



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ
(KLİNİK PSİKOLOJİ-ERİŞKİN)



**DEPRESYON, ANKSİYETE VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

MERT KUŞLUVAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2022

Mert Kuşluyan

PSİKİYATRİ (KLİNİK PSİKOLOJİ-ERİŞKİN) ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2022



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ
(KLİNİK PSİKOLOJİ-ERİŞKİN)
ANABİLİM DALI



**DEPRESYON, ANKSİYETE VE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Mert KUŞLUVAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**DANIŞMAN:
Prof.Dr. Salih Saygın EKER**

BURSA-2022

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“Depresyon, Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Mert KUŞLUVAN

10/06/2022

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

08/06/2022

Adı Soyadı: Mert Kuşluvan

Anabilim Dalı: Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin)

Tez Konusu: Depresyon, Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof. Dr. Salih Saygın Eker

İmza:

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYAN	ii
KABUL VE ONAY	iii
TEZ KONTROL VE BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TÜRKÇE ÖZET	vii
İNGİLİZCE ÖZET	viii
1.GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	3
1.2 Araştırma Soruları	3
1.3 Araştırmanın Önemi	4
1.4 Araştırmanın Kabülleri	4
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Depresyon	5
2.1.1 Depresyonun Tanımı	5
2.1.2 Depresyonun Epidemiyolojisi	6
2.1.3 Depresyonun Klinik Görünümü	6
2.1.3.1 Duygudurum Belirtileri	7
2.1.3.2 Bilişsel Belirtiler	7
2.1.3.3 Bedensel Belirtiler	7
2.1.3.4 Davranışsal Belirtiler	8
2.1.4 Depresyon Risk Etmenleri	9
2.2 Anksiyete	10
2.2.1 Anksiyetenin Tanımı	10
2.2.2 Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi	11
2.2.3 Anksiyete Bozukluğunun Klinik Görünümü	12
2.2.3.1 Duygudurum Belirtileri	12
2.2.3.2 Bilişsel Belirtiler	13
2.2.3.3. Bedensel Belirtiler	13
2.2.3.4 Davranışsal Belirtiler	13
2.2.4 Anksiyete Risk Etmenleri	14
2.3 Bilinçli Farkındalık	15
2.3.1 Bilinçli Farkındalığın Tanımı	15
2.3.2 Bilinçli Farkındalık Uygulamaları	18
2.3.3 Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler	19
2.3.3.1 Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MTSA)	20
2.3.3.2 Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT)	20
2.3.3.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)	21
2.3.3.4 Diyalektik Davranış Terapisi (DDT)	21
2.3.4 Bilinçli Farkındalık Egzersizlerindeki Temel Tutumlar	22
2.3.4.1 Yargılamamak	22
2.3.4.2 Sabır	23
2.3.4.3 Acemi Zihni	23
2.3.4.4. Güven	23

2.3.4.5. Hırslanmamak (Non-Striving)	24
2.3.4.6. Kabul	24
2.3.4.7 Oluruna Bırakmak (Letting Go).....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1 Örneklem.....	26
3.2 Veri Toplama Araçları	26
3.2.1 Demografik Bilgi Formu.....	26
3.2.2 Beck Depresyon Ölçeği.....	27
3.2.3 Beck Anksiyete Ölçeği.....	27
3.2.4 Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ).....	28
3.3. Veri Analizi.....	29
4. BULGULAR	30
4.1 Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	30
4.2 Grupların Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması	33
4.3 Depresyon Grubuna Ait Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	34
4.4 Depresyon Grubuna Ait Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler.....	40
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	42
5.1 Depresyon ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	42
5.2 Depresyon ve Kontrol Grubunun Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması	44
5.3 Depresyon, Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Puanlarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	45
5.4 Depresyon, Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	48
5.5 Sonuç.....	50
6. KAYNAKLAR.....	53
7. SİMGELER VE KISALTMALAR	62
8. EKLER.....	63
9. TEŞEKKÜR.....	69
10. ÖZGEÇMİŞ.....	70

TÜRKÇE ÖZET

Bu çalışmanın amacı; majör depresyon tanısı almış bireyler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olmayan bireylerin anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeylerini karşılaştırmak ve depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelenmektir. Araştırma örneklemini, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurmuş ve majör depresyon bozukluğu tanısı almış 40 kişi (depresyon grubu) ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 40 kişi (kontrol grubu) olmak üzere toplamda 80 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi edinmek için "Demografik Bilgi Formu", depresyon düzeylerinin ölçülmesi için "Beck Depresyon Ölçeği", anksiyete düzeylerinin ölçülmesi için "Beck Anksiyete Ölçeği" ve son olarak bilinçli farkındalık düzeylerinin ölçülmesi için "Bilinçli Farkındalık Ölçeği" kullanılmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre, depresyon grubu ile kontrol grubu arasında anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Depresyon grubu için yapılan korelasyon analizlerine göre ise depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, bilinçli farkındalık düzeyleri ile hem depresyon hem de anksiyete düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunduğu ortaya konmuştur. Ayrıca depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeylerinin eğitim düzeyine göre farklılık gösterdikleri ve yaş ile anlamlı ilişkili oldukları görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, anksiyete, bilinçli farkındalık

İNGİLİZCE ÖZET

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION, ANXIETY AND MINDFULNESS

The aim of this study; is to compare the anxiety and mindfulness levels between individuals who have been diagnosed with major depressive disorder and individuals who do not have any psychiatric illnesses, and to examine the relationship between depression, anxiety and mindfulness levels. The research sample consists of 80 participants in total. 40 patients who applied to Uludag University Faculty of Medicine Mental Health and Diseases Outpatient Clinic diagnosed with major depressive disorder (depression group) and 40 people without any psychiatric illness (control group). The "Demographic Information Form" was used to gather information about the sociodemographic characteristics of the people participating in the study, the "Beck Depression Scale" was used to measure the depression levels, the "Beck Anxiety Scale" was used to measure the anxiety levels, and finally the "Mindful Attention Awareness Scale" was used to measure the mindfulness levels of the participants.

According to the results of the study, there was a statistically significant difference between the depression group and the control group in terms of anxiety and mindfulness levels. According to the correlation analyses made for the depression group, there was a significant positive correlation between depression and anxiety levels, while a significant negative correlation was found between mindfulness levels and both depression and anxiety levels. In addition, the levels of depression, anxiety and mindfulness differed based on the level of education and were significantly correlated with age.

Keywords: Depression, anxiety, mindfulness

1.GİRİŞ

Depresyon, klinik depresyon ya da diğerk adıyla majör depresif bozukluk (MDB); üzüntü, keder, suçluluk, isteksizlik ve umutsuzluk gibi duyguları içeren bir duygudurum bozukluğudur. Bedensel, davranışsal, duygusal ve zihinsel birtakım belirtilerin eşlik edebildiği depresyonun en belirgin semptomları; gün içerisinde çoğunlukla görülen çökkün ruh hali ile kişinin hayatındaki etkinliklere ilgisinin ve bu etkinliklerden aldığı zevkin belirgin bir şekilde azalmasıdır (Demir, 2015). Dünya genelinde işlev bozukluğunun önde gelen nedenlerinden biri olan depresyon, tedavi edilmediği takdirde erken ölüme ve genel sağlık durumunda bozulmalara neden olabilen ciddi bir toplumsal sağlık sorunudur (Helvacı, & Hocoğlu, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) hesaplamalarına göre, dünya genelinde depresyon ile yaşayan insan sayısının 322 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu da dünya nüfusunun %4,4'üne tekabül etmektedir. Ayrıca depresyonun kadınlarda (%5,1) erkeklere (%3,6) kıyasla daha sık görüldüğü de bilinmektedir (WHO, 2017). Depresyon, dünya genelinde işlev bozukluğunun önde gelen nedeni olarak genel küresel hastalık yüküne önemli ölçüde etki etmektedir. Depresyona eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasında; başta anksiyete bozuklukları olmak üzere obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, yeme bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı gibi hastalıklar sayılabilmektedir (Berkson, 2015).

Depresyona sıkça eşlik eden rahatsızlıklardan biri de anksiyetedir. Farklı psikolojik kuramlar farklı şekillerde açıklamaya çalışsa da anksiyete kısaca korku benzeri, deneyimleyen kişiye içsel sıkıntı veren ve kötü bir şey olacakmış gibi hissettiren bir duygu ya da uyarıcı bir sinyal olarak tanımlanabilir. Anksiyetenin korkudan farkı; korkunun nedeni belli olan dış etkene bağlı iken anksiyetenin, belirsiz ve kişinin iç dünyasındaki çatışmadan doğan bir tepki olmasıdır (Tamam, & Demirkol, 2019). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının klinikte sıkça birlikte görüldükleri dikkat çekmektedir. Depresyon hastalarının %85'inde anksiyete belirtileri gözlemlenirken, anksiyete bozukluğu olan hastaların ise %90'ının aynı zamanda depresyon hastası olduğu düşünülmektedir (Gorman, 1996). ABD'de yapılan geniş

çaplı bir çalışmada ise, MDB tanısı almış yetişkin bireylerin yaklaşık olarak %58'inde aynı zamanda en az bir anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 1996). Hollanda'da yapılan ve 1783 kişinin dahil edildiği geniş çaplı bir kohort çalışmada ise; MDB'si olan hastaların %75'inde anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği, anksiyete bozukluğu olan hastaların ise %81'inde MDB olduğu görülmektedir (Lamers ve ark., 2011). Depresyon ve anksiyetenin bir arada görülmesi, hastalığın daha uzun süreli ve şiddetli geçmesine neden olarak tedaviye karşı direnci arttırmaktadır (Dilbaz, Darçin, & Çavuş, 2011). En sık görülen psikolojik/psikiyatrik hastalıklardan olan depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisi ve daha iyi anlaşılması için ruh sağlığı çalışanları farklı yöntemler geliştirmeye çalışmaktadır.

Temelleri eski Doğu meditasyon egzersizlerine dayanan bilinçli farkındalık (mindfulness), özellikle son yıllarda psikoloji bilim dünyasının ilgisini çekmiş ve birçok araştırmaya konu olmuş bir çeşit dikkat odaklama yöntemidir (Baer, 2003). Bilinçli farkındalığı Batı dünyasına tanıtan en önemli figürlerden biri olan Jon Kabat-Zinn (1994) bu kavramı; şimdiki anda gerçekleşenlere, kasıtlı olarak ve yargılamadan dikkat verme olarak tanımlamaktadır. Bilinçli farkındalık (mindfulness), zıttı olan dikkatsizliğin (mindlessness) yokluğu olarak da anlaşılabilir. Bu dikkatsizlik (mindlessness) hali ise kişinin şimdiki anda deneyimlediği duygulara, düşüncelere, güdülere ve nesnelere dikkatini vermeyi reddetmesi ya da bunları kabul etmemesi olarak tanımlanabilmektedir. Birçok bireyi kronik olarak etkileyebilen bu dikkatsizlik hali, alışkanlıklar ve otomatik işlevler ile karakterize edilmektedir. Yapılan çalışmalar bilinçli farkındalık düzeylerinin psikolojik iyi oluş ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Brown, & Ryan, 2003). Bilinçli farkındalığın, günümüzde üçüncü dalga davranışçı terapiler olarak bilinen Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT) ve Metakognitif Terapi gibi terapi yöntemlerine entegre edildiği dikkat çekmektedir (Merwin, O'Rourke, Ives, Harstad, & Brooks, 2019; Normann, & Morina, 2018; Vatan, 2016).

Bilinçli farkındalığın depresyon ve anksiyete seviyeleri ile ilişkisini inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Uluslararası düzeyde 1151 yetişkin ile yapılan bir araştırma, bilinçli farkındalığın hem doğrudan hem de dolaylı olarak düşük depresyon ve anksiyete seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Parmentier ve ark., 2019).

417 üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer araştırmada ise bilinçli farkındalığın depresyon ve anksiyete ile negatif ilişkili olduğu sonucu ortaya konmaktadır (Bajaj, Robins, & Pande, 2016). Türkiye’de yapılan araştırmalar incelendiğinde; 808 üniversite öğrencisinin dahil olduğu bir araştırmada, bilinçli farkındalık ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenirken (Kara, & Ceyhan, 2017), bir diğer araştırmada ise anksiyete düzeyleri ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunduğunu görülmektedir (Yıldırım, 2019).

Yapılan araştırmaların depresyon ve anksiyete arasında, bilinçli farkındalık ile de depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişkiler olduğuna işaret ettiği görülmektedir. Bu bağlamda bilinçli farkındalık ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin nitelikleri ile birlikte ortaya konması, literatüre katkı sağlamakla beraber depresyon ve anksiyete bozukluklarının anlaşılması ve tedavi yöntemlerinde bilinçli farkındalığın yerinin anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; MDB tanısı almış bireyler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olmayan bireylerin anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeylerini karşılaştırmak ve depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.2 Araştırma Soruları

- a. MDB tanısı almış olan bireyler (depresyon grubu) ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan bireyler (kontrol grubu) arasında sosyodemografik değişkenler bakımından anlamlı fark var mıdır?
- b. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında anksiyete bakımından anlamlı fark var mıdır?
- c. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında bilinçli farkındalık bakımından anlamlı fark var mıdır?
- d. Depresyon grubunun depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeylerinde sosyodemografik özellikler bakımından anlamlı fark var mıdır?

- e. Depresyon grubunda depresyon ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- f. Depresyon grubunda anksiyete ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- g. Depresyon grubunda depresyon ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

1.3 Araştırmanın Önemi

Depresyon, klinik anlamda en çok görülen psikolojik/psikiyatrik hastalıklardan birisi olarak dünya genelindeki işlev bozukluğunun en önemli nedenlerinden birisi olmayı sürdürmektedir. Tedavi edilmediğinde erken ölüm ile sonuçlanabilen ve ciddi bir toplumsal sağlık sorunu olan depresyonun anlaşılması ve etkili tedavi edilmesinin son derece önemli olduğu görülmektedir. Depresyon ve anksiyete ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin ortaya konmasının, hastalığın anlaşılması ve etkili tedavi yöntemlerinin uygulanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4 Araştırmanın Kabülleri

1. Araştırma örneklemini evreni temsil etmektedir
2. Araştırmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ve Demografik Bilgi Formu araştırma değişkenlerini ölçmede geçerli ve güvenilirlerdir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmadan elde edilen sonuçlar katılımcılardan elde edilen veriler ile sınırlıdır
2. Zaman olarak 2022 yılı ile sınırlıdır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1 Depresyonun Tanımı

Türkçede çökkünlük anlamına gelen depresyon, psikososyal işleyişi ciddi şekilde sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren oldukça yaygın ve ciddi bir psikolojik/psikiyatrik hastalıktır (Malhi, & Mann, 2018). Depresyon, tedavi edilmemesi durumunda genel sağlık durumunda bozulmalara hatta erken ölüme neden olabilmektedir. Ancak doğru tanı ve tedavi yöntemi ile depresyondan muzdarip bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemek mümkündür (Helvacı, & Hocaoğlu, 2016). Farklı araştırmacıların depresyonu farklı şekillerde ele aldıkları görülmektedir. Depresyon genel hatları ile derin üzüntü, bunaltı, ilgi azalması, zevk alamama, suçluluk, değersizlik, fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve odaklanma sorunu ile tanımlanabilmektedir (Öztürk, & Uluşahin, 2018; WHO, 2017). Zaman zaman her birey kendini üzgün, mutsuz ya da kederli hissedebilmektedir. Ancak bu ve benzeri semptomların görüldüğü her bireyin doğrudan depresif bir bozukluğu olduğunu söylemek mümkün değildir. Depresyonda olan kişilerde bu belirtiler sık ve sürekli olarak görülmektedir. En önemlisi de bu belirtilerin varlığının tanımlanmış bir süre içerisinde gelişmesi ve belirgin işlev kaybına neden olmasıdır (Tamam, Namlı, & Karaytuğ, 2012).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın 5. baskısında (DSM-5) depresyon bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (2014):

Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu

Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.1.2 Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünya genelinde en sık görülen psikiyatrik bozukluk MDB'nin, yaşam boyu görülme sıklığının %1,5 ile %19 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Olchanski ve ark., 2013). Kessler ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmaya göre ABD'de MDB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %17,1 olduğu görülürken, son bir yıl içerisinde görülme oranı %10,3 olarak saptanmıştır. Aynı çalışma MDB'nin yaşam boyu görülme oranının erkekler için %12,7 kadınlar için ise %21,3 olduğunu göstermektedir. Son bir yıl içerisinde görülme sıklığına bakıldığında ise bu oranlar; erkeklerde %7,7 iken kadınlarda %12,9 olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) hesaplamalarına göre, dünya genelinde depresyon ile yaşayan insan sayısının 322 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu da dünya nüfusunun %4,4'üne tekabül etmektedir. Dünya genelinde depresyonun kadınlarda (%5,1) erkeklere (%3,6) kıyasla daha sık görüldüğü de bilinmektedir. Yine DSÖ'nün hesaplamalarına göre Türkiye'de MDB'den muzdarip birey sayısının da 3.260.677 olduğu görülmektedir. Bu da Türkiye'deki MDB oranının dünya genelindeki depresyon oranı ile aynı (%4,4) olduğunu göstermektedir (WHO, 2017). Türkiye Ruh Sağlığı Profili raporuna göre ise, Türkiye genelinde MDB yaygınlığının %4,4 olduğu dikkat çekmektedir. Kadınlarda bu oran %5,4 iken erkeklerde %2,3 olduğu görülmektedir (Kılıç, 1998). MDB her yaş aralığında görülebilir ancak özellikle 25-44 yaşları arasında daha yaygın olarak ortaya çıkan bir hastalıktır. Bu nedenle MDB için genel olarak bir orta yaş hastalığı olduğunu söylemek mümkündür (Helvacı, & Hocaoglu, 2016).

