



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı

REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN PSİKOLOJİK
YARDIM GEREKSİNİMLERİ VE YARDIM ALMADA KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR

İlayda ÖZTÜRK

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2024

Liderlik, araştırma, inovasyon, kaliteli eğitim ve değişim ile

Daha ileriye... En İyiyeye...



Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı

REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN PSİKOLOJİK
YARDIM GEREKSİNİMLERİ VE YARDIM ALMADA KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR

PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE NEEDS AND BARRIERS TO SEEKING HELP
AMONG GUIDANCE AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING UNDERGRADUATE
STUDENTS

İlayda ÖZTÜRK

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2024

Kabul ve Onay

Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼đ¼ne,

İlayda ÖZT¼RK¼n hazırladığı “Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Gereksinimleri ve Yardım Almada Karşılaştıkları Zorluklar” başlıklı bu çalışma j¼rimiz tarafından **Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalında Y¼ksek Lisans** olarak kabul edilmiştir.

J¼ri Başkanı	Unvan Ad SOYADI	İmza
J¼ri Üyesi (Danışman)	Unvan Ad SOYADI	İmza
J¼ri Üyesi	Unvan Ad SOYADI	İmza
J¼ri Üyesi	Unvan Ad SOYADI	İmza
J¼ri Üyesi	Unvan Ad SOYADI	İmza

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisans¼st¼ Eğitim, Öğretim ve Sınav Y¼netmeliđi'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından 13/06/2024 tarihinde uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulunca / / tarihi itibarıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail Hakkı MİRİCİ
Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼r¼

Öz

Bu çalışmada ilk olarak, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık (PDR) lisans öğrencilerinin temel alanlardaki ruh sağlığı durumu, depresyon, anksiyeteye, somatizasyon, hostilite ve olumsuz benlik algılarına ilişkin bireysel değerlendirme ölçümlerini kullanılarak değerlendirilmiştir. İkinci olarak, bu öğrencilerin çocukluk çağı travmaları incelenerek bu veriler diğer ruh sağlığı verileriyle ilişkilendirilmiştir. Son olarak, öğrencilerin profesyonel ruh sağlığı yardım almalarının önündeki engeller incelenmiştir. Araştırmada, Türkiye'nin farklı bölgelerinde bulunan büyükşehirlerdeki ve şehirlerdeki 10 devlet üniversitesine bağlı PDR lisans programına kayıtlı yaş ortalaması 21,6 olan 594 öğrenci (475'i kadın; 119'u erkek; 57'si birinci sınıf, 121'i ikinci sınıf, 258'i üçüncü sınıf, 158'i dördüncü sınıf) Kişisel Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Erken Travma Envanterini tamamlamıştır. Katılımcıların %69,2'si yaşamlarında bir psikolojik sıkıntı yaşadığını; %61,3'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde profesyonel psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyduğunu ve %40,6'sı psikolojik destek ihtiyacı nedeniyle yaşamlarının bir noktasında profesyonel psikolojik yardım aradığını belirtmiştir. Profesyonel psikolojik yardım aradıklarını belirten katılımcıların ise yalnızca %46,2'si aradıkları yardıma ulaşabilmiştir. Öğrencilerin yarısından fazlası (%56,1) aile sorunları, yarısı (%50,1) kaygı bozuklukları ve %36,6'sı depresyon yaşadığı belirtmiştir. Çocukluk çağı travmasının yaşanmasının depresyon ve kaygı gibi temel sıkıntıları yordadığı bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin profesyonel psikolojik yardıma ulaşma konusunda yaşadıkları en önemli engelin ekonomik sınırlılıklar (%46,7) olduğu bulunmuştur. Bulgular, PDR öğrencilerinin ruh sağlığı sorunlarını tanımlamaya ve yardım arama engellerinin mevcut olduğuna dair kanıtlar sağlamaktadır.

Anahtar sözcükler: depresyon, kaygı, çocukluk çağı travması, profesyonel psikolojik yardım, yardım engelleri, rehberlik ve psikolojik danışmanlık öğrencileri

Abstract

In this study, firstly, the mental health status of GPC undergraduate students in basic areas was evaluated using individual assessment measurements regarding depression, anxiety, somatization, hostility and negative self-perceptions. Secondly, the childhood traumas of these students were examined and these data were associated with other mental health data. Finally, barriers to students seeking professional mental health help were examined. In the research, 594 students (475 women; 119 men; 57 first-year, 121 second-year, 258 third-year, 158 fourth-year) with an average age of 21.6 enrolled in the GPC undergraduate program affiliated with 10 state universities in metropolitan and urban areas in different regions of Turkey completed the PIF, BSI and ETI. 69.2% of the participants stated that they had experienced psychological distress; 61.3% stated that they needed professional psychological help at some point, and 40.6% stated that they sought professional psychological help at some point in their lives due to their need for psychological support. Only 46.2% of the participants who stated that they sought professional psychological help were able to access the help they were looking for. More than half of the students (56.1%) stated that they experienced family problems, half (50.1%) reported anxiety disorders, and 36.6% reported depression. Experiencing childhood trauma has been found to predict underlying distress such as depression and anxiety. It was found that the most important obstacle experienced by students in accessing professional psychological help was economic limitations (46.7%). Findings provide evidence that barriers to identifying mental health problems and help-seeking exist among GPC students.

Keywords: depression, anxiety, childhood trauma, barriers to professional psychological help, guidance and psychological counseling students

***Bu Tez, Beni Desteklemekten Hiç Vazgeçmeyen
Canım Annem, Babam ve Erkek Kardeşime İthaf Edilmiştir...***

Teşekkür

Çalışmamı geliştirmeme ve iyileştirmeme yardım eden danışmanım Sayın Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST'a sonsuz teşekkür ederek başlamak istiyorum. Kendinizi öğrencilerinize adayan ve her zaman daha fazlasını yapmaya hazır olan tavrınızı akademik kariyerim boyunca rol model alacağım. Bir yüksek lisans öğrencisi olarak bana olan desteğinizin, güveninizin ve inancınızın sahip olduğum en büyük şanslardan biri olduğunu düşünüyorum. Bugün her şeye baştan başlıyor olsaydım bu yolu yine sizinle yürümek isterdim.

Jüri üyelerimden Sayın Prof. Dr. Filiz BİLGE ve Sayın Prof. Dr. Kemal ÖZTEMEL'e hem çalışma sürecindeki hem de savunma sınavı esnasındaki kıymetli yorumları, önerileri ve geri bildirimleri için teşekkür etmek istiyorum. Savunma sınavı sürecindeki geri bildirimleri ve tavsiyeleri için değerli jüri üyelerim Doç. Dr. Selen DEMİRTAŞ ZORBAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Elvan YILDIZ AKYOL'a da teşekkür ederim. Değerli görüşleriyle çalışmamın gelişimine katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Vesile OKTAN, Sayın Prof. Dr. Fikret GÜLAÇTI, Sayın Doç. Dr. Seval KIZILDAĞ ŞAHİN ve Sayın Doç. Dr. Faruk BOZDAĞ'a teşekkür ederim. Ayrıca istatistiksel analizlerim boyunca verdiği destek ve rehberlik için Dr. Haydar KARAMAN'a da teşekkür etmek isterim.

Sayın Prof. Dr. Figen ÇOK başta olmak üzere Başkent Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programının tüm kıymetli öğretim üyelerine bana olan inançları, destekleri ve hoşgörülerini için çok teşekkür ederim. Ayrıca akademik kariyerimin temellerini inşa eden Sayın Prof. Dr. Fulya YÜKSEL ŞAHİN, Sayın Prof. Dr. Ali ERYILMAZ ve Arş. Gör. Ceren BEKTAŞ AYDIN başta olmak üzere Yıldız Teknik Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı öğretim üyelerine sonsuz teşekkür ederim.

Kendime inanmadığımda bile bana inanan ve cesaret veren Yasemin SÜNGER, Gülşah UYGUN, Büşra KURT, Zeki ARSLAN, Haktan KALAYCI ve burada ismini saymadığım tüm sevgili arkadaşlarıma özellikle teşekkür etmek istiyorum. Eğitimimiz de dahil olmak üzere ihtiyacımız olan her şeyi bize vermek adına ben ve erkek kardeşim için

çok şeyden vazgeçen ve bize koşulsuz sevgi veren canım annem Fatma ÖZTÜRK ve canım babam Bayram ÖZTÜRK'e en büyük teşekkürü etmek istiyorum. Bana hayallerimi gerçekleştirme fırsatı sağladığınız ve her adımda beni desteklediğiniz için sonsuz minnettarım. Son olarak; dünyanın en iyi erkek kardeşi Ümit Can ÖZTÜRK'e, en yakın arkadaşım, her daim destekçim ve bir numaralı hayranım olduğu için kucak dolusu teşekkür ederim. Sonsuz gibi görünen sabrınız, gücünüz ve cesaretiniz benim için çok kıymetliydi. Sizler olmasaydınız başaramazdım.

İçindekiler

Kabul ve Onay	ii
Öz	iii
Abstract	iv
Teşekkür	vi
İçindekiler	viii
Tablolar Dizini	xi
Simgeler ve Kısaltmalar	xiii
Bölüm 1 Giriş	1
Problem Durumu.....	1
Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	8
Araştırma Problemi	11
Sayıltılar.....	12
Sınırlılıklar	12
Tanımlar.....	13
Bölüm 2 Araştırmanın Kuramsal Temeli ve İlgili Araştırmalar.....	15
Ruh Sağlığı İhtiyaçları.....	15
Psikolojik İhtiyaçlar ile İlişkili Kuramlar.....	30
Profesyonel Psikolojik Yardım Alanının Önündeki Engeller	33
PDR Lisans Öğrencilerinin Mesleki Kimlik Gelişimi ve Bu Süreçte Profesyonel Psikolojik Yardımın Rolü.....	41
İlgili Araştırmalar	47
Bölüm 3 Yöntem	54
Araştırmanın Türü.....	54
Araştırmanın Çalışma Grubu	54
Veri Toplama Süreci	55
Veri Toplama Araçları	57

Verilerin Analizi	64
Bölüm 4 Bulgular, Yorumlar ve Tartışma	66
PDR Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Sıkıntı Yaşama, Yardıma İhtiyaç Duyma, Yardım Arama, Yardım Almış Olma Durumlarına ve Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular.....	66
PDR Lisans Öğrencilerinin Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntı Alanlarına İlişkin Bulgular ve Yorumlar	69
PDR Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardıma Ulaşamama Nedenlerine İlişkin Bulgular ve Yorumlar	71
PDR Lisans Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Verilerinin Cinsiyete Göre Farklılık Gösterme Durumuna İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	73
PDR Lisans Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Verilerinin Sınıf Düzeyine Göre Anlamlı Farklılık Gösterme Durumuna İlişkin Bulgular ve Yorumlar	75
PDR Lisans Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon, Olumsuz Benlik ve Hostilite Düzeylerini Yordamasına İlişkin Bulgular ve Yorumlar	77
PDR Lisans Öğrencilerinin Yardıma İhtiyaç Duyma ve Yardım Arama Durumlarına Göre Katılımcıların Ruh Sağlığı Verileri Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular ve Yorumlar	82
PDR Lisans Öğrencilerinin Yardıma Ulaşabilme Durumuna Göre Ruh Sağlığı Verileri Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	86
Tartışma.....	88
Bölüm 5 Sonuç ve Öneriler	100
Sonuç.....	100
Öneriler	102
Kaynaklar	107
EK-A: Ölçek Kullanım İzinleri	139
EK-A1 Kısa Semptom Envanterinin Kullanım İzni	139
EK-A2 Erken Travma Envanterinin Kullanım İzni	140

EK B: Gönüllü Katılım Formu	141
EK C: Kişisel Bilgi Formu	143
EK D: Kişisel Bilgi Formu İçin Kullanılan Pilot Uygulama Formu	146
EK-E: Ölçme Araçları Örnek Maddeleri	148
EK-E1 Kısa Semptom Envanteri Örnek Maddeler.....	148
EK-E2 Erken Travma Envanteri Örnek Maddeler.....	149
EK-F: Araştırma Etik Komisyonu Onay Bildirimi	151
EK-G: Etik Beyanı	152
EK-H: Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu	153
EK-İ: Thesis/Dissertation Originality Report.....	154
EK-I: Yayımlama ve Fikrî Mülkiyet Hakları Beyanı	155

Tablolar Dizini

Tablo 1 <i>Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri</i>	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 2 <i>Veri Toplama Araçları</i>	57
Tablo 3 <i>Kısa Semptom Envanteri için Güvenirlik Katsayısı Tablosu</i>	60
Tablo 4 <i>Erken Travma Envanteri için Güvenirlik Katsayısı Tablosu</i>	63
Tablo 5 <i>Psikolojik Sıkıntı Yaşama, Psikolojik Yardıma İhtiyaç Duyma, Yardım Arama ve Yardım Alma Durumlarına İlişkin Betimsel İstatistikler</i>	66
Tablo 6 <i>Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçeklerinin Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler</i>	68
Tablo 7 <i>Erken Travma Envanteri Alt Ölçeklerinin Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler</i>	68
Tablo 8 <i>Yaşanan Psikolojik Sıkıntı Alanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler</i>	69
Tablo 9 <i>Yardıma Ulaşamama Nedenlerine İlişkin Betimsel İstatistikler</i>	72
Tablo 10 <i>Cinsiyete Göre Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi</i>	73
Tablo 11 <i>Cinsiyete Göre Erken Travma Envanteri Alt Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi</i>	74
Tablo 12 <i>Sınıf Düzeyine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri</i>	75
Tablo 13 <i>Sınıf Düzeyine Göre Erken Travma Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri</i>	76
Tablo 14 <i>Çoklu Bağlantı Problemi</i>	77
Tablo 15 <i>Depresyon Düzeyi İçin Regresyon Analizi</i>	78
Tablo 16 <i>Anksiyete Düzeyi İçin Regresyon Analizi</i>	79
Tablo 17 <i>Olumsuz Benlik Düzeyi İçin Regresyon Analizi</i>	80
Tablo 18 <i>Somatizasyon Düzeyi İçin Regresyon Analizi</i>	81
Tablo 19 <i>Hostilite Düzeyi İçin Regresyon Analizi</i>	81

Tablo 20 <i>Yardıma İhtiyaç Duyma ve Yardım Arama Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri</i>	83
Tablo 21 <i>Yardıma İhtiyaç Duyma ve Yardım Arama Durumlarına Göre Erken Travma Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri</i>	84
Tablo 22 <i>Aranılan Profesyonel Psikolojik Yardıma Ulaşabilme Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi</i>	86
Tablo 23 <i>Yardıma Ulaşabilme Durumuna Göre Erken Travma Envanteri Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi</i>	87

Simgeler ve Kısaltmalar

APA: American Psychiatric Association

DSM IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EMDR: Eye Movement Desensitization And Reprocessing Therapy

ETE: Erken Travma Envanteri

GPC: Guidance and Psychological Counseling

ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision

KBF: Kişisel Bilgi Formu

KSE: Kısa Semptom Envanteri

KSRB: Kanada Sağlık ve Refah Bakanı

PDR: Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YÖK: Yükseköğretim Kurulu

Bölüm 1

Giriş

Çalışmanın bu bölümünde problem durumu, araştırmanın amacı ve önemi, araştırma problemi ve alt problemler sunulmuştur. Daha sonra araştırmanın sayıltıları, sınırlılıkları ve tanımları belirtilmiştir.

Problem Durumu

Ruh sağlığı, bireylerin yaşam kalitesini ve genel refahlarını etkileyen temel bir faktördür. Duygusal, psikolojik ve sosyal refahı içeren ruh sağlığı, insanların stresli durumlarla başa çıkmalarını ve sağlıklı kararlar vermelerini etkilemektedir [Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2015a]. Psikolojik sıkıntıların önlenmesi ve tedavisi yoluyla ruh sağlığının geliştirilmesi; bireylerin, ailelerin, çalışanların ve toplulukların yaşam kalitesini, refahını, üretkenliğini korumayı ve geliştirmeyi sağlayabilir. Böylece bir bütün olarak toplumun gücünü ve dayanıklılığını artırmak mümkün olabilir (DSÖ, 2015b). Dolayısıyla son 10 yılda, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık (PDR) hizmetlerine olan ihtiyaç giderek artmaktadır. Toplumun karmaşık ve hızla değişen dinamikleri, bireylerin yaşam deneyimlerini şekillendiren faktörler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda PDR, bireylerin sorunlarını anlamalarına, kişisel gelişimlerini desteklemelerine ve yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri zorlukları aşmalarına yardımcı olma amacı güden önemli bir alandır. Yaşam boyu süren psikolojik sıkıntıların dörtte üçünün 20'li yaşların ortasında başladığı düşünüldüğünde, psikolojik sıkıntılar açısından en riskli grup olan üniversite öğrencilerinin (DSÖ, 2018; Kessler vd., 2007) PDR'nin odak noktalarından birinin olması gerektiği söylenebilir.

Üniversite öğrencileri genç yetişkinlik dönemlerinde bir dizi zorluğun üstesinden gelirken, aynı zamanda eğitimleri, gelecekleri ve kişisel gelişimleri hakkında büyük kararlar vermek durumunda kalabilmektedirler. Bu süreçte, öğrencilerin kişisel gelişimleri, mesleki kimlikleri ve sağlıkları büyük önem taşır. Araştırmalar üniversite öğrencileri arasındaki

psikolojik stresin genel nüfusa göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir (Abdulghani vd., 2011; Stallman, 2010). Ruh sağlığının genel sağlığın önemli bir parçası olduğu düşünüldüğünde, üniversite öğrencileri arasında ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığı, artan uluslararası bir endişe konusudur (Bayram ve Bilgel, 2008; Eisenberg vd., 2011; Koydemir vd., 2010; Larcombe vd., 2014). Yapılan araştırmalar üniversite öğrencileri arasında depresyon ve anksiyete (Eisenberg vd., 2013; Sheldon vd., 2021), intihar düşüncesi ve kendine zarar verme (Akram vd., 2020) gibi ruh sağlığı sıkıntılarının sıklığını ve şiddetini arttığını ortaya koymaktadır.

Üniversite öğrencilerinin %17'sinin depresyon taramalarında pozitif sonuç verdiğini, bunlardan %9'unun majör depresyona sahip olduğu ortaya koyulmuştur (Hunter ve Eisenberg, 2010). Bir başka çalışmaya göre, her 10 üniversite öğrencisinden üçü depresif hissettiği için işlevsellikte zorluk yaşadığını bildirmektedir (Turner ve Keller, 2015). Depresyonun yanı sıra, üniversite öğrencilerinin %10'unun anksiyete bozukluğuna sahip olduğu belirtilmektedir (Hunter ve Eisenberg, 2010). Depresyon ve kaygıya ek olarak, Amerikan Kolej Sağlığı Derneği Değerlendirmesi (2009) raporuna göre ise, üniversite öğrencilerinin yaklaşık %6'sı son 1 yıl içinde intiharı ciddi olarak düşünmüş ve %1'i intihar girişiminde bulunmuştur. Bulgular, üniversite öğrencilerinin yaklaşık %17'sinin hayatlarının bir noktasında intihar amaçlı olmayacak şekilde kendine zarar verdiğini göstermiştir (Whitlock vd., 2011). Yaşanan psikolojik sıkıntılar, farklı risk faktörleri aracılığıyla ortaya çıkarak daha sonra intihar eğiliminin başlamasıyla ilişkilendirilmektedir (Zatti vd., 2017). Bu ilişkilendirme, profesyonel psikolojik yardımın önemine işaret etmektedir. Dolayısıyla yetişkinliğe geçişi temsil eden üniversite yılları, akademik alanın gerekliliklerini, kişilerarası ilişkileri yönetmedeki zorlukları, kimlik gelişimini ve bir dizi başka etkenden kaynaklanan çeşitli stres faktörlerini içinde barındırırken psikolojik sıkıntı yaşama olasılığını arttırmaktadır (Houghton vd.,2012; Kessler vd., 2005; Nafees ve Jahan, 2017).

Üniversite öğrencilerinin mevcut streslerinin yanı sıra çocukluk çağı travmalarının varlığı da onların hem kişisel hem de mesleki yaşamlarını daha karmaşık hale

getirebilmektedir (Labrague, 2018; McCarthy, 2018). DSÖ'ye göre, dünya nüfusunun üçte birinden fazlası çocukluk çağı travması yaşamıştır. Yaklaşık beş kadından birinin ve her 13 erkekten birinin çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığı; tüm yetişkinlerin ise yaklaşık %25'inin çocukluk döneminde fiziksel istismara uğradığı tahmin edilmektedir. Ayrıca, psikolojik sıkıntı yaşayan bireylerin %28,9'u çocukluk çağı travması deneyimi yaşadığı ve bu travmanın etkilerinin yaşam boyu devam ettiğini belirtilmiştir (Kessler vd., 2010). Yapılan araştırmalar, çocuklukta istismar ve diğer olumsuz çocukluk deneyimlerinin, özellikle yetişkinlikte depresif ve anksiyete bozuklukları (Hovens vd., 2012; Kessler vd., 1997) olmak üzere çeşitli psikolojik sıkıntıların başlamasını yordadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca erken çocukluk dönemindeki olumsuzlukların depresyon ve anksiyete bozukluklarının sürdürülmesinde de önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Hovens vd., 2012).

Depresyona, genetik ve çevresel faktörler de dahil olmak üzere çeşitli faktörlerin birleşimi sebep olmaktadır (Penner-Goeke ve Binder, 2019). Bu faktörler arasında çocuklukta yaşanan travmaların önemli olduğu ve çocukluk çağı travması yaşayan gençlerin, yaşamayanlara göre depresyona yakalanma olasılığının daha yüksek olabileceği birçok kez gösterilmektedir (Infurna vd., 2016; Nelson vd., 2017a). Çocukluk çağı travması ayrıca anksiyete bozuklukları için de önemli risk faktörlerinden biridir (Kuzminskaite vd., 2021). Depresyon ve kaygıya benzer şekilde çocukluk çağında yaşanan istismar ve ihmal gibi zorluklar yetişkinlerdeki intihar olasılığını da arttırmaktadır (Angelakis vd., 2019). Dolayısıyla, çocukluk çağında yaşanan psikolojik travmalar; bilişsel, duygusal ve fiziksel sorunlara neden olmaktadır. Yetişkinliğe geçişte ve yetişkinlikte ise mevcut travmalar stres, kaygı, depresyon gibi psikolojik sıkıntılar halinde kendini göstermektedir (Bahar, 2023; Şar vd., 2012).

Son 10 yılda, üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlığı ve bu alanda yardım alma ihtiyaçları giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Üniversite hayatı, genç yetişkinlerin büyüme sürecinde önemli bir dönemi temsil ederken, aynı zamanda çeşitli zorluklar ve stres

unsurlarını da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların varlığı, üniversite öğrencilerinin yaşamlarını olumsuz etkileyebilir, akademik başarılarını düşürebilir ve genel yaşam kalitelerini azaltabilir.

Üniversite hayatının ve içinde bulunulan gelişimsel sürecin beraberinde getirdiği zorlukların yanı sıra yaşanan Covid-19 Pandemisi, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler ve ekonomik buhranlar ruh sağlığı sıkıntıları artışlarına neden olmaktadır. DSÖ (2022a) Covid-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerine etkilerini değerlendirdiği raporda, pandeminin bireylerin ruh sağlığı ve psikolojik iyi oluşları üzerinde ciddi etkilere neden olduğunu ortaya koymaktadır. Rapora göre pandeminin, depresyon ve anksiyete yaygınlığında %25'lik bir artışa neden olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, kadınların ve 20-24 yaş arasındaki bireylerin pandeminin ruhsal etkilerine daha fazla maruz kaldığı belirtilmektedir (DSÖ, 2022b). Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası ise öğrencilerin yüksek oranda travma yaşadığı tespit edilmiş olup öğrencilerin büyük çoğunluğunda travma sonrası stres belirtileri gözlenmiştir (Bahar ve Çuhadar, 2023). Ayrıca COVID-19 pandemisi nedeniyle 23 Mart 2020 tarihinde [Yükseköğretim Kurulu (YÖK), 2020]; 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler nedeniyle 20 Şubat 2023 tarihinde başlanan uzaktan eğitim (YÖK, 2023) öğrencilerin motivasyonunu olumsuz yönde etkileyerek stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sıkıntılara yol açabileceği düşünülmektedir.

Profesyonel ruh sağlığı yardımına olan ihtiyaca rağmen, ruh sağlığı sorunu yaşayan öğrencilerin yalnızca üçte birinin ruh sağlığı yardımı aldığı bulunmuştur (Kessler vd., 2007). Buradan hareketle, zorluklarla başa çıkmak ve ruh sağlığını korumak için profesyonel destek arayışında olan öğrencilerin, bir dizi engelle karşılaşabildikleri ortaya çıkmaktadır. Yardım aramanın önündeki bariz engeller arasında, tedavinin etkinliğine ilişkin şüphecilik ve yardım alma için aciliyet hissetmeme bulunmaktadır. Bunlar dışında, üniversite öğrencilerinin yardım aramaya yönelik engelleri (1) ruh sağlığı sorunlarıyla kendi başına başa çıkmayı tercih etme, (2) tedaviye katılmak için yeterli zaman bulamama, (3) maddi zorluklar ve (4) damgalanma (stigma) kaygısı olarak belirtilmiştir (Eisenberg vd., 2011;

Vidourek vd., 2014). DSÖ'nün gerçekleştirdiği uluslararası bir çalışmada ise öğrencilerin profesyonel yardım aramama nedenleri, sorunu tek başına halletmeyi tercih etmeleri ve yardım arama yerine arkadaşları veya akrabalarıyla konuşmak istemeleri olarak belirtilmiştir (Ebert vd., 2019a).

Bireysel faktörlerin yanı sıra ruh sağlığı hizmetlerinin yapısal eksiklikleri de öğrencilerin profesyonel psikolojik yardım ihtiyaçlarını gidermesi önünde bir engel olarak sayılabilir. Türkiye'de geçmişten günümüze belirli basamaklarla ilerleyen PDR hizmetlerinin son 10 yılda daha hızlı adımlar attığı belirtilebilir (Kiye, 2024). Yükseköğretim Kurumu'nun 30 Nisan 2023 tarihli istatistiğine göre Türkiye'de 2022-2023 eğitim öğretim yılında toplamda 208 yükseköğretim kurumu bulunmaktadır (YÖK, 2023). Buna rağmen 59'unun aktif olarak PDR hizmeti sağlamadığı; 11'inin kapsamda yönetmeliğinin bulunduğu ancak hizmet vermedikleri ve hizmet verecek ruh sağlığı uzmanı istihdam etmedikleri bulgusuna ulaşmışlardır. (Özel vd., 2021). Dolayısıyla PDR hizmetlerinin organizasyonu ve sunumunda bir iyileşme olmasına rağmen fiziksel olanakların yetersizliği ve hizmetlerin sınırlı olması gibi çeşitli sorunların devam ettiğini görülmektedir.

Yapısal eksiklikler, yardım arama oranlarının düşük olmasından kısmen sorumludur ancak bazı araştırmalar, öğrencilerin büyük bir kısmının mevcut olsa bile tedavilerden faydalanmadığını göstermektedir (Bruffaerts vd., 2019). İçinde buldukları dönem itibarıyla yeni durum ve değişikliklerle karşı karşıya olan üniversite öğrencileri, eğitim süresince çeşitli problem alanlarına yönelik etkili problem çözme becerileri geliştirmek durumundadırlar. Bireyin psikolojik danışma yardımı almaya ilişkin olumlu algı ve gerçekçi beklentiler oluşturması ve yardım alma davranışında bulunması, bu becerilerin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Kızıldağ vd., 2012). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, üniversite kampüslerinde ruh sağlığı hizmetleri arayan öğrencilerde çarpıcı bir artış olduğunu (Prince, 2015; Yang, 2015) ortaya koymasına rağmen Türkiye'de öncelikle yardım alma konusunda mevcut durumu bilmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Ardından yardımları iyileştirmek

ve geliştirmek adına yardım arama engellerini iyi anlamının da mühim olduğu görülmektedir.

Lisans seviyesindeki PDR ğrencileri, gelecekte profesyonel psikolojik hizmet vermek üzere yetişen bireylerdir. Bu ğrencilerin kendi psikolojik ihtiyaçları ve yardım alma deneyimleri, kariyerleri boyunca karşılaşabilecekleri zorlukları anlamaları ve danışanlarına daha etkili bir Şekilde yardım sunmaları açısından kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca, ruh sağlığı alanını tercih edenler için olumsuz motivasyon sebeplerinden biri de kendi sorunlarına çözüm bulmaktır (Gladding, 2021). Bu da geleceğin ruh sağlığı profesyoneli olacak öğrencilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarını ve yardım aramaya ilişkin engellerini anlamının önemine bir atıf niteliğindedir. Hobaica vd. (2021) tarafından klinik psikoloji yüksek lisans öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %25'i orta ile Şiddetli anksiyete belirtileri, %20'si orta ile Şiddetli depresyon veya intihar niyeti semptomları bildirmiştir. Rummell (2015) tarafından yapılan bir başka çalışmada Klinik Psikoloji ve Psikolojik Danışmanlık yüksek lisans ğrencilerinin neredeyse %50'sinin kaygı yaşadığı, neredeyse %40'ının depresyon belirtileri gösterdiği ve neredeyse %35'inin ise birlikte ortaya çıkan kaygı ve depresyon yaşadığı ortaya konmuştur. Ayrıca, bu grubun genel nüfusa ve tıp öğrencilerine kıyasla daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete yaşadığına işaret edilmektedir (Rummell, 2015). Son olarak, ruh sağlığı lisansüstü programı ğrencilerinin %16'sının intihar düşüncesine sahip olduğu, %4nn intihara teşebbüs etme planları olduğu ve %0,6'sının intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Bu oranlar, farklı bölümlerin lisansüstü öğrencilerine ve genel nüfusa oranla daha yüksek bulunmuştur (Borges vd., 2010; Garcia-Williams vd., 2014).

Ruh sağlığı eğitimi alan öğrenciler stres yönetimi de dahil olmak üzere psikolojik müdahaleler konusunda eğitilmiş olsalar da bu eğitim danışan görmenin duygusal stresini ortadan kaldırmamakta ve öğrencilerin bu müdahaleleri etkili kişisel bakım için uygulayabileceklerini garanti etmemektedir (Hobaica vd., 2021). Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre de ruh sağlığı çalışanı olmanın, ruh sağlığı sıkıntılarının belirtilerini

küçümsemeye veya göz ardı etmeye neden olacağı ve uygun yardım aramayı engelleyebileceği belirtilmektedir. Bu durum, mevcut ruh sağlığı sıkıntılarını daha da kötüleştirerek veya yeni ruh sağlığı sıkıntılarına yol açarak mesleki işlevselliği bozabilmektedir [Amerikan Psikiyatri Derneği (APA), 2000]. Ayrıca ruh sağlığı uzmanlarının çocukluk dönemindeki aile ortamları üzerine yapılan araştırmalar, ruh sağlığı uzmanlarının diğer profesyonellere göre daha yüksek oranlarda işlevsiz ailelerde yetiştiklerini ve yetişkinlik hayatlarında önemli psikolojik sıkıntılar yaşadıklarını göstermektedir (Elliott ve Guy, 1993). Bunlara ek olarak, Covid-19 pandemisi ve 6 Şubat 2023 merkezli depremler sonrası geçilen uzaktan eğitim göz önünde bulundurulduğunda; uygulamada karşılaşılan ve öngörülemeyen karmaşık sorunları çözmek için bireysel ve ekip üyesi olarak sorumluluk alma, güvenli okul ortamının oluşturulması ve sürdürülebilmesi amacıyla kişisel ve kurumsal etkileşim kurma, alanla ilgili konularda ilgili kişi ve kurumları bilgilendirme ve sanatsal ve kültürel etkinliklere etkin olarak katılma gibi uygulama ağırlıklı program yeterliliklerinin (Anadolu Üniversitesi, 2024) sağlanamamış olabileceği düşünülmektedir.

Tüm bunlara rağmen, ruh sağlığı eğitimi alan öğrencilerin, kendi psikolojik yardım alma konusunda sınırlı erişim yaşayabileceği görülmektedir. Bunun nedenleri arasında; mali zorluklar, yardıma sınırlı ulaşma ve yetersiz zaman faktörleri yer almaktadır (Hobaica vd., 2021). Profesyonel meslek hayatlarında stres, tükenmişlik ve mesleki işlevsellikte bozulma gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyecek etmenlerin varlığı da göz önünde bulundurulduğunda (Posluns ve Gall, 2020), geleceğin ruh sağlığı uzmanlarının kişisel ruh sağlığı yardımı alma konusu hem kendi refahları hem de gelecekteki danışanlarının refahları için ele alınması gereken öncelikli bir sağlık sorunudur (Brimstone vd., 2007).

