki korelasyonlar yorumlanacaktır. Daha sonra hasta ve kontrol gruplarında ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerinin depresif belirti düzeyi üzerindeki etkileri ele alınacaktır. Son olarak çalışmanın sınırlılıkları ve önerilere değinilecektir.

### **4.1. Depresif Belirti, Ruminatif Düşünce ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Araştırma Grupları (Hasta ve Kontrol) ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi**

Gruplar arası farklılıklara bakılmadan önce hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum ve yaş ortalaması açısından birbirine benzer kişilerden seçildiği için aralarında fark yoktur.

Araştırma sonuçlarına göre depresif hastaların sağlıklı bireylere göre ruminatif düşünce düzeylerinin daha yüksek, bilişsel esneklik düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo-3.2.1).

Depresyon, ruminasyon ve bilişsel esneklik arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara baktığımızda depresif semptomların yürütücü işlevler, bilişsel katılık ve ruminatif düşünce ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Dennis ve Vander Wal, 2010; Lyumborsky ve ark. 2015). Ülkemizde yapılan araştırmalarda ruminatif düşünce düzeyi açısından Yılmaz'ın (2015) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada ruminatif düşünce düzeyinin depresif belirtilerin açıklanmasına hem doğrudan hem de olumsuz üst bilişsel inançlar aracılığı ile katkı sağladığı gözlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular, depresif belirti düzeyi ve ruminatif düşünce arasındaki ilişkiyi klinik popülasyonda inceleyen çok fazla çalışma olmasa bile kısıtlı sayıdaki araştırmalar ile uyumludur.

Bilişsel esneklik açısından ise Yazar ve Şenyaşar Meterelliyoğlu'nun (2019) klinik olmayan popülasyon üzerinde yaptıkları çalışmada araştırma bulguları ile benzer olarak bilişsel esneklik ile depresif belirti arasında negatif ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde Karabekiroğlu ve arkadaşlarının (2018) kanser hastalarının yakınları üzerinde yaptıkları çalışmada bilişsel esneklik düzeyi düşük olan kişilerin depresyon ve kaygı semptomlarının arttığını gözlemiştir.

Çalışmalar ayrıca ruminasyon ile esnek olmayan bilişsel düşünceler arasında bir bağlantı olduğunu da göstermektedir (Owens ve Derakshan, 2013). Özellikle depresif ve ruminatif düşünce biçimine sahip olan kişilerin Wisconsin Kart Eşleme Testinde (Wisconsin Card Sorting Task, WCST) daha kötü performans sergiledikleri görülmüştür. WCST, bireylerin çeşitli şekilleri içeren kartları renk sayı ve şekil olarak birbirleri ile eşleştirmeleri gereken ve belirli bir süre sonra kulların değiştiği ve bu kurallara göre yeniden düzenleme yapmaları gereken kişilerin bilişsel esneklik düzeylerini ölçen testtir. WCST'de kişiler verilen görevleri istenen kurallara göre yapamadıklarında düşük bilişsel esneklik gösterdikleri vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalar bilişsel esneklik, depresyon ve ruminasyon arasındaki ilişkinin örneklem grubu, IQ düzeyi, deney desenine göre farklılıklar gösterdiğini saptamıştır. Fakat Davis ve Nolen-Hoeksema'nın (2000) yaptığı bir çalışmada depresif ruminasyon ile bilişsel esneklik arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermektedir. Elde edilen

bulgular ve ilgili literatür sonuçları ışığında ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyinin hem klinik popülasyonda (depresyon tanısı almış kişiler) hem de sağlıklı bireylerin depresif belirtileri üzerinde anlamlı etkisinin olduğunu göstermiştir.

Sosyodemografik özelliklere göre hasta ve kontrol grubunda yer alan kişilerin depresif belirti, ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Sonuçlara göre kontrol grubunda cinsiyete göre herhangi bir farklılık görülmezken hasta grubunda cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılıklar görülmüştür. Kadınların depresif belirti ve ruminatif düşünce düzeyleri erkeklere göre daha yüksek, bilişsel esneklik düzeyleri ise daha düşüktür. Literatüre baktığımızda kadınların erkeklere göre daha fazla depresif olduğunu gösteren farklı türde çalışmalar mevcuttur (Hyde ve Mezulis, 2020). Salk ve arkadaşlarının (2017) cinsiyete göre depresyon farklılıklarını araştırdıkları ve farklı uluslardan aldıkları örneklerle yaptıkları meta analizde kadınların depresyon oranları erkeklere oranla iki kat daha fazla olduğunu gözlemişlerdir. Ruminasyon açısından baktığımızda duyguların kontrol edilmesi, stresle başa çıkabilme, olumsuz olaylarla baş edebilme açısından kadınların erkeklere göre yaşadıkları üzüntü verici olayların neden ve sonuçları, belirtileri üzerine düşünceleri daha fazladır (Nolen-Hoeksema ve Jakson, 2001). Ruminasyonun anlaşılması konusunda literatüre önemli katkıları olan Nolen-Hoeksema'nın yaptığı çalışmada (2002) kadınlar da ruminasyonun yüksek olmasının sebebini: ilişkilerdeki doyum oranlarının düşük olması, cinsel taciz gibi kalıcı ve travmatik olaylara maruz kalmaları, gelir düzeylerinin düşük olması gibi farklı nedenlerin etkilediğini belirlemiştir. Ruminasyonun depresif ruh halini şiddetlendirdiği ve depresif belirtileri artırdığı hem çalışma bulgularında hem de literatür sonuçları ile ortaya konulmuştur. Kadınların ruminatif düşünce düzeylerinin fazla olması erkeklere oran daha fazla depresif duygu durumu yaşamalarını açıklamaktadır. Ülkemizde Bugay ve Erdur-Baker (2011) tarafından 387 üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada; kız öğrencilerinin erkek öğrencilere oranla daha fazla ruminasyon eğiliminde olmaları nedeniyle psikolojik problemlere daha yatkın olduklarını belirtmişlerdir.

Bilişsel performans da ki cinsiyet farklılıkları birçok çalışmada tartışılmış ve genel olarak kadın veya erkek üstünlüklerine rastlanmamıştır. Görülen farklılıklar sözel bellek ve akıcılıkta kadınların, uzamsal görevlerde erkeklerin daha iyi oldukları gibi farklı bilişsel performans üstünlükleri ile sınırlandırılmıştır (Miller ve Halpern, 2013). Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda bilişsel esnekliğin erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olması kültürel olarak ve ailelerin yetiştirme tarzlarına göre kadınsı rolün; duygusal ve bağımlı olma özellikleri ile ilişkilendirilmesi, erkeklerin ise; lider, bağımsız ve baskın olma özelliklerini taşımasıyla açıklanabilir. Kadınların karşılaştıkları problemin etkileri ve sonuçları üzerinde daha fazla düşünmesi, erkeklerin toplumsal olarak içinde buldukları sorunlardan kurtulma ve çözüm yolları bulması, zorlayıcı durumlar karşısında çözüm yolları üretmesi beklenmektedir. Bu durum esnek bilişsel süreçleri ortaya çıkarabilir. Bilişsel esneklik açısından erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek puanlar aldıkları çalışmalar mevcuttur (Altunkol, 2011; Carter, 1985). Ayrıca bilişsel esnekliğin cinsiyetten bağımsız olduğun gösteren çalışmalarda mevcuttur (Martin ve Rubin, 1995; Zong ve ark., 2010).