2.1.3 Depresyonun Klinik Görünümü

Depresyonun klinik görünümü duygudurum belirtileri, bilişsel belirtiler, bedensel belirtiler ve davranışsal belirtiler olmak üzere 4 başlık altında incelenebilmektedir.

2.1.3.1 Duygudurum Belirtileri

MDB hastalarının %90'ından fazlası keder, mutsuzluk, hüzün, değersizlik ve çaresizlik gibi duygular ile karakterize edilen depresif (çökkün) duyguduruma sahiptir. Bu depresif duygular sabahları daha belirgin iken akşam saatlerinde kısmen hafifler. MDB hastalarında günün çoğunda çökkün duygudurum hali mevcuttur (Tamam ve ark., 2012). Depresyonun en temel özelliklerinden bir diğeri de ilgi kaybı ya da zevk alamama durumudur. Bu belirtiyi gösteren hastanın çevresine karşı ilgisinin azaldığı ve önceden zevk aldığı aktivitelerin artık ona zevk vermediği görülmektedir. Depresif duygudurum, ilgi azalması ve zevk alamama hali depresyonun temelini oluşturur. Öyle ki depresif duygudurum, ilgi azalması ve zevk alamama belirtilerinden en az biri bulunmadığı sürece depresyondan bahsetmek mümkün değildir. Depresyonun karakteristik özelliklerinden biri olarak düşünülmesi de, MDB hastalarının sıklıkla anksiyete yakınmalarının da olduğu görülmektedir (Helvacı, & Hocoğlu, 2016).

2.1.3.2 Bilişsel Belirtiler

Depresyon hastaları sıklıkla unutkanlıktan yakınır. Ancak bu gerçek bir bellek bozukluğu ile karıştırılmamalıdır. Bu unutkanlık hali, hastanın sıkın duygudurumu ve dikkatindeki azalmaya bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla kişinin depresyonu iyiye gittikçe bu unutkanlık hali de iyileşmektedir (Öztürk, & Uluşahin, 2018). Depresyon hastalarının kendilerine, dünyaya ve geleceğe dair olumsuz düşünceleri vardır. Yaşadıkları deneyimleri bilişsel olarak çarpıtarak bu olumsuz düşünceleri destekleyebilirler. Ayrıca hastaların değersizlik, suçluluk ve umutsuzluk düşünceleri vardır. Bu nedenle benlik saygılarında ciddi bir azalma görülmektedir. İşe yaramazlık, değersizlik ve suçluluk düşünceleri bazen o kadar yoğun olabilir ki bu kişiler kendilerini cezalandırmak ya da başkalarına yük olmayı bırakmak amacı ile intihara sürüklenebilmektedir (Helvacı, & Hocoğlu, 2016).

2.1.3.3 Bedensel Belirtiler

Depresyon hastalarının çoğunda iştah düzensizlikleri ve buna bağlı kilo artışı ya da artışı görülebilmektedir. Hastalar genellikle halsizlik, bitkinlik ve enerji azlığı gibi belirtilerden yakınmakta ve sabahları yataktan dinlenmemiş olarak

kalkmaktadırlar. (Öztürk, & Uluşahin, 2018). Kendilerinde gerekli gücü bulamadıkları için banyo yapmak ve dişlerini fırçalamak gibi çok enerji gerektirmeyen işleri bile yapmak istemedikleri görülebilmektedir (Tamam ve ark., 2012). Hastalarda erken uyanma, uykuya dalmada zorlanma ve uykunun sık sık bölünmesi görülebilmektedir. Hastaların bir kısmında uyanır uyanmaz yoğun sıkıntı ve karamsarlık duyguları yaşadıkları bilinmektedir. Hastanın hayatının hemen hemen her kısmına dair bir istek kaybı olduğu için cinsel isteğinde de azalma görülebilmektedir. Bu isteksizlik sonucu cinsel eylemde azalma ve zevk alamama durumu ortaya çıkabilmektedir. Buna bağlı olarak da cinsel uyarılmada zorluk görülebilmektedir (Öztürk, & Uluşahin, 2018).

2.1.3.4 Davranışsal Belirtiler

Depresyondaki davranışsal belirtiler; psikomotor yavaşlama (retardasyon) ve psikomotor hareketliliği (ajitasyon) içermektedir. Psikomotor yavaşlama isminden de anlaşıldığı üzere kişinin yürüme ve konuşma gibi hareketlerindeki yavaşlamayı kapsamakta olup, genç hastalarda yaşlılara nazaran daha sık görülmektedir. Bu kişilerin toplumsal hayattan uzaklaştıkları da dikkat çekmektedir. Psikomotor hareketlilik ise, kişinin yaşadığı bunalım ve sıkıntı halinin hareketlerindeki dışa vurumu olarak tanımlanabilmektedir. Hastaların yaşadıkları bu rahatsızlık; yerinde duramama, ellerini ovuşturma ve parmaklarıyla oynama gibi hareketlerle kendini gösterebilmektedir (Tamam ve ark., 2012).

DSM-5'e göre MDB tanısı ölçütleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Majör Depresif Bozukluk Tanısı Ölçütleri (APA, 2014)

Maddde	Kriter
A.	A. Aşağıdakilerden en az 5'inin en az iki hafta boyunca bulunması (1. veya 2. kriter mutlaka bulunmalı) 1. Depresif duygudurum 2. Anhedoni, ilgi-istek azalması 3. İştah azalması ya da artması 4. Uyku azalması ya da artması 5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon 6. Enerji azalması, yorgunluk 7. Suçluluk, değersizlik hissi 8. Konsantrasyon güçlüğü 9. İntihar eğilimi
B.	İşlev kaybı vardır
C.	Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.
D.	Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.
E.	Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik nöbet yoktur.

2.1.4 Depresyon Risk Etmenleri

Depresyonun pek çok risk etmeni olduğu bilinmektedir. Depresyonun risk etmenleri arasında kadın cinsiyetinden olmak, düşük sosyoekonomik düzey, depresyon geçmişi olmak, boşanmış ya da eşinden ayrı olmak, olumsuz yaşam deneyimleri (özellikle çocukluk çağında) yaşamak ve genetik yatkınlık sayılabilmektedir (Dobson & Dozois, 2008). İşsizlik, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyal destek ve bir eşin yokluğu gibi etkenlerin de depresyonun gelişiminde önemli risk etmenleri olduğu bilinmektedir (Köhler ve ark., 2018). Schuch ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan yapılan geniş kapsamlı meta-analiz çalışma, düşük fiziksel aktivite seviyelerinin de MDB için bir risk etmeni olduğunu göstermektedir. Yapılan bir başka meta-analiz çalışması ise depresif atak geçirmiş kişilerin kronik depresyon geliştirmesindeki risk etmenlerini araştırmıştır. Çalışma sonucunda başlangıç yaşının daha genç olması, depresif dönemin daha uzun sürmesi, ailede duygudurum bozuklukları öyküsü, psikiyatrik eştanı, kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, düşük düzeyde sosyal etkileşim, olumsuz sosyal etkileşim ve düşük şiddetli depresif belirtilerin kronik depresyon gelişiminde risk etmenleri olarak belirlendiği görülmektedir (Hölzel, Härter, Reese, & Kriston, 2011).

2.2 Anksiyete

2.2.1 Anksiyetenin Tanımı

Farklı psikolojik kuramlar anksiyeteyi farklı şekillerde açıklamaya çalışsa da anksiyete kısaca korku benzeri, deneyimleyen kişiye içsel sıkıntı veren ve kötü bir şey olacakmış gibi hissettiren bir duygu ya da uyarıcı bir sinyal olarak tanımlanabilir. Anksiyetenin korkudan farkı; korkunun nedeni belli olan dış etkene bağlı iken anksiyetenin, belirsiz ve kişinin iç dünyasındaki çatışmadan doğan bir tepki olmasıdır (Tamam, & Demirkol, 2019). Kazdin'e (2000) göre anksiyete gerginlik hissi, endişeli düşünceler, gerilim ve kan basıncında artış gibi fizyolojik değişiklikler ile karakterize edilen bir duygudur. Anksiyetenin, bireylerin korku uyandırıcı ya da tehdit edici durumlara karşı verdiği gayet olağan bir tepki olduğu unutulmamalıdır. Bu uyarıcı durumlar dış dünyadan gelebildiği gibi kişinin içsel dünyasından da gelebilmektedir. Günlük hayatta her birey zaman zaman anksiyete, gerginlik, endişe ya da gerilim uyandıran deneyimler yaşayabilmektedir. Olağan düzeylerde anksiyete olası bir tehdit ya da tehlikeye karşı organizmanın kendini korumasını ve yaşamını sürdürmesini sağlamaktadır. Bu anlamda anksiyetenin, canlının yaşamını devam ettirmesi için biyolojik bir gereklilik olduğu düşünülebilir (Uzbay, 2002). Anksiyete ve benzeri duyguların birey tarafından kontrol edilmesi kolay olduğu zaman bir uzmandan yardım alma ihtiyacı duyulmamaktadır. Ancak kronik hale gelmesi ve bireyin hayatında bariz işlev bozuklukları yaratmaya başlaması durumunda uzman müdahalesi gerekmektedir (Baqtayan, 2012). Başka bir deyişle anksiyete büyümeye, farklı deneyimler yaşamaya ve hayatın getirdiği birtakım belirsizliklerle yüzleşmeye karşı verilen olağan ve doğal bir tepki olarak görülmektedir. Ancak patolojik durumlar olarak değerlendirilen anksiyete bozukluklarında uyarıların şiddeti ve sıklığına uygunsuz tepkiler verilmesi söz konusudur (Özakkaş, 2004).

APA (2014) tarafından yayınlanan DSM-5'deki anksiyete bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır:

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Özgül Fobi

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Panik Bozukluğu

Agarofobi

Yaygın Kaygı Bozukluğu

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

2.2.2 Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları toplumda görülen en yaygın ruh sağlığı bozukluklarından biridir. Şizofreni, MDB ve bipolar bozukluk gibi işlev kaybına neden olabilmektedir (Bystritsky, Khalsa, Cameron, & Schiffman, 2013). DSÖ (2017) tarafından yayınlanan verilere göre dünya genelinde anksiyete bozukluklarından en az birisi ile yaşayan kişi sayısının 264 milyon olduğu görülmektedir. Bu da dünya nüfusunun %3,6'sına denk gelmektedir. Depresyonda olduğu gibi anksiyete bozuklukları da kadınlarda (%4,6) erkeklere (%2,6) göre daha yüksek oranda görülmektedir (WHO, 2017). Türkiye Ruh Sağlığı Profili verilerine göre anksiyete bozukluklarının bir yıllık görülme yaygınlığı %6,7 olarak tespit edilmiştir (Kılıç, 1998). Ayrıca Türkiye'de anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisini inceleyen araştırma sayısının 2000 yılı ve sonrası için oldukça az olduğu görülmektedir. Araştırmaların çoğunda örneklemin üniversite öğrencileri ya da ayaktan başvuran hastalardan oluşması çıkan sonuçların topluma genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır (Binbay ve ark., 2014).

Geniş popülasyon ile yapılan anketlere dayalı araştırmalar toplumun %33,7'sinin, başka bir deyişle toplumun üçte birinin, yaşamı boyunca en az bir kez anksiyete bozukluklarından biri ya da daha fazlasından etkilendiğini göstermektedir. Bu popülasyonun çoğunu kadınlar oluşturmaktadır. Anksiyete bozukluğu olan kişiler

hakkında yeterli farkındalığın olmadığı ve bu bozukluklardan etkilenen kişilerin yeterince tedavi görmediği ortaya konmaktadır. Ayrıca anksiyete bozukluklarının toplum içerisinde görülme yaygınlığının önceki yıllara kıyasla azaldığına dair bir kanıt bulunmamaktadır. Bu bozuklukların yüksek işlev kaybına neden olduğu ve toplum için yüksek ekonomik yük oluşturduğu bilinmektedir. Anksiyete bozuklukları için etkili psikolojik ve farmakolojik tedaviler olmasına rağmen bu bozukluklardan etkilenen pek çok kişi gerekli sağlık hizmetini veren kurumlara başvuruda bulunmamaktadır. Ayrıca anksiyete bozuklukları arasında ve anksiyete bozuklukları ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasında yüksek düzeyde eşanlı olduğu ortaya konmuştur (Bandelow, & Michaelis, 2015).

2.2.3 Anksiyete Bozukluğunun Klinik Görünümü

Her bir spesifik anksiyete bozukluğu kendine özel ve diğer anksiyete bozukluklarından farklı belirtiler gösterebilir. Ancak anksiyete bozukluklarının genel olarak klinik görünümü duygudurum belirtileri, bilişsel belirtiler, bedensel belirtiler ve davranışsal belirtiler olmak üzere 4 başlık altında incelenebilmektedir. Bir bireyde anksiyete bozukluklarında görülen belirtilerin mevcut olması onun bir anksiyete bozukluğu tanısına sahip olduğunu göstermez. Bu belirtiler olağan anksiyete durumu sırasında da görülebilmektedir.

2.2.3.1 Duygudurum Belirtileri

Duygudurum belirtilerinin en çarpıcı şekilde kendini belli ettiği bozukluklardan birisi anksiyete bozukluklarıdır, hatta bozukluğa ismini veren belirti tipi olduğu söylenebilir. Anksiyete bozukluğu olan bireylerin yaşayabileceği bazı duygusal belirtiler korku, endişe, dehşete kapılma, huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik, alarmda olma ve tedirginlik olarak sayılabilir. Anksiyeteyi tetikleyen durumların doğasına göre birey tarafından hissedilen duygular farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, ani gerçekleşen ve önemli bir durum karşısında kişi panik duygusunu deneyimleyebilirken kronik bir durum söz konusu olduğunda kişi huzursuzluk ya da bitmişlik gibi duygular hissedebilir (Beck, Emery, & Greenberg, 2005).