Ruh sağlığı uzmanlığı öğrencileri arasında ruh sağlığı sorunlarını anlamının ve ele almanın önemine rağmen konu ile ilgili çok az veriye rastlanmıştır. Mevcut çalışmaların birçoğunun Klinik Psikoloji ve Psikolojik Danışmanlık yüksek lisans ve doktora öğrencileriyle yapılmış olduğu görülmektedir (Hobaica vd., 2021; Rummell, 2015). Oysa depresyon, anksiyete ve intihar riskinin üniversite hayatının başlarında saptanması ve etkin tedavisinin

yapılması hem yıpranmayı azaltabilir hem de eğitimsel ve psikososyal işleyişi iyileştirebilir (Auerbach vd., 2016). Ayrıca, eğitim sırasında duygusal stres ve sıkıntıyla başa çıkmanın sağlıklı yollarını bulmak, bireyin kariyeri boyunca etkili başa çıkma ve öz bakım için zemin de hazırlayabilir (Dearing vd., 2005). Ruh sağlığı profesyonellerinin ironik şekilde danışanlarının refaha doğru ilerlemesine yardımcı olurken, kendi ihtiyaçlarını sıklıkla göz ardı ettikleri görülmüştür (Barnett vd., 2007). Yüksek düzeyde strese ve ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaca rağmen (Woolston, 2019), ruh sağlığı uzmanlığı öğrencilerinin profesyonel ruh sağlığı yardımlarına erişmek konusunda birtakım engellerle karşılaştığı da bildirilmiştir (El-Ghoroury vd., 2012). Dolayısıyla bu çalışmada, ruh sağlığı ihtiyaçlarını daha iyi anlamak ve ele almak için geleceğin ruh sağlığı uzmanlarından olan PDR lisans programı öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaçlarını ve ruh sağlığı hizmeti almalarının önündeki engellerinin ele alınması hedeflenmektedir.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde, üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlığı ve bu alandaki yardım alma ihtiyaçları giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Psikolojik bozuklukların yaşam boyu yaygınlık oranlarına bakıldığında da en yüksek oranların üniversite döneminde yaşandığı görülmektedir (Blanco vd., 2008; Hunt ve Eisenberg, 2010; Zivin vd., 2009). Ruh sağlığının bozulması üniversite öğrencilerinin beceri gelişimini, sosyal yaşamını, ekonomik bağımsızlığını ve kişisel yaşamını etkilerken aynı zamanda akademik sorumluluklarını başarıyla yerine getirmesine de engel olmaktadır (DSÖ, 2018). Dolayısıyla, üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım ihtiyaçlarını anlamak, bu ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan zorlukları ortaya PDR lisans öğrencilerinin hem lisans öğrencilerini temsil bakımından hem de geleceğin ruh sağlığı profesyonelleri olması bakımından önem arz eden bir grup olduğu düşünülmektedir.

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, bireylerin kişisel sorunlarını aşmalarına ve kendilerini gerçekleştirmelerine yardımcı olma amacı taşıyan kritik bir mesleki alandır.

Lisans seviyesindeki PDR öğrencileri, bu alanda profesyonel olarak yetişmektedirler. Dolayısıyla geleceğin ruh sağlığı profesyonelleri olacak öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve yardım kaynaklarına kolayca ulaşabilmelerinin sağlanması hem kendileri hem de ileride yardım sağlayacakları danışanları için büyük önem arz etmektedir. Dolayısıyla bu grubun ruh sağlığı ihtiyaçlarının anlaşılması psikolojik hizmetleri etkili ve güvenli bir şekilde sağlamak için gerekli yeterlilikleri geliştirmelerine engel olabilir (Grus vd., 2017). Ayrıca, eğitim sırasında duygusal stres ve sıkıntıyla başa çıkmanın sağlıklı yollarını bulmak, bireyin kariyeri boyunca etkili başa çıkma becerileri kullanması ve öz bakımını sağlaması için zemin hazırlayabilmektedir (Dearing vd., 2005). Ancak, bu öğrencilerin kendi psikolojik gereksinimleri ve bu gereksinimlerini karşılamak için yardım almaları gerektiğinde karşılaştıkları zorluklar, genellikle göz ardı edilen bir konudur (Hobaica vd., 2021). Özellikle geleceğin ruh sağlığı çalışanı olacak PDR lisans öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaçları ve ihtiyaçlarını karşılamaları önündeki engeller konusunda veriye rastlanmamıştır. Bu nedenle, lisans düzeyindeki PDR öğrencilerinin psikolojik yardım gereksinimleri ve bu gereksinimleri karşılamada yaşadıkları zorluklar, bu araştırmanın odak noktasını oluşturmaktadır.

PDR lisans öğrencileri, mesleki olarak Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık hizmeti verecek kişiler olarak yetiştirilmektedirler. Bu nedenle, kendi psikolojik sağlık durumlarını anlamaları ve psikolojik yardım almayı öğrenmeleri, ileriki dönemlerde mesleki olarak karşılaştıkları durumları daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, öğrencilerin psikolojik yardım gereksinimlerini karşılamak, genel öğrenci refahını artırabilir ve akademik başarılarına olumlu katkılarda bulunabilir. Psikolojik sağlık sorunlarıyla mücadele eden öğrenciler, destek aldıklarında ders başarıları ve öğrenme deneyimleri üzerinde olumlu gelişmeler yaşayabilirler (Hunt ve Eisenberg, 2010). Bu araştırmanın sonuçları, üniversitelerin ve ruh sağlığı profesyonellerinin lisans öğrencilerine yönelik destek hizmetlerini geliştirmelerine rehberlik edebilir. Bu sayede, lisans öğrencileri daha etkin bir şekilde psikolojik yardım hizmetlerinden yararlanabilirler (Hyseni Duraku vd., 2023). Ayrıca,

profesyonel psikolojik yardıma ulaşmanın önündeki engellerin incelenmesi, öğrencilerin psikolojik yardıma erişimini iyileştirmenin potansiyel yollarına dair önemli bilgiler sağlayabilir (Hobaica vd., 2021). Ek olarak, çalışma, psikolojik yardım alma sürecindeki engelleri ve zorlukları ortaya koyarak, toplumda psikolojik sağlık hizmetlerine ilişkin bilinç düzeyini artırabilir ve damgalamayı (stigma) azaltma çabalarına katkı sağlayabilir (Posluns ve Gall, 2020).

Muhasebeci ya da mühendisten farklı olarak ruh sağlığı uzmanları, işini kişisel deneyimden ve kendi derin hislerinden kopuk bir şekilde yapabilme opsiyonuna sahip olmamaktadır. Ruh sağlığı uzmanının kişisel mahrem dünyası aslında işinde kullandığı en önemli araçlardan biridir. Ruh sağlığı uzmanlarının kendileri hakkında bilmedikleri şeyler yalnızca kendisine zarar vermekle kalmaz, terapötik ilişkiyi de olumsuz etkiler. Kendini tanımanın psikoterapi sürecinde bu kadar merkezi rolü olmasına rağmen, bu konuya eğitim içeriklerinde yeterince önem verilmediği düşünülmektedir. Çoğu ruh sağlığı uzmanlığı öğrencisi için asıl zorluk akademik içerikte uzmanlaşmak değil, kendini tanımaya giden iç yolculuğa çıkacak duygusal cesarete sahip olmaktır (Cozolino, 2017). Dolayısıyla ruh sağlığı yardımı veren uzmanların kendi içsel yolculuklarını yapmalarının ve duygusal olarak olgunlaşmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu da kendi ruhsal sorunlarıyla ilgili psikolojik danışma desteği almalarından geçmektedir. Ayrıca ruh sağlığı uzmanlarının yardım vermeden önce danışanın yaşadığını anlamak için de yardım alan olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmada, özellikle geleceğin ruh sağlığı uzmanları olacak PDR lisans öğrencilerine odaklanarak, lisans eğitimi gören öğrenciler arasında ruh sağlığı durumu ve ruh sağlığına yardımı aramaya yönelik engeller hakkında literatürdeki kanıtları genişletmek amaçlanmaktadır. Çalışmanın literatüre üç önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. İlk olarak, PDR lisans öğrencilerinin temel alanlardaki ruh sağlığı durumunu, depresyon, anksiyeteye, somatizasyon, hostilite ve olumsuz benlik algılarına ilişkin bireysel değerlendirme ölçümlerini kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerde cinsiyet

ve sınıf düzeyine göre farklılıklar da ele alınmıştır. İkinci olarak, bu öğrencilerin çocukluk çağı travmaları incelenerek bu veriler diğer ruh sağlığı verileriyle ilişkilendirilmiştir. Son olarak, öğrencilerin profesyonel ruh sağlığı yardım almalarının önündeki engeller incelenmiştir. Sonuç olarak, bu araştırma Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık alanındaki literatüre yeni bir bakış açısı getirebilir ve bu alandaki eğitim programlarına yönelik önerilerde bulunabilir. Bu da gelecekteki ruh sağlığı profesyoneli olacak öğrencilerin daha donanımlı ve sağlıklı bir şekilde mesleki hayata adım atmalarına katkı sağlayabilir.

Araştırma Problemi

Bu araştırmada PDR lisans öğrencilerinin kaygı, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik algısı ve hostilite düzeyleri ile çocukluk çağı travmaları, psikolojik yardım gereksinimleri ve yardım engelleri incelenmiştir.

Alt Problemler

Araştırma problemi doğrultusunda aşağıdaki araştırma soruları incelenmiştir.

1. PDR lisans öğrencilerinin yaşamlarında psikolojik sıkıntı yaşama, psikolojik yardıma ihtiyaç duyma, profesyonel psikolojik yardım arama ve psikolojik yardım almış olma durumları nasıldır?
2. PDR lisans öğrencileri yaşamlarında hangi psikolojik sıkıntılarla karşılaşmışlardır?
3. PDR lisans öğrencilerinin profesyonel psikolojik yardıma ulaşamama nedenleri nelerdir?
4. PDR lisans öğrencilerinin depresyon, kaygı, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

5. PDR lisans öğrencilerinin depresyon, kaygı, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları sınıf düzeyine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

6. PDR lisans öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları (genel, fiziksel, duygusal ve cinsel travma), kaygı, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeylerini yordamakta mıdır?

7. Profesyonel psikolojik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım arama durumlarına göre PDR lisans öğrencilerinin depresyon, kaygı, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı farklılık var mıdır?

8. Profesyonel psikolojik yardım almış ve almamış PDR lisans öğrencilerinin depresyon, kaygı, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı farklılık var mıdır?

Sayıtlılar

Çalışma bazı varsayımlar doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Bu sayıtlılara aşağıda yer verilmiştir:

1. Katılımcıların ölçme araçlarına içten ve gerçeğe yakın bir biçimde yanıt verdikleri varsayılmıştır.

2. Araştırmada kullanılan "Kişisel Bilgi Formu"nun psikolojik ihtiyaçları ve ihtiyaçlara ulaşma engellerini; "Kısa Semptom Envanterinin" çalışma grubunu oluşturan PDR lisans öğrencilerinin depresyon, somatizasyon, anksiyete bozukluğu, hostilite ve olumsuz benlik semptomlarını; "Erken Travma Envanterinin" çocukluk çağı travma semptomlarını yeterince kapsadığı varsayılmaktadır.

Sınırlılıklar

Çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu sınırlılıklara aşağıda yer verilmiştir:

1. Araştırmanın çalışma grubu, 2023-2024 yılında Türkiye'nin çeşitli bölgelerindeki devlet üniversitelerinde öğrenim gören PDR lisans öğrencileri ile sınırlıdır.
2. Araştırmanın çalışma grubunun çoğunu kadınların oluşturması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.
3. Bu çalışma cinsiyetler arası ruh sağlığı ihtiyaçlarını ve yardım arama engellerindeki farklılıkları vurgulasa da bu farklılıkları açıklayabilecek toplumsal cinsiyet rolleri faktörleri incelenmemiştir.

Tanımlar

Aşağıda araştırmanın temel değişkenlerine ilişkin kavramların tanımlarına ve bu çalışmada nasıl ele alındıklarına yer verilmiştir.

Depresyon: Bu çalışmada kullanılan Kısa Semptom Envanteri (Şahin ve Durak, 1994) alt ölçeğinden elde edilen depresyon verileri DSM-IV tanı sistemine göre hazırlanmıştır. DSM-IV tanı sistemine göre depresyon hemen hemen her gün, günün büyük bölümünde belirlenen depresif duygudurum, yapılan etkinliklere karşı ilgide veya zevkte belirgin azalma, uykusuzluk, ajitasyon veya gözlemlenebilir gerileme, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları, düşünme ve konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık ve tekrarlayan ölüm düşünceleri ya da intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Kaygı: Bu çalışmada kullanılan Kısa Semptom Envanter (Şahin ve Durak, 1994) alt ölçeğinden elde edilen kaygı verileri DSM-IV tanı sistemine göre hazırlanmıştır. DSM-IV tanı sistemine göre kaygı bozukluğu, en az altı ay boyunca bir dizi olay veya etkinlik (iş veya okul performansı gibi) ilgili olarak birden fazla gün ortaya çıkan ve kontrol edilemeyen aşırı kaygı ve endişe (endişeli beklenti) hali olarak tanımlanmaktadır. Semptomlar arasında huzursuzluk, kolayca yorulma, konsantrasyon zorluğu, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku bozuklukları yer almaktadır (APA, 1994).

Somatizasyon (Bedenselleştirme): Bu çalışmada kullanılan Kısa Semptom Envanteri (Şahin ve Durak, 1994) alt ölçeğinden elde edilen somatizasyon verileri DSM-IV tanı sistemine göre hazırlanmıştır. DSM-IV tanı sistemine göre Somatizasyon Bozukluğu, "Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması" şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Hostilite (Düşmanlık): APA'ya (1994) göre; yoğun bir düşmanlık veya karşıtlığın eylem, duygu veya tutumda açıkça ifade edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu ifade, genellikle başkalarına karşı negatif ve düşmanca tutumlarla ilişkilidir ve saldırgan davranışlarla sonuçlanmaktadır. Bu araştırmada hostilite Kısa Semptom Envanterinin alt ölçeği ile ölçülmüştür.

Olumsuz Benlik Algısı: Sosyal dışlanma ve problem davranışlarla ilişkili bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Özellikle sosyal dışlanma durumunda bireyler kendilerini değersiz hissedebilir ve bu durum temel ihtiyaçları olan aidiyet duygusunu, özsaygıyı, kontrolü ve anlamlı varoluşu tehdit etmektedir (Williams, 2009). Bu araştırmada olumsuz benlik algısı Kısa Semptom Envanterinin alt ölçeği ile ölçülmüştür.

Çocukluk Çağı Travması: Sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna fiili veya potansiyel zarar veren her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar muamele veya ticari veya diğer sömürü olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2024).

Bölüm 2

Araştırmanın Kuramsal Temeli ve İlgili Araştırmalar

Bu bölümde, araştırma konusuna ilişkin olarak alanyazında yer alan bilgiler ele alınmıştır. Bu bağlamda “Ruh Sağlığı İhtiyaçları”, “Ruh Sağlığı İhtiyaçları ile İlgili Kuramlar”, “Profesyonel Psikolojik Yardım Almanın Önündeki Engeller” ve “Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Öğrencilerinin Mesleki Kimlik Gelişimi ve Bu Süreçte Profesyonel Psikolojik Yardımın Rolü” ana başlıklarına yer verilmiştir. İlgili araştırmalar başlığında ise, lisans öğrencilerinin psikolojik yardım gereksinimleri ve yardım alma süreçlerinde karşılaştıkları zorluklar, PDR öğrencilerinin psikolojik yardım gereksinimleri ve yardım alma sürecinde karşılaştığı zorluklar ile ilgili yayınlanmış araştırmalar özetlenmiştir.

Ruh Sağlığı İhtiyaçları

Ruh sağlığı, insanların yaşamın stresleriyle başa çıkmalarını, yeteneklerinin farkına varmalarını, iyi öğrenip iyi çalışmalarını ve topluma katkıda bulunmalarını sağlayan bir zihinsel iyilik durumudur (DSÖ, 2022c). Ruh sağlığını tek başına ele almak doğru gözükmemektedir (Bhugra vd., 2013). Dolayısıyla ruh sağlığı en az üç şekilde tanımlanabilecek genel sağlığın ayrılmaz ve önemli bir parçasını oluşturmaktadır: Hastalığın olmaması, organizmanın tüm işlevlerini tam olarak yerine getirmesine izin vermesi ve kişinin kendi içinde ve sosyal çevresiyle dengede olması durumu (Sartorius, 2002). Dolayısıyla ruh sağlığının, ruhsal bozuklukların yokluğundan daha fazlası olduğu söylenebilir (DSÖ, 2022c).

Ruh sağlığı durumu, bireyin başkalarıyla sevgi dolu ilişkiler kurma ve sürdürme, kendi kültüründe genellikle oynanan sosyal rolleri yerine getirme ve değişimi yönetme, olumlu eylem ve düşünceleri tanıma, kabul etme ve iletme becerisine sahip olma ve duyguları yönetmeyi ifade etmektedir (Bhugra vd., 2013). Karar verme, ilişkiler kurma ve içinde yaşadığımız dünyayı şekillendirme konusundaki bireysel ve kolektif yeteneklerimizi destekleyen sağlık ve refahın ayrılmaz bir bileşenidir (DSÖ, 2022c). Dolayısıyla ruh sağlığı,

bireye değer duygusu ve kontrol duygusu katarken iç ve dış işleyişi anlamasını da kolaylaştırır (Bhugra vd., 2013)

Ruh sağlığı kişisel, toplumsal ve sosyo-ekonomik gelişim için oldukça önemlidir. DSÖ'ye (2022) göre, ruh sağlığı bir kişiden diğerine farklı şekilde deneyimlenen, değişen zorluk ve sıkıntı dereceleri ve potansiyel olarak çok farklı sosyal ve klinik sonuçlarla birlikte karmaşık bir süreklilik üzerinde var olmaktadır. Ruh sağlığı biyolojik, sosyal, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenir. İşleyişin merkezinde yer alan birey, sosyal dünya tarafından çevrelenmiştir; yakın dünyada aile, akrabalık, işverenler, akranlar, meslektaşlar, arkadaşlar ve uzak bağlamda toplum ve kültür yer alacaktır (Bhugra vd., 2013). Erikson (1963), zihinsel ruh sağlığını geliştirmede sağlıklı kişilerarası ilişkilerin önemini vurgulamaktadır.

Herhangi bir zamanda, çeşitli bireysel, aile, topluluk ve yapısal faktörler bir araya gelerek ruh sağlığını koruyabilmekte veya zayıflatabilmektedir (Bhugra vd., 2013; DSÖ, 2022c). Çoğu insan dayanıklı olmasına rağmen, yoksulluk, şiddet, engellilik ve eşitsizlik gibi olumsuz koşullara maruz kalan kişilerin zihinsel sağlık sorunu geliştirme riski daha yüksektir. (DSÖ, 2022c). Ruh sağlığı sıkıntılarında karşı hassasiyeti yaratan içsel faktörler; duygusal dayanıklılık eksikliği, zayıf özsaygı ve sosyal statü, kapana kısılmış ve çaresiz hissetme, cinsellik veya cinsel yönelim, izolasyon ve zayıf entegrasyonla ilgili sorunlar gibi faktörleri içermektedir. Bu kırılabilirliğe katkıda bulunan dış faktörler ise, kötü sosyal koşullar (barınma, yoksulluk, işsizlik), ayrımcılık veya istismar, kültürel çatışma, damgalanma ve zayıf özerklik olarak belirtilmektedir (Authority, 1997).

Maslow'a (1968) göre, ruh sağlığı temel sağlık ihtiyaçlarının ne düzeyde karşılandığına bağlıdır. Bu ihtiyaçlar arasında yiyecek, barınma, hayatta kalma, korunma, toplum, sosyal destek ve acıdan, çevresel tehlikelerden, gereksiz stresten ve sömürünün herhangi bir kısmından korunma yer alır (Maslow, 1968). Temel ihtiyaçlar karşılanmadığında, dünya düşmanca ve tehditkâr bir yer olarak görülür ve kişi kendini izole edilmiş, reddedilmiş ve takdir edilmemiş hissedebilir (Maslow, 1943). Hem karşılanmayan

temel ihtiyaçların hem de geçişlerin algılanan stres ve kaygı düzeyinin artmasına katkıda bulunduğu ortaya koyulmuştur (Verdone ve Murray, 2021).

Kanada Ulusal Sağlık ve Refah Bakanlığı ruh sağlığını, “bireyin, grubun ve çevrenin öznel refahı artıracak şekilde birbirleriyle etkileşime girme kapasitesi” olarak tanımlamaktadır. Ruh sağlığının bu tanımı, kişinin ruh sağlığının bireysel olarak değil kolektif olarak deneyimlendiği fikrini ortaya çıkarmıştır. Başka bir deyişle, ruh sağlığı durumu kişinin sağlığını belirleyen faktörlerden yalnızca biridir (Marchildon ve DSÖ, 2013). Dolayısıyla ruh sağlığının, bireyin kendisiyle barışık olduğu, sosyal olarak etkin bir şekilde çalışabildiği, kendi temel ihtiyaçlarının yanı sıra üst düzey işlevsel ihtiyaçlarını da karşılayabildiği bir denge durumu olduğunu söylemek mümkündür. Olumlu işlevsellik, değişimi, ilişkileri ve duyguları yapıcı bir şekilde yönetmek anlamına gelmektedir (Bhugra vd., 2013).

Toplumda kendini bulma ve anlama çabası içinde olan gençlerin yaşadığı psikolojik sıkıntılar arasında kimlik bunalımı, uyum sorunları, duygudurum sorunları, insan ilişkileri ve iletişim, aile sorunları, akademik hayat ve okul ile ilgili sorunlar, duygusallık, akademik sorunlar, arkadaşlık ilişkileri ile ilgili sorunlar ve diğer kişilerarası ilişkiler ile ilgili sorunlar yer almaktadır (Şimşir vd., 2022). Örneğın Türk gençleriyle yapılan bir çalışmada en çok karşılaşılan sıkıntılar; kişilerarası sorunlar, personel ve otoriteyle ilgili sorunlar ve gelecek kaygıları olmuştur (Koydemir vd., 2010). Bu sorunları yaşayan gençler stres, kaygı ve depresyon gibi ruh sağlığı sıkıntıları açısından risk altındadır.

Psikolojik sıkıntılarının şiddeti ve kronikliği farklılık göstermektedir. Dolayısıyla yaşanan psikolojik sıkıntının sınırlarını belirlemek amacıyla tanı kategorilerinden yararlanmak faydalı olabilir. DSM-V (APA, 2013) ve ICD-11 (DSÖ, 2024) ruh sağlığı profesyonelleri için tanı kategorileri kaynakları güncel olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bu kategoriler arasında bulunan depresyon, kaygı ve travmalar ruh sağlığının denge durumunu olumsuz etkileyebilir (Eisenberg vd., 1998). Aslında bir psikolojik sıkıntının yaşanması, bireyin genel yaşam kalitesini birçok açıdan fiziksel semptomlara oranla çok daha ciddi

şekilde etkileyebilir (Marchildon ve DSÖ, 2013). Bu durumlar, bireyin kendisiyle barışık olmasını zorlaştırabilir ve sosyal ilişkilerde sorunlara yol açabilir. Ayrıca bireylere üst düzey işlevsel ihtiyaçlarını karşılama konusunda güçlükler yaşatabilir. Tüm bunlara ek olarak, bu ruh sağlığı sıkıntıları olumlu işlevselliği, değişimi yönetmeyi, ilişkileri sağlıklı bir şekilde sürdürmeyi ve duyguları yapıcı bir şekilde yönetmeyi engelleyebilir.

Depresyon ve Yaygınlığı

Depresyon genç yetişkinler ve yetişkinler arasında en sık teşhis edilen ruhsal bozukluklardan biridir. Depresyonun gidişatına ve doğasına dair anlayış son 20 yılda önemli ölçüde değişmiştir. Akut (hızlı başlayan ve/veya kısa süreli) ve kendi kendini sınırlayan bir hastalık olarak görülmekten çok; çoğu kişi için depresyonun artık kronik ve yaşam boyu bir hastalık olarak kabul edildiği giderek daha net bir şekilde anlaşılmaktadır (Richards ve Hatch, 2011). Türkiye’de yapılan bir çalışmada depresyon sıklığının toplumdaki yaygınlık oranı %10 olarak bulunmuştur (Küey ve Güleç, 1989). Yaygınlığının yanı sıra maliyetinin oldukça yüksek olması halk sağlığı için endişe verici hale gelmektedir. Depresyon yalnızca ekonomik açıdan zararlı olmakla kalmayıp; aynı zamanda toplumsal, kişisel ve kişilerarası sıkıntılara da yol açmaktadır (Richards, 2011).

DSM-IV-TR (APA, 1994), belirli sayıda semptomun varlığına dayalı ve kesin bir tanımla Majör Depresif Bozukluk teşhisini açıklamaktadır. Çoğunlukla depresif ruh hali ya da ilgi ya da zevk kaybı belirtileri mevcuttur. Ayrıca DSM-IV (APA, 1994) listesindeki en az beş ögenin kriterlerinin iki hafta süreyle mevcut olması gerekmektedir. Bu kriterler, bireyin işlevselliğindeki değişimleri temsil etmektedir. Kriterler, depresif ruh hali ve çoğu aktiviteye karşı ilgi kaybını, iştah ve uyku bozukluğunu, değersizlik ve suçluluk duygularını ve intihar düşüncelerini içermektedir (APA, 2000). DSM-IV (APA, 1994), Distimik Bozukluğu ise kronik bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Semptomların majör depresif bozukluk kadar şiddetli olmaması ancak en az 2 yıldır mevcut olması gerekmektedir. Günün büyük bölümünde depresif ruh hali belirtilerini ve iştahsızlık, uykusuzluk, düşük enerji, zayıf özgüven, konsantrasyon eksikliği ve umutsuzluk duyguları kriterlerinden en az ikisini içermesi

gerekmektedir. Bir kişi iki ay veya daha uzun süre semptomsuz kalırsa bireye teşhis konulmamaktadır. Çifte depresyon majör depresif bozukluk ile görülen distiminin varlığı olarak tanımlanmaktadır.

DSM-V'te (APA, 2013) majör depresif bozukluk ve distimik bozukluğun tanısal ayrımı sürdürülmektedir. Ancak distimik bozukluk Süregiden Depresyon Bozukluğu olarak yeniden adlandırılmıştır. DSM-V için bu bozuklukların tanı kriterleri DSM-IV ile aynı kalmıştır. Ek olarak, DSM-V karışık Anksiyete/Depresyon gibi ek tanı kategorileri önermektedir. Ayrıca DSM-V'te çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan psikolojik sıkıntılar ilgili bölümlere entegre edilmiştir (APA, 2013).

ICD-11, depresif dönem kriterlerini etkinliklere karşı ilgi kaybı, duygusal tepki eksikliği, uyku bozukluğu, iştah kaybı, motor gerilik, kilo kaybı, libido kaybı ve enerji azalması olarak tanımlamaktadır. Bu kriterlerin bireyde iki hafta sürmesi gerekmektedir (DSÖ, 2024). Distimi ise, en az iki yıl boyunca sürekli yinelenen depresif duygudurum dönemi olarak tanımlanmaktadır. Semptomlar tekrarlayan depresyon kadar şiddetli veya kalıcı değildir ve nadiren birkaç haftadan uzun sürmektedir. Bu dönemlerde ağlama, konsantrasyon güçlüğü, güven kaybı ve yetersizlik ve umutsuzluk duyguları, başa çıkamama ve geleceğe dair umutsuzluk gibi kriterlerinden en az üç semptom ögesi mevcut olmalıdır (DSÖ, 2024). Depresyon için risk faktörleri; kadın olmak, düşük sosyo-ekonomik statüye sahip olmak, eşlik eden psikolojik sıkıntılarının varlığı (özellikle anksiyete bozuklukları), ailede depresyon öyküsü ve stresli yaşam olaylarına maruz kalmakla olarak belgelenmiştir (Birmaher vd., 2004).

Genel popülasyonda depresif bozukluğun yaygınlığını belirlemek için birçok önemli epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. ABD'de yapılan bu türden iki büyük ölçekli araştırma; Baltimore Epidemiyolojik Yakalama Alanı Araştırması (Eaton vd., 1989) ve ilk olarak 1991'de yürütülen ve 2001'de tekrarlanan Komorbidite Araştırması'dır (Kessler vd., 1994; Kessler vd., 2003). Baltimore Epidemiyolojik Yakalama Alanı Araştırması'ndan depresif bozukluk ile ilgili elde edilen veriler, 1 aylık (%5,2), 6 aylık (%5,8), 12 aylık (%6,3) ve yaşam

boyu (%8,3) yaygınlığını ortaya koymaktadır (Bourdon vd., 1992). Ulusal Komorbidite Araştırması ise, popülasyonda depresif bozukluğun 12 aylık yaygınlığını %8,6 ve yaşam boyu yaygınlığını %14,9 olarak bildirmektedir (Kessler vd., 1994). Bu çalışmada, Baltimore Epidemiyolojik Yakalama Alanı Araştırması'na benzer şekilde depresyonun erken yaşta başladığı ortaya koyulmuştur ancak oranların daha önceki araştırmadan daha yüksek olduğu gözükmemektedir. Bu durumun, Ulusal Komorbidite Araştırması'nın yaş aralığını on sekizden on beşe düşürmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Richard, 2011). Her iki araştırma da depresyonun erken yaşta başladığına dikkat çekmektedir.

Hem Baltimore Epidemiyolojik Yakalama Alanı Araştırması hem de Ulusal Komorbidite Araştırması araştırmalarında bulunan yüksek yaygınlık tahminleri endişe kaynağıdır. O sıralarda, depresif bozukluğun tanı ölçütleri vurgulayacak olan DSM-IV (APA, 1994) hazırlanıyordu (Richard, 2011). Ardından DSM-IV'ün (APA, 1994) yayınlanmasına dayanarak, yeni bir Ulusal Komorbidite Araştırması-Çoğaltması (NCS-R) uygulandı (Robins vd., 1988). Bu araştırmaya göre rapor edilen depresif bozukluğun yaygınlığı yaşam boyu %16,2 ve 12 aylık yaygınlık için %6,6'dır (Kessler vd., 2003). Görüldüğü üzere bu araştırmada 12 aylık depresyon yaygınlık oranı, Baltimore Epidemiyolojik Yakalama Alanı Araştırmasında bildirilen orandan (%6,3) biraz daha yüksektir ancak ilk Ulusal Komorbidite Araştırmasında bildirilen orandan (%8,6) daha düşüktür. Yaşam boyu yaygınlık için bildirilen oran, Baltimore Epidemiyolojik Yakalama Alanı Araştırmasında (%14,9) ve ilk Ulusal Komorbidite Araştırmasında (%8,3) bildirilen oranlardan daha yüksektir. Artan yaygınlığın, ilk olarak 1980'lerde genç yaş gruplarında depresyon görülme sıklığının artmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (Burke vd., 1991).

Genç yaş gruplarının bir özelliği olarak depresyonun başlangıç noktası ve yetişkinlik boyunca tekrarlama olasılığı ilgi çekici ve endişe verici bir noktadır (Richard, 2011). DSÖ, depresyonun 20-25 yaş gruplarında ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Literatürün incelendiği bir araştırma, depresyonun başlangıcının 15 ile 29 yaş arasında olduğunu belirtmektedir (Craighead vd., 2008). Ayrıca, on dört Avrupa ülkesinden toplanan verilere göre kadınlarda

depresyonun erkeklere göre daha üst sıralarda yer aldığı belirtilmiştir (Üstün vd., 2004). Yaygınlık oranları ve cinsiyet farklılıkları yetişkin yaşam süresi boyunca nispeten sabit kalmaktadır. Depresyonun erken yaşta başladığı göz önünde bulundurulduğunda, genç gruplar için yaşam boyu yaygınlığın gelecekte daha yüksek olacağı düşünülmektedir (Craighead vd., 2008).

Zisook vd., (2007) majör depresyonun erken yaşta başlamasının daha sonraki dönemlerin seyrini etkilediğini belirtmektedir. Erken yaşta depresyon yaşayan bireylerin; hiç evlenmemiş olma, sosyal ve mesleki bozulma, daha düşük yaşam kalitesi, daha olumsuz bir bakış açısı, artan semptom şiddetinin yanı sıra daha fazla sayıda depresif dönem ve artan intihar düşüncesi ve intihar girişimi gibi çok çeşitli göstergelerle daha fazla hastalık yükü yaşadığını bildirmektedir. Depresyona en sık eşlik eden psikolojik sıkıntı ise kaygı bozukluklarıdır (Richard, 2011).