Diğer sosyodemografik değişkenlere baktığımızda sadece hasta grubundaki kişilerin çalışma durumunun bilişsel esnekliği yordadığını, çalışan kişilerin bilişsel esneklik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Medeni duruma göre bekarların ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyleri evlilere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatürden farklı olarak (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2016; McIntosh ve ark. 2010) hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda medeni durumun depresyon üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Eğitim durumuna göre ise hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda bulunan yüksek öğretim düzeyinde ki kişilerin ruminatif düşünce, bilişsel esneklik ve bilişsel esnekliğin alt boyutu olan alternatif üretme düzeyine göre temel eğitim düzeyindeki kişilerden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca hasta grubunda yüksek öğretim düzeyindeki kişilerin depresif belirti düzeyi temel eğitim düzeyindeki kişilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre baktığımızda, araştırmamızdan elde edilen bulgulardan farklı olarak Yiğit'in (2018) yaptığı çalışma da eğitim düzeyinin yüksek olması depresif duygu durumunu azalttığı ve ruminatif düşünce düzeyini artırdığı görülmüştür. Yazar

ve Şenyaşar Meterelliyoz'un (2019) sağlıklı bireylerde bilişsel esnekliğin depresif belirtiler üzerindeki etkisini incelediği çalışmada araştırma bulgularımızla benzer olarak üniversite seviyesindeki kişilerin bilişsel esneklik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitimin bilişsel olarak kişilerde bir gelişme sağlaması ve karşılaşılan problemler karşısında daha esnek olabilme ve farklı çözüm yolları üretme becerilerini geliştirebileceği, daha fazla stresörle karşılaşmaları açısından depresif belirtileri artırabileceği ve buna bağlı olarak ruminatif düşünce düzeyini artıracakları düşünülebilir. Ayrıca eğitim düzeyinin artması kişilere yeni fırsatlar ve bu fırsatlarla birlikte yeni stresörler getirmektedir. Kişiler karşılaştıkları fırsatların kararsızlıkları veya bu fırsatların getirebileceği sorumlulukların stresini yaşıyor olabilirler. Bu durum da kişilerde ruminatif düşünce düzeyini ve depresif belirtilerin artmasını sağlıyor olabilir.

#### **4.2. Değişkenler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişki hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı değerlendirilmiş ve sonuçlar hasta grubunda depresif belirti düzeyi ile bilişsel esneklik ve bilişsel esnekliğin alt boyutları (kontrol ve alternatifler) arasında anlamlı ve negatif yönde ilişki, ruminatif düşünce ve depresif belirti düzeyi arasında anlamlı ve negatif ilişki olduğunu göstermiştir. Kontrol grubunda ise ruminatif düşünce ile depresif belirti düzeyi arasında anlamlı ve negatif yönde ilişki gözlenmiştir. Elde edilen bulgular regresyon analizi ile birlikte değerlendirilmiştir.

#### **4.3. Depresif Belirti Düzeyini Yordayan Değişkenlerin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada bilişsel esneklik ve ruminatif düşünce düzeylerinin depresif belirti düzeyini yordayabileceği ileri sürülmüştür. Bu hipotezleri test etmek için çoklu ve basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır. Sonuçlara göre hasta grubunda

yer alan depresyon tanısı almış yetişkin bireylerin bilişsel esneklik ve ruminatif düşünce düzeylerinin, kontrol grubunda yer alanların ise ruminatif düşünce düzeylerinin depresif belirti düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu gözlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre ruminatif düşünce biçiminin hasta ve kontrol grubunun depresif belirti düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu gözlenmiştir. Ruminatif düşünce biçimi arttıkça kişilerin depresif belirti düzeyleri de artmaktadır. Sonuçlar literatür ile uyumludur. Yapılan araştırmalara baktığımızda klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada ruminatif düşünce biçiminin depresif ruh halini daha da kötüleştirdiğini göstermiştir (Hong, 2007). Klinik örneklem üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise depresyon ile ruminasyon arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bulmuştur (Goring ve Papageorgiou, 2008). Yapılan çalışmalar ruminatif düşünce biçimine eğilimi olan sağlıklı bireylerin bile kolayca depresif duygu durumuna girebileceğini, depresyon tanısı almış klinik hastalarda ise hastalığın şiddetini artırdığını göstermektedir (Takagishi ve ark., 2013). Araştırmacılar depresif duygu durumu yaşayan ve olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan kişilerin; yaşadıkları olumsuz olayların nedenleri ve sonuçları üzerinde sürekli düşündüklerine inanır. Aşırı düşünmek negatif olayların sürekli hafızada kalmasına neden olur ve mevcut duruma karşı olumsuz tepkiler ortaya çıkarır. Bu nedenle ruminasyon etkisi altında olan bireyler depresyon ve kaygı gibi duygusal bozukluklara dönüşecek hastalıklarla karşılaşabilir (Chen ve ark., 2013). Ruminasyon kişilerdeki olumsuz bilişlere ulaşmayı kolaylaştırması ve olumsuz duygu durumunu tetiklemesinden dolayı depresyona neden olan önemli bilişsel süreçtir. Ruminatif düşünce biçimine sahip kişilerin kötümser bakış açısı; problem çözme becerilerine engel olmakta ve problemin çözümüne dair motivasyonlarını düşürmektedir. Bu durum depresif sürecin gelişimine katkı sağlamaktadır (Lyumborsky ve ark., 2015).

Araştırmanın bir diğer sonucuna göre, hasta grubunun bilişsel esneklik düzeyleri depresif belirti düzeylerini negatif yönde etkilediği gözlenmiştir. Yani kişilerin bilişsel esneklik düzeyleri azaldıkça depresif belirti düzeyleri artmaktadır. Kontrol grubunda ise bilişsel esneklik ile depresif belirti düzeyi arasında ilişki olmadığı için analize dahil edilmemiştir. Karşılaşılan problemler karşısında