2.2.3.2 Bilişsel Belirtiler

Anksiyete bozukluğu olan bireylerdeki bilişsel belirtilerin birçoğu normal bilişsel fonksiyonların abartılı hale gelmesi ile ortaya çıkmaktadır. Kendinin fazlasıyla farkında olma ya da aşırı tetikte olma buna örnek olarak gösterilebilir. Diğer belirtiler ise bazı normal bilişsel fonksiyonların inhibe edilmesi ile gerçekleşmektedir. Buna örnek olarak da dikkat dağınıklığı ya da bloklama verilebilir. Anksiyete bozukluğunda görülen bilişsel belirtiler dikkat dağınıklığı, bloklama, aşırı tetikte olma, kendinin fazlasıyla farkında olma, zihin bulanıklığı, bilişsel çarpıtmalar, akıl yürütmekte zorlanma, önemli şeyleri hatırlayamama, kontrolü kaybetme korkusu, ölüm korkusu, derealizasyon ve depersonalizasyon olarak sayılabilir (Beck ve ark., 2005).

2.2.3.3. Bedensel Belirtiler

Anksiyetenin algılanan tehlikeye karşı organizmanın bir çeşit kendini koruma düzeneği olduğu düşünülebilir. Bu durumda organizmanın, kendini korumaya hazırlanır şekilde fizyolojik belirtiler gösterdiği söylenebilir. Anksiyete bozukluğunda görülen belirtilerin sempatik sinir sistemi, parasempatik sinir sistemi ya da hormonal değişiklikler sonucu ortaya çıktığı görülmektedir (Gündüz, 2009).

Bedensel belirtiler arasında çarpıntı, bayılacak gibi olma, nefes alma güçlüğü, sık ve derin nefes alma, ağız kuruluğu, mide bulantısı, baş dönmesi, göğüste sıkışma hissi, el ve ayaklarda titreme, terleme, kusma, yorgunluk, göz bebeğinin büyümesi, yüzde ve göz kapaklarında titreme, kas spazmı, karın ağrısı, cinsel güçsüzlük, erken boşalma ve uyku sorunları sayılabilmektedir (Gündüz, 2009; Karamustafalıoğlu, & Yumrukçal, 2011; Tamam, & Demirkol, 2019).

2.2.3.4 Davranışsal Belirtiler

Anksiyete bozukluklarında görülen davranışsal belirtiler genellikle normal davranış sisteminin hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Örneğin; tonik hareketsizlik hali donma tepkisinin bir göstergesi olarak ortaya çıkarken yerinde duramama, huzursuzluk ve titremeler vücudun hareket için mobilize olmasını temsil etmektedir (Beck ve ark. 2005).

Davranışsal belirtiler başlıca kaçma ve kaçınma davranışları (özellikle anksiyete uyandıran durumlardan), kavga etme, huzursuzluk ya da yerinde duramama hali, inhibisyon, tonik hareketsizlik, gereğinden daha derin ve/veya hızlı nefes alıp verme, postürde bozukluklar ve koordinasyon bozukluğu olarak sayılabilmektedir (Beck ve ark., 2005 ve Gündüz, 2009).

2.2.4 Anksiyete Risk Etmenleri

Anksiyete bozukluğu ile depresyonun sıkça eşanlı olarak görüldüğü göz önüne alındığında, risk etmenleri üzerinde de benzerlikler görülmesi kaçınılmazdır. Nitekim aynı depresyonda olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da kadın cinsiyetinden olmak bir risk etmenidir. Bu olgunun ortaya çıkmasının olası nedenleri arasında; çocuklukta cinsel istismar, kronik stres, genetik ve nörobiyolojik etmenler sayılabilmektedir (Bandelow, & Michaelis, 2015). Nitekim 21.425 yetişkin ile yapılan geniş çaplı bir çalışmada, kadınların anksiyete bozukluğu yaşama olasılığının erkeklerin iki katı olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada MDB'yi ya da süregiden depresyon bozukluğu (distimi) olan bireylerin, %40'ından fazlasının son bir yıl içerisinde en az bir anksiyete bozukluğu geliştirdiği görülmüş ve depresyonun anksiyete bozukluğu geliştirmede bir risk etmeni olduğu ortaya konmuştur (Alonso, & Lépine, 2007).

Anksiyete bozukluğu geliştirmede risk etmenleri olarak başlıca; kadın cinsiyetinden olmak, dul, boşanmış, ya da bekar olmak, işsiz, ev hanımı ya da ev kocası olmak, bir uğraşı olmamak, düşük eğitim seviyesi ve düşük gelir seviyesi, davranışsal anlamda engellenmeye yatkın kişilik, anksiyeteye duyarlılık, olumsuz yaşam deneyimleri (özellikle çocukluk çağında şiddete maruz kalma), içedönüklük, mükemmeliyetçilik ve genetik yatkınlık sayılabilmektedir (Carr, 2012; Michael, Zetsche, & Margraf, 2007).

Yapılan bir diğer çalışmada ise, Avrupa/Anglosakson kültüründe yaşamının anksiyete riskinin diğer kültürlerle kıyasla %20 ila %50 arasında daha fazla olduğu görülmektedir. Yaş aralığının da anksiyete bozukluklarında önemli bir risk etmeni olduğu düşünülmektedir. Aynı çalışmaya göre 34-55 yaş aralığında olanların, 55 yaş ve üzeri olanlara kıyasla anksiyete bozukluğu yaşama riskinin %20 daha fazla olduğu

saptanmıştır (Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2012). Michael ve arkadaşlarına (2007) göre ise, %80-90 ihtimalle anksiyete bozukluğu gelişimi belirtileri kendini 35 yaştan önce göstermektedir. Ayrıca özellikle 10-25 yaş aralığı anksiyete bozukluğu gelişiminde yüksek risk oluşturmaktadır.

2.3 Bilinçli Farkındalık

2.3.1 Bilinçli Farkındalığın Tanımı

Temelleri eski Doğu meditasyon egzersizlerine dayanan bilinçli farkındalık (mindfulness) kavramının, özellikle son yıllarda psikoloji bilim dünyasının ilgisini çektiği ve birçok araştırmaya konu olduğu görülmektedir (Baer, 2003). Bilinçli farkındalık terimi birden fazla durumu anlatmak için kullanılabilir. Kuramsal bir yapı olarak (bilinçli farkındalık), bilinçli farkındalık kazandıracak bir egzersiz olarak (meditasyon gibi) ya da psikolojik bir süreç olarak (farkında olma gibi) düşünülebilir. Bu durumda öncelikle anlaşılabilir ve net bir bilinçli farkındalık tanımı yapılması önemli görülmektedir (Germer, Siegel, & Fulton, 2005).

Bilinçli farkındalık, bir terim olarak temeli Buda'nın yaklaşık 2600 yıl önce öğretilerinde kullandığı, eski Pali diline ait "sati" kelimesinden almaktadır. Buda'nın öğretilerinde teknik bir terim olarak kullanılan sati kelimesi; farkındalık, dikkat ve hatırlama anlamında kullanılmaktadır. Ancak buradaki hatırlama terimi, geçmişteki bir olayı hatırlama anlamına gelen bilişsel bir fonksiyon olarak anlaşılmalıdır. Hatırmalardan kastedilen, şimdiki ana odaklanmış farkındalık anında kişinin dikkatini neye yönelttiğini hatırlamasıdır. Sati kelimesi ilk defa 1881 yılında İngiliz çevirmen Rhys Davids tarafından "mindfulness" olarak İngilizceye çevrilmiştir (Germer, 2004 ve Levey, & Levey, 2018).

Budist bir bağlamda düşünüldüğünde bilinçli farkındalık kişinin yaptıklarının, zihinsel durumunun ve bedensel hislerinin farkında olması olarak tanımlanabilmektedir. Aynı zamanda beden, zihin ve hislerin geçici olduğuna dair bir farkındalık bu tanıma dahil edilmektedir (Shonin, Van Gordon & Singh, 2015). Zen ustası keşiş Thich Nhat Hanh'a (1976) göre bilinçli farkındalık, kişinin bilincinin şimdiki anın gerçekliği karşısında canlı tutulmasıdır. Brown ve Ryan'a (2003) göre bilinç, hem farkındalığı hem de dikkati içerisinde barındırmaktadır. Farkındalık, içsel

ve dışsal deneyimleri sürekli olarak gözetleyen bilince ait bir çeşit arka plan radarıdır. Dikkat ise, bilinçli farkındalığın sınırlı bir deneyim aralığına daha fazla bilgi işlemeyi sağlayan ve artan bir hassasiyet ile odaklanması olarak tanımlanabilmektedir (Kowalski ve Westen, 2011). Farkındalık ile dikkat, bilincin iki ayrı yönü olarak ele alınsa da aslında ikisi iç içe geçmiş durumdadır. Farkındalık bir zemin olarak düşünülürse dikkat sürekli olarak bu zeminden birtakım figürleri öne çıkarmakta ve bir süreliğine onları bilinçte tutmaktadır (Brown, & Ryan, 2003).

Bilinçli farkındalığın Batı dünyasına tanıtılmasındaki en önemli figürlerden biri olan Jon Kabat-Zinn (1994) ise bu kavramı; şimdiki anda gerçekleşenlere, kasıtlı olarak ve yargılamadan dikkat verme olarak tanımlamaktadır. Bishop ve arkadaşları (2004) bilinçli farkındalığı iki bileşen üzerinden tanımlamaktadır. İlk bileşen şimdiki anda gerçekleşen zihinsel olayların daha iyi farkedilebilmesine olanak sağlayan anlık deneyim üzerindeki dikkatin düzenlenmesini, ikinci bileşen ise kişinin şimdiki andaki deneyimlerine açık, kabullenici ve merak ile karakterize edilen bir yaklaşımı kapsamaktadır.

Bilinçli farkındalık (mindfulness), zıttı olan bir dikkatsizlik (mindlessness) halinin üzerinden de anlaşılabilir. Bu dikkatsizlik (mindlessness) hali ise kişinin şimdiki anda deneyimlediği duygulara, düşüncelere, güdülere ve nesnelere dikkatini vermeyi reddetmesi ya da bunları kabul etmemesi olarak tanımlanabilir. Birçok bireyi kronik olarak etkileyebilen bu dikkatsizlik (mindlessness) hali alışkanlıklar ve otomatik işlevler ile karakterize edilmektedir (Brown, & Ryan, 2003). Hayes ve Feldman'e (2004) göre ise bilinçli farkındalık hem kaçınma hem de aşırı üzerine gitme davranışlarının tersi olarak düşünülebilir. Aynı zamanda Budist bakış açısı ile uyumlu olarak; içsel deneyimlerin kabulünü, duygu ve duygudurum düzenleyebilme becerisini, bilişsel esnekliği, duygusal netliği ve sorunlara karşı sağlıklı bir yaklaşımı içerisinde barındıran duygusal bir denge halini temsil etmektedir.

Bilinçli farkındalık hali zaten her bireyde var olan bir durumdur. Vipassana (eski bir meditasyon tekniği) öğretmeni Joseph Goldstein bunu “mevcut olanı yargılamadan, müdahale etmeden fark eden bir zihin özelliği” olarak tanımlamaktadır. Bu, karşısındakini olduğu gibi ve açıkça yansıtan bir aynaya benzetilebilir (Kabat-Zinn, 2015). İnsanlar çoğunlukla anın gerçekliğinin ne olduğunun farkına varmak

yerine olaylar hakkında düşünceleri ve fikirleri ile dikkatleri dağılmış durumdadır. Bilinçli farkındalığın gelişimi için yapılması gereken, kişinin bu dikkat dağılışından kurtulmasıdır. Böylece kişi anın gerçekliğine uyanabilecektir (Germer, 2004). İnsan zihni her zaman dikkatin dağılmasına açık olduğu için bilinçli farkındalık gün içerisinde devamlı geliştirilebilecek bir yaşam tarzı olarak da görülebilmektedir (Linehan, 2015). Nasıl ki bir kas yeterli egzersiz ile geliştirilebilirse, bilinçli farkındalık da meditatif egzersizler ve kişinin aktif katılımı ile geliştirilebilecek bir beceridir (Kabat-Zinn, 2003).

Her ne kadar birbirinden farklı bilinçli farkındalığı arttırıcı pratikler olsa da, bilinçli farkındalığın deneyimlendiği anların birtakım ortak yönleri olduğu görülmektedir. Bilinçli farkındalık anı sırasında deneyimlenen uyanıklık hali pratiğe yeni başlayan kişi için de yıllardır meditasyon yapan kişi için de aynıdır. Germer ve ark.'na (2005) göre bilinçli farkındalık anlarının ortak özellikleri aşağıda sıralanmaktadır:

1. Kavramsal değildir. Bilinçli farkındalık hali düşünce sürecinin içine çekilmemiş bir farkındalıktır.
2. Şimdiki ana odaklıdır. Bilinçli farkındalık sadece şimdiki anda olabilir. Deneyimin kendisi ile ilgili düşünceler sonradan gelir.
3. Yargılayıcı değildir. Eğer deneyimlerimizin olduğundan farklı bir şey olmasını istersek farkındalık özgürce oluşamaz.
4. Kasıtlıdır. Bilinçli farkındalık her zaman dikkatin bir yere odaklanması niyetini gerektirir. Dikkatin şimdiki ana yönlendirilmesi bilinçli farkındalığı kalıcı yapar.
5. Katılımcının gözlemlenmesini gerektirir. Bilinçli farkındalık kendini soyutlamış bir tanıklık hali değildir. Zihni ve bedeni daha yakından deneyimlemeyi gerektirir.
6. Sözel değildir. Bilinçli farkındalık hali kelimeler ile kavranamaz çünkü farkındalık herhangi bir kelime zihinde ortaya çıkmadan önce zaten meydana gelmiştir.

7. Keşifcidir. Bilinçli farkındalık her zaman algının ilk bakışta göze çarpmayan yönlerini araştırmaktadır.

8. Özgürleştiricidir. Bilinçli farkındalık halinin her anı koşullanmış ızdıraptan özgürleşmeyi sağlar.

2.3.2 Bilinçli Farkındalık Uygulamaları

Bilinçli farkındalık hali kişide sabit bir şekilde bulunan bir durum değildir. Doğru pratik ile bilinçli farkındalık öğrenilebilir ve geliştirilebilir. Budist psikolojisi iki meditasyon yöntemi arasında ayırım yapar; içgörü (vipassana) ve konsantrasyon (samatha) meditasyonu. Psikoloji literatüründe vipassana meditasyonundan genellikle bilinçli farkındalık (mindfulness) meditasyonu olarak bahsedilmektedir (Germer, 2005)

Konsantrasyon meditasyonu dünya genelinde birçok gelenekte var olan odaklanmayı, sakinlik ve dinginliği gerektiren ve böylece kişinin dikkat becerilerini arttırmasını sağlayan bir meditasyon tekniğidir. Meditasyon sırasında önce uygulamayı yapan kişilerden rahat bir pozisyonda oturmaları ve dikkatlerini bir düşünce ya da objeye odaklamaları istenir. Uygulamayı yapan kişilerin dikkatlerinin dağıldığını fark ettiklerinde önce odaklarını dikkatlerini dağıtan nesneden çekmeleri, sonrasında dikkatlerini tekrar odaklanmaya niyet ettikleri nesneye çevirmeleri gerekmektedir (Müller, Gerasimova, & Ritter, 2016). Konsantrasyon meditasyonunda sakin ve sürekli bir dikkat ile meditatif bir sükunet hali kazanılması amaçlanmaktadır (Shields ve ark., 2020).