Kaygı (Anksiyete) ve Yaygınlığı

Kaygı bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (Kessler vd., 2005; Kadri vd., 2007). Majör depresyonu olan kişilerin %50'sinde anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği durumlar mevcuttur (Fava vd., 1997). Klinik olmayan örneklerde de majör depresyonla benzer düzeyde anksiyete eş tanısı bulunmuştur (Wittchen ve Jacobi, 2005). Kaygı depresyona benzer şekilde yaşamın erken dönemlerinde başlamaktadır (Kessler vd., 2007) ve kronik bir seyir izlemektedir (Antony ve Stein, 2009). Anksiyete bozuklukları, psikiyatride ve tıbbın geri kalanında görülen başlıca hastalık gruplarından birini temsil eder. Ruh sağlığı alanındaki ilerlemeler dikkatleri anksiyete bozukluklarının nasıl gruplandırıldığına odaklamış olsa da son 10 yılda bu bozuklukların sınıflandırmasında ciddi ölçüde bir şekilde değişim yaşanmamıştır (Kupfer vd., 2022).

DSM-V'te kaygı, gelecekteki tehdidin beklentisi olarak tanımlanırken; gerçek veya algılanan yakın tehde karşı verilen tepki olan korkudan ayrılır (APA, 2013). DSM IV'le (APA, 1994) karşılaştırıldığında DSM-V'te (APA, 2013) anksiyete bozuklukları bölümü obsesif kompulsif bozukluğu içermemektedir. Bunun yerine, "Obsesif-Kompulsif ve İlgili

Bozukluklar" başlıklı yeni bir bölüm yerleştirilmiştir. Anksiyete bozuklukları bölümü, travma sonrası stres bozukluğunu veya akut stres bozukluğunu da içermemektedir. Bunlar artık "Travma ve Stresle İlgili Bozukluklar" olarak adlandırılan yeni bir bölümde yer almaktadır. Bu bölüm artık bozuklukların olağan başlangıç yaşına göre sıralandığı gelişimsel bir yaklaşımı yansıtmaktadır. Ayrıca spesifik fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi) da dahil olmak üzere bu bozuklukların çoğu için artık altı aylık süre her yaşta kişi için uzatılmıştır. Panik ataklar artık sadece anksiyete bozuklukları için değil, tüm DSM-V bozuklukları için geçerli bir belirteç olarak listelenebilmektedir. Panik bozukluğu ve agorafobi artık DSM-V'te birbirinden bağımsızdır ve her biri ayrı kriterlere sahiptir. Ayrılma kaygısı bozukluğu ve seçici konuşmazlık, DSM-IV'ün ilk bölümünde çocukluk çağında ortaya çıkan bozukluklar arasında yer alırken DSM-V'te kaygı bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Ayrılma kaygısı bozukluğuna ilişkin ölçütlerin ifadesi, yetişkinlikte ayrılma kaygısı belirtilerinin ifadesini daha iyi temsil edecek şekilde değiştirilmiştir. Bu nedenle tanı kriterlerinden 18 yaşından önce başlamış olması gerektiği ifadesi kaldırılmıştır (APA, 2013).

DSM-V'te (APA, 2013) Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları bölümünde Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) ve Panik Bozukluğu yer almaktadır. Toplumsal Kaygı Bozukluğu, korku ve endişenin başkaları tarafından incelenmeye zorlanması ve kişinin başkalarıyla etkileşimde bulunmak veya başkalarının önünde performans sergilemek zorunda kalması durumunda utanç duyması durumunda teşhis edilmektedir. Panik Bozukluk ise anksiyete, ani, beklenmedik, geçici korku epizotları ve fiziksel semptomlarla belirgin olmaktadır. (Murray vd., 2015). DSM-V ve ICD-11'de Kaygı Bozuklukları başlığı altında belirtilen bir psikolojik sıkıntı da yaygın kaygı bozukluğudur.

DSM-V'e (APA, 2013) göre yaygın yaygın kaygı bozukluğu, en az altı aylık sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) olarak tanımlanmaktadır. Dinginleşememe ya da gerginlik, kolay yorulma, odakta güçlük, kolay kızma, kas gerginliği ve uyku bozuklukları belirtilerinden üçünün tanı

koymakta kullanıldığı Yaygın Kaygı Bozukluğunda bireyin kuruntularını denetim altına almakta güçlük çektiği vurgulanmaktadır (APA, 2013). Yaygın kaygı bozukluğu, tanımı gereği kronik bir hastalıktır. Ayrıca çoğu hastanın tedaviye başvurmadan önce bu bozukluğu yıllardır yaşadığı ifade edilmektedir (Murray vd., 2015). Yaygın kaygı bozukluğu danışanların %7 ile 8'inde görülmektedir (Kroenke vd., 2007) ancak danışanlar nadiren belirtilerini ruh sağlığı profesyonellerine iletmeyi tercih etmektedir (Murray vd., 2015).

ICD-11'e (DSÖ, 2024) göre Yaygın Kaygı Bozukluğu temelde herhangi bir çevresel durumla sınırlı olmayan genel kaygı veya günlük yaşamın çeşitli yönlerinde (örneğin iş, mali durum, sağlık, aile) meydana gelen olumsuz olaylarla ilgili endişeli beklentiye eşlik eden belirgin kaygı belirtileri olarak tanımlanmaktadır. Belirgin kaygı belirtilerine ek olarak kas gerginliği, mide bulantısı ve/veya karın ağrısı, kalp çarpıntısı, terleme, titreme, titreme ve/veya ağız kuruluğu gibi sık görülen gastrointestinal semptomlarla kanıtlanan sempatik otonomik aşırı aktivite veya motor huzursuzluğu, sinirlilik, huzursuzluk ya da "gergin" olma gibi öznel deneyimler, konsantrasyon sağlamada zorluklar, sinirlilik ve uyku bozuklukları (uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede zorluk veya huzursuz, tatmin edici olmayan uyku) gibi belirtiler eşlik etmektedir. Semptomların geçici olmadığı; en az birkaç ay devam ettiği belirtilmiştir. Tüm bunlara ek olarak semptomların önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açacak kadar şiddetli olması gerektiği vurgulanmıştır (DSÖ, 2024).

Bulgular, kaygılı bireylerin olumsuz sonuçları aşırı hissetmeye daha yatkın olduğunu göstermektedir (Eisenberg vd., 1998). Örneğin; Mitte (2007) katılımcılardan farklı senaryolar arasında seçim yapmalarını istemiş ve sürekli kaygı ile olumsuz olayların öznel maliyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Yaygın anksiyete bozukluğunun genel işlevselliği bozduğu düşünüldüğünde risk faktörlerini bilmek önem kazanmaktadır. Bilinen risk faktörleri arasında kadın olma, düşük sosyoekonomik durum ve çocuklukta yaşanan travmalar (örneğin, fiziksel veya cinsel istismar, ihmal ve yakın partnerden gelen şiddet, alkolizm ve uyuşturucu kullanımıyla ilgili ebeveyn sorunları) yer almaktadır (Moreno-Peral vd., 2014). Son bulgular, çocuklukta fiziksel cezaya maruz kalmanın, yetişkinlikte

yaygın kaygı bozukluğu riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Afifi vd., 2012). Tüm bunlara rağmen bu risk faktörleri belirgin değildir ve diğer kaygı ve duygudurum bozuklukları riskleriyle de ilişkilendirilebilmektedir (Murray vd., 2015). İkizleri kapsayan çalışmalar, yaygın kaygı bozukluğunun orta derecede genetik riskine ilişkin kanıtlar göstermektedir. Kalıtsallığın oranının %15 ile %20 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Hetteema vd., 2015).

Majör depresyon genellikle Yaygın kaygı bozukluğu ile görülen bir durumdur. Öte yandan majör depresyonu genel kaygı bozukluğundan ayırmak zor olabilmektedir çünkü genel kaygı bozukluğunun birçok semptomu (örneğin yorgunluk ve uykusuzluk) majör depresyonunkilerle örtüşmektedir (Murray vd., 2015). Buna rağmen, majör depresyonun özelliği olan kalıcı anhedoni (zevk yaşayamama), yaygın anksiyete bozukluğunun bir belirtisi değildir (APA, 2013). Yaygın kaygı bozukluğu olan hastalar sıklıkla çaresizlik hissini tanımlarken, majör depresyonu olan hastalar kendilerini umutsuz hissedebilirler. Bununla birlikte, yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde intihar girişimleri de dahil olmak üzere kasıtlı kendine zarar verme riski daha yüksektir (Chartrand vd., 2012). Pek çok danışanda yaygın anksiyete bozukluğu, özellikle stresli yaşam koşulları sırasında ortaya çıkan dönemsel majör depresyon nöbetleriyle birlikte, altta yatan bir gidip gelme durumudur. Yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresyonun bu ikili oluşumu, bazen "kaygılı depresyon" olarak adlandırılmaktadır (Goldberg vd., 2012; Murray vd., 2015).

Anksiyete bozuklukları, ABD'de yaklaşık beş yetiştikten birini etkileyen en yaygın ruh sağlığı sıkıntılarında biridir (Kessler vd., 2005). Türkiye'de de benzer bir tablo olduğu görülmektedir. Yapılan bir araştırmada anksiyete bozukluğunun toplumda görülme oranı %29 olarak saptanmıştır (Keskin vd., 2013). Psikiyatri epidemiyolojisinde en yaygın olarak belgelenen bulgulardan biri, kadınların yaşamları boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığının erkeklere göre önemli ölçüde daha fazla olmasıdır (Kessler ve Wang, 2008). ABD Ulusal Komorbidite Araştırması, herhangi bir anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranlarının kadınlarda %30,5 ve erkeklerde %19,2 olduğunu bulmuştur (Kessler

vd., 1994). Başlangıç yaşı değişkenlik göstermektedir. Geç başlangıçlı vakalar genellikle kronik fiziksel sağlık koşulları bağlamında ileri yetişkinlik döneminde ortaya çıkarken vakaların çoğunun çocuklukta başladığı görülmektedir (Zbozinek vd., 2012). Çocuklukta travmaya maruz kalmanın da anksiyete bozuklukları riskinde artışa sebep olduğu görülmektedir (Cummings vd., 2012).

Çocukluk Çağı Travması ve Yaygınlığı

Çocukluk döneminde travmaya maruz kalmanın uzun vadeli sonuçlara yol açtığını gösteren kanıtlarla birlikte giderek artan bir literatür bulunmaktadır (Spataro vd., 2004). APA'ya göre travma; yaralanmayı, ölümü veya fiziksel bütünlüğü tehdit eden, korku, dehşet ve çaresizlik duygularına neden olan algılanan bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994). Yapılan araştırmalar travmatik deneyimlere maruz kalmanın yaygın olduğunu ve cinsiyet, yaş, ırk, etnik köken veya cinsel tercihe göre ayrımcılık yapmadığını göstermektedir (Dye, 2018). Bu deneyimler tek bir olay sırasında (akut) veya tekrarlanan (kronik) maruziyet sonucu ortaya çıkabilmektedir. Travmatik olaylar arasında istismar, şiddet, ihmal, kayıp, kazalar, felaketler, savaş ve diğer duygusal açıdan zararlı deneyimler yer almaktadır (APA, 2000). Çocukluk travmasına maruz kalmanın depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları (Cummings vd., 2012) riskinde artışa sebep olduğu vurgulanmaktadır. Edwards vd.'e (2003) göre, çocukluk dönemindeki travmanın olumsuz etkileri yetişkinlikte de devam edebilmektedir. Dolayısıyla araştırmalar, çocukluğunda travma yaşayan yetişkinlerin fiziksel ve psikolojik sorun yaşama riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Dye, 2018).

DSM-V (APA, 2013) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) teşhisini içermektedir. TSSB tanısı tarihsel olarak DSM-IV'de kaygı bozukluğu olarak nitelendirilmektedir. Bunun nedeni TSSB'nin, diğer kaygı bozuklukları türleriyle birçok benzer semptomu paylaşmakta olduğunun düşünülmesidir (Friedman, 2013). Bununla birlikte, travma ve semptomların karmaşıklığı nedeniyle, DSM-V artık TSSB'yi Travma ve Stres veya İlişkili Bozukluklar adlı yeni bir bölüme dahil etmektedir (APA, 2013). Karmaşık travmanın ve semptomlarının daha

iyi anlaşılmasına ek olarak, DSM-V artık üç yerine dört semptom kümesi içermektedir. Ek olarak TSSB'ye eşlik eden davranışsal belirtilere daha fazla dikkat gösterildiği görülmektedir (Nemeroff vd., 2013). DSM-V, duygusal düzenleme, kişilerarası düzenleme ve kendilik veya kimlik duygusu gibi öz düzenlemenin tüm alanlarındaki kalıcı tepkiselliği tanımaktadır (Friedman, 2013). Travmaya tepki olarak uyumsuz düşüncenin gelişmesi nedeniyle bilişlerde ve ruh halindeki olumsuz değişiklikler, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişlere ve inançlara, olumsuz dünya bilişlerine ve kendini suçlama bilişlerine yol açan ek bir semptom kümesi eklenmiştir (APA, 2013) Bunların yanı sıra öfke, suçluluk veya utanç belirtileri de dahil edilmiştir (Nemeroff ve Seligman, 2013). Ayrıca DSM-V; uyarılma ve tepkisellikteki belirti kümesi, saldırgan, pervasız veya kendine zarar verici davranışlar, aşırı tetikte olma, abartılı irkilme tepkisi, konsantrasyon sorunları ve/veya uyku bozuklukları gibi duygusal düzensizlik semptomlarına odaklanmayı içermektedir (Friedman, 2013).

Courtois (2008), çocukluk çağı travması konusunda çalışan araştırmacıların ve uygulayıcıların, karmaşık travma olarak adlandırılan potansiyel bir travma alt türü önerdiğini bildirmektedir. Karmaşık travma; çoğu zaman kişilerarası nitelikte ve erken yaşta başlayan, çoklu veya kronik ve uzun süreli, gelişimsel açıdan olumsuz travmatik olaylara maruz kalma olarak tanımlanmaktadır. Bu maruz kalmalar çocuğun bakım sistemi içinde meydana gelmektedir ve fiziksel, duygusal ve eğitimsel ihmali ve erken çocukluk döneminde başlayan çocuğa kötü muameleyi içermektedir (Spinazzola vd., 2005).

Çocuklukta karmaşık travmaya maruz kalmak semptom karmaşıklığının artmasına neden olmaktadır (Cloitre vd., 2013). Dolayısıyla çocuğun bilişinde daha fazla bozulma ile ilişkilendirilmiştir (Najjar vd., 2008). Hem yetişkinlerde hem de çocuklarda karmaşık travmanın, ciddi ve kronik travma geçmişi olan bireylerde daha yaygın olarak bulunduğu belirtilmiştir ancak çocukluk dönemindeki kümülatif travmanın, semptom karmaşıklığına en çok katkıda bulunan faktör olduğu da vurgulanmaktadır (Cloitre vd., 2013). Karam vd. (2014) araştırmalarının, duygusal ve kişilerarası ilişkilerde düzensizlik, madde bağımlılığı ve

intihar eğilimi gibi semptomları içeren daha karmaşık travmalarla birlikte artan sayıda farklı semptom karmaşıklığı türü gösterdiğini bildirmektedir.

Araştırmalar, çocukluk döneminde travmaya maruz kalmanın yaşlanma sürecinin sağlıklı işleyişini kesintiye uğrattığına dair kanıtlar sağlamaktadır (Zlotnick, 2008). Ayrıca, bireyi yaşam boyu psikolojik sıkıntılarla (Stirling ve Amaya-Jackson, 2008), öğrenilmiş çaresizlik ve abartılı duygusal sıkıntılarla karşı karşıya bıraktığı bildirilmektedir (Davidson ve McEwen, 2012). İstismar, ihmal ve diğer duygusal açıdan zararlı olaylar gibi erken çocukluk travmaları, özellikle bireyin istismarcı bir bakım verene sahip olması durumunda erken bağlanma ilişkileri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Çocuklar ilişkileri reddedici veya güvensiz olarak deneyimlediğinde, bu deneyimler çocuğun benlik algısını, başkalarına olan güvenini ve dünya algısını değiştirebilmektedir (Dye, 2018).

Nemeroff'a (2004) göre, özellikle erken çocukluk dönemindeki karmaşık travmanın, insan gelişimini etkileyen uzun vadeli nörobiyolojik değişikliklere ve beyin fonksiyonu üzerinde önemli etkilere sahip olduğunu vurgulamaktadır. Putnam (2020) erken çocukluk dönemindeki istismar ve ihmalin nörolojik ve psikolojik gelişim süreçlerinin değişmesine neden olduğunu belirtmektedir. Travmaya maruz kalmanın birbiriyle ilişkili beyin devrelerinde ve stresi düzenleyen hormonal sistemlerde değişiklikleri değiştirdiği gösterilmiştir (Nemeroff, 2004). Travma nedeniyle yoğun duyguların düzenlenmesinden sorumlu beyin yapıları devre dışı kalmaktadır. Dolayısıyla, stres etkenlerinin yeniden yaşanması duygusal tepkileri yükseltmektedir. Bu da duygusal ve davranışsal kontrolün baskılanmasına sebep olmaktadır (De Kloet vd., 2005). Van Der Kolk'a (2014) göre, travma yaşayanlar sanki hala tehdit altındaymış gibi olayla ilgili korkunç anılar, endişeler ve rahatsız edici düşüncelerle mücadele etmektedir. Bu tepkiler, beyinde sıkışıp kalan travmatik duygusal anıların depolanmasından kaynaklanmaktadır (Williams, 2006). Erken çocukluk çağı travması nedeniyle beyindeki normal gelişimdeki bozulmaların, biyolojik yaş ile gelişim yaşı arasında uyumsuzluk da yaratabileceği bulunmuştur (Perry, 2006). Beyindeki tüm bu

değişiklikler, hafızayı etkileyebilmekte ve beynin bilgi işleme sistemini bozabilmektedir (Briere ve Scott, 2006).

Travma mağdurları arasında madde bağımlılığı (Enoch, 2011), depresif bozukluklar, TSSB ve duygudurum bozuklukları (Briere ve Scott, 2006), anksiyete bozuklukları, kendine zarar verme davranışları ve yeme bozuklukları (Yates vd., 2008), bağlanma bozuklukları, davranış bozuklukları, kişilik bozuklukları, saldırganlık, suç ve intihar davranışı (Jensen vd., 2009) da dahil olmak üzere eşlik eden psikolojik sıkıntılar yaygın olarak görülmektedir. Wolf ve Shi, (2010), travma geçiren kişilerin hapsedilme sıklığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu yazarlar, ıslahevlerinde yaşayanların genel nüfusla karşılaştırıldığında daha yüksek oranda akıl hastalığı ve çocukluk çağı travmasına sahip olduğunu bildirmektedir (Wolf ve Shi, 2010). Briere ve Jordan (2009) travma yaşayanların depresyon, öfke, reddedilmeye karşı duyarlılık, terk edilme sorunları, istikrarsız ilişkiler ve güven sorunlarıyla ilgili zorluklar yaşadığını bildirmektedir. Travma mağdurları ayrıca çok sayıda semptom içeren TSSB'den muztardır (APA, 2013). Jacobsen vd. 'e (2001) göre, TSSB'si olan erkekler arasında alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı en sık görülen birlikte ortaya çıkan bozukluktur ve bunu depresyon, diğer anksiyete bozuklukları ve davranış bozuklukları takip etmektedir. Bu yazarlar TSSB'si olan kadınlar arasında depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları oranlarının en yüksek olduğunu, bunu alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığın izlediğini bildirmektedir (Jacobsen vd., 2001). Condly'e (2006) göre travmatik olaylar, kişinin kendine ve dünyaya bakış açısını yeniden değerlendirme ihtiyacı nedeniyle büyük hasara neden olmaktadır. Travma mağdurları için psikolojik bozulmalar şiddetli, kalıcı, kronik, uzun vadeli etkilere sahip olabilmektedir (Dye, 2018). Travmaya maruz kalan çocukların çoğunda duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak gelişimsel gerilemeler görülmektedir (Enoch, 2011). DeBellis vd.'e (2005) göre erken çocukluk travması, nörolojik ve psikolojik olarak meydana gelen gelişimsel süreçler nedeniyle yaşamın ilerleyen dönemlerinde yaşanan travmalardan daha zararlıdır. Bu nedenle travma deneyimlerinin bu süreçlere nasıl müdahale edebileceğini ve uzun süreli etkilere sahip olabileceğini anlamak zorunludur (Dye, 2018).

Küçük çocuklar, travma maruziyetini ergenlerden veya yetişkinlerden farklı şekilde deneyimler ve algılarlar. Sınırlı dil becerileriyle mücadele eden küçük çocuklar çoğu zaman olaylara ilişkin tutarlı açıklamalar ve olayları yorumlamak için gerekli bilişsel süreçleri sağlayamazlar (Najjar vd., 2008). Dolayısıyla TSSB'li çocukları ve gençleri belirlemek ve teşhis etmek karmaşıktır. Teşhis sürecinde çocuğun yaşı ve gelişim düzeyinin yanı sıra yaşanan travmanın türü ve süresine de ayrıntılı bir şekilde dikkat edilmesini gerekmektedir (Najjar vd., 2008). Sonuç olarak çalışmalar, başlarına gelenleri sözlü olarak anlatmakta zorlanan ama yine de güvende olduklarında bile dünyaya korkuyla tepki veren gençler arasında çocukluk çağı travması geçmişini teşhis etmenin zor olabileceğini göstermektedir (Van Der Kolk, 2014). Travmaya bağlı olayların ifadesi gençlerde genellikle küçük çocuklara ve hatta yetişkinlere göre farklı şekilde kendini göstermektedir. Semptomlar diğer psikolojik sıkıntıların içine yerleşebilmekte veya bunlar tarafından maskelenebilmektedir (Dye, 2018). Bu nedenle ruh sağlığı uzmanlarının çocuklarda, gençlerde ve yetişkinlerde travmanın karmaşıklığını tanıyabilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmalar, travmaya tanık olan veya deneyimleyen çocuklar ve gençler için olumsuz sonuçların olasılığını artıran birden fazla risk faktörünün bir kombinasyonunu göstermektedir. Sedlak vd. (2022), düşük geliri ve yoksul aile ortamlarında daha yüksek oranların belgelenmesine rağmen, çocuklukta istismarın tüm sosyoekonomik statü düzeylerinde meydana gelebileceğini bildirmektedir. Carter (2011), sosyo-demografik faktörlerin (örneğin, yoksulluk, azınlık statüsü, tek ebeveynlik, genç ebeveynlik, sınırlı eğitim) birleşimiyle birlikte travmatik bir olaya maruz kalan küçük çocukların psikolojik sıkıntı yaşama açısından daha büyük risk altında olduğunu bulmuştur. Ayrıca ebeveyn işlevsizliği, aile sorunları ve sorunlu ebeveynlik ile bu faktörler travmatik olayların etkisini artırabilmektedir (Briggs-Gowan vd., 2011).

Literatürün, travmatik olaylar veya kötü muamele gibi olumsuz çocukluk deneyimleri ile bunların ergen ve yetişkin psikopatolojisi üzerindeki yaşam boyunca zararlı etkileri arasındaki ilişkiyi tanımladığı ortadadır. DSÖ Girişimi tarafından Belçika, Japonya, ABD,

Güney Afrika ve Çin'in de aralarında bulunduğu 21 ülke arasında yapılan bir araştırma, nüfusun neredeyse yüzde 40'ının olumsuz çocukluk deneyimi yaşadığını ortaya çıkarmıştır (Kessler vd., 2010). Kessler ve vd. (2010) tarafından yapılan ileri analizler, psikolojik sıkıntı yaşayanların %29,8'inin çocukluklarında yaşanan olumsuzluklarla ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Almanya'da 20 ile 60 yaşları arasındaki kronik depresyonlu danışanların %75,6'sının çocukluk travması, %37'sinin ise birden fazla türde çocukluk travması deneyimlediği bildirilmiştir (Negele vd., 2015).

Sonuç olarak, çocukluk döneminde travmaya maruz kalmanın yetişkinlikte de devam edebilecek uzun vadeli sonuçları bulunmaktadır. Çocukluk döneminde travmaya maruz kalmak, gelişimsel süreçlerde kesintiye ve yaşam boyu sürececek fiziksel, zihinsel ve duygusal yetersizliklere neden olabilmektedir. Dolayısıyla insan gelişim aşamalarının ve bu aşamalarda ortaya çıkan ihtiyaçların bilinmesi büyük bir önem arz etmektedir.

Psikolojik İhtiyaçlar ile İlişkili Kuramlar

Çocukluk dönemindeki gelişimsel görevlerin başarılı bir şekilde çözümlenmesinin yetişkin ruh sağlığı için çok önemli olduğu uzun zamandır kabul edilmektedir (Daniel vd., 2007). Özellikle Erik Erikson (1971) ve Jean Piaget (1964) gibi teorisyenler, insan gelişiminin aşamalarının müzakere edilmesinin psikososyal ve bilişsel uyumu kolaylaştırdığını ve yaşam boyunca yaratıcılığın ortaya çıkması için hayati önem taşıdığını öne sürmüşlerdir. Bunun yanı sıra artan sayıda çalışma, gelişim dönemlerinde olumsuz yaşam olaylarına ve travmaya maruz kalmanın da olumsuz etkilerini belgelemiştir (Ogle, 2013). Çocuklukta yaşanan istismar ve diğer olumsuzlukların (örn. aile içi şiddet, psikiyatrik açıdan rahatsız ebeveynler), duygusal düzenleme, tutarlı benlik duygusu, bağlanma oluşumu ve otobiyografik hafıza gelişimi de dahil olmak üzere çok sayıda gelişimsel süreçteki bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Block vd., 2010). Erken dönemdeki olumsuz deneyimlerin nörobiyolojide uzun vadeli değişiklikleri başlattığı da gösterilmiştir (Champagne, 2010). Bu durumun da daha sonraki stresin ardından depresyon, kaygı gibi

psikolojik sıkıntılara karşı hassasiyeti artırabileceği ortaya konmuştur (Dye, 2018). Üniversite öğrencilerinin sıklıkla aşırı stres yaşadığı (Turner ve Keller, 2015) göz önünde bulundurulduğunda risk altında oldukları görülmektedir.

Üniversite öğrencileri, Erikson'un (1971) öne sürdüğü gibi "kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası" ve "yakınlığa karşı yalıtılmışlık" gelişim aşamalarında oldukları için ait olma ihtiyaçlarını kişilerarası ilişkiler yoluyla karşılama olasılıkları daha yüksektir. Kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası evresinde, bireylerle etkileşime girme ve onlar tarafından kabul edilmekten kaynaklanan öz kimlik inşası ve aidiyet duygusunu kazanma çabası gelişime katkıda bulunmaktadır. Yakın sosyal etkileşimler kuramama, aidiyet duygusunun engellenmesine neden olabilmekte ve intihar düşüncesine yol açabilmektedir (Chu vd., 2016).

Üniversite öğrencileri için yakınlığa karşı yalıtılmışlık evresinde, yakın ilişkiler geliştirmek ile ilgili konular özellikle daha belirgin hale gelmektedir (Syed ve McLean, 2017). Bireyler bir kimlik duygusu geliştirdikten sonra, başarılı yakın ilişkiler geliştirmek için bu kimliği başkalarıyla paylaşmaya hazır hale gelmektedir. İdeal olarak, iki kişi yakın bir ilişki geliştirdiğinde, her biri kendi bireysel kimliğini korurken ilişki için yeni bir kimlik oluşturmaktadır (Erikson, 1968). Öte yandan Erikson, genç yetişkinlikte Kimlik Kazanmaya Karşı Rol Karmaşası kriz döneminde olan bireyin kimlik karışıklığının belirtilerini yanlış teşhis etmenin, bireyi etiketleyerek koyulan teşhisi kendi kimliği olarak kabul etmeye sanması gibi istenmeyen sonuçlara yol açabileceğini vurgulamaktadır (Erikson, 1959). Başka bir deyişle, bir gencin kimlik gelişimi ile ilgili zorluklar nedeniyle teşhis de dahil olmak üzere psikiyatrik müdahaleler alması durumunda, etiketleme sürecinin onun durumunu açıklamak için terapötik bir kimlik anlatısını tetikleyebilmesi bir tehlike olarak görülmektedir (Côté, 2018). Dolayısıyla, insanın psikolojik ihtiyaçları perspektifinde gelişim dönemlerinin tanınmasının ve gerekliliklerinin bilinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Erikson'un Psikososyal Dönemlerini bilmenin yanı sıra insan ihtiyaçlarını açıklamak bağlamında Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi bilmenin de önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Önceki araştırmalar Maslow'un yapıları ile ergen depresyonu arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştu. Genel olarak araştırmalar, karşılanan bir ihtiyacın daha az ergen depresyonu ile ilişkili olduğunu ve karşılanmayan ihtiyaçların hem doğrudan hem de dolaylı yollardan artan depresyonla ilişkili olduğunu gözlemlemiştir (Crandall vd., 2020).

Temel ihtiyaçların ergen depresyonu üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi bulunmaktadır. Örneğin, temel ihtiyaçların bir ölçüsü olan algılanan daha yüksek sosyoekonomik statü, daha düşük depresyon oranlarıyla ilişkilendirilmiştir (McLaughlin vd., 2012). Ailedeki mali stresin aynı zamanda ebeveyn-çocuk etkileşimlerini (yani sevgi ve ait olma ihtiyaçları) bozarak ergen depresyonunun artmasına yol açtığı da gösterilmiştir (Wadsworth vd., 2013).

Duygusal ve fiziksel güvenlik eksikliği ergen depresyonu ile ilişkilendirilmiştir. Örneğin, artan aile çatışması, bir başka deyişle daha az duygusal güvenlik, hem doğrudan (Lambert vd., 2014) hem de dolaylı olarak (Constantine vd., 2006) ebeveyn-çocuk bağlılığı (yani sevgi ve ait olma ihtiyaçları) yoluyla artan depresyonla bağlantılı bulunmuştur. Ayrıca, mahalledeki fiziksel güvenliğin zayıf olması da ergen depresyonunun daha fazla olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Butler vd., 2012).

Çalışmalar ergenlerin özellikle aileye ait olma gibi sevgi ve ait olma ihtiyaçlarını, sağlık ihtiyaçlarıyla bağlantılı olarak incelemiştir (Carr ve Springer, 2010). Örneğin; ebeveyn gözetimini, aile iletişimini, aile yemek zamanlarını ve daha güçlü aile ilişkilerini içeren ebeveyn ve aile bağlantısı (yani sevgi ve ait olma), genel olarak daha düşük depresyon oranlarıyla ilişkilendirilmiştir (Utter vd., 2017). Ayrıca cinsel istismar gibi çocukluk çağı travmalarına sahip bireylerin depresyon yaşama olasılığı yüksek olsa da ailelerinden destek alan genç yetişkinlerin travmayı daha hafif deneyimlediği bulunmuştur (Guerra ve Figueroa, 2018). Øverup vd. (2017) tarafından yapılan bir araştırma, kişilerarası ilişki ihtiyaçlarının önemini, özellikle de aidiyetin engellenmesinin kaygı ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye nasıl aracılık ettiğini ortaya koymaktadır. Çalışma, aidiyet duygusu daha düşük olan

bireylerin daha yüksek düzeyde yük taşıma, daha fazla kaygı duygusu bildirdiklerini ve daha fazla depresif belirtiler yaşadıklarını ortaya çıkarmaktadır (Øverup vd., 2017).

Saygınlık ihtiyaçlarının bir ölçüsü olan iç kontrol odağı, ergenlerde daha düşük depresyon oranları (Harald ve Gordon vd., 2012) ve depresyon durumunda daha iyi başa çıkma (Guerra ve Figueroa, 2018) ile ilişkilendirilmiştir. Tersine, dış kontrol odağının, ergen depresyonuyla ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Sullivan vd., 2017). Ayrıca erken çocukluk dönemindeki olumsuzlukların ve travmaların daha sonra yaşanan depresyon üzerindeki etkisine aracılık etme işlevi gördüğü bulunmuştur (Culpin vd., 2015). Ayrıca üniversite öğrencilerini ait olma ve saygınlık ihtiyaçlarının karşılanamaması, onlara çeşitli yaşam zorlukları sunmaktadır ve intihar düşünceleri ve intihar girişimleri gibi ruh sağlığı sıkıntılarıyla sonuçlanmaktadır (Whitlock vd., 2006).