alternatifler yaratabilme ve var olan çözümlerden farklı düşünebilme becerisi olarak tanımlanan bilişsel esneklik depresyonu yordayan önemli bir işlevdir. Literatüre baktığımızda depresyon ile bilişsel esneklik arasındaki negatif ilişkiyi destekleyen çalışmaların olduğu görülmektedir (Dennis ve Vander Wal, 2009; Fresco ve ark., 2007; Gündüz, 2013). Duygusal ve nötr uyaranlar karşısında bilişsel esneklik düzeylerinin karşılaştırıldığı depresif hastalar ve sağlıklı kontroller üzerinde yapılan deneysel bir çalışmada; depresyon hastalarının duygusal uyaranların olduğu görevleri yerine getirirken daha fazla dikkat ve zaman harcadığı görülmüştür (Murphy ve ark. 2012). Deldin ve Devey 'in (2006) depresyon hastaları ve kontrol grubu üzerinde yaptıkları başka bir deneysel çalışmada depresif hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin daha az olduğu gözlenmiştir. Olumsuz yaşam olayları karşısında esnek olabilmek, bireylerin mevcut durumlar karşısında farklı bakış açıları ve çözümler üretmesini sağlar. Katı biliş ise olumsuz durumlar karşısında daha savunmasız ve yüksek depresyon ile ilişkilidir (Fresco ve ark. 2007). Bilişsel esneklik önemli bir problem çözme becerisidir. Kişinin bilişsel esneklik düzeyi ne kadar yüksek olursa karşılaştığı problemlerin çözülebilir ve düşüncelerini pozitif yönde değiştirilebilir olduğuna inancı da o kadar yüksek olacaktır. Tüm bu sonuçlara bakıldığında araştırma sonuçları ile tutarlı olarak kişiler karşılaştıkları sorunların nedenleri, sonuçları ve belirtileri üzerine düşünmeleri, alternatif çözümler oluşturmada güçlükler yaşamaları veya olumsuz düşüncelerini kontrol altına alamama gibi süreçlerden dolayı depresif kişilerin depresyonu yaşama süreleri uzamakta ve şiddetlenmekte, depresif olmayanlarda ise olumsuz duygu durumuna sebep olmaktadır. Depresif kişilerin sorunları üzerine düşünüp çözüm yolları üretmeleri, bu çözümler; tedaviye açık olmaları ve uzman desteğine başvurmaları gibi profesyonel yollar olabileceği gibi, karşılaştıkları sorunlar üzerinde takılı kalmadan alternatif çözümler üretebilme ve problem çözme becerilerini geliştirmeleri depresyondan kurtulmada önemli olabilir.

Tüm sonuçlar birlikte incelendiğinde çalışmanın hipotezleri ile uyumlu olarak bilişsel olarak katı olan kişiler daha fazla ruminatif düşünce düzeyine sahip oldukları ve bu durumun sağlıklı kişilerde depresif belirtilerin ortaya çıkmasını, depresyon tanısı almış kişilerde ise depresif belirti düzeylerini artırdığı gözlenmiştir. Ayrıca cinsiyet ve

eğitim düzeyinin de bilişsel esneklik, ruminatif düşünce ve depresif belirti düzeyleri üzerinde etkilerinin olması araştırmanın önemli sonuçlarındandır.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde yapılan çalışmalar dikkate alındığında; yapılan araştırmanın ruminasyon ve bilişsel esneklik gibi depresyon üzerinde etkisi olan önemli bilişsel kavramların birlikte ve klinik popülasyon üzerinde test edilmesi açısından önemli bir çalışma olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı Ankara Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran depresyon tanısı almış yetişkin hastaların ruminasyon ve bilişsel esneklik düzeylerinin incelenmesidir. Yapılan analizler sonucunda ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik değişkenlerinin hasta grubun depresif belirti düzeyleri üzerinde anlamlı ilişkisinin olduğu, kontrol grubunda ise sadece ruminatif düşünce düzeyinin depresif belirti düzeyi üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta ve kontrol grubunda ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik açısından yapılan karşılaştırmada depresyon hastalarında kontrol grubuna göre yüksek ruminatif düşünce ve düşük bilişsel esneklik düzeyleri olduğu görülmüştür.

Sosyodemografik açıdan kadınların depresif belirti ve ruminatif düşünce düzeylerinin daha yüksek olduğu, bilişsel esneklik düzeylerinin ise erkeklere göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Kişilerin çalışma durumu sadece bilişsel esneklik üzerinde etkili olurken, ruminatif düşünce ve depresif belirti düzeyini etkilememiştir. Bunun yanı sıra kişilerin evli veya bekar olmaları ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyleri arasında farklılık oluştururken, depresif belirti düzeyi üzerinde herhangi bir farklılık görülmemiştir. Eğitim durumunun ise hem hasta hem de kontrol grubu üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır.

Araştırmanın ortaya koyduğu bulgular neticesinde ülkemizde ve dünyada en sık rastlanan ve insanların hayatını çok ciddi derecede etkileyen; toplumsal, ekonomik ve sosyal açıdan ağır sonuçlara sebep olan depresyonun önlenmesinde, hastalık

sürecinde ve tedavisinde önemli etkisinin olabileceği ruminasyon ve bilişsel esneklik kavramlarının klinik formülasyonlarda ve depresyonu önleme çalışmalarında fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Özellikle depresyonun psikoterapisinin de otomatik düşüncelerle birlikte ruminatif düşüncelerinde değerlendirilmesi ve azaltılmasına yönelik tekniklerin önerilmesi ayrıca kişilerin bilişsel esneklik becerilerini geliştirecek tekniklerinde psikoterapi hedeflerine dahil edilmesinin, terapilerin etkililiğini artırmak, terapi ve tedavi süreçlerini kısaltmak ve nüksetme riskini azaltması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.



## 6. SINIRLILIKLAR

Araştırma Ankara Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuran yetişkin hastalar ve sağlıklı kontroller ile gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar sadece polikliniğe başvuran hastalara genellenebilir.

Araştırmada elde edilen bulgular belirli bir zaman diliminde, belirli bir grup üzerinde test edilen sonuçlara göre tartişılmıştır. Nedensel sonuçlar çıkarma ve kullanılan değişkenlerin zaman içerisinde farklı etkilerinin olabileceği düşünülerek ruminasyon ve bilişsel esnekliğin depresyon ile ilişkisini tam olarak ortaya çıkarmak için geniş ölçekli boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Diğer bir sınırlılık araştırma verilerinin kullanılan lme araçlarının ölçtüğü niteliklerle sınırlandırılması ve öz-bildirime dayalı olmasıdır. z bildirime dayalı ölümlerde kişilerin ifade kısıtlılıkları ve kişilerin lme araçlarını doldururken kendi fikir, davranış ve tutumları konusunda dürüst olmamaları, kendilerini daha iyi göstermeleri (sosyal istenirlik) gibi sorunlar görülebilir.

## ÖZET

### **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyon Tanısı Almış Yetişkinlerde Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin İncelenmesi**

Araştırmanın amacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon tanısı almış yetişkin hastalar ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan yetişkin sağlıklı kontrol grubunun ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeylerini incelemektir. Araştırmanın örneklemini, dahil edilme kriterlerine uyan; hasta grubu için depresyon tanısı poliklinik doktoru tarafından onaylanan 76 hasta grubu ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 74 sağlıklı kontrol olmak üzere toplamda 150 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı ve uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya gönüllü olan katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanteri uygulanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda ruminasyon ve bilişsel esneklik düzeylerinin hasta ve kontrol grubunun depresif belirti düzeyine olan etkisini incelemek için regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde hasta grubu için ruminatif düşünce ve bilişsel esneklik düzeyinin depresif belirti düzeyini %35 oranında yordadığı gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise ruminatif düşünce düzeyinin depresif belirti düzeyini %9 oranında yordadığı gözlenmiştir. Bununla birlikte depresyon hastalarının kontrol grubuna göre ruminatif düşünce biçiminin fazla, bilişsel esneklik düzeylerinin ise düşük olduğu, hasta grubunda yer alan kadınların depresif belirti düzeyi ve ruminatif düşünce biçiminin erkeklere göre yüksek, bilişsel esneklik düzeylerinin ise düşük olduğu gözlenmiştir. Araştırma bulguları depresyon, ruminasyon ve bilişsel esneklik alanında yapılan çalışmalar çerçevesinde tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Bilişsel Esneklik, Depresyon, Ruminasyon