Aynı konsantrasyon meditasyonunda olduğu gibi bilinçli farkındalık (mindfulness) meditasyonunda da uygulamayı yapan kişilerden ilk olarak rahat bir şekilde oturmaları, sonrasında ise nefes alışlarının, bedensel hislerinin ve çevrelerinin farkında olmaları istenir. Eğer meditasyon yapan kişi zihninin belirli bir nesne, duygu ya da düşünceye kaydığını fark ederse dikkatinin tekrar beden ve çevreye verilmesi gerekmektedir. Burada meditasyon yapan kişinin belli bir nesneye odaklanmayı seçmeden arka plandaki farkındalığı sürdürmesi amaçlanmaktadır. Yani konsantrasyon meditasyonunda dikkatin bir nesne üzerinde odaklanması şartken, bilinçli farkındalık (mindfulness) meditasyonunda uygulamayı yapan kişi belirli bir

düşünce ya da duyguya odaklanmadan zihinde beliren herhangi bir nesneyi gözlemlemekte ve arka plan farkındalığını sürdürmeye çalışmaktadır. (Müller ve ark., 2016).

Siegel'e (2010) göre bilinçli farkındalık uygulamaları biçimsel (formal), biçimsel olmayan (informal) ve inzivaya çekilme olmak üzere üç farklı kategoride incelenebilmektedir. Biçimsel (formal) uygulamalar gün içerisinde belirli bir zaman aralığında bilinçli farkındalığı arttıracak bir meditasyon pratiği ile karakterize edilir. Meditasyon egzersizi ideal olarak gününbirlik yapılmalıdır. Meditasyon sırasında başka bir aktivite ile uğraşılmaz, sadece bilinçli farkındalık kazanılması amaçlanmaktadır. Meditasyon egzersizleri genellikle nefes ya da benzeri bir hisse odaklanarak başlar ve zihin ne zaman odağını kaybederse dikkat tekrar odaklanılan hisse verilir. Belirli bir konsantrasyon geliştirildikten sonra meditasyonun odağı herhangi bir deneyim olabilir. Buradaki asıl amaç şimdiki anın olduğu gibi kabullenilerek deneyimlenmesini sağlamaktadır. Biçimsel olmayan (informal) uygulamalar bilinçli farkındalık kazandırma amacı ile gün içerisinde yapılan aktivitelere dikkat vermeyi içermektedir. Biçimsel (formal) uygulamaların aksine biçimsel olmayan (informal) uygulamalar için kişinin günlük rutinini bırakıp ayrıca zaman ayırması gerekmez. Yenilen yemeğin tadının farkında olmak, yürüyüş yaparken vücutta oluşan hislerin farkında olmak ya da yanından geçerken ağaçlar ve gökyüzünü fark etmek biçimsel olmayan (informal) uygulamalara örnek olarak verilebilir. İnzivaya çekilme uygulaması ise isminden de anlaşılacağı gibi bilinçli farkındalığı arttırmaya yönelik bir çeşit tatil olarak düşünülebilir. Çoğu inziva sessizlik içinde ve kişilerarası etkileşimin en az olduğu yerlerde yapılır. Gün içerisinde meditasyon egzersizlerinin yanında dış fırçalama, duş alma, yemek yeme ve günlük ev işleri gibi aktiviteler yapılmaktadır.

2.3.3 Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler

Bilinçli farkındalığın, günümüzde üçüncü dalga davranışçı terapiler olarak bilinen Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT) ve Metakognitif Terapi gibi terapi yöntemlerine entegre edildiği dikkat çekmektedir (Merwin, ve ark.,2019; Normann, & Morina, 2018 ve Vatan, 2016). Ancak metakognitif terapide bilinçli farkındalıktan yalnızca kısmen yararlanılmaktadır. Buna karşın bilinçli farkındalığı temelinde

barındıran Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MTSA) Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKTY) ve Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT), bilinçli farkındalık temelli müdahaleler arasında sayılabilmektedir (Önen, 2021).

2.3.3.1 Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MTSA)

Jon Kabat-Zinn 1979'da Massachusetts Üniversitesi Tıp Merkezi'nde Stres Azaltma Kliniğini kurdu ve burada bilinçli farkındalık ile ilgili budist öğretilerin entegre edildiği stres azaltma ve gevşeme programını uygulamaya başladı. Sonrasında 1990 yılında programın ismini Mindfulness Temelli Stres Azaltma olarak belirledi ve budizm temellerinden çok, programın bilimsel ve tıbbi yönünü ön plana çıkarmaya çalıştı (Wilson, 2014). MTSA düzenli yapılan meditasyon egzersizleri ile kazanılmış bilinçli farkındalık aracılığıyla stres azaltmayı amaçlayan 8 haftalık bir programdır. Program haftada yaklaşık 2-2.5 saatlik eğitimli bir öğretmen öncülüğünde grup ile yapılan meditasyon dersleri, sesli rehber yardımıyla evde yapılan günlük 45 dakikalık meditasyon ve altıncı haftada gerçekleşen bir inzivaya çekilmeden oluşmaktadır. Kurs içeriğinin çoğu, oturma meditasyonu, vücudu tarama (body scan), vücudu hafifçe germe ve yoga gibi çeşitli meditatif uygulamaları kullanarak beden duyularına nasıl bilinçli bir şekilde dikkat verileceğini öğretmeye odaklanır (Hofmann & Gómez, 2017).

2.3.3.2 Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT)

Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT) programı duyguların düşüncelerin ve gerçekliğin yargılanmadan kabul edilmesini sağlayan bir farkındalık geliştirilmesi ile depresyon hastalarında nüksetmeyi önleme amacıyla geliştirilmiştir. Aynı MTSA programında olduğu gibi 8 haftalık grup ile yapılan program MTSA programını, Beck tarafından kavramsallaştırılan ve uygulanan bilişsel davranışçı terapinin (BDT) psikolojik temeli ile birleştirmektedir (Segal, Williams & Teasdale, 2018). Bilinçli farkındalık becerileri depresif bireylerin ruh hallerindeki olumsuz değişimleri direkt yargılamadan ve tepki vermeden farkında olmalarına yardımcı olmaktadır. Bilinçli farkındalık becerileri, bilişsel terapi ilkeleri ile birleştirilerek bireylerin depresif semptomları ile ilişkili tekrarlayıcı olumsuz düşünce kalıplarından

kurtulması sağlanmaktadır (Shahar, Britton, Sbarra, Figueredo, & Bootzin, 2010). Biçimsel (formal) meditasyon egzersizlerinde kazanılan becerileri günlük hayata entegre etmek için “üç dakikalık nefes egzersizi” (three-minute breathing space) kullanılmaktadır. Egzersiz duygu, düşünce ve bedensel duyuların farkında olma; nefese dikkat etme; ve son olarak da dikkati tüm vücuda genişletme olmak üzere toplam üç adımdan oluşur (Segal ve ark.,2018).

2.3.3.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)

Kabul ve kararlılık terapisi, yetişkin psikoterapi alanında klasik davranış analizi ilkelerine dayalı çağdaş bir yaklaşım olarak geliştirilmiştir (Hayes & Wilson, 1994). Bireyin anlamlı bir hayat yaratması ve bunu getirdiği kaçınılmaz acıyı kabul etmesini amaçlayan psikoterapide bireyin bilişsel esneklik kazanması hedeflenir. Bilişsel esnekliğin kazanılması için dördü bilinçli farkındalık ve kabul temelli (bilişsel ayırışma, kabul, şimdiki an ile temas ve bağlam olarak benlik) ikisi davranışsal değişim temelli (değerler ve kararlı eylem) olmak üzere altı temel prensipten bahsedilmektedir (Harris, 2006). KKT’de formal meditasyon pratikleri zorunlu değildir. Ancak pratikte KKT’nin terapötik stratejilerini bilinçli farkındalık becerilerinden ayırmak mümkün değildir (Hofmann & Gómez, 2017). Örneğin, KKT’nin temel prensiplerinden biri olan bağlam olarak benlik, ya da diğer adıyla gözlemleyen benlik, presibi danışanlara içsel deneyimlerine bağlanmadan, yargılamadan ya da değiştirmeye çalışmadan sadece gözleme becerisi kazandırmayı amaçlamaktadır. Danışanlar kendinlerini sıkıntı verici duygu, düşünce ve hislerinden ayrı olarak görmeye ve bunları olduğu gibi kabul etmeye çalışırlar. Örneğin, danışanlara “ben kötü bir insanım” yerine “zihnimde kötü bir insan olduğuma dair bir düşünce var” gibi bir yargıda bulunmaları öğretilmektedir (Hayes & Wilson, 1994).

2.3.3.4 Diyalektik Davranış Terapisi (DDT)

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Marsha Linehan (1993a) tarafından borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu (BKB) olan kişilerin tedavisi için geliştirilmiş, kabul ve değişim stratejilerinin bir arada kullanıldığı, kanıta dayalı bir terapi yöntemidir (Robins, Zerubavel, Ivanoff ve Linehan, 2018). Zen Budizm’den örnek alınan farkındalık (mindfulness) ve radikal kabul becerileri, danışanlara kabul

stratejilerinin öğretilmesi amacıyla kullanılmaktadır. DDT bağlamında bilinçli farkındalık, şimdiki anda olanları yargılamadan ya da yadsımadan olduğu gibi kabul ederek yaşamaktır. Başka bir deyişle şimdiki anın gerçekliğine uyanmaktır (Linehan, 2015a). Farkındalık, DDT için oldukça önemli olan dört temel beceri eğitimi modülünden birisidir. Ancak BKB'li bireylerin çok yönlü problemlerinin etkili tedavisi için kişilerarası etkinlik, sıkıntıya tolerans ve duygu düzenleme olmak üzere üç farklı modül daha kullanılmaktadır (Linehan 2015b). DDT'de danışanların farkındalık becerisi ile bilge zihin haline kavuşmaları amaçlanmaktadır. Bilge zihin, mantık ve pragmatizmi önce çıkararak mantıklı zihin ile anlık duygusal değişimler ile karakterize edilen duygusal zihnin sentezlenmesi sonucu ortaya çıkar. Bilge zihin içerisinde mantıklı zihni de duygusal zihni de bulundurur. Bu da özellikle duygu regülasyonu sorunu yaşayan kişilerin aşırı tepkilerini dengelemeye yardımcı olmaktadır (Linehan, 1993b).

2.3.4 Bilinçli Farkındalık Egzersizlerindeki Temel Tutumlar

Bilinçli farkındalık egzersizleri uygulanırken yargılamamak, sabır, acemi zihni, güven, hırslanmamak, kabul ve olurlarına bırakmak olmak üzere kazanılması gereken yedi temel tutum bulunmaktadır. Bu tutumları birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirmek mümkün değildir. Her bir tutum başka bir tutuma dayanabilmekte ya da başka bir tutumun kazanılmasına yardımcı olabilmektedir. Temel tutumların egzersiz sırasında geliştirilmesi için bilinçli olarak çaba gösterilmesi gerekmektedir (Kabat-Zinn, 2013).

2.3.4.1 Yargılamamak

İnsan zihnini adeta bir yargı makinesine benzetmek mümkündür. Etrafında gördüğü hemen hemen her şeye “iyi”, “kötü”, “güzel”, “çirkin” vb. etiketler yapıştırma eğilimindedir. Kişinin bunun için fazladan bir çaba harcaması gerekmemektedir. İnsan zihninde otomatik olarak beliren bu tip yargılar zihni tamamen ele geçirebilmektedir. Bu durum, amacı gerçekliği olduğu gibi, tarafsız ve berrak bir şekilde görmek olan bilinçli farkındalık egzersizleri için bariz bir engel teşkil etmektedir. Bu nedenle bilinçli farkındalık egzersizlerinde yargılamama tutumu geliştirilirken, bireyin kendi deneyimlerine üçüncü kişi gözünden bakarak otomatik tepkilerinin farkında varması

amaçlanmaktadır (Ninivaggi, 2019). Ancak burada yargılamamaktan kastedilen, kişinin durumlar hakkındaki olumsuz düşüncelerinden kurtulup olumlu düşünmesi ya da karşılaştığı her durumu sevmesi anlamına gelmemektedir. Hatta böyle bir tutum bilinçli farkındalık kazanmayı olumsuz etkileyecektir. Yalnızca kişinin yaptığı otomatik yargıların farkında olması ve bunları sadece bir yargı olarak görebilmesi amaçlanmaktadır (Atalay, 2019).

2.3.4.2 Sabır

Bilgelğin bir türü olan sabır, kişinin hayatın karşısına getirdiği durumlar karşısında aceleci olmaması ve olayların doğal bir şekilde gelişmesine izin vermesi olarak tanımlanmaktadır. Doğal bir sürecin işleyişi sırasında aceleci olmamak ve zamanın akması ile bir sorunu olmamayı içermektedir. Sabır tutumunu geliştiren kişiler, her şeyin bir zamanı olduğunu ve gelecekte olmasını bekledikleri bir hedefe ulaşmak için sürekli bir beklenti içerisinde olmanın yardımcı olmak yerine zararlı olduğunu anlamaktadır (Schultz, 2003).

2.3.4.3 Acemi Zihni

Bilinçli farkındalık tutumları arasında önemli bir yere sahip olan acemi zihni, dünyayı ilk defa gören bir çocuğun gözlerinden görmeye benzetilebilmektedir. Koşullanmış bakış açılarından bir çeşit özgürleşmedir. Yargılamamak tutumunda söz edildiği gibi, insan zihni yaşadığı deneyimleri yargılama eğilimindedir. Kişinin geçmişinden getirdiği bu yargılar, anın kendine özgü yapısına bir etiket yapıştırmakta ve böylece kişi anın gerçekliğini kavradığını düşünmektedir. Ancak her an kendine özgü ve eşsizdir. Acemi zihin tutumunda bu basit gerçeğin kavranması hedeflenmektedir. Acemi zihnin temel amaçlarından birisi kişiyi yabancı ya da tuhaf gelen deneyimlere karşı hazırlamaktır (Ninivaggi, 2019).

2.3.4.4. Güven

Bilinçli farkındalık bağlamında güven, kişinin kendine ve duygularına güvenmesi, onurlandırması ve bunlar için sorumluluk alması olarak tanımlanmaktadır. Bu aynı zamanda kişinin derin sezgilerine (intuition) güvenmesini içermektedir. Böylece kişi, içgüdülerini (gut instinct) inkâr etmek yerine onlara kulak verebilmekte

ve bunun yararını görebilmektedir. Ayrıca kişinin sağlıklı ve zinde kalması için neye ihtiyacı olduğun hissine güvenmesini de kapsamaktadır (Schultz, 2003). Bu asla kişinin kendisi dışından gelen bilgileri yok sayması anlamına gelmemektedir. Diğer kaynaklar (öğretmenler, kitaplar vb.) bir yol gösterici ya da rehber olabilmektedir. Ancak bazen insanlar, kendileri dışındaki kaynakları otorite olarak görüp sorgulamadan inanmakta ya da taklit edebilmektedir. Bu durum kendini bilmeye odaklı meditatif pratikleri ile zıtlasma göstermektedir (Özyeşil, 2011).

2.3.4.5. Hırslanmamak (Non-Striving)

İnsanın hayatta yaptığı neredeyse her şey bir amaç (bir şeyi elde etmek, bir yere varmak vb.) içindir. Bu amaç odaklı tutum, meditasyon için gerçek bir engel olabilmektedir, çünkü meditasyon özünde “bir şey yapmama” (non-doing) halidir. Bununla anlatılmak istenen, meditasyonun anın gerçekliğinin farkında olmak dışında bir amacı olmamasıdır. Eğer bir kişi meditasyon yapmak için oturduğunda “rahatlayacağım”, “ızdırabımı azaltacağım” ya da “daha mutlu bir insan olacağım” gibi düşünceleri ya da beklentileri varsa, bu durum olanı kabul etmeyip olması gereken bir amaca ulaşma fikrini pekiştirebilmektedir. Bu durum da şimdiki anın olduğu gibi kabul edilemeyeceği varsayımını destekler ve meditasyonun ruhuna tamamen aykırıdır (Kabat-Zinn, 2013).