Sonuç olarak, çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimler, bireyin ilerleyen yaşamında depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlarla karşılaşmasına neden olabilir. Erik Erikson'un psikososyal gelişim kuramında güven ve güvensizlik çatışması çocukluk döneminde öne çıkar. Travmatik olaylar, bu dönemde sağlıklı bir güven duygusunun oluşmasını engelleyebilir ve güvensizlik duygusunu güçlendirebilir. Bu da ilerleyen yaşlarda depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Benzer şekilde, Abraham Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde güvenlik ihtiyacı da önemli bir yer tutar.

Profesyonel Psikolojik Yardım Almanın Önündeki Engeller

Ruh sağlığı sıkıntılarından muzdarip olduğu tahmin edilen 50 milyon Amerikalının dörtte üçünün psikolojik hizmet aramadığı görülmektedir (DSÖ, 2005). Ayrıca, 1 yıl içinde teşhis edilebilir belirli kriterleri karşılamayan psikolojik sıkıntılarla mücadele edenlerin yalnızca %2'sinin psikolojik yardım aldığı görülmüştür (Andrews vd., 2001). Bu durum psikolojik danışmanlık mesleğine ciddi bir görev yüklemektedir. Psikolojik danışmanlık

hizmetinden yararlanabilecek kişilerin büyük çoğunluğunun hizmet aramadığı görülmektedir (Kaplan vd., 2011).

Ruh sağlığı sorunları üniversite kampüslerinde de oldukça yaygındır (healty). Ruh sağlığı sıkıntıları üniversite öğrencileri arasında aynı yaşta öğrenci olmayan gençler kadar yaygındır (Blanco vd., 2008). Üniversite öğrencilerinin yaklaşık %32'si ruh sağlığı sıkıntıları yaşadığını bildirmektedir (Eisenberg vd., 2011). Üniversite öğrencilerinin sıklıkla yaşadıkları ruh sağlığı sıkıntıları arasında kaygı, depresyon, intihar düşüncesi ve aşırı stres yer almaktadır (Turner ve Keller, 2015). Üniversite nüfusu içinde belirli alt gruplarda, genel nüfusa ilişkin çalışmalarla tutarlı olarak, ruh sağlığı sıkıntılarının görülme sıklığı önemli ölçüde daha yüksektir (Hasin vd., 2007). Erkek öğrencilerin intihar açısından (Silverman vd., 1997); kadın öğrencilerin ise majör depresyon ve kaygı bozuklukları açısından daha yüksek risk altında olduğu gözükmemektedir (Eisenberg vd., 2007). Düşük sosyoekonomik düzeyden gelen öğrenciler depresyon ve kaygı belirtileri açısından daha yüksek risk altındadır (Weitzman, 2004). Ruh sağlığı sıkıntılarının yaşanması aynı zamanda stres etkenlerine, yetersiz sosyal desteğe (Blanco vd., 2008) veya cinsel şiddete (Stepakoff, 1998) maruz kalan üniversite öğrencileri arasında daha yaygındır.

Üniversiteye devam eden yetişkinlerin yaklaşık %50'si bazı ruh sağlığı sıkıntılarının tanı kriterlerini karşılamaktadır (Zivin, vd., 2009). Buna rağmen araştırmacılar, üniversite öğrencileri arasında yardım arayışı endişe verici derecede düşüktür. Örneğin araştırmacılar, ruh sağlığı sıkıntısı olan üniversite öğrencilerinin yaklaşık %64'ünün bir önceki yıl profesyonel yardım aramadığını bulmuşlardır (Eisenberg vd., 2011). Turner ve Keller (2015), üniversite öğrencileri arasında depresyon tanısı konulanların yalnızca %24'ünün tedavi gördüğünü bulmuştur. Benzer şekilde, Blanco vd. (2008), tüm psikolojik sıkıntılarda düşük tedavi oranları bulmuşlardır. Örneğin, duygudurum bozuklukları olanların yarısından azının ve kaygı bozukluğu olanların %20'sinden azının tedavi almakta olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca, alkol veya uyuşturucu kullanım bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin,

üniversiteye gitmeyen akranlarına kıyasla yardım alma olasılıklarının önemli ölçüde daha düşük olduğu bulunmuştur (Blanco vd., 2008).

Üniversite yılları, yetişkinliğe gelişimsel olarak zorlu bir geçişi temsil etmektedir (Hunt ve Eisenberg, 2010). Hızla değişen iş ortamı ve iş gücü, okullardaki ve topluluklardaki beklentiler ve değişiklikler, intiharlar, bağımlılıklar ve cinsel deneyimler gençlerin her gün karşılaştığı zorluklardan sadece birkaçıdır. Bu tür zorluklar gençlerin kişisel, sosyal, kariyer ve akademik gelişimleri üzerinde geniş bir etkiye sahiptir (Seyoum, 2011). Tedavi edilmeyen ruh sağlığı sıkıntılarının akademik başarı, üretkenlik, madde kullanımı ve sosyal ilişkiler üzerinde önemli etkileri olabilmektedir (Kessler vd., 1994; Kessler vd., 1997). Dolayısıyla, profesyonel psikolojik yardım almaya engel olan faktörleri anlamak önemli görülmektedir.

Yardım arama, psikolojik sıkıntı yaşama ve yardım arama gibi basit bir süreç değildir. Bir problemin farkındalığı yardım aramanın başlangıç noktası olsa da ruh sağlığı sorunlarının ve zihinsel bozuklukların belirtileri, yardım aramaya teşvik etmede beklenenden daha küçük bir rol oynamaktadır (Rickwood ve Braithwaite, 1994). Bir sorunun yardım aranacak bir durum olarak değerlendirilmesi, yardım aramaya istekli olma ve bu tür davranışları teşvik eden sosyal normlar, uygun hizmetlere erişim ve bir yardım kaynağının seçilmesi de dahil olmak üzere çok çeşitli başka faktörler de söz konusudur (Rickwood vd., 2007).

Gençlerin yardım arama davranışının bireysel ve yapısal belirleyicileri bulunmaktadır (Barker vd., 2005). Bireysel belirleyiciler arasında ruh sağlığı okuryazarlığı, tutumlar ve algılanan damgalanma gibi faktörler yer almaktadır. Yapısal belirleyiciler aile, okul veya topluluk destek sistemlerini, sevk yollarını, sağlık sistemi yapılarını ve ödeme sistemlerini içermektedir. Bireysel ve yapısal faktörler, gençlerin ruh sağlığı sorunları için ne zaman ve nasıl yardım arayacağını ve bu yardıma nasıl erişeceğini belirlemek için etkileşim halindedir (Rickwood vd., 2007).

Ruh sağlığı konusunda yardım aramanın önündeki engeller, bireylerin bir ruh sağlığı sıkıntısı için tedavi arama olasılığını azaltır (Mojtabaivd., 2011). Çalışmalar, öğrenci

popülasyonlarında yardım aramanın önündeki engelleri; zaman eksikliği ve gizlilik endişeleri olarak tanımlamıştır (Mowbray vd., 2010). Bunlara ek olarak, ruh sağlığı hizmetlerine ekonomik sınırlılıkların yardım alma konusunda engel oluşturduğu tespit edilmiştir (Mojtabai, 2005). Bir başka çalışmada yardıma ihtiyaç duyulmaması, mevcut profesyonel yardım kaynakları hakkında bilgi sahibi olunmaması ve tedavinin etkinliği konusunda şüphelerin yer alması engeller arasında sıralanmıştır (Eisenberg vd., 2007). Mowbray vd. (2010) de ruh sağlığı profesyonellerine duyulan güvensizliğin öğrencilerin yardım aramasını engelleyebileceğini bulmuştur. Bir çalışma, psikolojik yardım arama davranışlarına yönelik en çok algılanan engelin utanma veya çekinme olduğunu göstermiştir (Vioderuk vd., 2014). Eisenberg vd. (2011), üniversite öğrencilerinin profesyonel olmayan yardım kaynaklarını yeterli bulma, gerekli zamanı ayıramama, sorunun yardıma almaya değecek kadar büyük olduğunu düşünme gibi engelleri kabul ettiklerini ortaya çıkarmıştır. Türkiye'deki bir çalışmada, öğrenciler profesyonel olmayan yardım kaynaklarını tercih etmesi, sorunlarını yönetilebilir olarak algılaması ve başkalarına açılmak istememesi yardım aramanın önündeki engeller arasında sıralanmıştır. Ayrıca öğrencilerin, sorunlarını yardıma almaya değecek kadar büyük görmediği sürece bir profesyonelden yardım almak konusunda isteksiz olduğunu bulmuştur (Koydemir vd., 2010). Uluslararası bir çalışmada yardım almanın önündeki en büyük engeller; sorunu tek başına çözmeyi tercih etme ve arkadaşlar ve akrabalar gibi profesyonel olmayan yardım kaynaklarını yeterli bulma olarak belirlenmiştir. Sorunu tek başına ele alma tercihi ve utanmış ya da çekinmiş hissetme, yardım arama niyetine sahip olma ihtimalinin önemli ölçüde azalmasıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Ebert vd., 2019a),

İntihar düşünceleri ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde oldukça yaygındır. Bu düşüncelerin yardım arama davranışı üzerinde önemli ölçüde olumsuz bir etkiye sahip olduğu ortaya koyulmuştur (Andrews vd., 1999). Bunlara ek olarak, gençlerin en sık yaşadığı depresyon, anksiyete ve madde kullanımı gibi ruh sağlığı sıkıntıları da benzer şekilde sosyal geri çekilmeyi ve gençlerin sıkıntılarını kendilerine saklama tercihlerini

artırarak yardım aramayı olumsuz etkilemektedir (Gould vd., 2004; Rickwood vd., 2005). Ayrıca intihar düşüncesi, depresyon veya madde kullanımı sorunları olan ergenlerin üçte birinin, insanların sorunlarını dışarıdan yardım almadan kendi başlarına halletmeleri gerektiğine inandığını ortaya koyulmuştur (Gould vd., 2004).

Ruh sağlığı sıkıntıları yaşayan kişilerin genellikle çeşitli tedavilerle semptomlardan kurtulması mümkündür. Düşünceler, duygular ve davranışlar üzerine çalışmayı içeren psikoterapi/psikolojik danışma ruh sağlığı sıkıntısı yaşayan bireylere sunulan tedavilerden biridir (DSÖ, 2022c). İlaçla birlikte psikoterapinin zihinsel sağlık bozuklukları için etkili bir tedavi olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte, pek çok üniversite öğrencisi, belirtilerin üniversite stresinin tipik belirtileri olduğunu düşündüklerinden ve aynı zamanda başkalarının onları tedavi aradığı için yargılayacakları endişesiyle ruh sağlığı sıkıntıları için yardım arayışına girmemektedir (Eisenberg vd., 2007).

Ruh sağlığı sıkıntılarında ilişkin damgalanma korkusunun daha düşük yardım arama davranışıyla ilişkili olduğunu bulunmuştur (Cheng vd., 2018; Eisenberg vd., 2011; Vioderuk vd., 2014). Bir başka deyişle yargılanma endişesi, bireylerin ruh sağlığı profesyonellerinden yardım almalarının önünde büyük bir engel oluşturmaktadır (Corrigan, 2004). Damgalama teriminin kökeni; suçluları, köleleri ve hainleri kaçınılması gereken lekeli veya ahlaksız kişiler olarak tanımlamak için derilerine işaretler kesen veya yakan Yunanlılara kadar uzanmaktadır (Goffman, 1963). Bugün bildiğimiz haliyle damgalama, yalnızca fiziksel bir işaret değil; aynı zamanda yaygın toplum onayı alamamaya sonuçlanan bir niteliktir (Bos vd., 2013).

Damgalanma tanımlarının çoğu, farklılığın tanınması ve değersizleştirme olmak üzere iki temel bileşenden oluşmaktadır (Dovidio vd., 2000). Goffman (1963) klasik formülasyonunda, damgalamayı "derin itibarsızlaştırıcı bir nitelik" ve damgalanan kişinin "bütün ve sıradan bir kişiden kusurlu, küçümsenen bir kişiye" indirgenmesi olarak tarif etmektedir. Her ne kadar damgalanma süreci ilişkisel olarak tanımlansa da aynı zamanda damgalanmanın özü olarak bireyin içinde yer alan psikolojik bir süreç olan "izlenim

yutulmasını" vurgulamaktadırlar. Crocker vd. (1999) damgalanmayı, bir bireyin sosyal bağlamda değersizleştirilmiş bir sosyal kimliği yansıtan "çoğunlukla nesnel" bir niteliğe veya özelliğe sahip olduğuna inanıldığında ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamaktadır.

Damgalanma sosyal etkileşimlerde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle damgalanmanın kişide değil, sosyal bağlamda olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla bir sosyal durumda damgalayıcı olan olay, başka bir durumda damgalayıcı olmayabilir (Crocker vd., 1999). Goffman'a (1963) damgalanma, "ahlaki kariyer" olarak adlandırdığı durum yoluyla ortaya çıkmaktadır: Damgalanmış bir kişi başlangıçta toplumun bakış açısını öğrendiğinde ve belirli bir damgaya sahip olmanın nasıl bir şey olabileceğine dair genel bir fikir kazandığında. Bir başka deyişle ruh sağlığı sıkıntısı yaşayan kişiler görünmeyen bir damgaya sahiptir ve bu nedenle "normal" durumdan "itibarsız" statüye geçerler. Ardından eğer durumlarını açıklarlarsa "itibarsız" statüye geçerler. Goffman, her statüden geçişin "kimlik bilgilerinin kontrolünden" kaynaklandığını açıklıyor. Dolayısıyla, Goffman'ın görüşüne göre damgalama, sosyal olarak inşa edilmiş kategorilerle etkileşim yoluyla yeni bir sosyal kimlik üstlenildiğinde ortaya çıkmaktadır (Goffman, 1963).

Damgalanma açık olabilir. Açık olduğu durumlarda; etkileşimden kaçınma, kaçınma, sosyal reddedilme, küçümseme, itibarsızlaştırma, insanlıktan çıkarma ve diğerlerini basmakalıp karikatürler halinde kişiliksizleştirme olarak ortaya çıkabilmektedir (Herek, 1999). Stigma aynı zamanda açık olmayabilir. Örneğin; damgalanma, damgalanmış ve damgalanmamış bireyler arasında gergin sosyal etkileşimlerle sonuçlanan göz teması eksikliği gibi sözsüz rahatsızlık ifadeleri olarak ortaya çıkabilir (Hebl vd., 2002).

Genellikle, yardım aramayı etkileyen dört damgalanma türünden söz edilebilir: Algılanan toplumsal damgalanma, kişisel damgalanma, kendini damgalama ve yardım aramaya yönelik tutumlar. Toplumsal ve kişisel damgalanma, genel nüfusun üyeleri tarafından kolektif olarak onaylanan ruh sağlığı sıkıntısı yaşayan bir kişi hakkında damgalayıcı algı olarak tanımlanan kamusal damgalamalardır. Daha spesifik olarak algılanan toplumsal damgalanma, bireyin kamusal damgalanmaya ilişkin algısı olarak ifade

edilmektedir. Kişisel damgalanma ise damgalanmış bir grubun üyelerine yönelik kişisel tutumları tanımlamaktadır (Corrigan vd., 2012). Sosyal mesafe arzusu olarak davranışsal bir ifade bulabilir (Angermeyer vd., 2015). Kendini damgalama bir başka deyişle içselleştirilmiş veya öngörülen damgalama, bir ruh sağlığı sıkıntısından etkilenen bir kişinin, bu sıkıntıya ilişkin stereotipleri onaylaması, sosyal reddedilmeyi öngörmesi, stereotiplerin kendisiyle ilgili olduğunu düşünmesi ve kendisinin toplumun değersiz bir üyesi olduğuna inanması durumunda ortaya çıkmaktadır (Corrigan vd., 2012). Yardım aramaya yönelik tutumlar; yardım ihtiyacı algısını, bu tür hizmetleri aramayla ilgili damgalanma toleransını, kişinin sorunlarına ilişkin açıklığını ve yardımın yardımcı olacağına dair güveni içermektedir (Fischer ve Turner, 1970). Sonuç olarak damgalanmanın çok yönlü bir kavram olduğu görülmektedir.

Damgalanmanın yardım arama üzerindeki etkisine ilişkin çalışmalar, özellikle de kendini damgalama ve yardım aramaya yönelik olumsuz tutumların yardım arama üzerinde negatif etkileri olduğunu vurgulamaktadır (Clement vd., 2015). Psikolojik yardım arayan bireyler çeşitli toplumsal damgalamaların üstesinden gelirken (Barney vd., 2006), kendini damgalama yardım aramayı açıklamada daha kritik bir rol oynayabilmektedir (Eisenberg vd., 2009). Üniversite öğrencileri arasında, kendini damgalama düzeyi daha yüksek olan, etnik açıdan farklı üniversite öğrencilerinin yardım arama olasılıkları daha düşüktür (Nam vd., 2013). Araştırmacılar, üniversite öğrencilerinin yardım ararken kendilerini damgalamalarıyla ilişkili kaygı ve depresyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olabileceğini belirlemiştir (Cheng, vd., 2015). Damgalanma ile ilgili tutumlar incelendiğinde; yardım alan bireylerin zihinsel olarak zayıf olduğu, deli olduğu, sorunlarını kendi başlarına halletmeleri gerektiği, sorunlarıyla baş edemedikleri görüşlerine katılmadıkları görülmüştür. Ayrıca profesyonel psikolojik yardım alan öğrencilerin damgalanmaya ilişkin tutumlara sahip olma olasılıkları, yardım almayan öğrencilere göre daha düşük bulunmuştur (Vidourek vd., 2014). Dolayısıyla, öğrencilerin profesyonel psikolojik yardım almalarının önündeki engeller incelenirken damgalanmanın incelenmesi önemli görülmektedir.

Ruh sağlığı sıkıntılarını yaşayan bireylerin zayıf, beceriksiz ve kendi başlarının çaresine bakamayacaklarına inanmak gibi olumsuz tutumlarla karşılaşması, yaygın damgalanma biçimleridir. Bu olumsuz tutumlar, sosyal izolasyonun yanı sıra ruh sağlığı sıkıntısı olan bireylere yönelik ayrımcı davranışlara da yol açaabilmektedir (Corrigan vd., 2004). Damgalanmış tutumlarla karşı karşıya kalan bireyler, kendilerine ilişkin olumsuz gürüşleri ve tutumları içselleştirmeye ve utanç duyguları yaşamaya başlayabilirler (Byrne, 2000). Tedaviye ilişkin olumsuz gürüşler ve ruh sağlığı sıkıntılarını yaşamaktan kaynaklanan utanç, genç yetişkinlerin gerekli tedaviyi aramasını engelleyebilir (Byrne, 2000; Eisenberg vd., 2007).

Olumlu tutumları kolaylaştıran faktörler genellikle engel olarak tanımlanan faktörlerin zıt kutbundaadır (Vidourek vd., 2013). Ruh sağlığı yardımının etkili olduğuna ve iyi sonuçlar sağladığına inanmak, profesyonel ruh sağlığı hizmetlerine ve ruh sağlığı sıkıntısı yaşayan kişilere ilişkin olumlu inançları etkileyen en kritik faktörlerden biridir (Eisenberg vd., 2011; Mowbray vd., 2010).

Bireyler psikolojik sorunlarıyla başa çıkmak için yardım ararlar ve hizmetlerin varlığı onların krizi aşmalarına büyük katkı sağlayabilir (Getachew, 2019). Alandaki akademisyenler, kapsamlı PDR programlarının genç öğrencilere ve ebeveynlerine yardımcı olmada etkili olduğunu önermektedir. Üniversite danışmanlarının zamanı ve yeterli kaynağı varsa genç öğrencilerin akademik performanslarının artacağı umulmaktadır. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık müdahaleleri öğrencilerin akademik başarisını artırır, kariyer planları geliştirmelerine yardımcı olur ve elverişli bir eğitim ortamı yaratır (Seyoum, 2011). Ayrıca, psikolojik danışmanlık alan öğrenciler almayan öğrencilere göre önemli ölçüde daha az damgalanma algılamaktadır (Vidourek vd., 2014).

Damgalanmanın yanı sıra gençlerin, bir ruh sağlığı sıkıntısını fark ederek yardım arama konusunda bilgi, beceri ve cesarete sahip olduklarında yardım arama olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kelly vd., 2007). Ruh sağlığı okuryazarlığı; riskler, nedenler, etkili tedaviler hakkındaki bilgi ve inançlar, ruh sağlığı bilgi ve hizmetlerinin nasıl

aranacağı konusunda bilgiler gibi ruh sağlığı sıkıntılarını tanıma becerilerini içermektedir (Jorm vd., 1997). Gençlerin (Zachrisson vd., 2006) ve ebeveynlerinin (Logan ve King, 2001) ruh sağlığı sıkıntılarının farkına varması, yardım aramada önemli bir filtredir. Avustralyalı gençlerle yürütülen bir çalışmada, ruh sağlığı okuryazarlığı düşük olması profesyonel psikolojik yardım aramanın önünde önemli bir engel olarak bulunmuştur.

Daha spesifik olarak, ruh sağlığı yardımı almak için belirli bir düzeyde duygusal yeterlilik de gerekmektedir (Rickwood vd., 2007). Gençlerin duygularını nasıl tanımlayacaklarını ya da duygularını etkili ve savunmacı olmayan bir şekilde nasıl yöneteceklerini bilmemeleri, yardım aramalarını engellemektedir (Ciarrochi vd., 2004).

Uygun yardıma başvurmak genel olarak koruyucu bir faktör olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi olarak kabul edilen 12 ile 24 yaşları arası yardım alma için hayati önem taşımaktadır çünkü yaşamın bu aşamasında ruh sağlığı sıkıntılarının yaygınlığı yüksektir (Vidourek vd., 2014). Yardım arayışındaki bariz artışa rağmen çok sayıda çalışma, tedavi edilmeyen zihinsel bozuklukların öğrenci popülasyonunda oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (Hunt ve Eisenberg, 2010). Dolayısıyla, üniversite öğrencilerinin profesyonel psikolojik yardım almasını engelleyen faktörlerin ruh sağlığındaki rolü hakkında daha fazla bilgi edinmek, daha iyi ruh sağlığını destekleyen kampüs ve eğitim ortamları yaratma çabalarına bilgi sağlamak (Hunt ve Eisenberg, 2010), farkındalığı artırmak (Koydemir vd., 2010) ve damgalamayı azaltmak (Cheng vd., 2018) açısından faydalı olacaktır.

PDR Lisans Öğrencilerinin Mesleki Kimlik Gelişimi ve Bu Süreçte Profesyonel Psikolojik Yardımın Rolü

Geçtiğimiz 25 yılda, psikolojik danışmanlık alanındaki akademisyenler, psikolojik danışma profesyonel kimliğini ve mesleği ileriye taşıyacak yapıyı kavramsal olarak tanımlamaya çalışmışlardır (Brott ve Myers, 1999; Calley ve Hawley, 2008; Puglia, 2008). Brott ve Myers, okul psikolojik danışmanları üzerinde yaptıkları çalışmaya dayanarak (1999)

mesleki kimliğin zaman içinde geliştiğini öne sürmüş ve bunu danışmanların mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirdiği bilişsel bir referans çerçevesi olarak tanımlamıştır. Daha detaylı bir şekilde Puglia (2008) profesyonel kimliğin üç bileşenden oluştuğunu belirtmiştir: Psikolojik danışmanlık felsefesiyle anlaşma, psikolojik danışmanlık mesleğinin lisans ve sertifika alma gibi faaliyetleri içerdiğine dair inançlar ve mesleki katılım. Calley ve Hawley (2008) 69 psikolojik danışman eğitimciye anket uygulayarak psikolojik danışma profesyonel kimliğini oluşturan temel unsurlara ilişkin anlayışlarını araştırmıştır. Bu unsurlar, psikolojik danışmanlık disiplinine özgü inanç ve değerleri, mesleki katılımın kapsamını, danışmanlığın tarihine ilişkin anlayışı, teorik yönelimi, sertifika veya lisansı ve bilimsel çalışmayı içermektedir (Calley ve Hawley, 2008).

Profesyonel kimliğin mesleği ve onun gelecekteki yönünü temsil etmesi nedeniyle, psikolojik danışmanlık mesleğinin tüm üyelerinin mesleğin gelişimi için ortak bir vizyonu paylaşması umuduyla Woo ve Henfield (2015), uygulayıcılar ve eğitimciler arasında psikolojik danışmanlık profesyonel kimliğinin özelliklerini incelemişlerdir. Ayrıca, altı alandan oluşan Psikolojik Danışmanlıkta Profesyonel Kimlik Ölçeğini geliştirmişlerdir: (a) Mesleğe ilişkin bilgiyi göstermek, (b) mesleğin felsefesini ifade etmek, (c) meslek üyelerinin ihtiyaç duyduğu uzmanlığı oluşturmak ve üyelerin profesyonel rollerini anlamak, (d) mesleğe ve kendine yönelik tutumları doğrulamak, (e) üyelerden beklenen mesleki davranışlarla meşgul olmak, (f) alandaki diğer profesyonellerle etkileşimde bulunmak.

Psikolojik danışmanlık profesyonel kimliğini ve yapıyı kavramsallaştırmaya yönelik daha önce sözü edilen çabalar, psikolojik danışmanlık profesyonelleri, özellikle öğrenciler ve eğitimciler arasında mesleki kimliğin gelişiminin incelenmesine yardımcı olmaktadır (Kaplan vd., 2011). Profesyonel bir kimliğin oluşumu tipik olarak yüksek lisans düzeyinde psikolojik danışmanlık eğitimi ile başlar ve profesyonel topluluktaki sosyalleşme süreci yoluyla büyümeye devam eder (Choate vd., 2005). Healey vd. (2010), öğrencilerin eğitimleri sırasında mesleki gelişimlerinin ilerleyen aşamalarından geçtiklerini belirtmiştir. Öğrencilerin özellikle, öğretim üyelerinin eğitimi, mentorluğu ve denetimi yoluyla gelecekteki

danışmanlardan beklenen mesleki rolleri, bilgileri ve davranışları benimsediklerini belirtilmiştir (Gibson vd., 2010). Bu süreçte psikolojik danışman eğitimcileri öğrencilerin mesleki kimlik gelişimini kolaylaştırmada önemli bir rol oynamaktadır (Choate vd., 2005). Bunun yanı sıra, ruh sağlığı çalışanları, danışanlarından karşılığında böyle bir bakım alma beklentisi olmadan, empati, şefkat ve sabır göstermelerinin gerekli olduğu tek yönlü bir bakım kültürü içinde çalışırlar (Guy, 2000). Bu durum da ruh sağlığı profesyonelleri için bazı mesleki zorlukları beraberinde getirmektedir.

Freud (1937/1963) terapötik başarı konusu etrafında ruh sağlığı uzmanının belirsizliğinin yarattığı stresi tartıştığından beri ruh sağlığı profesyonelleri arasında stres onlarca yıldır bilinen bir sorundur. Ruh sağlığı profesyonelleri; danışanın iyileşme eksikliği, belirtilerin tekrar ortaya çıkması, intihar düşüncesi ve girişimleri, saldırgan veya şiddet içeren davranışların yanı sıra evrak işleri, etik uygulamalarla ilgili pratik talepler gibi stres etkenleriyle başa çıkarlar. Ruh sağlığı sıkıntıları ruh sağlığı profesyonelleri arasında daha yaygın olabilir çünkü bu alandaki iş uygulayıcılar üzerinde yüksek duygusal talepler ve stres yaratmaktadır. Başlangıç olarak, yaşanmış bir deneyime sahip olanların bu alanda çalışmaya daha fazla ilgi duyma olasılıkları daha yüksek olabilir (Roberts ve Canter, 2014). Bettney (2017) ayrıca büyük danışan yükleri ve olumsuz ekip ortamları gibi işle ilgili sorunların ruh sağlığı profesyonelleri için ek stres etkenleri olduğunu belirlemiştir. ABD'de yapılan bir araştırma ruh sağlığı çalışanlarının depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı ve intihar eğilimi gibi ruh sağlığı sorunlarına yakalanma riskinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Pilowski ve O'Sullivan, 1989).

Çoklu stres faktörlerinin varlığı göz önüne alındığında, lisansüstü ve ileri düzey derece program öğrencileri de dahil olmak üzere ruh sağlığı profesyonellerinin yüksek düzeyde stres ve sıkıntı bildirmeleri şaşırtıcı değildir (El-Ghoroury vd., 2012). Örneğin, Avustralyalı psikoloji lisansüstü öğrencilerin %73'ü klinik olarak anlamlı düzeyde sıkıntı ve stres yaşadıklarını bildirmiştir (Pakenham ve Stafford-Brown, 2012). Bu öğrenciler stres yönetimi de dahil olmak üzere psikolojik müdahaleler konusunda eğitim almış olsalar da bu

eğitim danışan bakımının duygusal stresini ortadan kaldırmaz ve öğrencilerin bu mđdahaleleri etkili kişisel bakım için uygulayabileceklerini garanti etmemektedir (Hobaica vd., 2021). Bir başka çalışma, klinik psikoloji doktora ğrencilerinin, genel nđfusa ve tıp öğrencilerine kıyasla daha yđksek oranda depresyon ve kaygı gibi ruh sağlığı sıkıntılarını yaşadığına işaret etmektedir (Rummell, 2015).

Lisansđstđ đrencileri de dahil olmak úzere ruh sağlığı profesyonelleri, önemli stres etkenleri ve zihinsel sağlık semptomlarının yanı sıra tedavi arayışına karşı damgalanmayla karşı karşıya kalmaktadır (Tay vd., 2018). Araştırmalar, ruh sağlığı profesyonellerinin, bir ruh sağlığı sıkıntısına sahip olduklarını meslektaşlarına açıklamak veya profesyonel ruh sağlığı yardımı almak (Gras vd., 2015) konusunda genel bir isteksizlik yaşadığını göstermektedir. Ayrıca psikolojik desteğe duyulan ihtiyacın arttığı kabul edilmesine rağmen, úniversiteden ayrılma sđresinin uzunluğuyla doğru orantılı olarak yardım arama davranışlarında bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Daha deneyimli profesyonellere yönelik yardım arayışındaki bu azalma, ruh sağlığı sıkıntısına sahip olmanın yarattığı damgalanmayla ilişkilendirilmiştir (Logan ve King vd., 2001). Klinik psikologlardan oluşan geniş bir örneklemde, Tay vd. (2018), yaklaşık %70'inin hafif ila orta şiddette depresyon belirtileri bildirdiğini ve %42'sinin hayatlarının bir noktasında kaygı bildirdiğini bulmuştur. Bundan daha da endişe verici olan, örneklemenin aynı zamanda bakım aramanın önünde meslektaşlarından gelen damgalanma endişeleri, kariyerleri úzerindeki olumsuz yansımaları ve kişisel utanç duyguları da dahil olmak úzere önemli engelleri de onaylamasıdır (Tay vd., 2018). Diğer araştırmalar tđkenmiřlik, ruh sağlığı uzmanı bulma zorluğu ve zaman eksikliğinin danışma yardımı almanın önünde ek engeller oluşturduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca tđkenmiřlik, merhamet yorgunluğu, depresyon ve travma gibi ruh sağlığı sıkıntılarının terapötik etkinliği olumsuz etkilediğini belgelemiştir (Bearse vd., 2013). Pope vd. (1987) psikologların %59,6'sından fazlasının, yeterli bakımı sağlayamayacak kadar stresli hissettiklerinde bile danışanlarla çalıştıklarını bildirdiklerini belirtmiştir. Bu, özellikle kişinin yetkinlikleri dışında hizmet sağlaması veya stres nedeniyle mesleki

performansının bozulması açısından endişe vericidir (Hobaica vd., 2021). Çalışmalar klinik psikoloji doktora öğrencilerinin de yardım arama konusunda engellerle karşılaşabileceğini vurgulamaktadır (Dearing vd., 2005; El-Ghoroury vd., 2012). Bir üniversite ortamındaki terapötik hizmetlerin, doktora programı veya üniversiteyle ilişkili lisansüstü öğrenciler, öğretim üyeleri tarafından sağlanabileceği göz önüne alındığında, gizlilik ve rol çatışması ile ilgili endişeler maliyeti düşük kampüs içi sağlayıcılara erişimi azaltabilmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kısıtlayan engellerden birisi de sıkıntıların farkına varmamaktır. Bir başka deyişle, ruh sağlığı profesyonelleri mesleğe bağlı çeşitli stres faktörlerinin etkilerinin tam olarak farkında olmayabilirler. Bu nedenle önleyici tedbirler alma (Barnett vd., 2007) veya ya da stres etkenleri olumsuz etkilendiğinde tedaviye başvurma (El-Ghoroury vd. 2012) konusunda sorun yaşayabilmektedirler. Araştırmalar, travma ruh sağlığı uzmanları için işle ilgili stresin, inkâr gibi kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin kullanımıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Killian, 2008). Çözülmeden bırakılan iş stresinin, tükenmişlik ve mesleki bozulma gibi daha ciddi sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabildiği ortaya koyulmuştur (Barnett vd., 2007).

Tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma (Killian, 2008), öz yeterliliğin azalması (Stebnicki, 2007) ve kişisel başarının azalması (Clark vd., 2009) olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlik; baş ağrıları, kas ağrıları ve depresyon gibi çeşitli zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğundan yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (Chang vd., 2021). Buna karşılık, uygulayıcı tükenmişliği genel terapötik etkililiği etkiler (Bears vd., 2013), yalnızca uygulayıcı tarafından sağlanan bakım düzeyini azaltmakla kalmaz, aynı zamanda potansiyel olarak danışanlara zarar verebilecek daha ciddi uygunsuz davranışlara yol açar. Örneğin, Rupert ve Kent (2007), tükenmişliğin iki yönü olan psikologların duygusal tükenmesi ve danışanları duyarsızlaştırmasının, uygulayıcının danışanlarla aşırı ilgilenmesi ve danışanların olumsuz davranışlarda bulunmasıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Ruh sağlığı profesyonelleri arasında tüklenmişliğin yaygınlığı oldukça yüksektir. Bir alışmada, Danışmanlık Psikolojisi veya Klinik Psikoloji stajyerlerinin %49'u tüklenmişlik yaşadığını bildirilmiştir (Kaeding vd., 2017). Ruh sağlığı profesyonelleri arasındaki tüklenmişliğin tedavisi, genel iş stresinden daha zordur (Dreison vd., 2018). Bu da önleme veya erken tedavi ihtiyacını vurgulamaktadır.

Duygusal, zihinsel ve fiziksel tüklenmişliğin kümülatif etkileri, hizmet sunumunda mesleki bozulmaya yol açabilir (Figley, 2002). Örneğin dolaylı travmatizasyon, öz değer, kimliği, dünya görüşünü, temel inançları, psikolojik ihtiyaçları, algıyı ve hafızayı etkileyebileceği için ruh sağlığı uzmanları için ayrı bir mesleki tehlike olarak kabul edilmiştir (Saakvitne, 2002) ve uygulayıcının mesleki gelişim, kişisel gelişim ve bütünsel refaha yönelik girişimlerini engeller veya zayıflatır (Stebnicki, 2007). Bu tür danışman bozukluğu, terapötik çalışmayı önemli ölçüde tehlikeye atabilir ve danışmanlara zarar verebilir (Johnson vd., 2018). Ruh sağlığı profesyonellerinin tüklenmişlik yaşaması durumunda hem uygulayıcının hem de danışmanın refahının risk altında olduğu göz önüne alındığında, bu konuyu ele alacak adımların atılması hayati önem taşımaktadır. Araştırmalar, uygulayıcı tüklenmişliğine tepki olarak yapılan müdahalelerin, uygulayıcıların ruh sağlığı üzerinde sınırlı bir olumlu etki gösterdiğini veya hiç olumlu etki göstermediğini göstermiştir (Barnett ve Cooper, 2009).

Ruh sağlığı profesyonellerinde ruh sağlığı sıkıntılarının yaygınlığı en az durumdan sorumludur: Bireylerin sıkıntı ve ölüm oranları, tedavi edilmeyen sıkıntının danışman bakımının kalitesi üzerindeki potansiyel zararlı etkisi ve tedavi edilmeyen sağlayıcıların genel kamuoyunun ruh sağlığı sektörü algısına ve sektöre olan güvenine verdiği zarar (Smith ve Moss, 2009). Ruh sağlığı profesyonelleri olumsuz etkilendiğinde, bu durum, artan sayıda iptal edilen, geciken veya kaçırılan terapi randevuları da dahil olmak üzere, işlerinin kalitesi üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilir. Kişisel sorunlarla meşgul olan ruh sağlığı profesyonelleri genellikle becerilerini etkili bir şekilde kullanamazlar ve terapötik etkinlikleri zarar görebilir (Sherman ve Thelen, 1998). Bu nedenle, ruh sağlığı profesyonellerinin başa

çıkamadıkları zaman bunu rahatça açıklamaları ve uygun hizmet sağlayıcılardan yardım arayabilmeleri hem kişisel hem de profesyonel düzeyde son derece arzu edilen bir durumdur (Edwards ve Crisp, 2017). Buna rağmen Kuzey Amerika'daki psikologlarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %59'u hayatlarında terapiden fayda görecekları ancak yardım aramadıkları bir dönem olduğunu da bildirmiştir. Ruh sağlığı profesyonelleri arasındaki düşük yardım alma düzeyi ve karşılaşılan yardım engelleri göz önünde bulundurulduğunda önleyici önlemlerin önem kazandığı görülmektedir. Buradan hareketle henüz lisans öğrencisi olan geleceğin ruh sağlığı profesyonellerinin ihtiyaçlarının ve yardım aramaları önündeki engellerin bilinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

İlgili Araştırmalar

Bu bölümde lisans öğrencilerinin, daha üst derece öğrencilerin ve ruh sağlığı profesyonellerinin ruh sağlığı gereksinimlerini ve profesyonel psikolojik yardım arama sürecinde karşılaştıkları engelleri inceleyen araştırmalara yer verilmiştir. Bu bağlamda alanyazındaki araştırmalar "Psikolojik Yardım Gereksinimleri" ve "Yardım Alma Süreçlerinde Karşılaşılan Zorluklar" alt başlıkları altında incelenmiştir.

Psikolojik Yardım Gereksinimleri

Amerikan Kolej Sağlığı Derneği (2009) sponsorluğunda üniversite öğrencilerinin sağlık ihtiyaçlarını ve kapasitelerini değerlendirmek ve anlamak, sağlıklı kampüs toplulukları oluşturmak amacıyla 106 yüksek öğretim kurumundaki 80.121 öğrenciden veri toplanmıştır. Toplanan verilere göre, üç lisans öğrencisinden birinin önceki yıl en az bir kez "kendini depresyonda hissettiğini ve hareket etmekte zorlandığını" bildirmiştir. Bunun yanı sıra neredeyse 10 öğrenciden biri önceki yıl "intihar girişiminde bulunmayı ciddi olarak düşündüğünü" belirtmiştir. Bu çalışmaya paralel şekilde 2006 yılında 70 kolej ve üniversiteden 26.000 lisans ve yüksek lisans öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, lisans öğrencilerinin %6'sı ve yüksek lisans öğrencilerinin %4'ü son 12 ay içinde ciddi olarak intiharı düşündüklerini bildirmiştir (Drum vd., 2009). Biyoloji/fizik bilimleri, mühendislik

ve beşeri bilimler/sosyal bilimler alanlarındaki 234 kurumdan 2279 yüksek lisans öğrencisi ile son 2 hafta içindeki veriler incelenerek yapılan bir araştırma katılımcılarının %41'inin orta ila şiddetli anksiyete belirtilerini ve %39'unun orta ila şiddetli depresyon semptomlarını karşıladığı ortaya çıkmıştır (Evans vd., 2018). Garcia-Williams vd. (2014) tarafından 387 yüksek lisans öğrencisi üzerinde yapılan daha küçük bir çalışmada ise, son 2 haftada katılımcıların %7'si intihar düşüncesini, %2'si intihar planlarını ve %2'si intihar amaçlı olmayan kendine zarar verdiği bildirmiştir.

Blanco vd. (2008) 2002-2003 Ulusal Alkol ve İlgili Durumlar Epidemiyolojik Araştırması'nda, 2188 üniversite öğrencisi ile üniversiteye gitmeyen 2904 19 ila 25 yaşları arasındaki genç yetişkini çok çeşitli psikolojik sıkıntılar açısından karşılaştırmışlardır. Doğrulanmış ve tamamen yapılandırılmış bir teşhis görüşmesi kullanılarak, üniversite öğrencileri ve onların üniversiteye gitmeyen genç yetişkin akranlarının, genel olarak 12 aylık ruh sağlığı sıkıntı sıklığının yaklaşık olarak aynı olduğunu bulmuşlardır. Duygudurum ve anksiyete bozukluklarının genel yaygınlığı da iki grup arasında eşit bulunmuştur ancak bipolar bozukluk üniversite öğrenciler arasında daha az yaygındır. Üniversite öğrencilerinin neredeyse yarısı önceki yılda en az bir ruh sağlığı sıkıntısı için DSM-IV kriterlerini karşılamıştır. Bunların %18'i kişilik bozukluğu, %12'si anksiyete bozukluğu ve %11'i duygudurum bozukluğu şeklindedir. Bu çalışmada ayrıca, üniversite öğrencilerinde alkol kullanımı bozukluklarının yaygınlığı aynı yaştaki akranlarına göre daha yüksek olduğu ancak uyuşturucu kullanımı bozuklukları ve nikotin kullanımı daha düşük olduğu bulunmuştur.

Türk üniversite öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres yaygınlığını incelemek amacıyla Bayram ve Bilgel (2008) tarafından yapılan bir çalışmada 1.617 öğrenciden Depresyon Kaygısı ve Stres Ölçeği (DASS-42) ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Bulgular, öğrencilerin %27,1'inin orta şiddette veya üzeri depresyon, %47,1'inin anksiyete ve %27'sinin stres yaşadığı bulunmuştur. Kadınlarda kaygı ve stres puanları erkeklere oranla daha yüksektir. Birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinin depresyon, kaygı ve stres puanları

da diğer sınıf düzeylerine göre daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan eğitiminden memnun olan öğrencilerin depresyon, kaygı ve stres puanlarının memnun olmayanlara göre daha düşük olduğu ortaya koyulmuştur (Bayram ve Bilgel, 2008).

Zivin vd. (2009), 2005 sonbaharında büyük bir devlet üniversitesine giden 763 öğrenci üzerinde temel düzeyde web tabanlı bir anket uygulamıştır. Ardından 2007 sonbaharında 2 yıllık bir takip araştırması gerçekleştirmişlerdir. Kendine zarar verme ve intihar düşüncesinin yanı sıra kaygı, depresyon, yeme bozuklukları gibi ruh sağlığı sıkıntılarının semptomlarını ölçmek için kısa tarama araçları kullanmışlardır. Çalışmanın verilerine göre, öğrencilerin yarısından fazlasının başlangıçta veya takipte en az bir ruh sağlığı sıkıntısı yaşadığı bulunmuştur. Başlangıçta en az bir ruh sağlığı sıkıntısı olan öğrencilerin %60'ının 2 yıl sonra yeniden en az bir ruh sağlığı sıkıntısı yaşadığı ortaya koyulmuştur. Her iki zaman noktasında da ruh sağlığı sıkıntısı yaşayan öğrencilerin yarısından fazlası iki zaman aralığında profesyonel psikolojik destek görmemiştir (Zivin vd., 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki üniversite öğrencileri arasındaki zihinsel sağlık sorunlarının yaygınlığını ve ilişkilerini tahmin etmek amacıyla 2007 ve 2009'da 26 kampüste 14.175 öğrenciden Hasta Sağlığı Anketi-9 ölçeği kullanılarak veri toplanmıştır. Verilere göre öğrencilerin %17,3'ünün depresyon, %4,1'inin panik bozukluğu, %7,0'sinin genel anksiyete bozukluğu, %6,3'ünün intihar düşüncesi ve %15,3'ünün intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme düşüncesine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmada ayrıca ruh sağlığı sorunlarının cinsiyet, ilişki durumu ve mali durum ile önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür. Kadınlarda majör depresyon (%10'a karşı %7,5), panik bozukluğu (%5,5'e karşı %2,3) ve genel anksiyete (%8,7'ye karşı %4,7) erkeklerden daha yüksek yaygınlığa sahiptir. Bekar olanlarla karşılaştırıldığında ilişkisi olan veya evli olan öğrencilerin başta depresyon olmak üzere ruh sağlığı sıkıntılarına yakalanma riski daha düşüktür. Son olarak hem mevcut hem de geçmişteki finansal zorluklar genel olarak daha yüksek zihinsel sağlık sorunları riskiyle ilişkilendirilmiştir. Örneğin depresyon mevcut mali zorluklarla ve yoksul bir

ailede büyümeyle ilişkili bulunmuştur. Bunun bir istisnası olarak, varlıklı ailelerde büyüyen öğrencilerin, yalnızca rahat mali koşullarda büyüyen öğrencilere göre daha yüksek kaygı riski altında olmalarıdır (Eisenberg vd., 2013).

Avustralya, Belçika, Almanya, Meksika, Kuzey İrlanda, Güney Afrika, İspanya, Güney Afrika, İspanya, Güney Afrika ve Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere sekiz ülkede bulunan 19 üniversitede yapılan bir dizi anketin yer aldığı birinci sınıf üniversite öğrencileri arasında sık görülen ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve temel sosyodemografik ilişkilerini tahmin etmek amacıyla DSÖ Dünya Ruh Sağlığı Uluslararası Üniversite Öğrencisi projesi gerçekleştirilmiştir. Yaşam boyu ve 12 aylık DSM-IV ruh sağlığı sıkıntıları açısından araştırılan birinci sınıf öğrencilerine uygulanan web tabanlı öz bildirim anketlerine göre öğrenciler arasında yaygın görülen ruh sağlığı sıkıntıları şunlardır: Majör depresyon, mani/hipomani, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu. Majör depresif bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu 12 aylık yaygınlık oranları sırasıyla %18,5 ve %16,7 ile en sık görülen ruh sağlığı sıkıntıları olmuştur. Tam zamanlı 13.984 öğrencinin %35'inin yaygın yaşam boyu rahatsızlıklardan en az birini yaşadığı ve %31'inin en az bir 12 aylık rahatsızlık yaşadığı ortaya koyulmuştur. Sendromların tipik olarak erken ve orta ergenlik döneminde başladığı ve araştırmanın yapıldığı yıla kadar devam ettiği görülmüştür (Auerbach vd., 2019). Benzer şekilde Hyseni Duraku vd. (2023) tarafından 234 Kosovalı üniversite öğrencisinden toplanan veriler sonucunda, öğrencilerin çoğunun kaygı ve depresyon, yarısından fazlasının da stres yaşadığı ortaya koyulmuştur.

Özetle, yapılan çalışmalar lisans öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılanması gerektiği göstermektedir. İhtiyaçları karşılamada en önemli yollarından birinin bireylerin yardım aramalarının önündeki engellerin araştırılması gerekliliği olduğu düşünülmektedir.

Yardım Alma Süreçlerinde Karşılaşılan Zorluklar

Türk üniversite öğrencilerinin yardım aradıkları kaynakları, psikolojik yardım alma konusundaki tutumlarını ve engellerini anlamaya yönelik 15 lisans öğrencisiyle yapılan nitel bir çalışmada öğrenciler sorunlarla baş etmede resmi olmayan yardım kaynaklarını tercih ettiği ve sorunlarla karşılaştıklarında çoğunlukla psikolojik yardım aramadıkları bulunmuştur. Sorunlarını yönetilebilir olarak algılamak ve başkalarına açılmak istememek yardım aramanın önündeki engeller arasındadır. Ayrıca öğrenciler sorun çok önemli görünmedikçe bir profesyonelden yardım almak konusunda da istek olduğu görülmüştür (Koydemir vd., 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki üniversite öğrencileri arasında ruh sağlığı sıkıntılarına yönelik yardım arama davranışına ilişkin Eisenberg vd. (2011) 26 kampüs gerçekleştirdiği çalışmaya göre yardım aramanın önündeki bariz engeller arasında tedavinin etkinliği konusunda şüphecilik ve genel olarak algılanan aciliyet eksikliği yer alıyordu. Çalışma bulguları ayrıca, üniversite öğrencilerinin tedaviye katılım konusunda çeşitli engelleri kabul ettiklerini ortaya çıkarmıştır. Bunlar; ruh sağlığı sorunlarını kendi başına çözmeyi tercih etme, yeterli zamana sahip olmama, ruh sağlığı tedavisinin sorunları iyileştirmede etkili olup olmadığına ilişkin sorular, stresin normal olduğu veya tedavi olmadan sorunun düzeleceği inancı, ekonomik yetersizlik ve başkalarının terapiye katıldığını öğrendikleri takdirde ne düşünecekleri konusunda endişelenmektir (Eisenberg vd., 2011). Mowbray vd. (2006) literatürü özetledikleri çalışmalarında benzer değişkenlerin tedavi aramanın önündeki engeller olduğunu bildirmiş ve ayrıca hizmet sağlayıcılara duyulan güvensizliğin öğrencilerin yardım aramasını engelleyebileceğini bulmuştur. Kampüs ruh sağlığı merkezlerindeki personelin düşman olarak algılanabileceğinin ve hizmetler için uzun bekleme süreleri öğrenciler için "rahatsız edici" olabileceğinin altını çizmişlerdir.

Vidourek vd.'nin (2014) bir Orta Batı üniversitesinde 682 öğrenciyle yürüttüğü çalışma bulgularına göre, kadınların erkeklere göre ruh sağlığı hizmetlerine katılmanın daha fazla fayda algıladığını ve damgalanmaya ilişkin tutumların önemli ölçüde daha düşük

olduğunu göstermiştir. Ruh sağlığı hizmeti almış öğrenciler, hiç hizmet almamış öğrencilere göre tedavide önemli ölçüde daha fazla engel bildirmişlerdir. Sıklıkla algılanan engellerin utanç, inkar ve deli olarak etiketlenmeyi istememe olduğunu ortaya koyulmuştur.

Cheng vd. (2018), 1.535 üniversite öğrencisinin yardım arama tutumlarının yordayıcıları olarak psikolojik yardım arama konusundaki kendini damgalamayı ve zihinsel sağlık okuryazarlığını incelemiştir. Sonuçlar, zihinsel sağlık okuryazarlığının, kendini damgalamanın ötesinde yardım arama tutumlarını yordadığını göstermiştir.

Dünya Ruh Sağlığı Uluslararası Üniversite Öğrencisi girişiminin bir parçası olarak, sekiz ülkede 13.984 birinci sınıf öğrencisinin yardım arama niyetleri ve tedavi aramalarının önündeki engeller araştırılmıştır. Bulgulara göre, öğrencilerin yalnızca %24,6'sı gelecekte duygusal bir sorun yaşamaları durumunda mutlaka tedavi arayacaklarını bildirmiştir. Kesinlikle yardım arayacağını bildirmeyen öğrencilerde tedavi istememe nedenleri arasında en sık bildirilen neden, %56,4'ü sorunu tek başına çözmeyi tercih etmekte, %48,0'ı ise arkadaşları veya akrabalarıyla konuşmayı istemiştir. Ayrıca sorunu tek başına ele alma tercihi ve çok utanmış hissetme, yardım arama niyetine sahip olma ihtimalinin önemli ölçüde azalmasıyla da ilişkili bulunmuştur (Ebert vd., 2019a).

Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım aramaya ilişkin algılarını incelemek amacıyla 644 öğrenci ile yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin psikolojik danışma merkezlerinin pahalı olduğunu düşünmeleri, uzman psikolojik danışmanların bulunmaması ve psikolojik danışmanlığın sorunlarına yardımcı olmadığına inanmaları nedeniyle olumsuz yardım arama tutumlarına sahip olduklarını belirtilmiştir. Ayrıca bulgular, öğrencilerin psikolojik danışma merkezlerinde kendilerine nasıl yardımcı olunabileceği konusunda yanlış bilgiye sahip olduklarını da göstermiştir (Yelpaze ve Ceyhan, 2019).

Kosova'daki büyük bir üniversitede Hyseni Duraku vd. (2023) tarafından 234 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada ruh sağlığı uzmanlarına olan güven eksikliğinin, psikolojik yardım aramanın önündeki büyük bir engel oluşturduğu bulunmuştur. Bunu kendini açma konusundaki zorluklar takip etmiştir. Engellere rağmen katılımcıların,

üniversiteden alınacak ruh sağlığı ve akademik desteğin, zihinsel sağlıklarını, çalışma becerilerini, özsayıgılarını, öz algılarını ve sosyal desteğe yönelik tutumlarını geliştirmeye yardımcı olacağına inandığı bulunmuştur.

Ruh sağlığı yardım aramanın önündeki engellerin bireylerin bir ruh sağlığı sıkıntısı için yardım alma olasılığını azalttığı göz önünde bulundurulduğunda; profesyonel ruh sağlığı yardımı almanın önündeki çeşitli engellerin lisans öğrencileri arasında sıklıkla deneyimlendiği görülmektedir.

Bölüm 3

Yöntem

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın türü, çalışma grubu, veri toplama süreci ve veri toplama araçları açıklanmıştır. Ardından verilerin toplanması ve analiz sürecine ilişkin bilgi verilmiştir.

Araştırmanın Türü

Bu araştırmada kullanılan araştırma tasarımı, mevcut koşulları ortaya koyması bakımından betimsel; değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemesi bakımından korelasyonel bir araştırmadır. Fraenkel vd. (1993) korelasyonel araştırmayı, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin herhangi bir müdahalede bulunulmadan incelenmesi olarak tanımlamaktadır. İlişkisel araştırma bazen tanımlayıcı araştırma olarak da anılmaktadır çünkü iki değişken arasında mevcut bir ilişkiyi tanımlamaktadır. Başka bir deyişle, korelasyonel araştırma aynı zamanda betimsel bir araştırmadır (Fraenkel vd., 1993).

PDR öğrencilerinin depresyon, kaygı ve çocukluk travmaları başta olmak üzere çeşitli ruh sağlığı ihtiyaçlarını ve yardım alma engellerini tanımlamak amacıyla bu çalışma betimsel araştırma deseninde gerçekleştirilmiştir. Fraenkel vd. (1993) betimleyici araştırmayı bir grup insan arasındaki koşulları tanımlama girişimi olarak tarif etmektedir.

Bu araştırma aynı zamanda, ruh sağlığı yardımına ihtiyaç duyma ve ulaşma durumlarına göre çeşitli depresyon, kaygı ve çocukluk travmaları başta olmak üzere çeşitli ruh sağlığı değişkenlerinin karşılaştırılarak incelenmesi bakımından ilişkisel tarama deseninde gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama deseninde iki değişken arasındaki ilişki bir korelasyon katsayısı aracılığıyla açığa çıkarılır (Fraenkel vd., 1993).

Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu, 2023-24 Öğretim Yılı Güz Döneminde Türkiye'nin farklı bölgelerinde bulunan büyükşehirlerdeki ve şehirlerdeki 10 devlet üniversitesine bağlı

PDR lisans programına kayıtlı 594 öğrenci oluşturmaktadır. Tablo 2'de detaylandırıldığı gibi öğrencilerin 57'si (%9,6) birinci sınıf, 121'i (%20,4) ikinci sınıf, 258'i (%43,4) üçüncü sınıf, 158'i (%26,6) dördüncü sınıf öğrencileridir. Öğrencilerin 182'si (%29,8) 21 yaşındadır. Ayrıca 137'si (%22) 20; 116'sı (%19) 22; 71'i (%11,6) 19; 38'i (%6,2) 23 ve 19'u (%3,1) 18 yaşındadır. Geri kalan öğrencilerin yaşları 24 ile 46 arasında değişmektedir. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,6'dır. Bu öğrencilerin 475'i (%80) kadın; 119'u (%20) erkektir.

Araştırmada, katılımcılara kolay ulaşılabilir örnekleme yolu ile ulaşılmıştır. Çoğu zaman rastgele veya sistematik rastgele olmayan bir örneklem seçmek son derece zordur. Böyle durumlarda araştırmacının uygun örnekleme kullanabileceği belirtilmiştir (Fraenkel vd., 2012). Bu doğrultuda, araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrenciler dahil etmiştir. Çalışmada, çalışma grubuna alınan katılımcıların cinsiyet ve sınıf düzeyleri değişkenlerine ilişkin frekans ve yüzde değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1

Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Değişkenler	Grup	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	119	20
	Kadın	475	80
Programdaki yıl	1	57	9,6
	2	121	20,4
	3	258	43,4
	4	158	26,6

Not. N = 594.

Veri Toplama Süreci

Çalışma verilerinin toplanma aşamasında öncelikle Kısa Semptom Envanteri ve Erken Travma Envanterinin Türkçeye uyarlamasını yapan araştırmacılardan ölçüklerin kullanım amaçları belirtilerek izinler alınmıştır (EK-A). Daha sonra, Hacettepe Üniversitesi

Etik Kurul Komisyonundan 02.10.2023 tarihli ve E-51944218-300-00003110407 sayılı izin alınıp veri toplama aşamasına geçilmiştir (EK-F).

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uygulanması 2023 Aralık ile 2024 Ocak ayları arasında Türkiye'nin farklı bölgelerinde bulunan büyükşehirlerdeki ve şehirlerdeki 10 devlet üniversitesine bağlı PDR lisans programına kayıtlı üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Etik Komisyon izninin ardından Gönüllü Katılım Formu ve veri toplama araçları "Google Formlar"a aktarılmıştır. Araştırmaya ilişkin veriler, araştırmacının ve katılımcıların kolay erişimi sebebiyle gönüllü üniversite öğrencilerinden çevrimiçi ortamda toplanmıştır.

Tez danışmanı, farklı üniversitelerde görev yapmakta olan öğretim üyesi/elemanı meslektaşlarıyla iletişime geçerek, araştırma hakkında bilgi vererek araştırma linkini paylaşmıştır. İlgili öğretim üyesinden ders ortamında araştırma linkini PDR lisans öğrencileriyle paylaşması ve uygulamayı yönetmesi istenmiştir. Bu kapsamda farklı üniversitelerden farklı sınıf düzeylerinden öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir. Uygulama sırasında katılımcılardan Kişisel Bilgi Formu (KBF), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Erken Travma Envanterinde (ETE) bulunan maddeleri kendilerini içten yansıtır biçimde yanıtlamaları istenmiştir. Uygulamalar yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür. Çevrimiçi formda Gönüllü Katılım Formu yer almakta ve ölçek maddelerine geçmeden önce gönüllü olan katılımcılar bu formu ilgili kutucuğu işaretleyerek onaylatılmaktadır. Ayrıca öğretim üyeleri uygulama gerçekleştirilirken araştırmanın kapsamı, önemi ve amacıyla ilgili öğrencilere gerekli bilgileri sözlü olarak iletmiştir. Erken travma envanterinin tetikleyici maddeleri olması nedeniyle uygulamaları mutlaka PDR öğretim elemanlarının yapmasının sağlanmış ve uygulama sırasında herhangi bir tetiklenme yaşayan öğrenci olması halinde uygulama yapan öğretim elemanının ya kendilerinin yardım etmesi ya da araştırmacılara yönlendirmesi hususuna dikkat etmesi istenmiştir. Katılımcıların araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan Gönüllü Katılım Formuna EK-B'de yer verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan PDR lisans öğrencilerinin demografik bilgilerine, yardıma ihtiyaç duyma, yardım arama, psikolojik ihtiyaçları ve yardım almalarının önündeki engelleri araştırmak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu; depresyon, kaygı, hostilite, olumsuz benlik ve somatizasyon gibi psikolojik sağlık verilerini ölçmek amacıyla Kısa Semptom Envanteri ve çocukluk çağı travmalarını ölçmek için Erken Travma Envanteri kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler Tablo 2’de detaylandırılmıştır.

Tablo 2

Veri Toplama Araçları

Geliştiren/Uyarlayan	Veri Toplama Aracı	Ölçtüğü Nitelik	Madde Sayısı
Araştırmacı	Kişisel Bilgi Formu	Demografik özellikler, yardım arama ve alma durumları, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım engelleri	9
Şahin ve Durak	Kısa Semptom Envanteri	Depresyon, kaygı, hostilite, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyi	53
Yılmaz ve Dost	Erken Travma Envanteri	Çocukluk çağı travmaları	27

Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Öğrencilerin cinsiyeti, yaşı, üniversitesi, programdaki yılı, önceden var olan sağlık sorunu, önceki ruh sağlığı hizmetlerine erişimi, güncel psikolojik ihtiyaçları ve güncel yardıma erişimi ile ilgili bilgiler alınmıştır. Bu amaçla araştırmacı tarafından dokuz maddelik Kişisel Bilgi Formu hazırlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu hazırlanmadan önce, üniversite öğrencilerinin psikolojik sıkıntı alanları ve yardım engelleri ile ilgili detaylı bir alanyazın taraması yapılmıştır. İncelenen çalışmaların analizleri yapılarak problem alanları ve engel listeleri oluşturulmuştur (örn. Ebert vd., 2019b; El-Ghoroury vd., 2012; Hobaica vd., 2021). Ardından bir pilot uygulama yapılmıştır. Türkiye’nin bir büyükşehirindeki ve iki şehrindeki

öğrencilere sorumlu araştırmacı aracılığıyla ulaşılmıştır. Öğretim üyeleri tarafından yapılan duyuru sonucunda gönüllü olan sekiz öğrenci ile Zoom üzerinden yaklaşık yarım saatlik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu pilot uygulamadan elde edilen bilgiler gözden geçirilerek ölçekte bulunan ruh sağlığı ihtiyaçları ve yardım engelleri listesi düzenlenmiştir. Kişisel Bilgi Formu ve Pilot Uygulama Formu sırasıyla ve EK-C ve EK-D'de sunulmuştur.

Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Araştırmada, katılımcıların depresyon, anksiyete, hostilite, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu nedenle, Derogatis (1992) tarafından geliştirilen Kısa Semptom Envanterinin (KSE) Şahin ve Durak (1994) tarafından uyarlanan Türkçe formu kullanılmıştır.

Orijinal form ergenlerde ve yetişkinlerde kişinin kendisi tarafından bildirilen psikolojik semptomları tanımlamak amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiştir. Kısa Semptom Envanteri (KSE) dokuz semptom boyutunu kapsayan 53 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlar; somatizasyon, obsesyon-kompulsiyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm ve üç küresel sıkıntı endeksidir. Küresel sıkıntı endeksi alt boyutu kendi içinde üçe ayrılmaktadır: Küresel şiddet endeksi, pozitif semptom sıkıntı endeksi ve pozitif semptom toplamı. Küresel endeksler sırasıyla mevcut veya geçmiş semptom düzeyini, semptomların yoğunluğunu ve rapor edilen semptomların sayısını ölçmektedir. KSE, Psikolojik Tarama Belirti Listesi'yle (SCL-R-90) aynı boyutları ölçen kısa versiyonudur. KSE'nin her bir boyutu için maddeler, SCL-R-90'ın faktör analizine dayalı olarak seçilmiştir. Bu işlem her boyuttaki en yüksek yükleme maddeleri seçilerek yapılmıştır (Derogatis, 1993; Derogatis ve Spencer, 1982). Uygulama için gereken süre 8 ila 12 dakika arasında değişmektedir. Uygulamanın kendi kendine veya görüşmeci tarafından yapılması mümkündür. Katılımcılar her bir duygu ögesini 0 (hiç) ila 4 (aşırı derecede) arasında değişen 5 puanlık bir ölçekte sıralamaktadır. Sıralamalar son yedi gün boyunca yaşanan sıkıntının yoğunluğunu karakterize etmektedir.

Somatizasyon alt boyutu; 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37., obsesyon-kompulsiyon alt boyutu 5, 15, 26, 27, 32 ve 36., kişilerarası duyarlılık 20, 21, 22 ve 42., depresyon 9, 16, 17, 18, 35 ve 50., kaygı 1, 12, 19, 38, 45 ve 49., düşmanlık 6, 13, 40, 41 ve 46., fobik kaygı 8, 28, 31, 43 ve 47., paranoid düşünce 4, 10, 24, 48 ve 51. ve psikotizm 3, 14, 34, 44 ve 53. maddelerden oluşmaktadır. Maddeler arasında 11, 25, 39 ve 52 boyutların hiçbirine dahil edilemez ancak ölçekte yer verilmiştir. Bu maddeler genel toplam puanlar hesaplanırken dahil edilmektedir. Alt boyutların puanları, o boyutta yer alan madde değerlerinin toplanması ve o boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Puanlar yaşa uygun normlarla karşılaştırılarak yorumlanır. Yetişkin ve 13 yaşından büyük ergen örneklemi için normatif veriler mevcuttur (Derogatis, 1993; Derogatis ve Spencer, 1982).