## SUMMARY

### **Investigation of Rumination and Cognitive Flexibility Levels in Adult Patients Who Diagnosed with Depression in Psychiatry Outpatient Clinic Ankara University Faculty of Medicine.**

The aim of this study is to investigate rumination and cognitive flexibility levels in healthy adult group without any psychiatric disorders and adult patients who diagnosed with depression in Psychiatry outpatient clinic in Ankara University, Faculty of Medicine. The sample of the research that matched the inclusion criteria included 76 patient groups with depression diagnosed by the outpatient clinic and 74 healthy controls without any psychiatric disorders, as a total of 150 people. After being informed about the purpose of the study and the procedures, the participants who volunteered for the study were applied the Sociodemographic Information Form, Beck Depression Inventory, Ruminative Thinking Scale and the Cognitive Flexibility Inventory. According to the purpose of the study, regression analysis was applied to examine the effect of rumination and cognitive flexibility levels on the depressive symptom level of the patient and control groups. According to the results, it was observed that the level of ruminative thinking and cognitive flexibility predicted the level of depressive symptoms in the patient group by 35%. In the control group, it was observed that the level of ruminative thought predicted the level of depressive symptoms by 9%. In addition, it was observed that depression patients had higher ruminative thinking and low cognitive flexibility compared to the control group, and depressive symptoms and ruminative thinking levels of females in the patient group were high compared to males. Research findings are discussed within the framework of studies in the field of depression, rumination and cognitive flexibility.

**Keywords:** Cognitive Flexibility, Depression, Rumination

## KAYNAKLAR

- ALTUNKOL F (2011). Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklik ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- AMERİKAN PSİKIYATRİ BİRLİĞİ (2014). Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. (Koroğlu, E., Çev.). 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 92-93.
- ANTHONEY JC, PETRONİS KR (1991). Suspected risk factors for depression among adults 18- 44 years old. *Epidemiology*, **2**, 123-132.
- BECK AT (1976). Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. 2. Baskı. (T. Özakçaş, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-571.
- BECK JS (2014). Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi. (ŞAHİN M, TARI-CÖMERT Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara.
- BEDEL A, ULUBEY E (2015). Ergenlerde başa çıkma stratejilerini açıklamada bilişsel esnekliğin rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **14** (55), 291-300.
- BHOWMİK D, KUMAR KP, SRIVASTAVA S, PASWAN S, DUTTA AS (2012). Depression symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Innovation*, **1**, 37-51.
- BİLGİN M (2009). Bilişsel esnekliği yordayan bazı değişkenler, *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **36**, 142-157.
- BOWER GH (1981). Mood and memory. *American Journal of Psychology*, **36**(2), 129-148.
- BRİNKER JK, DOZOİS JA (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, **65** (1), 1-19.
- BUGAY A, ERDUR-BAKER Ö (2011). Ruminasyon düzeyinin toplumsal cinsiyet ve yaşa göre incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **4** (36), 191-199.
- CARTER DB (1985). Relationships between cognitive flexibility and sex-role orientation in young adults. *Psychological Reports*, **57** (3), 763-766.

- CHEN J, RAPEE RM, ABBOT MJ (2013). Mediators of the relationship between social anxiety and post-event rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, **27** (1), 1-8.
- COONEY RE, JOORMANN J, EUGENE F, DENNIS EL, GOTLİB IH (2010). Neural correlates of rumination in depression. *Cognitive, Affective, Behavioral Neuroscience*, **10**, 470-478.
- DAVİS RN, NOLEN-HOEKSEMA S (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, **24** (6), 699-711.
- DENNİS JP, VANDER WAL JS (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy Research*, **34**, 241-253.
- DEVENEY CM, DELDİN PJ (2006). A preliminary investigation of cognitive flexibility for emotional information in major depressive disorder and non-psychiatric controls. *Emotion*, **6** (3), 429-437.
- DONALDSON C, LAM D (2004) Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*, **34**, 1309-1318.
- EROL N, KILIÇ C, ULUSOY M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı.
- ESBENSEN AJ, BENSON BA (2007). An evaluation of Beck's cognitive theory of depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, **51**, 14-24.
- ESKİN M (2018). *Sorun Çözme Terapisi*. 4. Baskı. Ankara: HYB Yayınları.
- FRESCO DM, RYTWİNSKİ NK, CRAİGHEAD LW (2007). Explanatory flexibility and negative life events interact to predict depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **26** (5), 595-608.
- GORİNG HJ, PAPAGEORGİOU C (2008). Ruminasyon ve endişe: Depresif katılımcılarda öz bildirim tedbirlerinin faktör analizi. *Bilişsel Terapi ve Araştırma*, **32** (4), 554-566.
- GOTLİB IH, JOORMANN J (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, **6**, 285-312.
- GÜLEÇ C (2009). *Psikiyatri'nin ABC'si*. 1. Baskı. İstanbul: Say Yayınları.
- GÜLTEKİN AHÇI Z (2016). 3-5 yaş çocuklarının yürütücü işlev performansları ve dil becerileri ile ilişkisi. *Cumhuriyet International Journal of Education-CIJE*, **5** (2), 84-99.

- GÜLÜM Vİ, DAĞ İ (2012). Tekrarlayıcı düşünme ölçeği ve bilişsel esneklik envanterinin Türkçe uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **13**, 216-223.
- GÜNDÜZ B (2013). Bağlanma stilleri, akılcı olmayan inançlar ve psikolojik belirtilerin bilişsel esnekliği yordamadaki katkıları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim*, **13** (4), 2071-2085.
- GÜVEN-TEZCAN S (2017). *Temel Epidemiyoloji*. Ankara: Hipokrat Kitabevi.
- HASSANANE M, HAFİZ N, RADWAN W, EL-GHOR A (2012). Genotoxic evaluation for the tricyclic antidepressant drug, amitriptyline. *Drug and chemical toxicology*, **35**. 450-5.
- HELVACI ÇELİK F, HOCAOĞLU Ç (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, **6** (1), 51-66.
- HIZLI-SAYAR G, ÖZTEN E, ERYILMAZ G, GÖĞÇEGÖZ CEYLAN ME (2014). Elektrokonvulziv tedavi üzerine güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **6** (2), 107-125.
- HİSLİ N (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, **7** (23), 8-13.
- HONG RY (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, **45** (2), 277-290.
- HORWITZ AV, WAKEFIELD JC, LORENZO-LUACES L (2016). History of Depression. DeRubeis, R.J., Strunk, D.R. (Ed.) *The Oxford Handbooks of Mood Disorder*. Oxford: Oxford Üniversitesi Baskısı.
- HYDE C, NAGLE MW, TIAN C, CHEN X, PACİGA SA, WENDLAND JR, TUNG JY, HİNDS DA, PERLİS RH, WİNSLO AR (2016). Identification of 15 genetic loci associated with risk of major depression in individuals of European descent. *Nature Genetics*, **48** (9), 1031-1036.
- HYDE JS, MEZULİS AH (2020). Gender differences in depression: Biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard Review of Psychiatry*, **28** (1), 4-13.
- IJAZ S, DAVİES P, WİLLİAMS CJ, KESSLER D, LEWİS G, WİLES N (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **5**, 5.
- IŞIK U, IŞIK E (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Işık, E., Işık, U., Taner, Y.I. (Ed). Rotatıp Kitabevi.