2.3.4.6. Kabul

Kabul tutumu, olayları kişinin olmasını istediği gibi değil şimdiki anda gerçekten oldukları gibi görmesini ifade etmektedir. İnsanlar çoğu zaman kendi duyguları, düşünceleri ya da dış dünyadaki birtakım durumlara karşı direnç göstermekte ya da doğrudan bunları inkar etmektedir. Bu durum belki kısa süreliğine kişiyi iyi hissettirecektir ancak eninde sonunda gereksiz bir gerginlik ve enerji kaybına neden olacaktır. Böylece kişinin hayatını gerçekten olumlu yönde geliştirecek değişimler yapması için yeterli enerjisi bile kalmamaktadır. Kabul tutumu kesinlikle durumlara karşı pasif bir tavır gerektirmemektedir. Kabul tutumunu sergileyen kişi hala değerlerine, sınırlarına, prensiplerine göre hareket edebilmekte, olumsuz bulunduğu durumları değiştirmek için çaba gösterebilmekte ve gerektiğinde sınır koyabilmektedir. Burada anlatılmak istenen yalnızca anın gerçeğini direnç

göstermeden olduğu gibi kabul etmektir. Hatta kabul tutumunu sergileyen bir kişi, olayları olduğu gibi gördüğu ve kabul ettiği için tüm bunları daha etkili bir şekilde yapabilecektir (Kabat-Zinn, 1990).

2.3.4.7 Oluruna Bırakmak (Letting Go)

Bilinçli farkındalık egzersizlerinin son temel tutumu olan oluruna bırakmak, Budizm ve yoga öğretilerinin temelinde yer alan bağlanma (attachment) kavramı üzerinden anlaşılabilir. Bağlanma, kişinin herhangi bir durum ya da deneyime sıkıca tutunduğu bir alışkanlık hali olarak düşünölebilmektedir. Oluruna bırakmak, bağlanmanın olmadığı (non-attachment) bir durum olarak görölmektedir (Ninivaggi, 2019). Bu bağlanmama hali, kişinin hoşuna giden deneyimlere sıkıca tutunmamasını beraberinde getirmektedir. Oluruna bırakmak kişinin olumsuz olarak gördüğu deneyimlere de direnmemesini gerektirir çünkü bu da bir çeşit bağlanmadır. Başka bir deyişle, “böyle olmak zorunda” ya da “böyle olamaz” gibi yargılara sıkıca tutunmamaktır. Bir kişi bu tarz yargılara tutunduğunu fark eder ve bundan zorla kurtulmaya çalışırsa bu oluruna bırakmanın tam tersidir. Her türlü düşünce ya da yargı farkındalık tarafından olduğu haliyle bırakılabilir. Aksi takdirde kişi kendini yargıladığı için yargılayacaktır ve bu da durumu yalnızca daha zor hale getirecektir (Kabat-Zinn, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem

Çalışma örnekleme, hasta grubu (depresyon grubu) ve kontrol grubu olmak üzere iki gruptan oluşmuştur. Hasta grubu için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurmuş ve MDB tanısı almış (depresyon grubu) 40 kişi, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol grubu için de 40 kişi olmak üzere toplamda 80 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Her iki grup için de 18-65 yaş aralığında olmak, çalışmaya gönüllü katılmayı kabul etmek ve bilgilendirilmiş onam formunu onaylamak, iletişime açık olmak ve algı sorunu olmamak, görme ve işitme engeli olmamak ve okuryazar olmak şartları aranmıştır. Mental retardasyon, yaygın gelişimsel bozukluk, bilişsel yeti yitimi veya demansı olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca katılımcılara, katılıma onay vermeme haklarının bulunduğu ve araştırmaya katıldıkları takdirde hiçbir gerekçe göstermeyerek formları tamamlamadan çıkma hakkına da sahip oldukları açıklanmıştır.

3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri hakkında bilgi edinilmesi amacı ile "Demografik Bilgi Formu", depresyon düzeylerinin ölçülmesi için "Beck Depresyon Ölçeği", anksiyete düzeylerinin ölçülmesi için "Beck Anksiyete Ölçeği" ve son olarak bilinçli farkındalık düzeylerinin ölçülmesi için "Bilinçli Farkındalık Ölçeği" belirtilen sırayla katılımcılara uygulanmıştır. MDB tanısı alan hasta grubu için tüm formlar Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde muayene sonrası uygulanmıştır.

3.2.1 Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya alınan katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgi edinilmesi amacı ile hazırlanan form toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara ilk aşamada verilen formda; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma

durumu, gelir düzeyi, mesleği, sahip olduğu çocuk sayısı, yaşadığı yerleşim yeri ve psikiyatrik bir rahatsızlığı olup olmadığı, eğer var ise bu rahatsızlığın ne olduğu sorulmuştur. Psikiyatrik bir rahatsızlığı olan katılımcılar kontrol grubuna alınmamıştır.

3.2.2 Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ hem psikiyatrik hem de normal toplumdaki erişkin bireylerin depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmek amacıyla Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1961) tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir. Olumsuz bilişsel çarpıtmaları depresyonun merkezinde gören bir yaklaşım ile geliştirilen ölçek, günümüze kadar birkaç kez gözden geçirilmiştir (Beck, Steer, & Brown, 1996 ve Beck, Steer, & Carbin, 1988). Ölçeğin amacı tanısal bir ayırım yapmak değil, depresyonun şiddetini niteliksel ve niceliksel olarak ölçülebilir bir hale getirmektir (Beck ve ark., 1961).

Günümüzde de depresif belirtilerin değerlendirilmesinde sıkça kullanılan ölçek, 1989 yılında Hisli tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Toplamda 21 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi 4 seçenek içermektedir. Maddelerde yer alan seçenekler 0' dan 3'e kadar puanlandırılmakta ve tüm maddelerden alınan puanlar birbirine eklenerek toplam puan elde edilmektedir. 0 puan depresif belirtinin olmadığını gösterirken 1, 2 ve 3 puan depresif belirtinin şiddetini belirlemektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Bir kişinin toplam puanı ne kadar yüksekse, depresif belirtilerin şiddeti de o kadar yüksek demektir. 0-9 aralığı: en az düzey, 10-16 aralığı hafif düzey, 17-29 aralığı orta düzey ve 30-63 aralığı şiddetli düzey depresif belirtilerin varlığına işaret etmektedir (Hisli, 1988 ve Kılınç, & Torun, 2011). Hisli tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirlik katsayısı madde analizi tekniğiyle $r = .80$, yarıya bölme tekniğiyle $r = .74$ olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlik yöntemi ile belirlenmeye çalışılan geçerliği ise $r = .50$ olarak tespit edilmiştir. (Hisli, 1989).

3.2.3 Beck Anksiyete Ölçeği

BAÖ 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından anksiyete ile depresyon belirtileri arasında güvenilir bir ayırım yapmak ve anksiyete düzeylerinin şiddetini

yakınsak geçerliği olan bir ölçekle değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 21 maddeden oluşan öz-bildirim ölçeği, depresyondan ayrı olarak yalnızca anksiyeteye bağlı somatik belirtiler ve öznel kaygı düzeylerini değerlendirmektedir. 21 maddenin her biri 4'lü likert tipi sisteme göre cevaplandırılmaktadır. Ölçeği dolduran kişi, son bir hafta içerisinde belirtilen maddelerin kendisini ne derecede rahatsız ettiğine göre uygun gelen seçeneği işaretlemektedir. Her bir maddedeki 4 seçenek "hiç (0 puan), hafif düzeyde (1 puan), orta düzeyde (2 puan) ve ciddi düzeyde (3 puan)" olmak üzere 0 ile 3 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Bir kişinin toplam puanı ne kadar yüksekse anksiyete belirtilerinin şiddeti de o kadar yüksek demektir (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

BAÖ, 1998 yılında Ulusoy şahin ve Erkmn tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Psikiyatrik hastalığı olan topluluk ile gerçekleştirilen çalışmada, güvenilirlik için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı. 93, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı. 57, madde-toplam korelasyon katsayıları ise. 46 ile. 72 arasında tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerliği incelendiğinde; Durumluk Kaygı Ölçeği ile 0.45, Sürekli Kaygı Ölçeği ile .53, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile .41, BDÖ ile .46 ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ile .34 düzeyinde korelasyon gösterdiği görülmüştür (Ulusoy ve ark., 1998).

3.2.4 Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği, 2003 yılında Brown ve Ryan tarafından kişilerin günlük hayattaki anlık yaşantıları için farkındalık ve dikkat düzeylerinin ölçülmesi amacıyla genel erişkin topluluk için geliştirilmiştir bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, bilinçli farkındalığın temel karakteristiklerini değerlendirmek için geliştirilen toplam 15 maddeden oluşmaktadır (örnek madde: "Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikte bağlanmış gibi yapıyorum"). Ölçekteki her bir madde 6'lı likert tipi sisteme göre puanlanmaktadır. Puanlandırma sistemi; "hemen hemen her zaman (1 puan), çoğu zaman (2 puan), bazen (3 puan), nadiren (4 puan), oldukça seyrek (5 puan) ve hemen hemen hiçbir zaman (6 puan)" şeklinindedir. Ölçeği dolduran bireyin yüksek puan alması, bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Brown ve Ryan, 2003).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanma çalışması, Özyeşil, Arslan, Kesici ve Deniz tarafından 2011 yılında yapılmıştır. 284 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada güvenirlik bağlamında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .80, test-tekrar test korelasyonu ise .86 olarak tespit edilmiştir. Geçerlik bağlamında ise Özanlayış Ölçeği ile .48, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nin depresyon alt boyutu ile -.52, anksiyete alt boyutu ile -.51, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği'nin stres alt boyutu ile -.53, pozitif duygu alt boyutu ile .21 ve negatif duygu alt boyutu ile -.47 anlamlı korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur (Özyeşil ve ark., 2011).

3.3. Veri Analizi

Araştırmadan toplanan verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı, Shapiro Wilk testi kullanılarak test edilmiştir. Normal dağılıma uygun olan sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uygunluk göstermeyenler medyan (minimum-maksimum) şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik değişkenleri ifade etmek için ise frekans ve yüzde, n (%) olarak gösterilmiştir. İki grup arasındaki verilerin normal dağılımı durumunda bağımsız çift örneklem t-testi, normal dağılmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun verileri karşılaştırılırken dağılımın normal olduğu durumlarda ANOVA testi, gruplardan en az birinin verilerinin normal dağılmaması durumunda Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İki grubun kategorik veriler açısından karşılaştırıldığı durumlarda Pearson ki-kare ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. Depresyon grubunda ölçek puanları arasındaki ilişki incelenirken normal dağılan veriler için Pearson korelasyon katsayısı, normal dağılmayanlar için Spearman korelasyon katsayısı dikkate alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi yapılırken SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 programı kullanılmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya alınan katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucunda ortaya çıkan bulgulara yer verilmektedir. MDB tanısı almış hastalardan oluşan grup ile kontrol grubu sosyodemografik değişkenler, BDÖ, BAÖ ve BİFÖ puanları bakımından karşılaştırılmıştır. Sonrasında MDB tanısı almış hastalardan oluşan depresyon grubu üzerinden depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişki incelenmiştir.

4.1 Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Araştırmaya depresyon grubundan 40 kişi ve kontrol grubundan 40 kişi olmak üzere toplamda 80 kişi alınmıştır. Depresyon grubu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik değişkenler Tablo 2 de görölmektedir.

Tablo 2. Depresyon ve Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

	Depresyon Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=40)	p-değeri
Cinsiyet			
Kadın	36(%90)	26(%65)	0,007
Erkek	4(%10)	14(%35)	
Yaş	51(18-65)	29(18-55)	<0,001
Medeni Durum			
Bekar	6(%15)	19(%47,50)	0,005
Evli	27(%67,50)	19(%47,50)	
Boşanmış	7(%17,50)	2(%5)	
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	18(%45)	1(%2,50)	<0,001
Lise	14(%35)	8(%20)	
Üniversite	8(%20)	22(%55)	
Yüksek Lisans/Doktora	0(%0)	9(%22,50)	
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	31(%77,50)	11(%27,50)	<0,001
Çalışıyor	9(%22,50)	29(%72,50)	
Gelir Düzeyi			
0-1500 TL	21(%52,50)	6(%15)	<0,001
1501-3500 TL	8(%20)	3(%7,50)	
3501-5000 TL	6(%15)	2(%5)	
5001-7500 TL	5(%12,50)	10(%25)	
7500 TL ve üstü	0(%0)	19(%47,50)	
Çocuk Sayısı			
0	5(%12,50)	23(%57,50)	<0,001
1	3(%7,50)	10(%25)	
2	18(%45)	4(%10)	
3	10(%25)	3(%7,50)	
4 ve üstü	4(%10)	0(%0)	
Yerleşim Yeri			
Köy	4(%10)	1(%2,50)	0,518
İlçe	7(%17,50)	8(%20)	
Şehir Merkezi	29(%72,50)	32(%77,50)	

Depresyon grubundaki katılımcıların %90'ının (n=36) kadın, %10'unun (n=4) erkek; kontrol grubundaki katılımcıların ise %65'inin (n=26) kadın, %35'inin (n=14) erkek olduğu görülmektedir. Depresyon ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,007).

Yaş verileri açısından her iki grup da normal dağılım göstermemektedir. Depresyon grubunun medyanı M=51(18-65) iken kontrol grubunun medyanı M=29 (18-55) olarak bulunmuştur. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Depresyon grubundaki katılımcıların %15'inin (n=6) bekar, %67,50'sinin (n=27) evli ve %17,50'sinin (n=7) boşanmış olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun ise %47,50'sinin (n=19) bekar, %47,50'sinin (n=19) evli ve %5'inin (n=2) boşanmış olduğu görülmektedir. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,005$).

Depresyon grubundaki katılımcıların %45'inin (n=18) ilköğretim mezunu, %35'inin (n=14) lise mezunu, %20'sinin (n=8) üniversite mezunu ve hiçbirinin yüksek lisans ya da doktora mezunu olmadığı görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise %2,50'sinin (n=1) ilköğretim mezunu, %20'sinin (n=8) lise mezunu, %55'inin (n=22) üniversite mezunu ve %22,50'sinin (n=9) yüksek lisans ya da doktora mezunu olduğu görülmektedir. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Depresyon grubundaki katılımcıların %77,50'sinin (n=31) herhangi bir işte çalışmadığı, %22,50'sinin (n=9) ise çalıştığı görülmektedir. Kontrol grubu için ise katılımcıların %27,50'sinin (n=11) herhangi bir işte çalışmadığı, %72,50'sinin (n=29) ise çalıştığı görülmektedir. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Depresyon grubundaki katılımcıların %52,50'sinin (n=21) 0-1500 TL arasında, %20'sinin (n=8) 1501-3500 TL arasında, %15'inin (n=6) 3501-5000 TL arasında, %12,50'sinin (n=5) 5001-7500 TL arasında aylık geliri olduğu ve hiçbirinin 7500 TL ve üstü aylık geliri olmadığı görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise %15'inin (n=6) 0-1500 TL arasında, %7,50'sinin (n=3) 1501-3500 TL arasında, %5'inin (n=2) 3501-5000 TL arasında, %25'inin (n=10) 5001-7500 TL arasında ve %47,50'sinin (n=19) 7500 TL ve üstü aylık geliri olduğu görülmektedir. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Depresyon grubundaki katılımcıların %12,50'sinin (n=5) hiç çocuğu olmadığı, %7,50'sinin (n=3) 1 çocuğu, %45'inin (n=18) 2 çocuğu, %25'inin (n=10) 3 çocuğu, %10'unun 4 ve daha fazla çocuğu olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise %57,50'sinin (n=23) hiç çocuğu olmadığı, %25'inin (n=10) 1 çocuğu, %10'unun (n=4) 2 çocuğu, %7,50'sinin (n=3) 3 çocuğu olduğu ve hiçbirinin 4 ve daha fazla çocuğu olmadığı görülmektedir. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Depresyon grubundaki katılımcıların %10'unun (n=4) köyde, %17,50'sinin (n=7) ilçede ve %72,50'sinin (n=29) şehir merkezinde yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise %2,50'sinin (n=1) köyde, %20'si (n=8) ilçede ve %77,50'sinin (n=31) şehir merkezinde yaşadığı görülmektedir. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında yerleşim yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,518$).