Genç yetişkinler, üniversite öğrencileri ve yetişkinlerde çeşitli semptomları ölçmek amacıyla uyarlanan Türkçe form, beş alt ölçeği kapsayan 53 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir: Anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite. KSE'den ayrıca ruh sağlığının genel belirleyicileri olan iki indeks puanı elde edilmektedir: Belirti sayısı ve rahatsızlık ciddiyeti. Anksiyete alt boyutu 13 maddeden oluşmakta olup kendini gergin ve tedirgin hissetmeyle ilişkilidir. Depresyon ve olumsuz benlik alt boyutları 12 maddede sırasıyla gelecekle ilgili umutsuzluk duygularını ve suçluluk duygularını ölçmektedir. Somatizasyon alt boyutu dokuz madde ile baygınlık ve baş dönmesi gibi bedensel belirtileri araştırmaktadır. Son olarak hostilite alt boyutu ise yedi maddede bir şeyleri kırma, dökme isteğini ölçmektedir. Katılımcılar yanıtları için, hiç yok (0) ile çok fazla var (4) arasında değişen 5'li bir Likert ölçeği kullanmaktadır. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçek için belirtilen madde sayısına bölüldüğünde o boyut için puan elde edilmektedir. Formdan alınabilecek toplam puan 0 ile 212 arasında değişmektedir. Formun yanıtlanması 8 ila 12 dakika arasında değişmektedir (Şahin ve Durak, 1994).

Ölçeğin orijinal formu için yazarlar, psikotizm için .71'den depresyon için .85'e kadar değişen dokuz boyut için iyi bir iç tutarlılık güvenilirliği rapor etmektedir. Bu değerler, birkaç başka bağımsız çalışma tarafından da desteklenmektedir (örn. Croog vd., 1986; Aroian ve

Patsdaughter, 1989). Üç küresel endeks için herhangi bir alfa güvenilirliği bildirilmemiştir. Ölçeğin dokuz alt boyutu için test-tekrar test güvenilirliği .68 (somatizasyon) ile .91 (fobik kaygı) arasında ve üç küresel endeks için .87 ile .90 arasında değişmektedir. Geçerlilik ölçümleri için faktör analizi sonuçları alt boyutların önsel yapısını doğrulamaktadır. Ayrıca, KSE ve Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-R-90) arasındaki korelasyonlar .92 ile .99 arasında bulunmuştur (Derogatis, 1993).

Türkçe form için Şahin ve Durak (1994) yapılan üç ayrı güvenilirlik çalışmasında iç tutarlığı toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .96 ve .95; alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .55 ile .86 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerin toplam puanları üzerinden yapılan faktör analizinde toplam varyansın %66,2'sini açıklayabilen tek ve güçlü bir faktör olduğu bulunmuştur (Şahin ve Durak, 1994).

Tablo 3'te Kısa Semptom Envanteri Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarına ve ölçek alt boyutlarının madde sayılarına yer verilmiştir. Bu çalışma bağlamında ölçeğin güvenilirliği hesaplandığında ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa güvenilirliği anksiyete için .88, depresyon için .89, olumsuz benlik için .90, somatizasyon için .84 ve hostilite için .77 olarak elde edilmiştir. Kısa Semptom Envanteri örnek maddelerine EK-E1'de yer verilmiştir.

Tablo 3

Kısa Semptom Envanteri için Güvenirlik Katsayısı Tablosu

	Cronbach Alfa	Madde sayısı
Anksiyete	0,88	13
Depresyon	0,89	12
Olumsuz Benlik	0,90	12
Somatizasyon	0,84	9
Hostilite	0,77	7

Erken Travma Envanteri Kısa Formu (ETE-KF)

Araştırmada, katılımcıların çocukluk çağı istismar ve ihmallerini belirlemek amacıyla Bremner vd. (2007) tarafından geliştirilen Erken Travma Envanteri Kısa Formunun Yılmaz ve Dost (2023) tarafından Türkçeye uyarlanan formu kullanılmıştır.

Bremner vd. (2000) çocukluk çağı travmasını ölçmek için bir araç olan Erken Travma Envanterini (ETE) geliştirmiştir. Bu 56 maddelik yarı yapılandırılmış envanter; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar alanlarının yanı sıra genel travmatik deneyim alanını da değerlendirmektedir. Uygulanması yaklaşık bir saat sürmektedir. ETE'nin her bir maddesi için, gelişimsel aşamaya, istismarın başlangıcına ve sona ermesine ve istismarın faili/nedenine göre istismar/travma sıklığına ilişkin değerlendirmeler bulunmaktadır (Bremner vd., 2000).

Erken Travma Envanteri-Öz Değerlendirme (ETE-ÖD), ETE'nin sıklığını, başlangıç yaşını, failin türünü ve birey üzerindeki etkisini değerlendiren 62 maddelik bir revizyonudur. ETE-ÖD, orijinal formatı takip etmektedir: Genel travma (31 madde), fiziksel (dokuz madde), duygusal (yedi madde) ve cinsel istismar (15 madde). Fiziksel istismar, incitme veya yaralama niyetiyle fiziksel temas, kısıtlama veya hapsedme olarak tanımlanır. Duygusal istismar, mağduru küçük düşürmek veya küçük düşürmek amacıyla yapılan sözlü iletişimidir. Cinsel istismar, yalnızca faili tatmin etmek ya da mağduru tahakküm altına almak veya aşağılamak amacıyla gerçekleştirilen istenmeyen cinsel temastır. İstismarın 0 ila 5 yaş arasında mı, 6 ila 11 yaş arasında mı yoksa 12 ila 18 yaş arasında mı başladığını sorarak başlangıç yaşını kategorik olarak değerlendirir ve sıklığı da genel olarak ölçer. Her alanın sonunda, o alandaki öğelerin sosyal, iş ve duygu alanlarında birey üzerindeki etkisine ilişkin sorular bulunmaktadır. Doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

Zaman kısıtlamaları ve sınırlı eğitimli personel nedeniyle, ETE ve ETE-ÖD gibi envanterlerin uygulanması pratik olmayabilir. Dolayısıyla yazarlar Erken Travma Ölçeği-Kısa Formu (ETE-KF)'u geliştirmiştir (Bremner vd., 2007). Kısa form ise, dört alt ölçekli olarak geliştirilmiştir. Bunlar; genel travma, fiziksel, duygusal ve cinsel travma alt ölçekleridir. Ölçekte 11 genel travma, beş fiziksel istismar, beş duygusal istismar ve altı

cinsel istismar maddesi olmak üzere toplam 27 madde bulunmaktadır. Ölçekte en etkili travmatik deneyimin etkilerini soran ek iki madde daha bulunmaktadır. Maddeler “evet ve hayır” olmak üzere iki kategorili olarak yanıtlanmaktadır. Puanlama her alt ölçekte “evet” yanıtı verilen maddelerin toplamı ile elde edilir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır (Bremner vd., 2007).

Ölçeğin Türkçe formu, çocukluk çağı travmalarını belirlemek amacıyla ETE-KF'den uyarlanmıştır. Envanterin Türkçe versiyonu orijinal formunda olduğu gibi dört alt ölçek içermektedir. Envanterde toplam 27 madde bulunurken, genel travma alt boyutunda 11, fiziksel istismar alt boyutunda beş, duygusal istismar alt boyutunda beş, cinsel istismar alt boyutunda ise altı madde yer almaktadır. Envanterde ters madde bulunmamaktadır. Ölçek maddelerine verilen “evet” yanıtları 1 puandır. Daha yüksek puanlar ilgili istismar türüne daha fazla maruz kalındığını göstermektedir (Yılmaz ve Dost, 2023).

ETE'nin değerlendiriciler arası güvenilirliğinin ($r = .99$), test-tekrar test güvenilirliğinin ($r = .91$) ve iç tutarlılığının (Cronbach $\alpha = .95$) iyi olduğunu bulunmuştur. Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarının bir ölçüsü olan Sivil Mississippi Ölçeği ile korelasyonu $.78$ bulunmuştur. Ayrıca klinisyen tarafından uygulanan ETE ile ETE-ÖD arasında bir korelasyon olduğunu da bildirilmiştir (Bremner vd., 2000). ETE-ÖD'nin de erken travmanın geçerli bir ölçüsü olduğu gösterilmiştir. Bu form için tüm alt ölçekler yüksek iç tutarlılık göstermiştir (Cronbach katsayısı $\alpha > .7$). ETE-KF için alan puanları, genel travma ($r = .91$) ve fiziksel ($r = .94$), duygusal ($r = .97$) ve cinsel istismara ($r = .97$) ilişkin orijinal formla yüksek düzeyde korelasyon göstermiştir. Kısa form, alt ölçekler ($.70$ -. 87) ve uzun form ($.78$ -. 91) için benzer bir iç tutarlılık göstermiştir. Her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla $.70$, $.75$, $.86$ ve $.87$ 'dir. Hem kısa form hem de uzun formun, travma ile bilinen ilişkileri olan hastaları karşılaştırma deneklerinden ayırt edebildiği bulunmuştur (Bremner vd., 2007).

Türkçe Formunda alt ölçekler arasındaki korelasyonları incelemek amacıyla yapılan analizde korelasyon katsayılarının $.43$ ile $.81$ arasında olduğu görülmektedir. Ölçüt geçerliği

için Erken Travma alt ölçekleri ile Beck Anksiyete Envanteri puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlara göre genel travma, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçekleri ile Beck Anksiyete Envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla .33, .27, .32 ve .31'dir. Envanterin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları genel travma, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçekleri için sırasıyla .61; .75; .84 ve .71'dir. Bu sonuçların, farklı ülkelerde orijinal formun farklı kültürlere uyarlanması amacıyla yapılan çalışmalarda genel travma alt ölçeğine ait iç tutarlılık katsayısı diğer alt ölçeklere göre daha düşük olduğu söylenebilir (örn. Bremner vd., 2007; Plazavd., 2011; Hörberg vd., 2019; Osorio vd., 2013). Test-tekrar test korelasyon katsayısı genel travma için .83, fiziksel istismar için .92, duygusal istismar için .92 ve cinsel istismar için .96 olarak bulunmuştur.

Tablo 4'te Erken Travma Envanteri için Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarına ve ölçek alt boyutlarının madde sayılarına yer verilmiştir. Bu araştırmada ölçeğin alt boyutlarından olan genel travma için Cronbach alfa güvenilirliği .71, fiziksel travma için .72, duygusal istismar için .79 ve cinsel istismar için .72 olarak bulunmuştur. Araştırmalar, 65-.80'lik bir alfa değerini kullanılan bir ölçek için "yeterli bir değer" olarak kabul etmektedirler (Vaske vd., 2008). Erken Travma Envanteri örnek maddelerine EK-E2'de yer verilmiştir.

Tablo 4

Erken Travma Envanteri için Güvenirlik Katsayısı Tablosu

	Cronbach Alfa	Madde sayısı
Genel Travma	0,71	11
Fiziksel Travma	0,72	5
Duygusal İstismar	0,79	5
Cinsel İstismar	0,72	6

Verilerin Analizi

Veri analizinde SPSS 26 programı kullanılmıştır. Kısa Semptom Envanteri ile Erken Travma Envanterleri alt ölçek puanlarından standart z değerleri hesaplanarak bu değerlerin ± 3.30 aralığı dışında olup olmadığı kontrol edilmiştir. Tabachnick vd. (2013) z değerleri için bu aralık dışındaysa uç değer olarak belirtmiştir. Buna göre cinsel istismar puanları için 2 katılımcının z değeri bu aralık dışında olduğundan analize dahil edilmemiştir.

Kısa semptom ile erken travma puanlarının normalliğinde çarpıklık ile basıklık değerine bakılmış olup ve bu değerler için ± 2 arasındaysa puan dağılımı normaldir (George ve Mallery, 2019). Katılımcılara ilişkin demografik özellikler ile erken travma envanterinde yer alan anket maddeler için frekans ve yüzde dağılımı verilmiştir. Kısa Semptom Envanteri ile Erken Travma Envanteri alt ölçek puanları için tanımlayıcı istatistikler verilmiş olup tüm ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği elde edilmiştir (George ve Mallery, 2019).

Bu iki envantere ilişkin alt ölçek puanları arasındaki ilişki için Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Erken Travma alt faktörlerinin katılımcıların kısa semptom durumlarının her birine olan etkisi ise çoklu doğrusal regresyon analiz yöntemi ile incelenmiş olup bu yöntem için gerekli olan varsayımlar regresyon sonuçlarından önce verilmiştir.

Demografik kategorik değişkenlere göre kısa semptom ile erken travma envanterleri alt ölçek puanlarının karşılaştırmasında parametrik yöntemler kullanılmıştır. Her iki envanter için tüm ölçek puanları normal dağılırken ayrıca gruplarda veri sayısı $N > 30$ olup yeterli sayıdadır. Buna göre iki kategorili değişkenlere göre puanların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi yöntemi, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlere göre puanların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analiz yöntemi (ANOVA) kullanılmıştır (Pallant, 2011). Tip I hata oranını nominal anlamlılık düzeyinde koruduğu bilindiğinden (Arnold, 1981) ANOVA'da anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için LSD çoklu karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Gruplara göre elde edilen anlamlı farkın büyüklüğü için eta kare etki büyüklüğü değerleri de verilmiştir. Etki büyüklüğü bağımlı değişkende olan

değişkenliğin bağımsız değişken tarafından açıklanma yüzdesini gösterir (Pallant, 2011). Parametrik karşılaştırma yöntemlerinde kullanılan etki büyüklüğü değerlerinden biri eta kare değeridir. Cohen (1992) eta karenin (η^2) 0.14'e yakın ve büyükse büyük etkiyi, 0.06'ya yakınsa orta düzeyde etkiyi ve 0.01'e yakınsa küçük düzeyde etkiyi gösterdiğini belirtmiştir. İstatiksel analizler $p < .05$ anlamlılık düzeyinde incelenmiştir.

Bölüm 4

Bulgular, Yorumlar ve Tartışma

Çalışmanın bu bölümünde, istatistiksel analizler sonucunda ulaşılan bulgular, yorumlar ve tartışmalara yer verilmiştir. Bu bağlamda psikolojik sıkıntı yaşama, yardıma ihtiyaç duyma, yardım arama, yardım almış olma durumlarına ve ölçeklere ilişkin betimsel istatistikler sunulmuştur. Ayrıca, yaşanan psikolojik sıkıntı alanlarına ve profesyonel psikolojik yardım alma engellerine ilişkin betimsel istatistiklere yer verilmiştir. Ardından ruh sağlığı verilerinin cinsiyete ve sınıf düzeyine göre farklılık gösterme durumuna ilişkin bulgular sunulmuştur. Daha sonra çocukluk çağı travmalarının depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeylerini yordamasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Son olarak, yardıma ihtiyaç duyma, yardım arama ve yardıma ulaşıp ulaşmama durumlarında ruh sağlığı verileri arasındaki farklara ilişkin bulgular sunulmuştur. Elde edilen tüm bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

PDR Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Sıkıntı Yaşama, Yardıma İhtiyaç Duyma, Yardım Arama, Yardım Almış Olma Durumlarına ve Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencilerinin yaşamlarının herhangi bir döneminde psikolojik bir sıkıntı deneyimleme, profesyonel psikolojik yardıma ihtiyaç duyma, yardım arama ve yardım almış olma durumlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5

Psikolojik Sıkıntı Yaşama, Psikolojik Yardıma İhtiyaç Duyma, Yardım Arama ve Yardım Alma Durumlarına İlişkin Betimsel İstatistikler

Değişkenler	Grup	n	%
Yaşamda önemli bir psikolojik sıkıntı yaşama durumu	Hayır	183	30,8
	Evet	411	69,2

Yaşamda profesyonel psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyma durumu	Hayır	230	38,7
	Evet	364	61,3
Psikolojik yardım ihtiyacını nedeniyle yaşamda profesyonel psikolojik yardım arama durumu	Hayır	353	59,4
	Evet	241	40,6
Aranılan profesyonel psikolojik yardıma ulaşabilme durumu*	Hayır	147	53,8
	Evet	126	46,2

Not. N = 594.

*Psikolojik yardım ihtiyacını nedeniyle yaşamda profesyonel psikolojik yardım arama durumu sorusuna evet yanıtı veren katılımcılara göre yüzde hesaplanmıştır (N = 241).

Katılımcıların %69,2'si yaşamlarında önemli bir psikolojik sıkıntı yaşadığını %30,8'i ise herhangi bir psikolojik sıkıntı yaşamadığını belirtmiştir. Katılımcıların %61,3'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde profesyonel psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyduklarını %38,7'si ise yardım almaya ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların %40,6'sı psikolojik destek ihtiyacını nedeniyle yaşamlarının bir noktasında profesyonel psikolojik yardım aradıklarını %59,4'ü ise aramadıklarını belirtmiştir. Profesyonel psikolojik yardım aradıklarını belirten katılımcıların %46,2'si ulaşanları; %53,8'si ise ulaşamayanları oluşturmaktadır.

Tablo 6'da Kısa Semptom Envanterinin alt boyutları olan depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostiliteye ilişkin tanımlayıcı istatistikler açıklanmıştır. Kısa semptom envanterinin alt ölçek genel puanları maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir. Depresyon alt ölçeği puanları 1-5 arasında ve ortalaması 2,78; anksiyete puanları 1-4,77 arasında ve ortalaması 2,29; olumsuz benlik puanları 1-4,92 arasında ve ortalaması 2,40; somatizasyon puanları 1-4,56 arasında ve ortalaması 2,08 ve hostilite puanları 1-4,71 arasında ve ortalaması 2,48 olarak elde edilmiştir. Kısa semptom envanterinin tüm ölçek puanlarının çarpıklık ile basıklık değerleri ± 2 arasında olarak elde edildiği için tüm puanlar normal dağılım özelliği göstermektedir.

Tablo 6*Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçeklerinin Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler*

Puan	<i>En küçük</i>	<i>En büyük</i>	<i>Ort</i>	<i>ss</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>
Depresyon	1	5	2,78	.89	.14	-.78
Anksiyete	1	4,77	2,29	.80	.55	-.36
Olumsuz benlik	1	4,92	2,40	.90	.46	-.67
Somatizasyon	1	4,56	2,08	.80	.78	-.18
Hostilite	1	4,71	2,48	.79	.37	-.37

Tablo 7'de Erken Travma Envanterinin genel travma, fiziksel travma, duygusal istismar ve cinsel istismar alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikleri bulunmaktadır. Kısa semptom envanterinin alt ölçek genel puanları maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir. Depresyon alt ölçeği puanları 1-5 arasında ve ortalaması 2,78; anksiyete puanları 1-4,77 arasında ve ortalaması 2,29; olumsuz benlik puanları 1-4,92 arasında ve ortalaması 2,40; somatizasyon puanları 1-4.56 arasında ve ortalaması 2,08 ve hostilite puanları 1-4,71 arasında ve ortalaması 2,48 olarak elde edilmiştir. Kısa semptom envanterinin tüm ölçek puanlarının çarpıklık ile basıklık değerleri ± 2 arasında olarak elde edildiği için tüm puanlar normal dağılım özelliği göstermektedir.

Tablo 7*Erken Travma Envanteri Alt Ölçeklerinin Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler*

Puan	<i>En küçük</i>	<i>En büyük</i>	<i>Ort</i>	<i>ss</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>
Genel travma	0	9	2,27	1,76	.85	.56
Fiziksel travma	0	5	1,90	1,51	.18	-1,23
Duygusal istismar	0	5	2,23	1,84	.17	-1,40
Cinsel istismar	0	3	0,38	.77	1,95	1,98

Erken travma envanterinin alt ölçek genel puanları maddelerin toplanmasıyla elde edilmiştir. Genel travma puanları 0-9 arasında ve ortalaması 2,27; fiziksel travma puanları 0-5 arasında ve ortalaması 1,90; duygusal istismar puanları 0-5 arasında ve ortalaması 2,23 ve cinsel istismar puanları 0-3 arasında ve ortalaması .38 olarak elde edilmiştir. Erken travma envanterinin tüm ölçek puanlarının çarpıklık ile basıklık değerleri ± 2 arasında olarak elde edildiği için tüm puanlar normal dağılım özelliği göstermektedir.

Ayrıca envanterindeki yoğun korku, dehşet veya çaresizlik duyguları yaşama durumu maddesine cevap veren katılımcıların %52,1'i bu duyguları yaşadıklarını %47,9'u ise yaşamadıklarını belirtmiştir. Kendinizi bedeninizden ayrılmış ya da sanki bir rüyadaymış gibi hissetme durumu maddesine katılımcıların %33,3'ü hissettiğini onaylamış %66,7'si ise hissetmediğini belirtmiştir.

PDR Lisans Öğrencilerinin Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntı Alanlarına İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Tablo 8'de Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencilerinin yaşamlarındaki psikolojik sıkıntı alanlarına ilişkin betimsel istatistikler sunulmuştur.

Tablo 8

Yaşanan Psikolojik Sıkıntı Alanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler

Değişkenler	<i>n</i>	%
Aile sorunları	250	56,1
Akademik hayat ve okul ile ilgili sorunlar	184	41,3
Ekonomik sıkıntılar	121	27,2
Kaygı bozuklukları	223	50,1
Tükenmişlik ve yorgunluk	212	47,6
Yalnızlık ve sosyal destek eksikliği	131	29,4

Depresyon	163	36,6
Fiziksel sağlık sorunları	74	16,6
Romantik ilişki sorunları	165	37,1
Arkadaşlık ilişkileri ile ilgili sorunlar	145	32,6
Diğer kişilerarası ilişkiler ile ilgili sorunlar	48	10,8
Ölüm, kayıp veya yas	119	26,7
Çocuklukta veya gençlikte yaşanmiş travmatik olay	128	28,8
Bağımlılık ile ilgili sorunlar (sigara, alkol, uyuşturucu madde, pornografi, kumar, oyun ve sosyal medya vb.)	33	7,4
İntihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi veya intihar amaçlı olmayacak şekilde kendine zarar vermiş olma	61	13,7
Diğer	18	3,7

Not. N = 594.

Öğrenciler sıklıkla aile sorunları (%56,1); takiben kaygı bozukları (%50,1) yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sıklıkla sorun yaşanan diğer alanı tükenmişlik ve yoğunluk (%47,6) oluşturmaktadır. Bu alanın akabinde akademik hayat ve okul ile ilgili sorunların (%41,3) sıklıkla deneyimlendiği görülmektedir. Öğrencilerin romantik ilişki sorunları (%37,1) ve depresyon (%36,6) maddelerini seçme oranı birbirine yakın bir yaygınlık göstermektedir. Arkadaşlık ilişkileri ile ilgili sorunlar, yalnızlık ve sosyal destek eksikliği ve ekonomik sıkıntılar sırasıyla öğrencilerin %32,6; %29,4, %27,2'sinde görülmektedir. Bu alanları çocuklukta veya gençlikte yaşanmiş travmatik olay (28,8) ve ölüm, kayıp veya yas (%26,7) problem alanları takip etmektedir. Fiziksel sağlık sorunları (%16,6), intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi veya intihar amaçlı olmayacak şekilde kendine zarar vermiş olma (%13,7), diğer kişilerarası ilişkiler ile ilgili sorunları (%10,8) ve bağımlılık ile ilgili sorunları (%7,4) alanlarının daha az yaygınlığa sahip olduğu görülmektedir.

Son olarak katılımcıların %3,7'sinin ankette açılan diğer seçeneğini işaretlediği görülmektedir. Bu öğrencilerin %0,2'si tanılanmamış beden dismorfik bozukluğu, %0,4'ü yeme bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca %1,2'si afet ve deprem sonrası sorunlar yaşadığını bildirmiştir. Son olarak, katılımcıların %0,2'si obsesif kompulsif bozukluk, %0,2'si istismar, %0,2'si kilo artışına bağlı mutsuzluk ve %0,2'si kronik hastalık yaşamaktadır.

PDR Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardıma Ulaşamama Nedenlerine İlişkin

Bulgular ve Yorumlar

PDR lisans öğrencilerinin profesyonel psikolojik yardıma ulaşma konusunda en önemli değerlendirilen engel ekonomik sınırlılıklar (%46,7) olarak saptanmıştır. Ardından sorunun yardım almaya geçecek büyük olmadığını düşünme (%27,8), mevcut profesyonel psikolojik yardım kaynaklarının eksikliği (%26,4), utanma veya çekinme (%26,9), gerekli zamanı ayıramama (%25,1) ve cesaretsizlik veya umutsuzluk (%23,8) izlemiştir. Uzmanın yardımcı olup olamayacağı konusunda endişelere sahip olmanın (%22,9) ve motivasyon, enerji veya ilgi eksikliğinin (%22,9) eşit yaygınlığa sahip olduğu bulunmuştur. Bu engelleri yetersiz sosyal destek (%17,2), ileriye yönelik mesleki statüyü kaybetme korkusu ve/veya damgalanma korkusu (%16,3) ve gizlilik ve/veya gizlilik endişeleri (%14,5) takip etmiştir. En az yaygın olan engeller profesyonel olmayan yardım kaynaklarını yeterli bulma (%11) ve mevcut profesyonel psikolojik yardım kaynakları hakkında bilgi sahibi olmama (%7,9) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların %5'inin diğer seçeneğini işaretlediği görülmektedir. Diğer seçeneklerini psikolojik danışma birimlerinde sıra bulamama (%0,8), ihtiyacı olduğunu düşünmeme (%0,8), psikolojik danışmanla uygun vakti ayarlayamama (%0,4), aile ve akrabaların yardım konusundaki bilinçsizliği ve/veya aile arasında deli damgası yeme korkusu (%0,8) ve üniversite sınavı sürecinde bulunma (%0,4) oluşturmaktadır.

Tablo 9'da Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencilerinin profesyonel psikolojik yardıma ulaşamama nedenlerine ilişkin betimsel istatistikler sunulmuştur.

Tablo 9*Yardıma Ulaşamama Nedenlerine İlişkin Betimsel İstatistikler*

Değişkenler	<i>n</i>	%
Mevcut profesyonel psikolojik yardım kaynaklarının eksikliği	60	26,4
Ekonomik sınırlılıklar	106	46,7
Gerekli zamanı ayıramama	57	25,1
İleriye yönelik mesleki statüyü kaybetme korkusu ve/veya damgalanma korkusu	37	16,3
Gizlilik ve/veya gizlilik endişeleri	33	14,5
Utanma veya çekinme	61	26,9
Motivasyon, enerji veya ilgi eksikliği	52	22,9
Yetersiz sosyal destek	39	17,2
Cesaretsizlik veya umutsuzluk	54	23,8
Profesyonel olmayan yardım kaynaklarını yeterli bulma (Örneğin arkadaşlar, aile üyeleri, romantik partner, öğretmen, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencisi vb.)	25	11
Mevcut profesyonel psikolojik yardım kaynakları hakkında bilgi sahibi olmama	18	7,9
Uzmanın yardımcı olup olamayacağı konusunda endişelere sahip olma	52	22,9
Sorunun yardım almaya değecek büyük olmadığını düşünme	63	27,8
Diğer	12	5

Not. *N* = 594.

PDR Lisans Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Verilerinin Cinsiyete Göre Farklılık Gösterme Durumuna İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Katılımcıların kısa semptom envanteri alt ölçekleri olan depresyon, anksiyete, olumsuz benlik somatizasyon ve hostilite puanları arasında cinsiyete göre fark olma durumunu ölçmek için bağımsız gruplar *t* Testi yöntemi kullanılmıştır. Bulgular Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10

Cinsiyete Göre Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi

Ölçek puanları	Cinsiyet	N	Ortalama	ss	$t_{(592)}$	p	η^2
Depresyon	Erkek	119	2,58	.88	-2,801	.005	.01
	Kadın	475	2,83	.89			
Anksiyete	Erkek	119	2,13	.75	-2,509	.012	.01
	Kadın	475	2,33	.81			
Olumsuz benlik	Erkek	119	2,29	.92	-1,506	.133	
	Kadın	475	2,43	.90			
Somatizasyon	Erkek	119	1,86	.70	-3,314	.001	.02
	Kadın	475	2,13	.82			
Hostilite	Erkek	119	2,48	.81	-.05	.96	
	Kadın	475	2,49	.79			

Not. η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

Cinsiyete göre katılımcıların depresyon ($t_{(592)}=-2.801$, $p<.05$), anksiyete ($t_{(592)}=-2.509$, $p<.05$) ve somatizasyon ($t_{(592)}=-3.314$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Kadınların depresyon, anksiyete ve somatizasyon puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir. Anksiyete için eta kare etki büyüklüğü .01 depresyon için eta kare etki büyüklüğü .01 ve somatizasyon için eta kare etki büyüklüğü .02 olup küçük düzeyde etki

söz konusudur. Ancak cinsiyete göre katılımcıların olumsuz benlik ($t_{(592)}=-1.506$, $p>.05$) ve hostilite ($t_{(592)}=.05$, $p>.05$) puanları arasında anlamlı farklılık yoktur.

Katılımcıların erken travma envanteri alt ölçekleri olan genel ve fiziksel travma, duygusal ve cinsel istismar puanları arasında cinsiyete göre fark olma durumunu ölçmek için bağımsız gruplar t-testi yöntemi kullanılmıştır. Bulgular, Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11

Cinsiyete Göre Erken Travma Envanteri Alt Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi

Ölçek puanları	Cinsiyet	N	Ortalama	ss	$t_{(592)}$	p	η^2
Genel travma	Erkek	119	2,25	1,84	-.131	.896	
	Kadın	475	2,28	1,74			
Fiziksel travma	Erkek	119	2,71	1,47	6,729	.000	.07
	Kadın	475	1,70	1,45			
Duygusal istismar	Erkek	119	2,16	1,81	-.491	.623	
	Kadın	475	2,25	1,85			
Cinsel istismar	Erkek	119	0,22	.61	-2,543	.011	.01
	Kadın	475	0,42	.80			

Not. η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

Cinsiyete göre katılımcıların fiziksel travma ($t_{(592)}=6.729$, $p<.05$) ve cinsel istismar ($t_{(592)}=-2.543$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Erkeklerin fiziksel travma puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek iken kadınların cinsel istismar puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir. Fiziksel travma eta kare etki büyüklüğü .07 olup orta düzeyde etkiyi, cinsel istismar için eta kare etki büyüklüğü .01 olup küçük düzeyde etki söz konusudur. Ancak cinsiyete göre katılımcıların genel travma ($t_{(592)}=-.131$, $p>.05$) ve duygusal istismar ($t_{(592)}=-.491$, $p>.05$) puanları arasında anlamlı farklılık yoktur.

PDR Lisans Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Verilerinin Sınıf Düzeyine Göre Anlamlı Farklılık Gösterme Durumuna İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Katılımcıların kısa semptom envanteri alt ölçekleri olan depresyon, anksiyete, olumsuz benlik somatizasyon ve hostilite puanları arasında sınıf düzeyine göre fark olma durumunu ölçmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi kullanılmıştır. Bulgular Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12

Sınıf Düzeyine Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri

Ölçek puanları	Grup	n	Ortalama	ss	$F_{(3,590)}$	p
Anksiyete	1	57	2,20	.85	.625	.599
	2	121	2,35	.84		
	3	258	2,31	.79		
	4	158	2,25	.76		
Depresyon	1	57	2,63	.97	.595	.619
	2	121	2,80	.91		
	3	258	2,79	.86		
	4	158	2,80	.90		
Olumsuz benlik	1	57	2,35	1,05	.296	.828
	2	121	2,47	.94		
	3	258	2,39	.88		
	4	158	2,40	.86		
Somatizasyon	1	57	1,95	.78	.634	.593
	2	121	2,07	.80		
	3	258	2,11	.82		
	4	158	2,08	.79		
Hostilite	1	57	2,45	.86	.352	.788
	2	121	2,50	.73		

3	258	2,51	.79
4	158	2,44	.81

Not: N = 594.

Sınıf düzeyine göre katılımcıların anksiyete ($F_{(3,590)}=.625$, $p>.05$), depresyon ($F_{(3,590)}=.595$, $p>.05$), olumsuz benlik ($F_{(3,590)}=.296$, $p>.05$), somatizasyon ($F_{(3,590)}=.634$, $p>.05$) ve hostilite ($F_{(3,590)}=.352$, $p>.05$) puanları arasında anlamlı fark yoktur. Program yılına göre katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik somatizasyon ve hostilite puan ortalamaları benzerdir.

Katılımcıların erken travma envanteri alt ölçekleri olan genel ve fiziksel travma, duygusal ve cinsel istismar puanları arasında sınıf düzeyine göre fark olma durumunu ölçmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bulgular, Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13

Sınıf Düzeyine Göre Erken Travma Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri

Ölçek puanları	Grup	n	Ortalama	ss	$F_{(3,590)}$	p
Genel travma	1	57	1,89	1,41	1,927	.124
	2	121	2,08	1,63		
	3	258	2,35	1,87		
	4	158	2,43	1,76		
Fiziksel travma	1	57	1,82	1,57	.915	.433
	2	121	1,75	1,53		
	3	258	1,90	1,49		
	4	158	2,04	1,50		
Duygusal istismar	1	57	2,11	1,89	.677	.567
	2	121	2,33	1,78		
	3	258	2,14	1,89		

	4	158	2,36	1,81		
	1	57	.32	.81	.314	.815
	2	121	.43	.81		
Cinsel istismar	3	258	.38	.76		
	4	158	.37	.76		

Not. N = 594.