- JOHNCO C, WUTHRICH VM, RAPEE RM (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, **27** (6), 576–584.
- JOORMANN J, D'AVANZATO C (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition and Emotion*, **24** (6), 913–939.
- JUST N, ALLOY LB (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, **106** (2), 221-229.
- KARABEKİROĞLU A, DEMİR EY, AKER S, KOCAMANOĞLU B, KARABULUT GS (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore Medical Journal*, **59** (11), 572-577.
- KARAMUSTAFALIOĞLU O, DİLBAZ N, ÇAYKÖYLÜ A, ALKIN T, GÖNÜL AS, ATMACA M (2019). Major depresif bozukluk tedavisinde uzatılmış salımlı trazodon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **20** (5), 453-459
- KARATEPE HT, YAVUZ FK, TURKCAN A (2013). Validity and reliability of the Turkish version of the ruminative thought style questionnaire. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **23** (3), 231-241
- KAYAHAN B, ALTINTOPRAK E, KARABİLGİN S, ÖZTÜRK Ö (2003). 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **4** (4), 208-219.
- KAYA C (2017). Depresyon tanısı almış yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanma açısından incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JİN R, KORETZ D, MERİKANGAS KR, RUSH AJ, WALTERS EE, WANG PS (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, **289** (23), 3095–3105
- KLOSE M, JACOBI F (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health*, **7** (2), 133–148.
- KÖKNEL Ö (2005). Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- KÖROĞLU E (2009). Klinik Uygulamada Psikiyatri: Tanı ve Tedavi Kılavuzları. Ankara: HYB Basım Yayın.
- KÜÇÜKÖDÜK C (2015). 3-5 yaş arasında ve anaokuluna giden çocuk annelerinin

ayrılma kaygısı ve bağlanma biçimleri ile çocuğun davranışları ve ayrılma kaygısı arasındaki ilişki: Bilişsel Esnekliğin Aracı Rolü. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

LAWRENCE NS, WOODERSON S, MATAIX-COLS D, DAVID R, SPECKENS A, PHILLIPS ML (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, **20**, 409-419.

LEMOULT J, GOTLİB IH (2018). Depression: A cognitive perspective. *Clin Psychol Review*, **69**, 51-66.

LİN WL, TSAI PH, LİN HY, CHEN HC (2014). How does emotion influence different creative performances the mediating role of cognitive flexibility. *Cognition-Emotion*, **28** (5), 834-844.

LYUBOBİRSKY S, CALDWELL ND, NOLEN-HOEKSEMA S (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, **75**, 166-77.

LYUBOBİRSKY S, LAYOUS K, CHANCELLOR J, NELSON K (2015). Thinking about rumination: the scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology*, **11**, 1-22.

LYUBOBİRSKY S, NOLEN-HOEKSEMA S (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, **65** (2), 339-349.

LYUBOBİRSKY S, NOLEN-HOEKSEMA S (1995). Effects of self focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, **69** (1), 176-190.

MARTİN MM, ANDERSON CM, THWEATT KS (1998). Aggressive communication traits and their relationships with the Cognitive Flexibility Scale and the Communication Flexibility Scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, **13** (3), 531-540.

MARTİN MM, ANDERSON CM (1998). The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Research Repots*, **11**, 1-9.

MARTİN MM, RUBİN RB (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, **76**, 623-626.

METE HE (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **11** (3), 3-18.

- MCINTOSH E, GILLANDERS D, RORDGERS S (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, **17** (1), 33-43.
- MCLAUGHLIN KA, SHERIDAN MA, WINTER W, FOX NA, ZEANAH CH, NELSON CA (2014). Widespread reductions in cortical thickness following severe early-life deprivation: A neurodevelopmental pathway to ADHD. *Biological Psychiatry*, **76**, 629–638.
- MILLER DI, HALPERN DF (2014). The new science of cognitive sex differences. *Trends in Cognitive Sciences*, **18** (1), 37–45.
- MOR N, WINKUIST J (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **128**, 638–662.
- MOORE RG (1996). It's the thought that counts: The role of intentions and meta-awareness in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, **10**, 255–269.
- MURPHY FC, MICHAEL A, SAHAKIAN BJ (2012). Emotion modulates cognitive flexibility in patients with major depression. *Psychological Medicine*, **42**, 1373–1382.
- MYERS JK, WEISSMAN MM, TISCHLER GL, HOLZER CE, LEAF PJ, ORVASCHEL H, ANTHONY JC, ... STOLTZMAN R. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980-1982. *Arch Gen Psychiatry*, **41** (10), 959-67.
- NAKAGAWA A, SADO M, MITSUDA D, FUJISAWA D, KIKUCHI T, ABE T, ... ONO Y (2014). Effectiveness of cognitive behavioural therapy augmentation in major depression treatment (ECAM study): study protocol for a randomised clinical trial. *BMJ Open*, **4** (10).
- NOBLE RE (2005). Depression in women. *Metabolism*, **54** (5), 49-52.
- NOLAN SA, ROBERTS JE, GOTLIB IH (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, **22** (5), 445-455.
- NOLEN-HOEKSEMA, S (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, **100** (4), 569-582.
- NOLEN-HOEKSEMA S (1998). Ruminative coping with depression. Heckhausen. J, Dweck CS (Ed.), *Motivation and self-regulation across the life span* (ss. 237-256). New York: Cambridge Üniversitesi Baskısı.
- NOLEN-HOEKSEMA S (2002). Gender differences in depression. I. H. Gotlib, C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (ss. 492-509). New York: Guilford Press.

- NOLEN-HOEKSEMA S, DAVIS CG (1999). “Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, **77**, 801–814.
- NOLEN-HOEKSEMA S, JACKSON B (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, **25**, 37–47.
- NOLEN-HOEKSEMA S, MORROW J (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, **7**, 561-570.
- NOLEN-HOEKSEMA S, MORROW J (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, **61** (1), 115-121.
- NOLEN-HOEKSEMA S, MORROW J, FREDRICKSON BL (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, **102** (1), 20–28.
- NOLEN-HOEKSEMA S, WISCO EB, LYUBOBIRSKY S (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, **3** (5), 400-424.
- OLFSON M, MARCUS SC, DRUSS B, ELINSON L, TANIELIAN T, PINCUS HA (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*, **287** (2), 203–209.
- ORAL M (2016). Majör depresyon tanısı almış kadınlarda kişilerarası ilişkiler terapisi yaklaşımına dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasının psikososyal işlevsellik üzerine etkisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- OWENS M, DERAESHAN N (2013). The effects of dysphoria and rumination on cognitive flexibility and task selection. *Acta Psychologica*, **142**, 323–331.
- ÖNER N (2012). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler.7.Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi: İstanbul.
- ÖRSEL S (2004). Depresyonda tedavi: genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*, **4**, 17-24.
- ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- PAPAGEORGIOU C, WELLS A (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, **8**, 160-164.