4.2 Grupların Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Depresyon ve kontrol grubunun BDÖ, BAÖ ve BİFÖ puanları üzerinden karşılaştırılması sonucunda elde edilen veriler Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3. Depresyon ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Depresyon Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=40)	p-değeri
Beck Depresyon Ölçeği	30,05±12,28	7,50(0-20)	<0,001
Beck Anksiyete Ölçeği	31,65±14,37	6(0-26)	<0,001
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	43,72±13,40	65,85±9,25	<0,001

Depresyon ve kontrol grubu arasında BDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Depresyon ve kontrol grubu arasında BAÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Depresyon ve kontrol grubu arasında BİFÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

4.3 Depresyon Grubuna Ait Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya alınan depresyon grubu için depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık puanları arasında sosyodemografik özelliklere göre anlamlı fark olup olmadığı analiz edilmiştir.

Depresyon grubunun BDÖ puanları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 4’te görülmektedir.

Tablo 4. BDÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Beck Depresyon Ölçeği (n=40)	p-değeri	r _s
Cinsiyet			
Kadın	29,94±12,33	0,873	
Erkek	31±13,63		
Yaş			
		0,016	0,379
Medeni Durum			
Bekar	24,66±20,33	0,121	
Evli	32,66±10,23		
Boşanmış	24,57±9,39		
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	32,94±11,71	0,003	
Lise	33,57±11,21		
Üniversite	17,37±6,65		
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	30,70±13,10	0,536	
Çalışıyor	27,77±9,18		
Gelir Düzeyi			
0-1500 TL	30,42±14,16	0,118	
1501-3500 TL	36,62±8,45		
3501-5000 TL	25,50±3,56		
5001-7500 TL	23,40±12,46		
Çocuk Sayısı			
0	14(7-40)	0,056	
1	23(13-23)		
2	31,16±11,61		
3	35,50±11,77		
4 ve üstü	34,50±7,23		
Yerleşim Yeri			
Köy	39,50(7-43)	0,370	
İlçe	36,28±17,10		
Şehir Merkezi	28,24±10,15		

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,873$).

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları ve yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r_s=0,379$; $p=0,016$). Buna göre yaş arttıkça BDÖ puanında da artış görüldüğü söylenebilmektedir.

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,121$).

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,003$).

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,536$).

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,118$).

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları arasında çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,056$).

Depresyon grubuna ait BDÖ puanları arasında yerleşim yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,370$).

Depresyon grubunun BAÖ puanları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5. BAÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Beck Anksiyete Ölçeği (n=40)	p-değeri	r _s
Cinsiyet			
Kadın	31,27±14,48	0,630	
Erkek	35±14,98		
Yaş		0,49	0,313
Medeni Durum			
Bekar	26±21,75		
Evli	35,25±11,99	0,063	
Boşanmış	22,57±11,80		
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	36,33±15,47		
Lise	32,64±10,31	0,016	
Üniversite	19,37±11,92		
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	30,93±15,17	0,566	
Çalışıyor	34,11±11,65		
Gelir Düzeyi			
0-1500 TL	30,57±16,73		
1501-3500 TL	37,12±10,03	0,556	
3501-5000 TL	33±7,40		
5001-7500 TL	25,80±16,09		
Çocuk Sayısı			
0	19,40±16,27		
1	27,33±11,93		
2	31,16±14,01	0,147	
3	36±14,53		
4 ve üstü	41,50±5,44		
Yerleşim Yeri			
Köy	34,75±18,13		
İlçe	37,85±18,97	0,376	
Şehir Merkezi	29,72±12,67		

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,630).

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları ve yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (r_s=0,313; p=0,049). Buna göre yaş arttıkça BAÖ puanında da artış görüldüğü söylenebilmektedir.

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,063$).

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,016$).

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,566$).

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,556$).

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları arasında çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,147$).

Depresyon grubuna ait BAÖ puanları arasında yerleşim yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,376$).

Depresyon grubunun BİFÖ puanları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6. BİFÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Bilinçli Farkındalık Ölçeği (n=40)	p-değeri	r _s
Cinsiyet			
Kadın	43,27±12,69	0,534	
Erkek	47,75±20,72		
Yaş		0,026	-0,351
Medeni Durum			
Bekar	46,66±19,75	0,207	
Evli	40,51±9,35		
Boşanmış	53,57±17,17		
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	39,62±9,33	0,017	
Lise	40,35±12,44		
Üniversite	55,50±15,73		
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	43,41±13,03	0,793	
Çalışıyor	44,77±15,40		
Gelir Düzeyi			
0-1500 TL	42,66±13,79	0,391	
1501-3500 TL	38,50±7,87		
3501-5000 TL	45,50±8,26		
5001-7500 TL	54,40±19,95		
Çocuk Sayısı			
0	51,60±17,47	0,136	
1	58,66±18,55		
2	41,55±10,80		
3	41,40±14,12		
4 ve üstü	38,25±4,92		
Yerleşim Yeri			
Köy	39±8,52	0,637	
İlçe	41,42±17,47		
Şehir Merkezi	44,93±13,07		

Depresyon grubuna ait BİFÖ puanları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p=0,537$).

Depresyon grubuna ait BİFÖ puanları ve yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r_s=-0,351$; $p=0,026$). Buna göre, yaş arttıkça BİFÖ puanında azalma görüldüğü söylenebilmektedir.

Depresyon grubuna ait BİFÖ puanları arasında medeni durum açısından istatistiksel fark bulunmamaktadır ($p=0,207$).

Depresyon grubuna ait BİFÖ puanları arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel fark bulunmaktadır ($p=0,017$).

Depresyon grubuna ait BİFÖ puanları arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,793$).

Depresyon grubuna ait BİFÖ puanları arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,391$).

Depresyon grubuna ait Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları arasında çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,136$).

Depresyon grubuna ait BİFÖ puanları arasında yerleşim yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,637$).

4.4 Depresyon Grubuna Ait Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Depresyon grubuna ait BDÖ ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacı ile yapılan korelasyon analizinin sonucu Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7. Depresyon Grubuna Ait BDÖ ve BAÖ Puanları Arasındaki İlişki

n=40	Beck Anksiyete Ölçeği	
	r	p-değeri
Beck Depresyon Ölçeği	0,804	($p<0,001$)

Depresyon grubuna ait BDÖ ve BAÖ puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,804$; $p<0,001$). Buna göre, BDÖ puanları arttıkça BAÖ puanlarında da artış görüldüğü söylenebilmektedir.

Depresyon grubuna ait BDÖ ve BİFÖ puanları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacı ile yapılan korelasyon analizinin sonucu Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8. Depresyon Grubuna Ait BDÖ ve BİFÖ Puanları Arasındaki İlişki

n=40	Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
	r	p-değeri
Beck Depresyon Ölçeği	-0,657	(p<0,001)

Depresyon grubuna ait BDÖ ve BİFÖ puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,657$; $p<0,001$). Buna göre, BDÖ puanları arttıkça BİFÖ puanlarında azalma görüldüğü söylenebilmektedir.

Depresyon grubuna ait BAÖ ve BİFÖ puanları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacı ile yapılan korelasyon analizinin sonucu Tablo 9’da görülmektedir.

Tablo 9. Depresyon Grubuna Ait BAÖ ve BİFÖ Puanları Arasındaki İlişki

n=40	Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
	r	p-değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	-0,692	(p<0,001)

Depresyon grubu için BAÖ ve BİFÖ puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,692$; $p<0,001$). Buna göre, BAÖ puanları arttıkça BİFÖ puanlarında azalma görüldüğü söylenebilmektedir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde, yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmakta ve literatür çerçevesinde incelenmektedir. Ayrıca araştırmanın sınırlılıkları ve gelecek araştırmalar için önerilere yer verilmektedir.

5.1 Depresyon ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Araştırmada, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurmuş ve MDB tanısı almış depresyon grubu ile uygun örnekleme yöntemiyle seçilmiş sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu sosyodemografik özellikler açısından kıyaslanmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda depresyon grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve çocuk sayısı açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Depresyon grubundaki kadın oranının kontrol grubuna göre daha yüksek, erkek oranının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, MDB'nin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görüldüğünü ortaya koyan geniş literatür ile uyum göstermektedir (Sedaat ve ark., 2009; Weissman ve ark., 1993; Weissman ve Klerman, 1977; WHO, 2017). Cinsiyetler arasındaki bu farkın biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etmenlerin etkileşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir (Kornstein, 1997). Depresyon grubunun hastaneye başvuran kişilerden oluştuğu göz önüne alındığında, kadın sayısının erkeklerden oldukça fazla olması kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda yardım arama davranışı göstermesi ile de açıklanabileceği düşünülmektedir (Parker, & Brotchie, 2010).

Depresyon grubunun yaş medyanının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde, yaştaki artışın depresyon gelişiminde bir risk etmeni, olup olmadığına dair tartışmalar devam etmektedir. Yaşlanmanın depresyona yatkınlıkta bir azalma ile ilişkili olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (Jorm, 2000). Roberts, Kaplan, Shema ve Strawbridge'e (1997) göre ise, sağlıklı ve

işlevselliği normal yaşlı yetişkinlerin depresyona girme riski genç yetişkinlere göre daha fazla değildir. Yaşa bağlı olduğu düşünülen depresyon, fiziksel sağlık sorunlarına ve bu sorunlara bağlı işlev bozukluklarına atfedilebilmektedir.

Araştırmada, depresyon grubundaki bekar sayısının kontrol grubuna kıyasla daha az olduğu görülmektedir. Yapılan literatür taramasında bu bulguyu destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Medeni durum bakımından depresyon riskini inceleyen çalışmalardan bazıları boşanmış kişilerde depresyonun daha sık görüldüğünü ifade etmektedir (Bulloch, Williams, Lavorato, & Patten, 2009; Dobson, & Dozois, 2008). Ancak bu araştırmada, boşanmış kişi oranının depresyon grubunda anlamlı derece daha fazla olmadığı görülmüştür.

Düşük eğitim düzeyinin depresyonun yaygınlığı ile ilişkili olduğuna ve yüksek eğitim düzeyinin depresyonun gelişmesinde koruyucu bir etmen olduğuna dikkat çeken birçok araştırma bulunmaktadır (Köhler ve ark., 2018; Ünal ve Özcan, 2000; Bjelland ve ark., 2008; Peyrot ve ark., 2015). Bu araştırmada depresyon grubunda ilköğretim mezunlarının kontrol grubuna göre daha fazla, üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının daha az olması, literatürde bahsi geçen çalışmaların bulguları ile örtüşmektedir.

Bu araştırmanın depresyon grubunda çalışmayan kişi sayısının kontrol grubundan daha fazla, çalışan kişi sayısının ise daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu depresyonun görülme oranının çalışmayan kişiler arasında çalışan kişilere göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar ile uyum göstermektedir (McGee, & Thompson, 2015; Zuelke ve ark., 2018; Amiri, 2021).

Yapılan araştırmanın depresyon grubunda, geliri 0-1500 TL arasında olan kişi sayısının kontrol grubuna göre daha fazla, 7500 TL ve üstü geliri olan kişi sayısının ise daha az olduğu ortaya konmuştur. İki grup arasındaki bu fark, düşük gelir düzeyi olan kişilerde depresyonun gelir düzeyi yüksek olan kişilere göre daha sık görüldüğüne işaret eden çalışmaların bulguları ile örtüşmektedir (Lorant ve ark., 2003; Fryers, Melzer, & Jenkins, 2003 ve Ridley, Rao, Schilbach, & Patel, 2020).

Depresyon ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; depresyon grubunda hiç çocuğu olmayan ve 1 çocuğu olan kişi sayısının kontrol grubuna göre daha az, 2, 3, 4

ve daha fazla çocuğu olan kişi sayısının ise daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Daha fazla çocuk sahibi olan kişilerde, depresyonun daha yüksek oranda görüldüğüne dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aksine Wang, Chen, Xin, ve Tang (2020) tarafından yapılan çalışmada, kadınlar için sahip olunan her bir çocukta MDB görülmeye sıklığının azaldığı ortaya konmuştur.

5.2 Depresyon ve Kontrol Grubunun Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Bu araştırmada MDB tanısı almış hastalardan oluşan depresyon grubu ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerden oluşan kontrol grubu, BAÖ'den aldıkları puanlar üzerinden karşılaştırılmıştır. İki grup arasında anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Depresyon grubunun anksiyete puanının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgu, MDB tanısı almış bireylerin anksiyete belirtilerinin, sağlıklı bireylere göre daha şiddetli olduğunu göstermektedir.

Depresyon hastalarının %85'inde anksiyete belirtileri gözlemlenirken, anksiyete bozukluğu olan hastaların ise %90'ının aynı zamanda depresyon hastası olduğu düşünülmektedir (Gorman, 1996). ABD'de yapılan geniş çaplı bir çalışmada ise, MDB tanısı almış yetişkin bireylerin yaklaşık olarak %58'inde aynı zamanda en az bir anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 1996). Hollanda'da yapılan ve 1783 kişinin dahil edildiği geniş çaplı bir kohort çalışmada ise; MDB'si olan hastaların %75'inde anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği, anksiyete bozukluğu olan hastaların ise %81'inde MDB olduğu görülmektedir (Lamers ve ark., 2011). Bu araştırmadaki depresyon grubunun anksiyete puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde fazla olması bu çalışmalar tarafından desteklenmektedir.

Bu araştırmada MDB tanısı almış hastalardan oluşan depresyon grubu ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerden oluşan kontrol grubu, BİFÖ'den aldıkları puanlar üzerinden karşılaştırılmıştır. İki grup arasında bilinçli farkındalık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Depresyon grubunun bilinçli farkındalık puanının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ortaya

konmuştur. Bu bulgu depresyon tanısı almış bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerinin sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Solem ve arkadaşları (2017) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, depresyonda olan kişilerden oluşan grup ile sağlıklı kontrol grubu bilinçli farkındalık ölçeği puanları bakımından karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda depresyon grubunun bilinçli farkındalık ölçeği puan ortalamalarının sağlıklı gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde Barajas ve Garra (2014) tarafından yapılan çalışmada depresif bozuklukları olan bir grup ile genel toplumun örnekleme olan grubun BİFÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresif bozuklukları olan grubun bilinçli farkındalık düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Aldahadha (2020) tarafından yapılan araştırmada ise yine depresyonu olan grubun depresyonu olmayan sağlıklı gruptan daha düşük bilinçli farkındalık düzeyi olduğu görülmüştür. Bu araştırmanın sonucu bahsi geçen çalışmaların sonuçları ile örtüşmektedir.