Sınıf düzeyine göre katılımcıların genel travma ($F_{(3,590)}=1,927, p>.05$), fiziksel travma ($F_{(3,590)}=.915, p>.05$), duygusal istismar ($F_{(3,590)}=.677, p>.05$) ve cinsel istismar ($F_{(3,590)}=.314, p>.05$) puanları arasında anlamlı fark yoktur. Program yılına göre genel travma, fiziksel travma, duygusal istismar ve cinsel istismar puan ortalamaları benzerdir.

PDR Lisans Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon, Olumsuz Benlik ve Hostilite Düzeylerini Yordamasına İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Erken travma alt boyutlarının katılımcıların depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite durumlarının her birine olan etkisinde çoklu doğrusal regresyon analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemdeki gerekli varsayımlar bağımlı değişken sürekli ve normal dağılmalı, sürekli olan bağımsız değişkenler de normal dağılması gerekir. Ayrıca bağımsız değişkenler arasındaki çoklu bağlantı probleminin olmaması gerekir (Pallant, 2011). Bu durum bağımsız değişkenler arasında olan çok yüksek düzeydeki ($r>.90$) ilişkiyi gösterir. Böyle bir problem saptanırsa bağımsız değişkenlerden biri regresyon modelinden çıkarılması gerekir. VIF değeri 10'dan küçük ve tolerans değeri .10'dan büyük ise çoklu bağlantı yoktur (Tabachnick ve Fidell, 2013). Tüm regresyon modellerinde erken travma alt faktörleri yer aldığı için her bir regresyon modeli için bu varsayım incelenmemiş olup regresyon modelinden önce Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14

Çoklu Bağlantı Problemi

	<i>Tolerans</i>	<i>VIF</i>
Genel travma	.875	1,143
Fiziksel travma	.737	1,358
Duygusal istismar	.758	1,32
Cinsel istismar	.928	1,077

Kısa semptom envanteri alt faktörleri için VIF değerleri 1.077-1.358 arasında olup 10'dan küçük ve tolerans değerleri ise .737-.928 arasında olup .10'dan büyüktür. Dolayısıyla çoklu bağlantı yoktur.

Tablo 15

Depresyon Düzeyi İçin Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenler	<i>B</i>	<i>S.H.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	2,131	.062		34,409	.000
Genel travma	.054	.019	.105	2,782	.006
Fiziksel travma	.008	.024	.013	.316	.752
Duygusal istismar	.213	.02	.44	10,823	.000
Cinsel istismar	.095	.043	.083	2,246	.025
Model istatistikleri	F _(4,589) =52.013; p<.001				
	R=.511; R ² =.261				

Not. S.H = Standart Hata.

Erken travma envanteri alt faktörlerinin katılımcıların depresyon düzeylerine olan etkisine göre kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli anlamlıdır (F_(4,489)=52.013, p<.01). Depresyon puanlarında olan değişkenliğin %26,1'i erken travma envanteri alt faktörleriyle açıklanır. Genel travma (B=.054, t=2.782, p<.05), duygusal istismar (B=.213, t=10.823, p<.05) ve cinsel istismar (B=.095, t=2.246, p<.05) katılımcıların depresyon düzeyleri için pozitif yönde ve anlamlı yordayıcılar olarak saptanmıştır. Genel travma puanında 1 birimlik artış olduğunda katılımcıların depresyon puanında .054 birimlik artış olmaktadır. Duygusal istismar puanında 1 birimlik artış olduğunda katılımcıların depresyon puanında .213 birimlik

artış olduğu görülmektedir. Son olarak, katılımcıların cinsel istismar puanında 1 birimlik artış olduğunda ise katılımcıların depresyon puanında .095 birimlik artış olduğu saptanmıştır. Katılımcıların depresyon düzeylerini en çok etkileyen bağımsız değişken duygusal istismar iken en az etkileyen ise cinsel istismar olarak saptanmıştır. Fiziksel travma katılımcıların depresyon düzeyleri için anlamlı yordayıcı değildir ($p > .05$). Depresyon düzeyleri için kurulan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\text{Depresyon} = 2.131 + .054 * \text{Genel Travma} + .213 * \text{Duygusal İstismar} + .095 * \text{Cinsel İstismar}$$

Tablo 16

Anksiyete Düzeyi İçin Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenler	<i>B</i>	<i>S.H.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	1,707	.055		30,899	.000
Genel travma	.047	.017	.104	2,765	.006
Fiziksel travma	.003	.022	.005	.132	.895
Duygusal istismar	.196	.018	.452	11,155	.000
Cinsel istismar	.083	.038	.08	2,187	.029
Model istatistikleri	F _(4,589) =53.647; p<.001				
	R=.517; R ² =.267				

Not. *S.H* = Standart Hata.

Erken travma envanteri alt boyutlarının katılımcıların anksiyete düzeylerine olan etkisine göre kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli anlamlıdır (F_(4,489)=53.647, p<.01). R kare değeri bağımlı değişkendeki olan değişkenliğin bağımsız değişkenler tarafından açıklanma oranını gösterir (Pallant, 2011). Anksiyete puanlarında olan değişkenliğin %26,7'si erken travma envanteri alt faktörleriyle açıklanır. Genel travma (B=.047, t=2.765, p<.05), duygusal istismar (B=.196, t=11.155, p<.05) ve cinsel istismar (B=.083, t=2.187, p<.05) katılımcıların anksiyete düzeyleri için pozitif yönde ve anlamlı yordayıcılar olarak saptanmıştır. Genel travma, duygusal istismar ve cinsel istismar puanlarının her birinde ayrı ayrı 1 birimlik artış olduğunda katılımcıların anksiyete puanlarında sırasıyla .047, .196 ve

.083 birimlik artış olmaktadır. Standart regresyon katsayısı olan β değeri ise anlamlı olan yordayıcıların önem düzeyini gösterir. Bu bağlamda katılımcıların anksiyete düzeylerini en çok etkileyen bağımsız değişken duygusal istismar iken en az etkileyen ise cinsel istismar olarak saptanmıştır. Fiziksel travma katılımcıların anksiyete düzeyleri için anlamlı yordayıcı değildir ($p > .05$). Anksiyete düzeyleri için kurulan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\text{Anksiyete} = 1.707 + .047 * \text{Genel Travma} + .196 * \text{Duygusal İstismar} + .083 * \text{Cinsel İstismar}$$

Tablo 17

Olumsuz Benlik Düzeyi İçin Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenler	B	S.H.	β	t	p
Sabit	1,751	.061		28,758	.000
Genel travma	.032	.019	.063	1,702	.089
Fiziksel travma	-.007	.024	-.011	-.276	.783
Duygusal istismar	.251	.019	.514	12,958	.000
Cinsel istismar	.077	.042	.066	1,832	.067
Model istatistikleri	F _(4,589) =62.755; p<.001				
	R=.547; R ² =.299				

Not. S.H = Standart Hata.

Erken travma envanteri alt faktörlerinin katılımcıların olumsuz benlik düzeylerine olan etkisine göre kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli anlamlıdır (F_(4,489)=62.755, p<.01). Olumsuz benlik puanlarında olan değişkenliğin %29,9'u erken travma envanteri alt faktörleriyle açıklanır. Sadece duygusal istismar katılımcıların olumsuz benlik düzeyleri için pozitif yönde ve anlamlı yordayıcı olarak saptanmıştır (B=.251, t=12.958, p<.05). Duygusal istismar puanlarında 1 birimlik artış olduğunda katılımcıların olumsuz benlik puanlarında .251 birimlik artış olmaktadır. Genel travma, fiziksel travma ve cinsel istismar katılımcıların olumsuz benlik düzeyleri için anlamlı yordayıcılar değildir ($p > .05$). Olumsuz benlik düzeyleri için kurulan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\text{Olumsuz benlik} = 1.751 + .251 * \text{Duygusal İstismar}$$

Tablo 18*Somatizasyon Düzeyi İçin Regresyon Analizi*

Bağımsız değişkenler	<i>B</i>	<i>S.H.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	1,521	.058		26,243	.000
Genel travma	.081	.018	.177	4,487	.000
Fiziksel travma	.02	.023	.037	.86	.39
Duygusal istismar	.137	.018	.314	7,411	.000
Cinsel istismar	.082	.04	.079	2,073	.039
Model istatistikleri	F _(4,589) =36.212; p<.001				
	R=.444; R ² =.197				

Not. *S.H* = Standart Hata.

Erken travma envanteri alt faktörlerinin katılımcıların somatizasyon düzeylerine olan etkisine göre kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli anlamlıdır (F_(4,489)=36.212, p<.01). Somatizasyon puanlarında olan değişkenliğin %19,7'si erken travma envanteri alt faktörleriyle açıklanır. Genel travma (B=.081, t=4.487, p<.05), duygusal istismar (B=.137, t=7.411, p<.05) ve cinsel istismar (B=.082, t=2.073, p<.05) katılımcıların somatizasyon düzeyleri için pozitif yönde ve anlamlı yordayıcılar olarak saptanmıştır. Genel travma, duygusal istismar ve cinsel istismar puanlarının her birinde ayrı ayrı 1 birimlik artış olduğunda katılımcıların somatizasyon puanlarında sırasıyla .081, .137 ve .082 birimlik artış olmaktadır. Katılımcıların somatizasyon düzeylerini en çok etkileyen bağımsız değişken duygusal istismar iken en az etkileyen ise cinsel istismar olarak saptanmıştır. Fiziksel travma katılımcıların somatizasyon düzeyleri için anlamlı yordayıcı değildir (p>.05). Somatizasyon düzeyleri için kurulan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\text{Somatizasyon} = 1.521 + .081 * \text{Genel Travma} + .137 * \text{Duygusal İstismar} + .082 * \text{Cinsel İstismar}$$

Tablo 19*Hostilite Düzeyi İçin Regresyon Analizi*

Bağımsız değişkenler	<i>B</i>	<i>S.H.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	1,934	.057		34,186	.000
Genel travma	.058	.018	.128	3,279	.001
Fiziksel travma	.025	.022	.049	1,14	.255
Duygusal istismar	.156	.018	.365	8,688	.000
Cinsel istismar	.059	.039	.058	1,527	.127
F _(4,589) =39.632; p<.001					
Model istatistikleri	R=.461; R ² =.212				

Not. *S.H* = Standart Hata.

Erken travma envanteri alt faktörlerinin katılımcıların hostilite düzeylerine olan etkisine göre kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli anlamlıdır (F_(4,489)=39.632, p<.01). Hostilite puanlarında olan değişkenliğin %21,2'si erken travma envanteri alt faktörleriyle açıklanır. Genel travma (B=.058, t=3.279, p<.05) ve duygusal istismar (B=.156, t=8.688, p<.05) katılımcıların hostilite düzeyleri için pozitif yönde ve anlamlı yordayıcılar olarak saptanmıştır. Genel travma ve duygusal istismar puanlarının her birinde ayrı ayrı 1 birimlik artış olduğunda katılımcıların hostilite puanlarında sırasıyla .058 ve .156 birimlik artış olmaktadır. Katılımcıların hostilite düzeylerini duygusal istismar genel travmaya göre daha fazla etkilemiştir. Fiziksel travma ve cinsel istismar katılımcıların hostilite düzeyleri için anlamlı yordayıcı değildir (p>.05). Hostilite düzeyleri için kurulan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$\text{Hostilite} = 1.934 + .058 * \text{Genel Travma} + .156 * \text{Duygusal İstismar}$$

PDR Lisans Öğrencilerinin Yardıma İhtiyaç Duyma ve Yardım Arama Durumlarına Göre Katılımcıların Ruh Sağlığı Verileri Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Yardıma ihtiyaç duyma ve yardım arama durumlarına göre katılımcıların kısa semptom envanteri alt ölçek puanları arasında fark olma durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemi kullanılmıştır. Yardıma ihtiyaç duyma ve yardım arama

durumlarına göre katılımcıların anksiyete ($F_{(2,422)}=40.808$, $p<.05$), depresyon ($F_{(2,422)}=40.368$, $p<.05$), olumsuz benlik ($F_{(2,422)}=33.641$, $p<.05$), somatizasyon ($F_{(2,422)}=28.808$, $p<.05$) ve hostilite ($F_{(2,422)}=18.614$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Anksiyete için eta kare etki büyüklüğü .16, depresyon için .16, olumsuz benlik için .14 ve somatizasyon için .12 olup büyük düzeyde etkiyi gösterirken hostilite için .08 olup orta düzeyde etkiyi göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğu ise çoklu karşılaştırma yöntemlerinden LSD ile karşılaştırılmış ve anlamlı çıkan gruplar Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20

Yardıma İhtiyaç Duyma ve Yardım Arama Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri

Ölçek puanları	Grup	N	Ort	ss	$F_{(2,422)}$	p	Fark	η^2
Anksiyete	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	1,94	.70	40,80	0	C>B>A	.16
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	2,32	.67				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	2,76	.79				
Depresyon	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	2,39	.82	40,36	0	C>B>A	.16
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	2,86	.78				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	3,31	.81				
Olumsuz benlik	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	2,04	.78	33,64	0	C>B>A	.14
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	2,48	.83				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	2,89	.84				
Somatizasyon	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	1,79	.68	28,80	0	C>B>A	.12
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	2,09	.77				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	2,53	.83				
Hostilite	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	2,23	.73	18,61	0	C,B>A	.08
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	2,58	.70				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	2,78	.83				

Not. η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri; Fark: LSD post –hoc karşılaştırması sonucu.

A: İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış, B: İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış, C: İhtiyaç duymuş ve yardım aramış.

Buna göre psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyan ve psikolojik yardım arayan katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon puan ortalamaları diğer gruptaki katılımcılardan daha yüksektir. Ayrıca psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyan ve psikolojik yardım aramayan katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon puan ortalamaları psikolojik yardım almaya ihtiyaç duymayan ve psikolojik yardım aramamış katılımcılardan daha yüksektir. Son olarak psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyup psikolojik yardım arayan ve aramayan katılımcıların hostilite puan ortalaması psikolojik yardım almaya ihtiyaç duymayan ve psikolojik yardım aramamış katılımcılardan daha yüksektir.

Yardıma ihtiyaç duyma ve yardım arama durumlarına göre katılımcıların erken travma envanteri alt ölçek puanları arasında fark olma durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Yardıma ihtiyaç duyma ve yardım arama durumlarına göre katılımcıların genel travma ($F_{(2,422)}=8.64$, $p<.05$), fiziksel travma ($F_{(2,422)}=5.842$, $p<.05$), duygusal istismar ($F_{(2,422)}=38.923$, $p<.05$) ve cinsel istismar ($F_{(3,590)}=14.692$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Duygusal istismar için .16 olarak elde edilmiş olup yüksek düzeyde etkiyi; genel travma için .04 ve cinsel istismar için .07 olup orta düzeyde etkiyi gösterirken fiziksel travma için .03 olup küçük düzeyde etkiyi göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğu ise çoklu karşılaştırma yöntemlerinden LSD ile karşılaştırılmış ve anlamlı çıkan gruplar Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21

Yardıma İhtiyaç Duyma ve Yardım Arama Durumlarına Göre Erken Travma Envanteri Ölçek Puanlarında Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizleri

Ölçek puanları	Grup	N	Ort	ss	$F_{(2,422)}$	p	Fark*	η^2
	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	1,90	1,68	8,64	0	C,B>A	.04

Genel	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	2,43	1,81				
travma	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	2,80	1,86				
Fiziksel travma	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	1,72	1,60	5,84	.003	C>B,A	.03
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	1,94	1,42				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	2,41	1,45				
Duygusal istismar	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	1,41	1,66	38,92	0	C>B>A	.16
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	2,58	1,74				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	3,20	1,72				
Cinsel istismar	İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış	216	.22	.61	14,69	0	C>B>A	.07
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış	134	.45	.80				
	İhtiyaç duymuş ve yardım aramış	75	.75	.95				

Not. η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

*Fark: LSD post-hoc karşılaştırması sonucu.

A: İhtiyaç duymamış ve yardım aramamış, B: İhtiyaç duymuş ve yardım aramamış, C: İhtiyaç duymuş ve yardım aramış.

Buna göre psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyan ve psikolojik yardım arayan katılımcıların duygusal ve cinsel istismar puan ortalamaları diğer gruptaki katılımcılardan daha yüksektir. Ayrıca psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyan ve psikolojik yardım aramayan katılımcıların duygusal ve cinsel istismar puan ortalamaları psikolojik yardım almaya ihtiyaç duymayan ve psikolojik yardım aramamış katılımcılardan daha yüksektir. Psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyup psikolojik yardım arayan ve aramayan katılımcıların genel travma puan ortalaması psikolojik yardım almaya ihtiyaç duymayan ve psikolojik yardım aramamış katılımcılardan daha yüksektir. Son olarak psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyan ve psikolojik yardım arayan katılımcıların fiziksel travma puan ortalamaları diğer gruptaki katılımcılardan daha yüksektir.

PDR Lisans Öğrencilerinin Yardıma Ulaşabilme Durumuna Göre Ruh Sağlığı Verileri Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Aranılan profesyonel psikolojik yardıma ulaşabilme durumuna göre katılımcıların Kısa Semptom Envanteri alt ölçek puanları arasında fark olma durumunda bağımsız gruplar *t* testi yöntemi kullanılmıştır. Bulgular Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22

Aranılan Profesyonel Psikolojik Yardıma Ulaşabilme Durumuna Göre Kısa Semptom Envanteri Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi

Ölçek puanları	Grup	N	Ortalama	ss	$t_{(271)}$	p	η^2
Anksiyete	Hayır	147	2,66	.77	2,145	.033	.02
	Evet	126	2,45	.86			
Depresyon	Hayır	147	3,22	.84	3,2	.002	.04
	Evet	126	2,89	.89			
Olumsuz benlik	Hayır	147	2,77	.86	2,173	.031	.02
	Evet	126	2,53	.98			
Somatizasyon	Hayır	147	2,45	.86	2,577	.011	.02
	Evet	126	2,19	.80			
Hostilite	Hayır	147	2,73	.77	1,838	.067	
	Evet	126	2,55	.85			

Not. η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

Aranılan profesyonel psikolojik yardıma ulaşabilme durumuna göre katılımcıların anksiyete ($t_{(271)}=2.145$, $p<.05$), depresyon ($t_{(271)}=3.200$, $p<.05$), olumsuz benlik ($t_{(271)}=2.173$, $p<.05$) ve somatizasyon ($t_{(271)}=2.577$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Aranılan profesyonel psikolojik yardıma ulaşmadığını belirten katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon puan ortalamaları profesyonel psikolojik yardıma ulaştığını belirten katılımcılara göre daha yüksektir. Anksiyete için eta kare etki büyüklüğü .02, olumsuz benlik için .02 ve somatizasyon için .02 olup küçük düzeyde etkiyi gösterirken

depresyon için .04 olup orta düzeyde etkiyi göstermektedir. Ancak aranan profesyonel psikolojik yardıma ulaşabilme durumuna göre katılımcıların hostilite puanları arasında anlamlı fark yoktur ($t_{(271)}=1.838$, $p>.05$).

Aranılan profesyonel psikolojik yardıma ulaşabilme durumuna göre katılımcıların erken travma envanteri alt ölçek puanları arasında fark olma durumunda bağımsız gruplar t testi yöntemi kullanılmıştır. Bulgular Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23

Yardıma Ulaşabilme Durumuna Göre Erken Travma Envanteri Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar t Testi

Ölçek puanları	Grup	N	Ortalama	ss	$t_{(271)}$	p	η^2
Genel travma	Hayır	147	2,80	1,91	2,443	.015	.02
	Evet	126	2,27	1,60			
Fiziksel travma	Hayır	147	2,21	1,49	1,902	.058	
	Evet	126	1,87	1,44			
Duygusal istismar	Hayır	147	2,88	1,81	1,319	.188	
	Evet	126	2,59	1,82			
Cinsel istismar	Hayır	147	.48	.82	-.011	.991	
	Evet	126	.48	.89			

Not. η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

Aranan profesyonel psikolojik yardıma ulaşabilme durumuna göre katılımcıların genel travma puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($t_{(271)}=2.443$, $p<.05$). Aranan profesyonel psikolojik yardıma ulaşmadığını belirten katılımcıların genel travma puan ortalamaları aranan profesyonel psikolojik yardıma ulaştığını belirten katılımcılara göre daha yüksektir. Genel travma için etki büyüklüğü .02 olup küçük düzeyde etkiyi göstermektedir. Diğer yandan aranan profesyonel psikolojik yardıma ulaşabilme durumuna göre katılımcıların fiziksel travma ($t_{(271)}=1.902$, $p>.05$), duygusal istismar ($t_{(271)}=1.319$, $p>.05$) ve cinsel istismar ($t_{(271)}=-0.011$, $p>.05$) puanları arasında anlamlı fark yoktur.

Tartışma

Çalışmanın bu bölümünde, depresyon ve anksiyete başta olmak üzere çeşitli ruh sağlığı sıkıntılarının PDR lisans öğrencileri arasındaki yaygınlığı, korelasyonları ve profesyonel ruh sağlığı yardımı almalarının önündeki engeller hakkında edinilen bulgular ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

PDR Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Sıkıntı Yaşama, Yardıma İhtiyaç Duyma, Yardım Arama, Yardım Almış Olma Durumlarına İlişkin Tartışma

Bu çalışmada odak noktası, PDR lisans öğrencilerinin psikolojik sıkıntı yaşama, yardıma ihtiyaç duyma, yardım arama ve yardım almış olma durumlarıdır. Öğrencilerin %69,2'si yaşamlarında önemli bir psikolojik sıkıntı yaşadığını; %61,3'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde profesyonel psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyduklarını ve %38,7'si ise yardım almaya ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların %40,6'sı ise psikolojik destek ihtiyacı nedeniyle yaşamlarının bir noktasında profesyonel psikolojik yardım aradıklarını belirtmiştir. Profesyonel psikolojik yardım aradıklarını belirten katılımcıların yalnızca %46,2'si aradığı yardıma ulaşabilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları, PDR lisans öğrencilerinin psikolojik sıkıntı yaşama oranının ruh sağlığı profesyonellerine (Edwards ve Crips, 2017), genel popülasyona (Rickwood vd., 2012) ve üniversite öğrencilerine (Auerbach vd., 2018) oranla fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Auerbach vd., (2018) sekiz ülkedeki birinci sınıf öğrencileri arasında yürüttükleri çalışmada, ruh sağlığı sıkıntılarının yaşam boyu yaygınlığının %35,3 ve 12 aylık yaygınlığının %31,4 olduğunu bildirmiştir. Avustralya'da ruh sağlığı çalışanlarıyla yürütülen bir başka çalışmada, örneklemin yaklaşık %40'ının hayatının bir noktasında akıl hastalığı yaşadığını ortaya çıkarmıştır (Edwards ve Crips, 2017).

Araştırmacılar, klinisyenler ve politika yapıcılar, öğrenciler arasında ruh sağlığı sıkıntılarının yaygınlığının arttığını öne sürerken, iki ulusal araştırmadan sıklıkla alıntı yaptığı bilinmektedir. İlk olarak, kampüs psikolojik danışma merkezleri yöneticileri arasında 2008 yılında yapılan bir ankette, yöneticilerin %95'i, öğrencileri arasında ciddi psikolojik

sorunlarda önemli bir artış olduğunu bildirmiştir (Gallagher, 2008). Bu araştırma sonuçları çeşitli veri kaynaklarına göre, üniversite öğrencileri arasında ruh sağlığı sıkıntılarının oldukça yaygın olduğu kanısına destek niteliği sunmaktadır. İkincisi, Amerikan Kolej Sağlığı Derneği'nin (2009) öğrencilerle yaptığı ulusal anketlerde, depresyon tanısı konulduğunu bildiren oran 2000'den bu yana %10'dan %15'e arttığını bulmuştur. Bu bulgu da öğrencilerin önceki araştırmalara oranla ruh sağlığı sıkıntısı yaşama oranının artışı bulgusunu açıklamaktadır. Ayrıca yaşanan Covid-19 Pandemisi ve 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremlerin de artışa sebep olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar her ne kadar endişe verici olsa da yardım arama davranışındaki artışı da yansıtıyor olabilir.

Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrencilerin yalnızca üçte biri ruh sağlığı tedavisine katılmıştır (Eisenberg vd., 2011). Kızıldağ vd. (2012), öğrencilerin %52'sinin psikolojik danışma yardımı almaya engelleri olmadığını belirtmelerine rağmen, bu hizmetten yararlanma oranının %14 olduğunu bulmuştur. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen bulgular alanyazındaki çalışmaları destekler niteliktedir. Ruh sağlığı profesyonelleriyle yapılan bir çalışmada ise profesyonellerin çoğunluğunun (%59,4) bir noktada ruh sağlığı sorunları nedeniyle tedavi görmüş olsa da yaklaşık %89'unun sıkıntılı olduklarında veya ruh sağlığı sorunu yaşadıklarında yardım arayacakları vurgulanmıştır. Endişe verici olan bulgu ise, katılımcıların hemen hemen aynı oranının (%58,2) yardım aramanın fayda sağlayacağı ancak aramamaya karar verdikleri bir zaman olduğunu belirtmeleridir. Ayrıca yaklaşık %11'inin sıkıntı yaşadıklarında hiç yardım istemeyecekleri ortaya konmuştur. Benzer şekilde başka bir çalışmada ise ruh sağlığı profesyonellerinin kendi içlerinde akıl hastalığını kabul etme olasılıklarının daha düşük olduğunu ve akıl hastalığını akranlarına açıklamaktan rahatsızlık duyduklarını bulmuştur (Gras vd., 2015; Reavley vd., 2014). Profesyonellerin yardım alma engellerinin üniversite öğrencilerinden fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda, PDR öğrencilerinin henüz lisans düzeyindeyken yardım alma engellerinin anlaşılması önemli görülmektedir.

PDR Lisans Öğrencilerinin Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntı Alanlarına İlişkin Tartışma

Bu araştırmada PDR lisans öğrencilerinin depresyon ve anksiyete başta olmak üzere yaşadıkları çeşitli ruh sağlığı sıkıntılarına odaklanılmıştır. Çalışma sonuçları genel olarak lisans öğrencileri (örneğin, Bayram ve Bilgel, 2008; Blanco vd., 2008; Eisenberg vd., 2013) için giderek artan bir literatüre katkı sağlarken bir yandan geleceğin ruh sağlığı çalışanları olacak Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık öğrencilerinin ruh sağlığı sorunlarının oranlarını göstererek literatüre yenilik getirdiği düşünülmektedir. Bulgular, PDR öğrencileri arasındaki ruh sağlığı sorunlarının ele alınması gerektiğinin altını çizmektedir. Çalışmada öğrencilerin %69,2'sinin önemli bir ruh sağlığı sıkıntısı yaşadığını bildirdiğini göstermektedir. Bu sonucun, üniversite öğrencileriyle yapılan çalışma sonuçlarını aştığı görülmektedir (Eisenberg vd., 2011).

Örneklemin %36,6'sı depresyon yaşadığını belirtmiştir. Depresyonun görülme sıklığı her ne kadar bazı lisansüstü öğrenci (Evans vd., 2018; Garcia-Williams vd., 2014; Rummell, 2015) ve klinik psikolog (Tay vd., 2018) örneklemelerinde yapılan önceki çalışmalarda bildirilenlerden daha düşük olsa da ruh sağlığı alanında doktora öğrenci olan örnekleme yapılan bir çalışmadan (Hobaica vd., 2021) yüksek bulunmuştur. Sonuçların, genel popülasyonda görülen bir aylık (Bourdon vd., 1992), 12 aylık ve yaşam boyu depresyon düzeyleri (Bourdon vd., 1992; Kessler vd., 1994; 2003) ile karşılaştırıldığında mevcut sonuçları aştığı görülmektedir. Benzer şekilde, üniversite öğrencileri arasında yüksek düzeyde zihinsel sağlık sorunları olduğunu göstermektedir. Bulgular, depresyon görülme sıklığının birçok açıdan bu popülasyonla ilgili daha önce yapılan çalışmalardan daha yüksek olduğunu göstermektedir (Bayram ve Bilgel, 2008; Blanco vd., 2008; Eisenberg vd., 2013; Hunt ve Eisenberg, 2010).

Öte yandan örneklemin yarısı (%50,1) kaygı bozuklukları yaşadığını belirtmiştir. Sonuçların, daha önce yapılan çalışmaları aştığı görülmektedir. Örneğin, genel popülasyonda anksiyete bozukluğunun görülme oranı %29 olarak saptanmıştır (Keskin vd., 2013). Lisans düzeyinde anksiyete yaşama sıklığı her ne kadar çalışmaların bir kısmında daha önce bildirdiği sonuçlardan daha yüksek olduğu (Auerbach vd., 2018; Blanco vd., 2008; Hunt ve Eisenberg, 2010) bulunmuş olsa da çalışmaların bazılarıyla benzer (Bayram

ve Bilgel, 2008; Eisenberg, 2013) sonuçlar bulunmuştur. Buna rağmen popülasyonda görülen anksiyete düzeyi lisansüstü öğrencilerle yapılan çalışmalarda bulunan sonuçlara yakın bulunmuştur. Örneğin Evans vd. (2018) katılımcılarının %41'inin orta ila şiddetli anksiyete belirtileri yaşadığını bildirerek bu araştırmadaki sonuca yakın bir sonuç bulmuştur. Buna rağmen klinik psikoloji doktora öğrencilerinin yaklaşık %25'inin orta ila şiddetli anksiyete belirtileri bildirdiği bir çalışmayla karşılaştırıldığında bu çalışmadan elde edilen sonuçlar oldukça yüksektir (Hobaica vd., 2021).

İntihar amaçlı olmayacak şekilde kendine zarar vermiş olma ile ilgili olarak Whitlock vd. (2006), çoklu kampus örneklerinde 12 aylık yaygınlık oranını %7 bulmuşlardır. Bu araştırmadaki sonuç bu oranın neredeyse iki katıdır. Bunun sebebi, anket maddelerinin ifade şekliyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Whitlock vd. (2006) yalnızca kendine zarar vermeye ilgili daha genel bir soruyla başlayarak sonraki sorularda intihar niyetini belirlemiştir. Bu araştırmadaki soru intihar düşüncesi, planları, girişimleri ile kendine zarar vermeyi kapsayarak daha geniş kapsamda sorulmuştur. Benzer şekilde Eisenberg vd. (2013) öğrencilerin %6,3'ünün intihar düşüncesi ve %15,3'ünün intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme düşüncesine sahip olduğu bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme düşüncesine sahip olma oranıyla paralel görünmektedir. Buna rağmen düşünce, plan, girişim ve kendine zarar verme oranları arasındaki farkı anlamaya yönelik ek araştırmalar hem metodoloji hem de uygulama açısından faydalı olacaktır.

Üniversite hayatı, çeşitli sosyal, kişisel ve akademik taleplerle karşı karşıya kalan öğrenciler için stresli bir deneyim olabilir (Arthur ve Hiebert, 1996). Dolayısıyla depresyon ve kaygı bozukluklarının yanı sıra, gençlerin üniversiteye girdikten sonra arkadaşlarıyla ve üniversite personeliyle yeni sosyal ilişkiler geliştirmenin yanı sıra akademik baskılar, tükenmişlik ve yorgunluk, gelecek kaygıları, yalnızlık ve sosyal destek eksikliği, kişilerarası ilişki problemleri gibi zorluklarla karşı karşıya kaldıklarını göstermiştir (Arthur ve Hiebert 1996; Lobel ve Dunkel-Schetter, 1990; Koydemir vd., 2010). Bu nedenle, bu çalışmadan elde edilen bulgular önceki çalışmalarla tutarlıdır. Bunların yanı sıra bu araştırmada aile

sorunları ve ekonomik sorunlar en baskın olanıydı. Dolayısıyla, bireyleri yardım aramanın önemi konusunda eğitmek ve ruh sağlığını önemli kişilerle tartışırken rahatlığı artırmak, damgalanmaya ilişkin tutumları azaltmayı amaçlayan müdahalelerin önemli yönleridir (Pinfold vd., 2003).