- PAREKH R (2018). What is depression. Erişim Adresi: [<https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>] Erişim Tarihi: 12.11.2019.
- PENNİNX BW, BEEKMAN AT, SMİT JH, ZİTMAN FG, NOLEN WA, SPİNHOVEN P, CUIJPERS P, ... VAN DYCK R (2008). NESDA Research Consortium: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, **17**, 121-140.
- RUSH AJ, BECK AT, KOVACS M, HOLLON S (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, **1**, 17-37.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı 2011-2023* (Yayın No:847). Erişim Adresi: [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusal\\_ruh\\_saglik\\_eylem\\_plan.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusal_ruh_saglik_eylem_plan.pdf)
- SALK RH, HYDE JS, ABRAMSON LY (2017). Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, **143**,783–822.
- SATAN AA (2014). Dini inanç ve bilişsel esneklik düzeylerinin öznel iyi oluş düzeyine olan etkisi. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum Eğitim Bilimleri ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **3** (7), 56-74.
- SERAFİNİ G, POMPİLİ M, MURRİ BM, RESPİNO M, GHİO L, GİRARDİ P, FİTZGERALD PB, AMORE M (2015). The effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on cognitive performance in treatment-resistant depression. A systematic review. *Neuropsychobiology*, **71** (3), 125-39.
- STEVENS AD (2009). Social problem-solving and cognitive flexibility: Relations to social skills and problem behavior of at-risk young children. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) ProQuest Dissertations and Theses database'den erişildi.
- TAKAGİSHİ Y, SAKATA M, KİTAMURA T (2013). Influence of rumination and self-efficacy on depression in Japanese undergraduate nursing students. *Asian Journal of Social Psychology*, **16** (3), 163-168.
- TALUKDER U, UDDİN M, MOHAMMAD KHAN N, BİLLAH M, CHOWDHURY T, ALAM M (2017). Major depressive disorder in different age groups and quality of life. *Bangladesh Journal of Psychiatry*, **28** (2), 58.
- TAMAM L, KARAYTUĞ MO, NAMLI Z (2012). Depresyonun ekonomik maliyeti. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, **5** (2), 103-106.

- TEMEL MK (2019). Modern psikososyoklinik etmenlerin eseri “antidepresan kullanım bozukluğu.” Tıp etiğince sorun teşkil eden bir olgu. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, **24** (3), 206-2016.
- TÜRKÇAPAR, H. (2018). Klinik Uygulamalarda Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon. 4.Baskı. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- ÜNAL S, ÖZCAN E (2001). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **1** (1), 41-48.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2017). *Depression and other common mental disorder*. Erişim Adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- WRAY NR, RİPKE S, MATTHEİSEN M, TRZASKOWSKİ M, BYRNE EM, ABDELLAOUI A, ADAMS MJ, AGERBO E, ... SULLİVAN PF (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, **50** (5), 668-681.
- YALVAÇ D (2012). Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, **5** (2), 7-13.
- YALVAÇ HD, DİKİLİTAŞ Y, COŞKUN A, YEDİKARDAŞLAR C, EMÜL M, ÜNAL S (2011). Bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*, **1** (2), 16-20.
- YAPAN S (2018). Depresyon ve anksiyete belirtilerinin yordayıcıları olarak ruminsayon, otomatik düşünceler, işlevsel olmayan tutumlar ve düşünce baskılama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- YAZAR MS, ŞENYAŞAR METERELLİYOZ K (2019). Klinik olmayan popülasyonda depresif semptomatoloji, bilişsel Esneklik ve umutsuzluk ilişkisinin incelenmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, **8** (2), 155-163.
- YILMAZ AE (2016). Depresyonun üstbilişsel modeli'nin Türkiye'deki bir üniversite öğrencisi örnekleminde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **27** (2), 100-9.
- YİĞİT MA (2018). Ruminatif düşünme ve bilinçli farkındalığın depresif duygu durum ile ilişkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- YOUNG JE, WEİNBERGER AD, BECK AT (2001). *Cognitive Therapy for Depression*. Barlow, D. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, (ss.264-308).

ZEREN T, TAMAM L, EVLİCE YE (2003). Elektrokonvülsif terapi (EKT): Bir genel değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **12**,4.

ZONG J, CAO XY, CAO Y, SHÍ YF, WANG YN, YAN C, ABELA JRZ, GAN Y, GONG Q, CHAN RCK (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, **8** (66), 1-6.



## EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onayı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU  
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :20/02/2019  
Toplantı Sayısı :05  
Karar Sayısı :87



87-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden **Furkan Bardak**'ın "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyon Tanısı Almış Yetişkinlerde Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili 12/12/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Furkan Bardak**'ın "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyon Tanısı Almış Yetişkinlerde Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasının, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR  
20/02/2019

  
Prof. Dr. Muharrem ÖZEN  
Ankara Üniversitesi  
Etik Kurulu Başkanı

## Ek-2: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği İzin Belgesi

 T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 

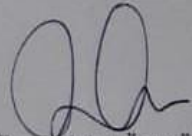
Sayı: 70558629-622.03-1045  
Konu: Furkan BARDAK Hk.

12.11.2018

**İLGİLİ MAKAMA**

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Furkan BARDAK'ın Doç.Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR danışmanlığında yürütülmesi planlanan "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyon Tanısı Almış Yetişkinlerde Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı tezini Anabilim Dalımızdaki hastalarda ve sağlıklı hasta yakını kontrollerinde yapma isteği 07.11.2018 tarihinde yapılan akademik kurulumuzda uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz/rica ederim.

  
**Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı Başkanı

---

Telefon:0312 595 66 17-6618  
E-mail: psikiyat@medicine.ankara.edu.tr. 06260 Dikimevi/ANKARA

### Ek-3: Hasta Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

#### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**Araştırmanın Adı:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyon Tanısı Almış Yetişkinlerde Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin İncelenmesi

*Sayın gönüllü,*

Ankara Üniversitesi Sosyal Psikiyatri Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Depresyon, derin üzüntülü duygu durumu ile birlikte etrafında olup biten faaliyetler karşısında ilgi kaybı ve zevk alamama; değersizlik ve yetersizlik düşüncesi ile birlikte, düşünce akışında, psikomotor ve fizyolojik işlevlerde gerileme veya yavaşlama; günlük aktiviteleri kısıtlayan, dikkat, hafıza ve yürütücü işlevler gibi bilişsel durumları sekteye uğratan, kişinin işlevselliğinde gözle görünür biçimde bozulmalara neden olan ruhsal bir bozukluktur. Bu çalışma kapsamında depresyonun ortaya çıkmasında, depresyonun şiddet ve düzeyinde, depresyonun daha uzun süre devam etmesinde ve depresyon ile başa çıkmada önemli olduğu düşünülen ruminasyon ve bilişsel esneklik kavramları depresyon tanısı almış yetişkin bireyler ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

Bu çalışmaya depresyon tanısı almış yetişkin bireyler (hasta grubu) ve sağlıklı kontroller (kontrol grubu) olmak üzere toplamda 100-200 kişi arasında iki grubun dahil edilmesi planlanmaktadır. Eğer kabul ederseniz "**hasta grubuna**" alınacaksınız. Her iki gruba da yapılacak işlemler aynıdır.