5.3 Depresyon, Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Puanlarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Depresyon grubunda; depresyon puanları için cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve yerleşim yeri bakımından anlamlı fark bulunmazken, yaş ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizine, göre yaş arttıkça depresyon düzeyinde de artış görüldüğünü söylemek mümkündür. Literatür incelendiğinde, yaş ve depresif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişkinin ne yönde olduğu hakkında farklı bulgular olduğu ve bu ilişkinin net bir şekilde belirlenmediği görülmektedir. Kessler, Foster, Webster, ve House'a göre (1992); depresif belirtiler genç yetişkinlikten orta yaşlara kadar azalma gösterip, ilerleyen yaşlarda tekrar artış göstererek bir nevi U şekli çizmektedir. Bir başka çalışmada ise, yaş ile depresif belirtiler arasında negatif yönlü doğrusal ilişki olduğu tespit edilmiştir (Lawton, Kleban, & Dean, 1993). Bu araştırmanın bulguları, depresif bulguların yaş ile birlikte artış gösterdiği sonucuna varılan Rothermund ve Brandtstadter'ın (2003) çalışması ile uyum göstermektedir. Ayrıca bu araştırmada olduğu gibi depresyon düzeyi ve yaş arasındaki ilişkinin

depresyon hastalarında incelendiği bir çalışmada iki değişken arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunduğu görülmektedir (El Malky, Atia, & El-Amrosy, 2015).

Araştırmada depresyon puanlarının eğitim düzeyleri açısından farklılık gösterdiği de ortaya konmuştur. Gerekli analizler yapıldığında; ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların depresyon puanlarının, üniversite mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu ışığında; ilköğretim ve lise mezunu depresyon hastalarının depresyon düzeylerinin, üniversite mezunu depresyon hastalarına kıyasla daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Nguyen ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan 16.718 kişinin katıldığı kohort çalışma, eğitim düzeyi ve okuryazarlık puanları arttıkça depresif belirtilerde sürekli bir azalış olduğunu ortaya koymuştur. Tek yumurta ikizleri ile yapılan 462 katılımcının alındığı bir çalışmada genetik ve sosyal etmenler kontrol edildiği halde üniversite mezunu bireylerde, yalnızca lise ve altı eğitimini tamamlamış bireylere kıyasla daha düşük düzeyde depresif belirtiler görüldüğü ortaya konmuştur (McFarland, & Wagner, 2015). Bu çalışmalar, araştırmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

Depresyon grubunda; anksiyete puanları için cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve yerleşim yeri bakımından anlamlı fark bulunmazken, yaş ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizine göre, yaş arttıkça anksiyete düzeyinde de artış görüldüğünü söylemek mümkündür. Literatür incelendiğinde anksiyete düzeyleri ve yaş arasındaki ilişki hakkında farklı bulgular olduğu görülmektedir. Brenes (2006) tarafından yaş ile anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada, yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere göre daha az kaygı belirttiği ortaya konmuştur. Anksiyetenin bedensel ve duygusal belirtileri için yaş bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. 1080 katılımcı ile yapılan bir diğer çalışmada ise, 30 yaş ve altı bireylerin diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek Beck Anksiyete Ölçeği skorları olduğu görülmektedir (Andrade, Gorenstein, Vieira Filho, Tung, & Artes, 2001). Bu araştırmadaki gibi yaş ile anksiyete düzeyinin birlikte arttığına işaret eden bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmada anksiyete puanlarının eğitim düzeyleri açısından farklılık gösterdiği de ortaya konmuştur. İlköğretim mezunu katılımcıların anksiyete

puanlarının, üniversite mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre, ilköğretim mezunu depresyon hastalarının anksiyete düzeylerinin, üniversite mezunu depresyon hastalarına göre daha yüksek olduğunu söylenebilir. Benzer şekilde Merey (2010) tarafından Türkiye örnekleme ile gerçekleştirilen bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığını ortaya konmuştur. Bir başka çalışmada ise, düşük eğitim düzeyinin anksiyete ile ilişkili olduğu ve yüksek eğitim düzeyinin anksiyeteye karşı koruyucu bir etmen olduğu tespit edilmiştir (Bjelland ve ark., 2008).

Depresyon grubunda; bilinçli farkındalık puanları için cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve yerleşim yeri açısından bakımından anlamlı fark bulunmazken yaş ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen veriler ile yapılan korelasyon analizine göre, yaş ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, yaş arttıkça bilinçli farkındalık düzeyinde azalma görüldüğünü söylemek mümkündür. Literatür incelendiğinde, yaş ile bilinçli farkındalık düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma sayısının az olduğu görülmektedir. Boekel ve Hsieh (2018) tarafından yapılan çalışmada, yaş ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde bir başka çalışmada da, yaş arttıkça bilinçli farkındalık düzeyinde artış gerçekleştiği görülmüştür (Raes, Bruyneel, Loeys, Moerkerke, & De Raedt, 2013). Bu sonuçlar yapılan araştırmanın sonucu ile örtüşmemektedir. Yaş ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin negatif yönlü olmasının, depresyon gruba özel durum bir olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, bilinçli farkındalık puanlarının eğitim düzeyleri açısından da farklılık gösterdiği ortaya konmuştur. İlköğretim ve lise mezunu katılımcıların bilinçli farkındalık puanlarının, üniversite mezunu katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Buna göre, ilköğretim ve lise mezunu depresyon hastalarının bilinçli farkındalık düzeylerinin üniversite mezunu depresyon hastalarına göre daha düşük olduğunu söylenebilir. Atalay (2020) tarafından yapılan çalışmada, bilinçli farkındalık düzeyinin eğitim düzeyine göre değiştiği ve doktora mezunlarının bilinçli farkındalık düzeylerinin üniversite mezunlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak

literatür incelendiğinde, çoğunlukla bilinçli farkındalık düzeyinin eğitim düzeyine göre farklılık göstermediğini belirten çalışmalara rastlanmaktadır (Arslan, 2018; Yiğit, 2018 ve Çelikler, 2017). Bu araştırmada üniversite mezunlarının bilinçli farkındalık düzeylerinin lise ve ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek olmasının, depresyon grubuna özel durum bir olabileceği düşünülmektedir.

5.4 Depresyon, Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu araştırmanın depresyon grubundaki hastaların, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Hem depresyon hastaları ile (Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz, & van Os, 2008; Enns, Cox, Parker, & Guertin, 1998 ve Park ve Kim, 2020) hem de klinik olmayan popülasyonlar ile yapılan birçok çalışmada (Karadağ & Sölpük, 2018; Shao ve ark., 2020 ve Jylhä & Isometsä, 2006), depresyon ve anksiyete düzeylerinin pozitif yönlü anlamlı ilişki gösterdiği ortaya konmuştur. Buna göre beklendiği gibi depresyon hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin birlikte artış gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Yapılan araştırmada, depresyon grubundaki hastaların bilinçli farkındalık düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre, bilinçli farkındalık ile hem depresyon hem de anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Bilinçli farkındalığın depresyon ve anksiyete seviyeleri ile ilişkisini inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Uluslararası düzeyde 1.151 yetişkin ile yapılan bir çalışma, bilinçli farkındalığın hem doğrudan hem de dolaylı olarak düşük depresyon ve anksiyete seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Parmentier ve ark., 2019). 417 üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer çalışmada ise, bilinçli farkındalığın depresyon ve anksiyete ile negatif ilişkili olduğu sonucuna varılmaktadır (Bajaj, Robins, & Pande, 2016). Türkiye’de yapılan araştırmalar incelendiğinde; 808 üniversite öğrencisinin alındığı bir araştırmada, bilinçli farkındalık ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenirken (Kara, & Ceyhan,

2017), bir diğer araştırmada ise, anksiyete düzeyleri ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir (Yıldırım, 2019).

Bu araştırmada olduğu gibi; bilinçli farkındalığın, depresyon ve anksiyete ile ilişkisini klinik örneklemde inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Aldahadha (2020) tarafından 62 depresyon hastası ile gerçekleştirilen çalışmada, depresyon düzeyleri ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı orta düzeyde negatif ilişki bulunduğu dikkat çekmektedir. Benzer şekilde 39'u depresyon hastası, 50'si anksiyete bozukluğu olan ve 11'i sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerden oluşan bir grupta, bilinçli farkındalık düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (Barajas, & Garra, 2014).

Bu araştırmada MDB tanısı almış hastaların bilinçli farkındalık düzeylerinin, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile negatif yönlü ilişkili olduğu görülmektedir. Buna göre depresyon hastalarında bilinçli farkındalık artarken, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Aynı zamanda depresyon hastalarının, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişilere göre anksiyete düzeylerinin daha fazla, bilinçli farkındalık düzeylerinin ise daha az olduğu görülmüştür. Ancak sadece bu bulgular üzerinden bilinçli farkındalık arttırıcı müdahalelerin depresyon ve anksiyete bozuklukları tedavisinde etkili olduğu çıkarımı yapılamaz.

Bilinçli farkındalık temelli uygulamaların depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Kenny ve Williams tarafından (2007) 18-71 yaş aralığında tedaviye dirençli 79 MDB hastası ile gerçekleştirilen araştırmada, hastaların MTBT programına alınmadan önce ve sonra depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Tedavi süreci sonrasında, hastaların depresyon düzeylerinde tedavi öncesine göre yüksek oranda anlamlı azalma olduğu görülmüştür. 205 MDB tanısı almış kişi ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise bir grup, depresyon için standart tedavi (treatment as usual) görürken, diğer gruba standart tedavi ve MTBT uygulanmıştır. Standart tedavi ve MTBT alan grubun, sadece standart tedavi alan gruba göre daha az depresyon, endişe ve ruminasyon düzeyleri ve daha fazla bilinçli farkındalık düzeyleri gösterdiği ortaya konmuştur. Bu sonuç hem depresif episod geçiren hem de remisyon döneminde olan hastalar için geçerli bulunmuştur (Aalderen ve ark., 2012).

Duygudurum bozukluğu olan 23 kişi ile yapılan bir çalışmada, 8 haftalık MTSA programının depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. 8 haftalık tedavi sürecinin sonunda; depresyon, anksiyete ve rüminasyon düzeylerinde anlamlı azalmalar olduğu görülmüştür (Ramel, Goldin, Carmona, & McQuaid, 2004). Atia ve Salam (2019) tarafından 34 depresyon hastası ile gerçekleştirilen çalışmada; bilinçli farkındalık teknikleri eğitiminin, depresyon hastalarının stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisi, öntest-sontest yöntemi ile incelenmiştir. Araştırma sonucunda uygulanan bilinçli farkındalık tekniklerinden sonra depresyon hastalarının stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı azalmalar olduğu tespit edilmiştir. Goyal ve arkadaşları (2014); klinik popülasyonlar ile yapılan, toplamda 3.515 katılımcıyı içeren 47 araştırmayı dahil ettikleri meta-analiz çalışmasında, meditasyon programlarının depresyon ve anksiyete seviyeleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışma sonucunda; uygulamalardan 8 hafta ve 3-6 ay sonra yapılan ölçümlere göre, bilinçli farkındalık meditasyonunun hem anksiyete hem de depresyon seviyelerinde orta düzeyde iyileşme sağladığı görülmüştür. İçerisinde depresyon hastalarının da olduğu, toplamda 1.140 klinik durumu olan katılımcıyı içeren 39 çalışmanın alındığı bir başka meta-analiz çalışmasında ise, bilinçli farkındalık temelli terapilerin depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmada orta düzeyde etkili olduğu ortaya konmuştur (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Bu araştırmanın bulgularının, bilinçli farkındalık temelli uygulamaların depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen söz konusu çalışmaların sonuçları ile örtüştüğü söylenebilir.

5.5 Sonuç

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre MDB tanısı almış hastaların, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan sağlıklı katılımcılara göre anksiyete düzeylerinin daha fazla, bilinçli farkındalık düzeylerinin ise daha az olduğu görülmektedir. Depresyon grubunda yaşın, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile pozitif yönlü ilişki gösterirken, bilinçli farkındalık düzeyleri ile negatif yönlü ilişki gösterdiği dikkat çekmektedir. Buna göre depresyon hastalarında yaş artarken depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı, bilinçli farkındalık düzeyinin ise azaldığı söylenebilir. Depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık seviyelerinin eğitim düzeyi açısından da

fark gösterdiği görülmektedir. İlköğretim ve lise mezunu hastaların depresyon düzeylerinin üniversite mezunu hastalara kıyasla daha yüksek, ilköğretim mezunu hastaların anksiyete düzeylerinin üniversite mezunu hastalara kıyasla daha yüksek, ilköğretim ve lise mezunu hastaların ise bilinçli farkındalık düzeylerinin üniversite mezunu hastalara kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Buna göre üniversite mezunu olmanın, daha düşük eğitim düzeylerine göre depresyon ve anksiyete düzeyleri için koruyucu bir etken olduğu söylenebilir. Yine depresyon grubu için yapılan incelemelerde beklendiği üzere, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü ilişki bulunurken, bilinçli farkındalık ile hem depresyon hem de anksiyete düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Buna göre, depresyon hastalarında bilinçli farkındalık arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Bu araştırmanın bulguları; bilinçli farkındalık artırıcı uygulamaların, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalmaya yol açtığını gösteren araştırmaları destekler niteliktedir.

Araştırmanın birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık düzeylerinin katılımcıların doldurduğu öz-bildirim ölçekleri ile belirlenmesidir. Literatür incelendiğinde, söz konusu değişkenlerin MDB tanısı almış Türk örneklem ile çalışıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırma bu yönü ile bir avantaj sağlamaktadır. Ancak üzerinde çalışılan depresyon grubunun 40 kişiden oluşması araştırmanın genellenebilirliğini azaltmaktadır. Buna göre araştırmanın örneklem sayısının az olması bir diğer sınırlılık olarak sayılabilmektedir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda klinik katılımcı sayısının artırılması önerilmektedir. Ayrıca depresyon grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında yerleşim yeri hariç tüm sosyodemografik özellikler açısından fark bulunmuştur. Bu durum her ne kadar depresyon hastalarının birtakım sosyodemografik özelliklerini açığa çıkarmış olsa da, iki grup arasında kıyas yapılırken sosyodemografik özelliklerin karıştırıcı değişken olma ihtimalini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışma sadece depresyon, anksiyete ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Araştırmanın bulguları sonucunda bilinçli farkındalıktaki artışın doğrudan depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalmaya neden olduğu sonucu çıkmamaktadır. Ancak bu araştırmanın bulguları; literatürdeki bilinçli farkındalık temelli uygulamaların, depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı yönündeki bulguları destekler niteliktedir. Bilinçli

farkındalık düzeylerindeki artışın depresyon ve anksiyete düzeylerinde azaltmaya neden olup olmadığının tespit edilmesi için, belli bir örnekleme bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin uygulanması gereklidir. Uygulama sonrasında depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalmanın olması da yeterli değildir. Uygulama öncesinde ve sonrasında bilinçli farkındalık düzeylerinin de ölçülmesi ve depresyon ya da anksiyete düzeylerindeki değişimin bilinçli farkındalık düzeyindeki değişime bağlı olup olmadığı ortaya konmalıdır.

6. KAYNAKLAR

- Aldahadha, B. (2021). Metacognition, mindfulness attention awareness, and their relationships with depression and anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(2), 183-200.
- Alonso, J., & Lépine, J.P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 2, 3-9.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Amiri, S. (2021). Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International journal of occupational safety and ergonomics*, 1-13.
- Andrade, L. H. S. G., Gorenstein, C., Vieira Filho, A. H., Tung, T. C., & Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34(3), 367-374.
- Arslan, I. (2018). Bilinçli farkındalık, depresyon düzeyleri ve algılanan stres arasındaki ilişki. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 73-86.
- Atalay Z (2019) Mindfulness-Bilinçli Farkındalık: Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı. İstanbul, İnkılap Yayınevi.
- Atalay, M. (2020). *Mersin Üniversitesi çalışanlarında bilinçli farkındalık ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and Depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127-131. doi:10.1016/j.paid.2016.02.085
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327.
- Baqtayan, S. M. (2012). The effect of anxiety on breast cancer patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(2), 119-123. doi:10.4103/0253-7176.101774
- Barajas, S., & Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clinica y Salud*, 25(1), 49-56.

- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2012). Global prevalence of Anxiety Disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, *43*(5), 897-910. doi:10.1017/s003329171200147x
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Cambridge (MA): Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006x.56.6.893
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, *4*(6), 561-571.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berksun, P. D. O. (2015, September 19). *Depresyona Eşlik Eden Ruhsal Hastalıklar*. Prof. Dr. Oğuz Berksun, Ankara, psikiyatrist, psikiyatri uzmanı, psikoterapist. Retrieved November 18, 2021, from <http://www.psikiyatri.net/depresyona-eslik-eden-ruhsal-hastaliklar/>.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... & Ulaş, H. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? the hunt study. *Social Science & Medicine*, *66*(6), 1334-1345. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019
- Boekel, W., & Hsieh, S. (2018). Cross-sectional white matter microstructure differences in age and trait mindfulness. *PloS one*, *13*(10), e0205718.
- Brenes, G. A. (2006). Age differences in the presentation of anxiety. *Aging and Mental Health*, *10*(3), 298-302.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822
- Bulloch, A. G., Williams, J. V., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2009). The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depression and Anxiety*, *26*(12), 1172-1177. doi:10.1002/da.20618

- Bystritsky, A., Khalsa, S. S., Cameron, M. E., & Schiffman, J. (2013). Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, 38(1), 30–57.
- Carr, A. (2012). *Clinical psychology: An introduction*. London: Routledge.
- Çelikler, A. N. (2017). *Bir grup genç yetişkinde bilinçli farkındalık düzeyi ile başa çıkma tutumları ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Demir, V. (2015). Bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi programının bireylerin depresif belirti düzeyleri üzerine etkisi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi* 35(1), 15-26.
- Dilbaz, N., Darçın, A. E., & Çavuş, S. Y. (2011). Depresyon Tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar: Eşanlı Anksiyete Ve Yaklaşım. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(sup1). <https://doi.org/10.1080/10177833.2011.11790744>
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2008). *Risk factors in depression*. Elsevier/Academic.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Parker, J. D., & Guertin, J. E. (1998). Confirmatory factor analysis of the Beck anxiety and depression inventories in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 47(1-3), 195-200. doi:10.1016/s0165-0327(97)00103-1
- Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(5), 229-237.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness. *Insight Journal*, 22(3), 24-29.
- Germer, C.K., Siegel R.D., Fulton P.R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*, 1st edition, Guilford Press, New York.
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid Depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4(4), 160–168. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1996\)4:4<160::aid-da2>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1996)4:4<160::aid-da2>3.0.co;2-j)
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 174(3), 357-368.
- Gündüz S. (2009) Dental fobisi olan hastalarda diğer anksiyete bozuklukları eşanısı. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Hahn, T. N. (1976). *The Miracle of Mindfulness*. Boston, USA: Beacon Press.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4).
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262. doi:10.1093/clipsy.bph080

- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst, 17*(2), 289-303. doi:10.1007/bf03392677
- Helvacı Ç., F. & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresiz Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Comtemporary Medicine, 6*(1), 51-66.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi., 6*, 118-122.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi, 7*(23), 3-13.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics of North America, 40*(4), 739-749. doi:10.1016/j.psc.2017.08.008
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for Chronic Depression — a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 1-13. doi:10.1016/j.jad.2010.03.025
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological medicine, 30*(1), 11-22.
- Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety, 23*(5), 281-289. doi:10.1002/da.20167
- Kabat-Zinn, J (1990) Full Catastrophe Living: The Program of The Stress Reduction Clinic at The University Of Massachusetts Medical Center. New York, Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books Trade Paperback.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness, 6*(6), 1481-1483. doi:10.1007/s12671-015-0456-x
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment and your life*. Sounds True.

- Kara, E., & Ceyhan, A. (2017). The investigation of relationship between mindfulness and depression in university students: Mediating role of self-control. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 1. doi:10.5455/jcbpr.251016
- Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H., (2011) Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni 45(2): 65-74.
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of psychology: 8 Volume Set*. American Psychological Association.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617-625.
- Kessler, R. C., Foster, C., Webster, P. S., & House, J. S. (1992). The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. *Psychology and aging*, 7(1), 119.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 17-30. <https://doi.org/10.1192/s0007125000298371>
- Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. *Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, 77-98.
- Kılınc, S., & Torun, F. (2011). Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), 39-47.
- Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18.
- Kowalski, R. M., & Westen, D. (2011). *Psychology* (6th ed.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., . . . Carvalho, A. F. (2018). Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from Meta-analyses and Mendelian Randomization Studies. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 189-207. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.05.020
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(03), 341-348. <https://doi.org/10.4088/jcp.10m06176blu>
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., & Dean, J. (1993). Affect and age: cross-sectional comparisons of Structure and prevalence. *Psychology and aging*, 8(2), 165.
- Levey, J., & Levey, M. (2018). Roots and shoots of mindfulness. *Subtle Energies Magazine*, 28(3). doi:10.31219/osf.io/m38rg

- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015a). *DBT skills training handouts and worksheets*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015b). *DBT skills training manual* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98-112.
- M. Atia, M., & E. Sallam, L. (2019). The effectiveness of mindfulness training techniques on stress, anxiety, and depression of depressed patient. *American Journal of Nursing Research*, 8(1), 103-113. doi:10.12691/ajnr-8-1-11
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet (London, England)*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- McFarland, M. J., & Wagner, B. G. (2015). Does a college education reduce depressive symptoms in American young adults?. *Social Science & Medicine*, 146, 75-84.
- McGee, R. E., & Thompson, N. J. (2015). Peer reviewed: unemployment and depression among emerging adults in 12 states, behavioral risk factor surveillance system, 2010. *Preventing chronic disease*, 12.
- Merey, B. (2010). *Yetişkinlerde özgüven duygusu ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması ve kültürlerarası bir yaklaşım* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Merwin, R., O'Rourke, S., Ives, L., Harstad, S. ve Brooks, J. (2019). Third-wave cognitive-behavioral therapies for the treatment of anxiety among children and adolescents. *Pediatric Anxiety Disorders*, 335-357. doi:10.1016/b978-0-12-813004-9.00016-5
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of Anxiety Disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142. doi:10.1016/j.mppsy.2007.01.007
- Müller, B. C., Gerasimova, A., & Ritter, S. M. (2016). Concentrative meditation influences creativity by increasing cognitive flexibility. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 10(3), 278-286. doi:10.1037/a0040335
- Nguyen, T. T., Tchetchen, E. J. T., Kawachi, I., Gilman, S. E., Walter, S., & Glymour, M. M. (2017). The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms. *SSM-population health*, 3, 586-593.
- Ninivaggi, F. J. (2019). *Learned mindfulness: Physician engagement and M.D. Wellness*. London, United Kingdom: Academic Press, an imprint of Elsevier.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of Metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>

- Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical Therapeutics*, 35(4), 512-522. doi:10.1016/j.clinthera.2012.09.001
- Önen, C. İ. (2021). *Yaygın anksiyete semptomlarının yordanmasında üstbiliş, bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolü* (Master's thesis, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Özakkaş, T. (2004). *Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları*. İstanbul.
- Öztürk M. O., & Uluşahin A. (2018). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyeşil, Z. (2011). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., & Deniz, M. E. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160).
- Park, S. C., & Kim, D. (2020). The centrality of depression and anxiety symptoms in major depressive disorder determined using a network analysis. *Journal of affective disorders*, 271, 19-26.
- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429-436. doi:10.3109/09540261.2010.492391
- Parmentier, F. B., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A. M., Andrés, P., & Gili, M. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression. *Frontiers in Psychology*, 10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00506
- Peyrot, W. J., Lee, S. H., Milaneschi, Y., Abdellaoui, A., Byrne, E. M., Esko, T., ... & Penninx, B. W. J. H. (2015). The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? Results in~ 25 000 subjects. *Molecular psychiatry*, 20(6), 735-743.
- Raes, A. K., Bruyneel, L., Loeys, T., Moerkerke, B., & De Raedt, R. (2013). Mindful attention and awareness mediate the association between age and negative affect. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(2), 179-188.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive therapy and research*, 28(4), 433-455.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214.
- Robins, C. J., Zerubavel, N., Ivanoff, A. M. ve Linehan, M. M. (2018). Dialectical behavior therapy. In W. J. Livesley, & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 527-540). The Guilford Press.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression

- and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1283-1289.
- Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., . . . Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 139-150. doi:10.1016/j.jad.2016.10.050
- Schultz, A. S. (2003). *Mindful attitudes in the experience of caring for a spouse with alzheimer's disease* (Order No. 3095001). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305340040). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/mindful-attitudes-experience-caring-spouse-with/docview/305340040/se-2?accountid=17219>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., . . . Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueredo, A. J., & Bootzin, R. R. (2010). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 402-418. doi:10.1521/ijct.2010.3.4.402
- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., ... & Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC psychology*, 8(1), 1-19.
- Shields, G. S., Skwara, A. C., King, B. G., Zanesco, A. P., Dhabhar, F. S., & Saron, C. D. (2020). Deconstructing the effects of concentration meditation practice on interference control: The roles of controlled attention and inflammatory activity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 256-267. doi:10.1016/j.bbi.2020.06.034
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Singh, N. N. (Eds.). (2015). *Buddhist foundations of mindfulness*. Springer.
- Solem, S., Hagen, R., Wang, C. E., Hjemdal, O., Waterloo, K., Eisemann, M., & Halvorsen, M. (2017). Metacognitions and mindful attention awareness in depression: A comparison of currently depressed, previously depressed and never depressed individuals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 94-102.
- Tamam L., Namlı Z., Karaytuğ M. O. (2012) Clinical features of depression. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 5 (2), 34-38.
- Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Anksiyete Bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 1641-1644.
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163.

- Uzday, İ. T. (2002) Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5(Ek 1): 5-13.
- Ünal, S., & Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(5), 989-1001.
- Vatan, S. (2016). Bilişsel Davranışçı terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 8(22173), 190-203. doi:10.18863/pgy.238183
- Wang, H., Chen, M., Xin, T., & Tang, K. (2020). Number of children and the prevalence of later-life major depression and insomnia in women and men: findings from a cross-sectional study of 0.5 million Chinese adults. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-10.
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of general psychiatry*, 34(1), 98-111.
- Weissman, M. M., Bland, R., Joyce, P. R., Newman, S., Wells, J. E., & Wittchen, H. U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal of affective disorders*, 29(2-3), 77-84.
- Wilson, J. (2014). *Mindful america meditation and the mutual transformation of Buddhism and American culture*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva.
- Yıldırım, M. (2019). *Bilinçli farkındalık, öz-anlayış ve anksiyete arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Master's thesis, Bursa Uludağ Üniversitesi).
- Yiğit, M. A. (2018). *Ruminatif düşünme ve bilinçli farkındalığın depresif duygudurum ile ilişkisi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Zuelke, A. E., Luck, T., Schroeter, M. L., Witte, A. V., Hinz, A., Engel, C., ... & Riedel-Heller, S. G. (2018). The association between unemployment and depression—results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of affective disorders*, 235, 399-406.

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD – Amerika Birleşik Devletleri

APA – American Psychological Association

Ark. – Arkadaşları

BAÖ – Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ – Beck Depresyon Ölçeği

BİFÖ – Bilinçli Farkındalık Ölçeği

DDT – Diyalektik Davranış Terapisi

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

KKT – Kabul ve Kararlılık Terapisi

MTSA – Mindfulness Temelli Stres Azaltma

MTBT – Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

8. EKLER

Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış () Dul
4. Eğitim Düzeyiniz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora
5. Çalışma Durumunuz: () Çalışmıyorum () Çalışıyorum
6. Gelir düzeyiniz: () 0-1500 TL () 1501-3500 TL () 3501-5000 TL
() 5001-7500 TL () 7500 TL ve üstü
7. Mesleğiniz:
8. Sahip olduğunuz çocuk sayısı? () Çocuğum yok () 1 () 2 () 3 () 4'den fazla
9. Yaşadığınız yerleşim yeri hangisidir? () Köy () İlçe () Şehir Merkezi
10. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? () Evet () Hayır
Cevabınız evet ise rahatsızlığınız nedir?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 15.01.2022
Karar No : 2022-2/15

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği

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

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
b) Kendimi üzgün hissediyorum
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. a) Gelecekte umutsuz değilim
b) Gelecek konusunda umutsuzum
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
b) Arada bir suçlu hissettiğim oluyor
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/15

- c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
c) Şimdilerde her an ağlıyorum
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d) Artık hiç karar veremiyorum
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/15

- d) Hiç çalışmıyorum
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17. a) Eskisine göre daha çok yorulduğumu sanmıyorum
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum
18. a) İştahım eskisinden farklı değil
b) İştahım eskisi kadar iyi değil
c) Şimdilerde iştahım epey kötü
d) Artık hiç iştahım yok
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 13.01.2022
Karar No : 2022-2/17

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

BECK ANKSIYETE ÖLÇEĞİ

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

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.01.2022
Karar No : 2022-2/15

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BİFÖ)

Açıklama: Günlük deneyimlerinizle ilgili olan bir takım ifadeler aşağıda verilmiştir. Her deneyimi size ne kadar uygun olduğuna göre işaretleyiniz. Lütfen deneyimin ne olması gerektiğine göre değil, sizin deneyiminize gerçekten ne ölçüde uygun olduğuna göre cevap veriniz. Her ifadenin karşısında bulunan, 1 hemen hemen her zaman, 2 çoğu zaman, 3 bazen, 4 nadiren, 5 oldukça seyrek, 6 Hemen hemen hiç bir zaman anlamına gelmektedir.	Hemen Hemen Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen Hemen Hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.	1	2	3	4	5	6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.	1	2	3	4	5	6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.	1	2	3	4	5	6
6. Bir kişinin ismini, bana söyledikten hemen sonra unuturum.	1	2	3	4	5	6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik bağlanmış gibi yapıyorum.	1	2	3	4	5	6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.	1	2	3	4	5	6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.	1	2	3	4	5	6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.	1	2	3	4	5	6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.	1	2	3	4	5	6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.	1	2	3	4	5	6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.	1	2	3	4	5	6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum	1	2	3	4	5	6

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 13.01.2022
Karar No : 2022-2/157

9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve öğretim sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşarak mesleki gelişimime katkıda bulunan Prof. Dr. Selçuk KIRLI, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Prof. Dr. Cengiz AKKAYA ve Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU hocalarıma,

Tezimi yazma ve hazırlama sürecinin her aşamasında bana yol gösteren ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Salih Saygın EKER hocama,

Akademik anlamda deneyimlerini benimle paylaşarak bana kolaylık sağlayan babam Prof. Dr. Salih KUŞLUVAN ve annem Prof. Dr. Zeynep ASLAN'a,

Tüm süreç boyunca beni yüreklendiren, motive eden ve destekleyen nişanlım Cansın ÇETİN'e,

Teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

İlkokul ve ortaokul eğitimini Nevşehir’de tamamladıktan sonra 2011 yılında giriş yaptığı Çağrıbey Anadolu Lisesi’nden 2015 yılında mezun olmuştur. Lisans eğitimine 2016 yılında Psikoloji (İngilizce) Bölümü’nde başlamış ve 2020 yılında Marmara Üniversitesi’nden mezun olmuştur. Ardından 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin) Bölümü’nde tezli yüksek lisans eğitimine başlamıştır.