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından sizlere üç adet ölçme formu verilecektir. Bu ölçme formlarını doldurmanız ortalama 5-6 dk. sürmektedir. Bunun dışında herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Bu formlar bilimsel çalışmalar kapsamında araştırmacılar ve uzman kişiler tarafından uygulanan değerlendirme formlarıdır. Formlarda sizi rahatsız edebilecek herhangi bir içerik bulunmamaktadır.

Bu araştırmaya katılmanız için sizlere herhangi bir ücret ödenmeyecek veya sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma katılmanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler hiçbir Şekilde kullanılmayacaktır. Ayrıca doktorlarımız ve hastanemiz ile olan ilişkileriniz bu durumdan hiçbir Şekilde etkilenmeyecektir. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığıı düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığıı kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi zgr irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

**Katılımcı:**

Ad-Soyad:

Tarih:

İmza:

**Araştırmacı:**

Ad-Soyad:

Tarih:

İmza:

## Ek-4: Kontrol Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**Araştırmanın Adı:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyon Tanısı Almış Yetişkinlerde Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Düzeylerinin İncelenmesi

*Sayın gönüllü,*

Ankara Üniversitesi Sosyal Psikiyatri Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Depresyon, derin üzüntülü duygu durumu ile birlikte etrafında olup biten faaliyetler karşısında ilgi kaybı ve zevk alamama; değersizlik ve yetersizlik düşüncesi ile birlikte, düşünce akışında, psikomotor ve fizyolojik işlevlerde gerileme veya yavaşlama; günlük aktiviteleri kısıtlayan, dikkat, hafıza ve yürütücü işlevler gibi bilişsel durumları sekteye uğratan, kişinin işlevselliğinde gözle görünür biçimde bozulmalara neden olan ruhsal bir bozukluktur. Bu çalışma kapsamında depresyonun ortaya çıkmasında, depresyonun şiddet ve düzeyinde, depresyonun daha uzun süre devam etmesinde ve depresyon ile başa çıkmada önemli olduğu düşünülen ruminasyon ve bilişsel esneklik kavramları depresyon tanısı almış yetişkin bireyler ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

Bu çalışmaya depresyon tanısı almış yetişkin bireyler (hasta grubu) ve sağlıklı kontroller (kontrol grubu) olmak üzere toplamda 100-200 kişi arasında iki grubun dahil edilmesi planlanmaktadır. Eğer kabul ederseniz "**kontrol grubuna**" alınacaksınız. Her iki gruba da yapılacak işlemler aynıdır.

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından sizlere üç adet ölçme formu verilecektir. Bu ölçme formlarını doldurmanız ortalama 5-6 dk. sürmektedir. Bunun dışında herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Bu formlar bilimsel çalışmalar kapsamında araştırmacılar ve uzman kişiler tarafından uygulanan değerlendirme formlarıdır. Formlarda sizi rahatsız edebilecek herhangi bir içerik bulunmamaktadır.

Bu araştırmaya katılmanız için sizlere herhangi bir ücret ödenmeyecek veya sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma katılmanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler hiçbir Şekilde kullanılmayacaktır. Ayrıca doktorlarımız ve hastanemiz ile olan ilişkileriniz bu durumdan hiçbir Şekilde etkilenmeyecektir. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığıı düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığıı kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi zgr irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

**Katılımcı:**

Ad-Soyad:

Tarih:

İmza:

**Araştırmacı:**

Ad-Soyad:

Tarih:

İmza:

## Ek-5: Sosyodemografik Bilgi Formu

### 1. Cinsiyetiniz

Kadın

Erkek

### 2. Yaşınız: .....

### 3. Eğitim Durumunuz:

Okur-yazar değil  İlkokul  Ortaokul  Lise  Lisans  Yüksek Lisans  Doktora

### 4. Mesleğiniz: .....

### 5. Medeni Durumunuz:

Evli  Bekar  Diğer : .....

### 5. Daha önce depresyon tedavisi gördünüz mü? Evet Hayır

### 6. Ne kadar süredir depresyon tedavisi görmektesiniz?

Hiç görmedim  0-1 aydır  1-3 aydır  3-5 aydır  5-8 aydır  8 ay- 1 yıldır

1-2 yıldır  2-5 yıldır  5-8 yıldır  8 yıl ve üzeri

### 7. Depresyon dışında başka herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

Hayır  Evet  Belirtiniz (rahatsızlığınız nedir?): .....

### 8. Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

Hayır  Evet  Evet ise kaç kere: .....

### 9. Daha önce uyuşturucu madde veya alkol kullandınız mı?

Hayır  Evet

Evet ise hangi madde türünü ne kadar süre kullandınız:

Madde:..... Süre:.....

Madde:..... Süre:.....

Madde:..... Süre:.....

Madde:..... Süre:.....

### 10. Daha önce sizi ciddi derecede etkileyen beyin hasarı veya travmatik bir durum geçirdiniz mi?

Hayır  Evet  Evet ise belirtiniz: .....

## Ek-6: Beck Depresyon Envanteri

### BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Duyularınızı tarif eden cümlelerin önündeki rakamları (0,1,2,3) **daire içine alarak işaretleyiniz**. Her soruda sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

<b>1.SORU</b> 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.	<b>2.SORU</b> 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim. 1. Gelecek hakkında karamsarıyım. 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
<b>3.SORU</b> 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum. 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.	<b>4.SORU</b> 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. 3. Her şeyden sıkılıyorum.
<b>5.SORU</b> 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum. 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	<b>6.SORU</b> 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor. 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum. 2. Cezalandırılmayı bekliyorum. 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
<b>7.SORU</b> 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm. 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum. 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.	<b>8.SORU</b> 0. Kendimden memnunum. 1. Kendi kendimden pek memnun değilim. 2. Kendime çok kızıyorum. 3. Kendimden nefret ediyorum.
<b>9.SORU</b> 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. 2. Şimdi hep sinirliyim. 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.	<b>10.SORU</b> 0. İştahım her zamanki gibi. 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil. 2. İştahım çok azaldı. 3. Artık hiç iştahım yok.

<p><b>11.SORU</b></p> <p>0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.</p> <p>1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.</p> <p>2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.</p> <p>3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.</p>	<p><b>12.SORU</b></p> <p>0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.</p> <p>1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.</p> <p>2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.</p> <p>3. Artık hiç karar veremiyorum.</p>
<p><b>13.SORU</b></p> <p>0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.</p> <p>1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.</p> <p>2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.</p> <p>3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum</p>	<p><b>14.SORU</b></p> <p>0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.</p> <p>1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.</p> <p>2. Yaptığım her şey beni yoruyor.</p> <p>3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.</p>
<p><b>15.SORU</b></p> <p>0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.</p> <p>1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.</p> <p>2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.</p> <p>3. Kendimi çok çirkin buluyorum.</p>	<p><b>16.SORU</b></p> <p>0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.</p> <p>1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.</p> <p>2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.</p> <p>3. Hiçbir şey yapamıyorum.</p>
<p><b>17.SORU</b></p> <p>0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.</p> <p>1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.</p> <p>2. Kendimi öldürmek isterdim.</p> <p>3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.</p>	<p><b>18.SORU</b></p> <p>0. Son zamanlarda kilo vermedim.</p> <p>1. İki kilodan fazla kilo verdim.</p> <p>2. Dört kilodan fazla kilo verdim.</p> <p>3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.</p>
<p><b>20.SORU</b></p> <p>0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.</p> <p>1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.</p> <p>2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.</p> <p>3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p>	<p><b>19.SORU</b></p> <p>0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.</p> <p>1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.</p> <p>2. Çoğu zaman ağlıyorum.</p> <p>3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p>
	<p><b>21.SORU</b></p> <p>0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.</p> <p>1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.</p> <p>2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.</p> <p>3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.</p>

## Ek-7: Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği

### Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

Aşağıdaki her bir madde için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini 1-7 arasında değerlendirerek size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	1 (Hiç)	2	3	4	5	6	7 (Çok iyi)
1. Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.							
2. Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.							
3. Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.							
4. Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.							
5. Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.							
6. Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınım.							
7. Kendimi, gün içerisinde “Keşke yapsaydım” dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.							
8. Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “keşke şöyle davransaydım” dediğim farklı senaryolar hayal							
9. Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.							
10. Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.							
11. İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.							
12. Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.							
13. Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.							
14. Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.							
15. Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.							
16. Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.							
17. Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.							
18. Bazen, bir konuşma sırasında bile, alakasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.							
19. Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.							
20. Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.							

## Ek-8: Bilişsel Esneklik Envanteri

### Bilişsel Esneklik Envanteri

Aşağıdaki ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu göstermek için lütfen ifadelerin solunda yer alan 1'den 5'e kadar olan seçeneklerden size uygun olanı işaretleyin.		Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Kararsızım	Uygun	Tamamen uygun
1.	Durumları "tartma" konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4	5
2.	Zor durumlarla karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3.	Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4.	Zor durumlarla karşılaştığımda kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
5.	Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
6.	Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdekini dışında ek bilgi edinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7.	Zor durumlarla karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam.	1	2	3	4	5
8.	Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim.	1	2	3	4	5
9.	Zor durumlarla baş etmek için çok sayıda değişik seçeneğin olması beni sıkıntıya sokar.	1	2	3	4	5
10.	Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyım.	1	2	3	4	5
11.	Zor durumlarla karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
12.	Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir.	1	2	3	4	5
13.	Zor durumlarda nasıl davranacağıma karar vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
14.	Durumlara farklı bakış açılarından bakarım.	1	2	3	4	5
15.	Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim.	1	2	3	4	5
16.	Bir davranışın nedenini düşünürken mevcut bütün bilgileri ve gerçekleri dikkate alırım.	1	2	3	4	5
17.	Zor durumlarda, şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissedirim.	1	2	3	4	5
18.	Zor durumlarla karşılaştığımda önce bir durup çözüm için farklı yollar düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
19.	Zor durumlarla karşılaştığımda birden çok çözüm yolu bulabilirim.	1	2	3	4	5
20.	Zor durumlara tepki vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5

## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

**Adı:** Furkan

**Soyadı:** Bardak

**Doğum yeri ve tarihi:** Adana/Kozan 07.09.1992

**Uyruğu:** Türk

**Medeni durumu:** Bekar

**Askerlik durumu:** Tecilli (18.01.2021)

**İletişim adresi ve telefonu:** Ragıp Tüzün Mahallesi Cengiz Sokak No:107/1  
Yenimahalle ANKRA – 0534 324 6007

### II- Eğitimi

Yüksek Lisans- Ankara Üniversitesi Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri

Lisans- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Psikoloji

Lisans- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyoloji (Çift Anadal)

**Yabancı dili:** İngilizce

### III- Unvanları

2016- Psikolog

### IV- Mesleki Deneyimi

2014 – 2018 Mentus Medya Eğitim Danışmanlık Şirketi (Psikolog / Proje Yöneticisi)

2015 – (devam ediyor) Motivasyon Derneği Proje Yöneticisi

2019-2020 – Başkentliler Psikoteknik (Psikolog)

2020 – (devam ediyor) Hera Yetenek Yönetimi Yazılım Ar-ge Şirketi (Psikolog)

2020 – (devam ediyor) Manjero Deneyim Tasarımı Şirketi (Psikolog/Koordinatör)

## VI- Bilimsel İlgi Alanları

### Yayınlanmış Bilimsel Makaleler

**Bardak, F.**, Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2016). Üniversite öğrencilerinde sosyal medya kullanım amaçlarına göre internet bağımlılığı ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 2016; 17(2): 55-65.

**Bardak, F.**, Demir, İ., Dinar, C., Doğan, D., Alparslan, M. Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2016). Farklı değişim aşamalarına göre, sigara içme davranışı ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 2016; 17(4): 152-163.

### Sözlü Bildiri

Karabulut, Ö., **Bardak, F.**, Dinar, C., Saraç, A., Güneş, B., Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2016). Sağlıklı bireylerde nörogeribildirim yönteminin dürtüsellik, öfke kontrolü ve uyku kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. *Ulusal Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Deneyim Oluşturma ve Aktarımı-III*: 25-27 Nisan 2016 Ankara.

### Poster

**Bardak, F.**, Karabulut, Ö., Dinar, C., Saraç, A., Güneş, B., Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2016). Sağlıklı bireylerde nörogeribildirim yönteminin uyku kalitesi, dürtüsellik ve öfke kontrolü üzerine etkisinin boylamsal olarak incelenmesi. *19.Ulusal Psikoloji Kongresi*: 5-6 Eylül 2016 İzmir.

## VIII- Diğer Bilgiler

**Proje:** Bağımsız Hikayeler Projesi (Sosyal Sorumluluk Projesi)

**Proje Konusu:** Madde ve Teknoloji Bağımlılığı

**Destekleyen Kuruluş:** Gençlik ve Spor Bakanlığı

**Proje Partneri:** Yeşilay

**Proje Destekçileri:** Haber Türk, TRT Haber, Anadolu JET

**Görevi:** Proje Koordinatörü

### Görevli

4. Toplum ve Şizofreni Sempozyumu Bipolar Bozukluk ve Şizofreni: Benzerlikler ve Farklılıklar  
12.2014

### Görevli

Dijital İletişim Çağında Sosyal Medya ve Fikri Haklar  
10.2014

### Katılımcı

20. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi

**Katılımcı**

8.Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları  
(5-6).08.2014 - İstanbul

**Katılımcı**

Türk-Alman Partner Borsası: “Gönüllülük”  
(11-14 Eylül 2015)

Yer: Almanya-Berlin

Kurum: Gençlik ve Spor Bakanlığı- DJO-Deutsche Jugend in Europa (Federal Alman  
Avrupa Gençlik Birliği)

**Katılımcı**

Türkiye Bağımlılıkla Mücadelede Genç İrade  
(18-20).05.2015

Yer: İstanbul

Kurum: Türkiye Yeşilay Cemiyeti ve Genç Yeşilay

**Katılımcı**

Sağlıklı Bir Gelecek İçin Bağımlılıklarından Kurtul  
(14-17).08.2015

Yer: Bursa

Kurum: Kalkınma ve İnovasyon Ofisi