PDR Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardıma Ulaşamama Nedenlerine İlişkin Tartışma

Bu araştırmada PDR lisans öğrencilerinin profesyonel ruh sağlığına erişimlerinin önündeki engeller bir diğer odak noktasını oluşturmaktadır. Çalışma sonuçları PDR lisans öğrencileri özelinde ruh sağlığı hizmeti almanın önündeki engelleri ele aldığı bilinen ilk çalışmadır. Sağlıklı bir uyum için gençlerin hem profesyonel hem de profesyonel olmayan yardım arayabilmeleri gerekir; çünkü yardım aramanın sorunlara verilen tepkiler üzerinde tamponlayıcı bir etkisi vardır ve etkili bir baş etme stratejisidir (Schonert-Reichl ve Muller, 1996). Ancak gençler genellikle dış kaynaklardan yardım arama konusunda isteksiz ve profesyoneller yerine aile ve arkadaşlar gibi resmi olmayan kaynaklara başvurmaya daha istekli görünüyorlar (Boldero ve Fallon 1995; Kızıldağ vd., 2012). Profesyonel psikolojik destek almak, farklı kültürlerdeki gençler için yardım arama konusunda en az başvuru olan yollar arasında bulunmuştur (Kessler vd., 2007; Koydemir vd., 2010). Bu çalışmanın bulguları, öğrencilerin %59,4'ünün profesyonel psikolojik yardım aramadığını göstermektedir. Veriler, üniversite öğrencileri popülasyonundaki psikolojik yardım aramama sıklığıyla tutarlıdır. Örneğin Eisenberg vd. (2011) ruh sağlığı sıkıntısı olan üniversite öğrencilerinin yaklaşık %64'ünün profesyonel yardım aramadığını belirtmiştir. Klinik düzeyde psikopatolojiye sahip genç yetişkinlerle yapılan başka bir çalışmada yalnızca %72'si yardım almıştır (Vanheusden vd., 2008). Mevcut kanıtlar, genç yetişkinlerin ruh sağlığı sorunları için yardım arama oranının düşük olduğunu açıkça göstermektedir. Dolayısıyla sonuçlar pek çok öğrencinin tedaviyi, dersler ve sosyal aktiviteler gibi daha somut öncelikleriyle rekabet edecek kadar acil görmediğini göstermektedir (Eisenberg vd., 2011).

Araştırma bulguları ayrıca, yardım arayan öğrencilerden yarısından fazlasının (%53,8) aradıkları psikolojik yardıma ulaşamadıklarını göstermektedir. Literatüre paralel şekilde sorunun yardım almaya geçecek kadar büyük olmadığını düşünme (Koydemir vd., 2010), uzmanın yardımcı olup olamayacağı konusunda endişelere sahip olma, gerekli zamanı ayıramama ve gizlilik ve/veya gizlilik endişeleri (Eisenberg vd., 2011), utanma veya çekinme (Ebert vd., 2019b) en sık karşılaşılan engeller arasında bulunmuştur.

Lisans öğrencileri popülasyonlarında yapılan geçmiş araştırmalardan farklı şekilde ekonomik sınırlılıklar (%46,7) ve mevcut profesyonel psikolojik yardım kaynaklarının eksikliği (%26,4) bu çalışmadaki en önemli engelleri oluşturmaktadır. Bu bulgular, klinik psikoloji doktora öğrencileriyle yapılan çalışmayla tutarlı gözükmektedir. Bu araştırmaya göre, üniversite temelli yardım kaynaklarının sınırlı olması, ekonomik sınırlılıklar ve gerekli zamanı ayıramama en önemli engeller arasında sayılmaktadır (Hobaica vd., 2021). Benzer şekilde Edwards ve Crips (2017) geleceğin ruh sağlığı profesyonelleri olacak olacak öğrencilerle yapılan çalışmada da ekonomik sınırlılıklar ve aileden ve arkadaşlardan yardım almayı tercih etmenin ruh sağlığı konusunda herhangi bir eğitim öncesinde karşılaşılan engelleri yansıttığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar Eisenberg vd. (2011) üniversite öğrencilerinin profesyonel olmayan yardım kaynaklarını yeterli bulduğu araştırmaya paralel gözükmektedir. Bayram ve Bilgel (2008) yaptıkları bir çalışmada kırsal kökenli öğrencilerin depresyon, kaygı ve stres puanlarının daha yüksek olma olasılığının, kasabada veya şehirde yaşayan öğrencilere göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu çalışma bağlamında depresyon ve kaygı bozuklukları yaşama sıklığının yüksekliği göz önünde bulundurulduğunda en önemli engellerden birinin ekonomik sınırlılıklar olması şaşırtıcı değildir. Dolayısıyla bu bulgular, sosyo-bağlamsal ve ekonomik faktörlerin destek arayan belirli genç grupları için ek engeller oluşturabileceğini öne süren önceki çalışmaları tamamlamaktadır (Hyseni Duraku vd., 2023).

Geleceğin ruh sağlığı profesyonelleri olacak PDR lisans öğrencileri aynı zamanda süpervizör, akran veya meslektaş olabilecek hizmet sağlayıcılarla ikili ilişki potansiyeli

nedeniyle benzersiz engellerle de karşılaşabilirler. Bu da geçmiş araştırmalardaki ileriye yönelik mesleki statüyü kaybetme korkusu ve/veya damgalanma korkusu bulgularıyla tutarlı görülmektedir (Vidourek vd., 2013). Ayrıca, Beran'ın (2014) ifade ettiği, ruh sağlığı yardımı almanın mesleki kayıt üzerinde yaratabileceği sonuçlardan duyulan korku nedeniyle, raporlama zorunluluğunun tedaviden kaçınmayla sonuçlanacağını ve akıl sağlığı profesyonelleri ile işverenleri arasında açıklık ve dürüstlük duygusunu önleyeceğini endişeleri desteklemektedir. Bunun sonuçları sağlık sektörü için ciddidir. Bir yandan sağlık sektöründe bir gizlilik ve inkar kültürü yaratıp damgalanmanın açıkça kınanması nedeniyle ikiyüzlülük hissine yol açarken, diğer yandan da ruh sağlığı profesyonellerinde bozulmaya yol açarak sağlık sektörünün kabul edilmemesine neden olmaktadır (Edwards ve Crips, 2017). Sonuç olarak, ruh sağlığı profesyonellerinin tedavi edilmeyen ruh sağlığı sıkıntılarını artırırken danışan bakımının kalitesi üzerinde zararlı bir etkiye yol açmaktadır (Tyessen vd., 2004). Bu sebeple geleceğin ruh sağlığı profesyonelleri olacak bu örnekte engelleri saptamak ve engelleri azaltmaya yönelik çalışmalar yapmak daha da önem kazanmaktadır.

Engeller göz önüne alındığında, kaynak sağlamak çok önemlidir, çünkü özellikle ruh sağlığı hizmetlerini isteyen ancak erişemeyen katılımcılar, hizmetlere erişebilen öğrencilere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek oranda ruh sağlığı sorunları bildirmişlerdir. Önceden var olan çocukluk çağı travmaları ile ilgili bulgular ve zihinsel sağlık durumu hakkında soru sormanın müdahaleci olarak değerlendirilebileceği göz önüne alındığında, zihinsel sağlık hizmetlerinin tüm öğrenciler için mevcut ve ulaşılabilir olması önemlidir. Dolayısıyla çeşitli kişisel, sosyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra organizasyon eksikliği ve hatta bu hizmetlerin mevcut olmaması yardım almanın önündeki bağlamsal faktörlerin bir sonucu olabilir (Koydemir vd., 2010).

PDR Lisans Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Verilerinin Cinsiyete Göre Farklılık Gösterme Durumuna İlişkin Tartışma

Çeşitli çalışma değişkenlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışmada, cinsiyetin depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğunu bulunmuştur ancak bu

korelasyon zayıftır. Cinsiyete göre sonuçlarımız genel olarak üniversite öğrencileri üzerinde yapılan diğer güncel çalışmalarla tutarlıdır (Bayram ve Bilgel, 2008; Eisenberg vd., 2013; Kessler vd., 1994).

Örneğin, Amerikan Kolej Sağlığı Derneği (2009) de cinsiyete göre kadınlar arasında biraz daha yüksek depresyon ve daha fazla kaygı belirtisi bulmuştur. Benzer şekilde bu çalışmanın bulguları, Eisenberg vd. (2013) tarafından geniş bir örnekleme yapılan çalışmayla da tutarlıdır. Bu çalışmaya göre, herhangi bir ruh sağlığı sıkıntısına sahip olma oranı kadınlarda %34 iken erkeklerde %30'dur. Kadınlar arasında duygudurum bozukluklarının bir miktar daha yüksek yaygınlığı, üniversiteye devam etmelerine bakılmaksızın genel ergen ve genç yetişkin popülasyonundan elde edilen kanıtlarla tutarlıdır (Blanco vd., 2008; Kessler ve Walters, 1998). Cheung vd. (2020) tarafından birinci sınıf öğrencileriyle alt grupları arasında depresyon, kaygı ve stres yaygınlığının yaşa göre incelendiği bir çalışmada erkeklerin genel olarak kadınlara göre daha yüksek depresyon puanlarına sahipti olduğu bulunmuştur. Ayrıca Çin'de Ran vd. (2017); ve Hong Kong'da ise Wong vd. (2006) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya konulmuştur.

Bu araştırmada kaygı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmasına rağmen alanyazındaki bazı çalışmalarda bir farklılık bulunmamıştır. Örneğin Cheung vd. (2020) tarafından yapılan çalışmada kaygı ve stres puanlarında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna rağmen, Hong Kong'da (Wong vd., 2006) yapılan bir çalışmada genel olarak kadın üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı sorunları bakımından daha fazla risk altında olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Dolayısıyla bu araştırmanın bulguları, cinsiyet gibi sosyo-bağlamsal faktörlerin stres, kaygı ve depresyon ve diğer ruh sağlığı sıkıntılarını yaşama olasılığını etkilediğini belirten önceki çalışmaları tamamlamaktadır (Hyseni Duraku vd., 2023). Öğrenciler arasındaki cinsiyete bağlı farklılığın toplumsal cinsiyet rolleriyle açıklanması mümkündür ancak korelasyonun zayıf olması üniversite öğrencileri arasında toplumsal cinsiyet rollerine bağlı farklılığında azaldığını ortaya koyuyor olabilir. Öte yandan, farklı kültürlerde hem fark bulan hem de bulmayan çalışmalar göz önünde

bulundurulduğunda yanıtların öz bildirimine dayalı olmasının da farkı yaratabileceği düşünülmektedir.

PDR Lisans Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Verilerinin Sınıf Düzeyine Göre Anlamlı Farklılık Gösterme Durumuna İlişkin Tartışma

Genel olarak yetişkinliğe geçiş, depresyonun başlama riskinin yüksek olduğu bir dönemi temsil eder (Arnarson ve Craighead, 2009). Yeni karşılaşılan sosyal ve entelektüel zorluklar duygusal baskıya neden olabilir ve bu da depresyon, anksiyete ve stres riskinin artmasına neden olabilir (Bayram ve Bilgel, 2008). Literatürde birçok çalışma lisans birinci sınıf öğrencileri arasında depresyon, anksiyete ve stres riskinin arttığına işaret etmektedir (Bayram ve Bilgei, 2008; Wong vd., 2006).

Örneğin Türk öğrenciler arasında daha önce yapılan bazı çalışmalarda, birinci sınıf öğrencilerine kıyasla son sınıf öğrencilerinde depresyon, kaygı ve stres puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Aktekin vd., 2001; Bostancı vd., 2005). Türk üniversite öğrencisi arasında depresyon, anksiyete ve stresin yaygınlığını inceleyen bir başka çalışmada, birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinin depresyon, kaygı ve stres puanlarının üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Bayram ve Bilgel, 2008). Tüm bu sonuçlar, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sıkıntılar ile ilgili eğitim almanın yaşama sıklığını azaltmadığını göstermektedir. Bu da ruh sağlığı lisansüstü öğrencileri ve profesyonelleriyle yapılan araştırmalara paralel gözükmektedir (Hobaica vd., 2021; Tay vd., 2018). Buna rağmen bu araştırma sonuçları, alanyazındaki çalışmalarla bu bağlamda çelişmektedir. Bulgular, PDR lisans öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre depresyon ve anksiyete yaşama sıklığı arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Bunun sebebinin öğrencilerin birinci sınıftan son sınıfa kadar farklı stres etkenleriyle baş etmek zorunda kalması olduğu düşünülmektedir. Birinci sınıfta yardım kaynaklarını bilmeme, yeni bir sosyal çevre alışma ve yalnız yaşamaya başlama gibi durumlar hakimken; son sınıflara doğru bu durumlar gelecek kaygısı, akademik ve mesleki stresörlerle başa çıkma durumlarına dönebileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla stresörler

farklı olsa da depresyon ve kaygı bağlamında öğrencilerin deneyimlerinin aynı olduğu görülmektedir.

PDR Lisans Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon, Olumsuz Benlik ve Hostilite Düzeylerini Yordamasına İlişkin Tartışma

Araştırmalar, çocukluk çağı travması yaşayan gençlerin, yaşamayanlara göre depresyona yakalanma olasılığının daha yüksek olabileceği birçok kez gösterilmektedir (Infurna vd., 2016; Nelson vd., 2017). Çocukluk çağı travması ayrıca anksiyete bozuklukları için de önemli risk faktörlerinden biridir (Kuzminskaite vd., 2021). Çin'de üniversite öğrencileriyle araştırılan bir araştırma üniversite öğrencileri arasında depresyon puanı ile çocukluktaki istismar ve ihmal puanı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Lee vd., 2018). Çin'in Hefei Şehrindeki dört üniversitede yapılan başka bir çalışmada da benzer bulgulara rastlanmıştır (Chang vd., 2021). Bu çalışma, çocuklukta travma geçmişi olan kişilerin ruh sağlığı sıkıntılarını daha fazla deneyimleyebileceğini ortaya koyan alanyazına katkıda bulunmaktadır.

PDR Lisans Öğrencilerinin Yardıma İhtiyaç Duyma ve Yardım Arama Durumlarına Göre Katılımcıların Ruh Sağlığı Verileri Arasındaki Farklara İlişkin Tartışma

Araştırmalar, ruh sağlığı sıkıntısı olan öğrencilerin yalnızca üçte biri ruh sağlığı tedavisine katılmıştır (Eisenberg vd., 2011). Bu çalışmanın sonuçları da alanyazındaki çalışmaları destekler niteliktedir. Buna rağmen, PDR öğrencilerinin yardıma ihtiyaç duyma ve yardım arama durumlarına göre depresyon ve anksiyete başta olmak üzere ruh sağlığı verilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yalnızca lisans öğrencileriyle yapılan sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir. İlgili araştırma dokuz üniversitedeki lisans öğrencilerinden elde edilen veriler sonucu danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğunu ancak bu hizmetlerden yararlanmadığını bildiren öğrencilerin ihtiyaç duymadığını ve ihtiyaç duyup yardım aldığını belirten gruplardan ruh sağlığı verileri bakımından önemli ölçüde farklı olduğu ortaya koymaktadır (Nash vd., 2017). Benzer şekilde yapılan bu çalışmada da psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyan ve psikolojik yardım arayan katılımcıların

anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon puan ortalamaları yardıma ihtiyaç duymayan veya yardım alan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla bu araştırmanın bulgularının alanyazındaki araştırmayı destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Literatürdeki çalışmaya ek olarak bu araştırma sorusu alanyazında ruh sağlığı profesyonelleriyle yapılan araştırma sonuçları sonucunda da merak edilmiştir. Çalışmalar ruh sağlığı profesyonellerinin tedaviye erişimde birtakım engellerle karşılaştıklarını desteklemektedir. Bu araştırmalar, (Edward ve Crips, 2017; Tyessen vd., 2004) ruh sağlığı profesyonellerinin ruh sağlığı sorunlarıyla baş etmeye yönelik tutumlarında kendi kendine yeterli oldukları düşüncesini yansıtıyor olduğu bulunmuştur. Edward ve Crips (2017) yaptıkları çalışmada ruh sağlığı profesyonellerinin çoğunun (%89) sıkıntı duyduklarında yardım arayacağını, %57'sinin ise yardım aramanın fayda sağlayacağı ancak bunu rağmen yardım aramadıkları bir zaman dilimi olduğunu kabul ettiğini göstermiştir. Depresyonun gibi ruh sağlığı sıkıntılarının başlangıç yaşının 15 ile 29 yaş arasında olduğu (Arnarson ve Craighead vd., 2009) göz önünde bulundurulduğunda PDR lisans öğrencilerinin ihtiyaçları konusunda farkındalık kazanması ve bu hususta yardım araması önleyici bir unsur gibi gözükmektedir.

PDR Lisans Öğrencilerinin Yardıma Ulaşabilme Durumuna Göre Ruh Sağlığı Verileri Arasındaki Farklara İlişkin Tartışma

Bu çalışma grubunun ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili deneyimleri nispeten seyrek bulunmuştur. Bununla birlikte, aranan profesyonel psikolojik yardıma ulaşamadığını belirten katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon puan ortalamaları profesyonel psikolojik yardıma ulaştığını belirten katılımcılara göre daha yüksektir. Çalışma sonuçları literatürde farklı kültürlerde yapılan çalışmaları destekler niteliktedir (Hyseni Duraku vd, 2023; Nash vd., 2017). Ayrıca Türkiye'de daha önce mevcut ruh sağlığı hizmetlerine erişime ilişkin hiçbir veriye rastlanmamıştır. Konuyla ilgili mevcut çalışmaların göreceli azlığı, profesyonel yardım aramaya yönelik damgalamayı azaltacak yeterli fırsatların, programların ve olanakların bulunmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Başta PDR lisans öğlencileri olmak üzere tüm öğrencilerin kişisel yaşam ve eğitimle ilgili zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olmak ve profesyonel ruh sağlığı çalışanlarının rolleri ve etik ilkeleri konusunda farkındalığın artırılması gerekli görölmektedir. Üniversitede ruh sağlığı hizmetlerine erişim eksikliği de katılımcılar tarafından bir sorun olarak dile getirilmiştir. Önceki çalışmalar, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinin, bu tür hizmetlerin ulusal kalitesinin, vatandaşların ruh sağlığının ve eğitim kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olacağını ve ayrıca psikolojik yardım aramaya yönelik damgalamayı azaltacağını göstermektedir (Hyseni Duraku vd., 2022; Vidourek vd., 2014). Ayrıca öğrencilerin ihtiyaçlarına yönelik ve uygun fiyatlı hizmetler, farklı gençlik grupları arasında psikolojik yardım aramanın önündeki engellerin azaltılmasına da yardımcı olabilir. Dolayısıyla öğrencilerin ihtiyaçlarına göre uygun fiyatlı ruh sağlığı hizmetlerin oluşturulması yoluyla daha fazla öğrencinin yaşadıkları ruh sağlığı sıkıntıları sebebiyle yardım almasını kolaylaştırabilir.

Bölüm 5

Sonuç ve Öneriler

Geleceğin ruh sağlığı profesyonelleri olacak Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencilerinin, profesyonel psikolojik yardım aramaya yönelik yaşadıkları engeller de dahil olmak üzere ruh sağlığı verileri bilindiği kadarıyla bugüne kadar sınırlı ilgi gören önemli bir araştırma alanıdır. Bu çalışmanın, PDR öğrencilerinin depresyon ve kaygı gibi önemli ruh sağlığı sıkıntıları ve yardım aramalarının önündeki engeller hakkında önemli ön bilgiler sağladığı düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın bu bölümünde araştırmanın sonuçları özetlenmiştir. Ardından bu sonuçlar ışığında öneriler sunulmuştur.

Sonuç

Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre;

1. PDR öğrencilerinin %69,2'si yaşamlarında önemli bir psikolojik sıkıntı yaşadığını; %61,3'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde profesyonel psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyduklarını; %40,6'sı psikolojik destek ihtiyacı nedeniyle yaşamlarının bir noktasında profesyonel psikolojik yardım aradıklarını belirtmiştir. Psikolojik yardım aradıklarını belirten öğrencilerin yarısından fazlası aradıkları yardıma ulaşamamıştır.
2. Öğrencilerin sıklıkla aile sorunları (%56,1); takiben kaygı bozukları (%50,1) yaşadığı görülmektedir. Sıklıkla sorun yaşanan diğer alanı tükenmişlik ve yoğunluk (%47,6) oluşturmaktadır. Bu alanın akabinde akademik hayat ve okul ile ilgili sorunların (%41,3) sıklıkla deneyimlendiği görülmektedir. Romantik ilişki sorunları (%37,1) ve depresyon (%36,6) birbirine yakın bir yaygınlık göstermektedir. Arkadaşlık ilişkileri ile ilgili sorunlar, yalnızlık ve sosyal destek eksikliği ve ekonomik sıkıntılar sırasıyla öğrencilerin %32,6; %29,4, %27,2'sinde görülmektedir. Bu alanları çocuklukta veya gençlikte yaşanmış travmatik olay (28,8) ve ölüm, kayıp veya yas (%26,7) problem alanları takip etmektedir.

Fiziksel sağlık sorunları, intihar dűşüncesi, intihar planı, intihar girişimi veya intihar amaçlı olmayacak şekilde kendine zarar vermiş olma, diğer kişilerarası ilişkiler ile ilgili sorunları ve bağımlılık ile ilgili sorun alanlarının daha az yaygınlığa sahip olduğu gürölmektedir.

3. Öğrencilerin profesyonel psikolojik yardım almaları önündeki önemli engeller olarak ekonomik sınırlılıklar (%46,7), sorunun yardım almaya değecek kadar büyük olmadığını düşünme (%27,8), mevcut profesyonel psikolojik yardım kaynaklarının eksikliği (%26,4), utanma veya çekinme (%26,9), gerekli zamanı ayıramama (%25,1) ve cesaretsizlik veya umutsuzluk (%23,8), uzmanın yardımcı olup olamayacağı konusunda endişelere sahip olma (%22,9) ve motivasyon, enerji veya ilgi eksikliği (%22,9) bulunmuştur. Bu engelleri daha az yaygınlıkta olan yetersiz sosyal destek (%17,2), ileriye yönelik mesleki statüyü kaybetme korkusu ve/veya damgalanma korkusu (%16,3) ve gizlilik ve/veya gizlilik endişeleri (%14,5), profesyonel olmayan yardım kaynaklarını yeterli bulma (%11) ve mevcut profesyonel psikolojik yardım kaynakları hakkında bilgi sahibi olmama (%7,9) izlemiştir.
4. Cinsiyete göre öğrencilerin depresyon, anksiyete, somatizasyon, fiziksel travma ve cinsel istismar puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Kadınların depresyon, anksiyete, somatizasyon ve cinsel istismar puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir. Erkeklerin ise fiziksel travma puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Buna rağmen öğrencilerin olumsuz benlik, hostilite, genel travma ve duygusal istismar puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark yoktur.
5. Sınıf düzeyine göre öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, genel travma, fiziksel travma, duygusal istismar ve cinsel istismar puanları arasında anlamlı bir fark yoktur.

6. Erken travma envanteri alt faktörlerinin öğrencilerin depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeylerine olan etkisine göre kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli anlamlıdır. Depresyon puanlarında olan değişkenliğin %26,1'i, anksiyete puanlarında olan değişkenliğin %26,7'si, olumsuz benlik puanlarında olan değişkenliğin %29,9'u, somatizasyon puanlarında olan değişkenliğin %19,7'si ve hostilite puanlarında olan değişkenliğin ise %21,2'si erken travma envanteri alt faktörleriyle açıklanır.
7. Profesyonel psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyma ve yardım arama durumuna göre yardım almaya ihtiyaç duyan ve arayan öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, duygusal ve cinsel istismar ve fiziksel travma puan ortalamaları diğer gruptaki öğrencilerden daha yüksektir. Ayrıca yardım almaya ihtiyaç duyan ancak aramayan öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, duygusal ve cinsel istismar puan ortalamaları yardım almaya ihtiyaç duymayan ve aramayan öğrencilerden daha yüksektir. Son olarak yardım almaya ihtiyaç duyup arayan veya aramayan öğrencilerin hostilite ve genel travma puan ortalaması yardım almaya ihtiyaç duymayan ve aramayan öğrencilerden daha yüksektir.
8. Aranılan profesyonel psikolojik yardıma ulaşım ulaşılmama durumuna göre yardıma ulaşamadığını belirten öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve genel travma puan ortalamaları yardıma ulaştığını belirten öğrencilere göre daha yüksektir.

Öneriler

Araştırmanın bu bölümünde araştırma tabanını iyileştirmeye yönelik öncelikler, uygulama ve politikaların iyileştirilmesine yönelik öncelikler göz önünde bulundurularak araştırmacılara, uygulamacılara ve politika yapıcılara yönelik öneriler verilmiştir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1. Kültürel açıdan uygun psikolojik danışmanlık hizmetleri geliştirmeden ve ilgili teknikleri kullanmadan önce, üniversitelerdeki ihtiyaçlarının belirlenmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Çeşitli ülkelerde üniversite öğrencilerinin ruh sağlığına ilişkin anlayışı artıracak çok sayıda kampüste epidemiyolojik çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bunlar arasında; Penn State Üniversitesi merkezli Üniversite Öğrencisi Ruh Sağlığı Araştırma Merkezi (Locke vd., 2012) ve Amerikan Kolej Sağlığı Derneği Değerlendirmesi (2009) sayılabilir. Bu çalışmalara benzer şekilde, öğrencilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarına ve yardım alma engellerine ilişkin geniş kapsamda ve çok yönlü bilgi sağlayacak Türk üniversiteleri kampüs merkezli çalışmalarının PDR lisans öğrencilerini öncelikleyerek yürütülmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.
2. Önleme, tanımlama ve tedaviyi iyileştirmeye yönelik programlar geliştirerek çoğunlukla tanımlayıcı olan çalışmalara dayanmak da önemli bir zorluk olabilir. Kampüslerdeki ruh sağlığının her yıl değiştiği göz önüne alındığında, program değerlendirmelerinin ideal olarak kampüsler arasında ve/veya içinde rastgele seçim yaparak güvenilir kontrol gruplarını dahil etmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, PDR programı yeterlilikleri göz önünde bulundurulduğunda; çalışmanın eğitim sürecinin tamamını yüz yüze tamamlayan öğrencilerle tekrarlanmasının yeterlilikleri gözden geçirmek ve yeterliliklerin sağlanabilmesinin değerlendirilmesi açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.
3. Benzer araştırmaların, genel ergen veya genç yetişkin popülasyonunun yanı sıra geleceğin ruh sağlığı profesyoneli olacak lisans ve lisansüstü öğrenci grubuyla yürütülmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Geleceğin ruh sağlığı profesyonellerinin yaşadıkları ruh sağlığı sıkıntılarının ve yardım arama davranışlarının tam olarak anlaşılabilmesi için bu konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir. Sayıca daha fazla ve tüm ruh sağlığı profesyoneli olacak lisans ve lisansüstü öğrencilerden (örneğin; psikoloji,

psikiyatri vb.) oluşan daha temsili bir örneklemeden toplanması faydalı olabilir. Ek olarak gelecekteki çalışmalarda, PDR öğrencilerinin lisansüstü öğrencileri ve ruh sağlığı profesyonelleriyle kıyaslanmanın da faydalı olabileceği düşünülmektedir.

4. Gelecekte yapılacak araştırmaların ruh sağlığı sıkıntılarının damgalanmasını ortadan kaldırmaya ve ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik devam eden çabalarla birlikte, yardım aramaya yönelik engellerin zaman içinde değişip değişmediğini belirlemeye çalışması önerilmektedir. Bununla birlikte, toplumun genelinde damgalanmayla mücadele ve ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik kampanyaların herhangi bir inanılırlığa sahip olması için geleceğin ruh sağlığı profesyonellerinin psikolojik sıkıntı zamanlarında yardım arama konusunda danışanlarına tanıttıkları standartları kendilerine de uygulamayı öğrenmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Sonuçta, ruh sağlığı profesyonellerinin refahını destekleyen müdahalelerin, diğer ruh sağlığı hizmetleri kullanıcılarının aldıkları bakımın kalitesini de olumlu yönde etkilemesi muhtemeldir.

Uygulamacılara Yönelik Öneriler

1. Üniversite öğrencilerinin yakın ilişkilere, özellikle de aile içinden gelen desteğe önem verdiklerini ortaya koyulması (İmamoğlu, 2003) aile sorunlarının en sık deneyimlenen sıkıntı olarak belirlemelerine bir atıf niteliğindedir. Dolayısıyla PDR lisans öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaçlarını ve yardım alma engellerinin anlaşılması için ailelerin eğitilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
2. Mevcut uygulamaları Türkiye’de geliştirmenin ve iyileştirmenin ilk adımı, ihtiyaçları belirlemek amacıyla öğrenci ruh sağlığına yönelik kaynaklar ve programlar ile ilgili mevcut durumu ortaya koymak olabilir. Her üniversitede PDR lisans programlarına bağlı tüm öğrencilerin faydalanabileceği ve uygun niteliklerde PDR uygulama ve araştırma merkezlerinin bulunması öğrencilerin yardıma ulaşmasını kolaylaştıracaktır. Dolayısıyla hem PDR lisans hem de lisansüstü öğrencilerinin bu merkezlerden öncelikli olarak psikolojik danışma

almasının sağlanması gerektiği düşünülmektedir. Bunun için, öğrenci ruh sağlığına yönelik kaynaklar ve programlar hakkında bilgi içeren ABD Üniversite Danışma Merkezi Yöneticileri Derneği Araştırması (2023) örneğine başvurulabilir.

3. Uygulamaları özetlemenin yolu; psikolojik danışmanlık ve sağlık merkezlerine sunulan kaynaklar, bu kaynakların nasıl organize edildiği, kullanıldığı ve kampüs psikolojisini yönlendiren genel politikalar açısından kampüsler arasında önemli farklılıkları ortaya koymaktan geçmektedir (Hunt ve Eisenberg, 2010). Yeni ve etkili yaklaşımların ortaya çıkıp diğer kampüslere yayılması, çeşitliliğin potansiyel faydaları ortaya koyabilir. Örneğin, ruh sağlığı sıkıntısı yaşayan öğrencileri tespit edip yönlendirerek öğretim üyelerini ve personeli daha etkili bir "Ruh Sağlığı Koruyucusu (Gatekeepers)" olma konusunda eğiten Question, Persuade, and Refer (QPR) programı bulunmaktadır (Quinnett, 2012). Bu çalışmada çok sayıda öğrencinin intihar düşüncesi, planı, eylemi ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme oranları seçeneğini işaretlediği göz önünde bulundurulduğunda, QPR gibi ruh sağlığını korumaya yönelik programların PDR öğrencileri için de geliştirilmesinin ve akranların da birbirlerine yardım edebilecekleri biçiminde tasarlanmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.
4. Öğrencilerin profesyonel olmayan ruh sağlığı kaynaklarına sıklıkla başvurduklarını bildirdikleri göz önünde bulundurulduğunda, bu kaynakların ruh sağlığı sıkıntılarının tanımlanması ve yönetilmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi, başta PDR öğrencileri olmak üzere tüm üniversite öğrencileri arasında ruh sağlığı sıkıntılarını tanımada ve yardım aramaya yönelik olumlu tutumları arttırmada önemli bir faktör olabilir. Dolayısıyla, öğrenciler arasında ruh sağlığı sıkıntıları ve yardım arama konusundaki bilgiler arttıkça bu farkındalık, kampüsteki sınırlı kaynakların etkili ve verimli kullanımını vurgulayan uygulama ve politikalara dönüştürülebilir.

Politika Yapıcılara Yönelik Öneriler

1. Üniversite kampüslerinde öğrencilere ulaşılabilecek çok sayıda kanal sağlamak, bütünsel halk sağlığı yaklaşımına dayalı politikalar geliştirmek önemli görülmektedir. Bu stratejilerin, ruh sağlığını öğrencinin refahı ve başarısı için bir temel olarak görerak yalnızca ruh sağlığı sıkıntılarını azaltmayı değil aynı zamanda ruh sağlığı sıkıntılarının önlenmesini vurgulayacak biçimde tasarlanması faydalı olabilir.
2. Ruh sağlığı, Türkiye çapındaki kampüsler arasında, kampüsler içinde ve kampüsler ile yerel topluluklar arasında bütünleşmiş bir yaklaşımla daha etkili bir biçimde ele alınabilir. Dolayısıyla ülke geneline yapılacak pek çok yenilikçi program ve politika, yeniliklerin titizlikle değerlendirilmesini ve koordineli bir şekilde yaygınlaştırılmasını gerektirebilir.
3. Üniversitelerin Psikolojik Danışmanlık Merkezleri, yapılacak çok kampüslü araştırmalarla ortaklık sağlayarak kanıt tabanını güçlendirebilir ve en iyi uygulamaların ve politikaların geliştirilmesine ve yayılmasına katkı sağlayabilir.
4. Ruh sağlığına ilgileri ne olursa olsun üniversitelerin, ruh sağlığı sıkıntıları ve engelleri ile ilgili farkındalık konusunda öğrencilerini teşvik etmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu bağlamda henüz birinci ve ikinci sınıfta olan PDR öğrencilerine profesyonel yardımın nereden alınabileceğinin öğretilmesini; daha sonraki sınıf düzeylerinde artan eğitimle birlikte sektöre özgü sorunlarla (örneğin, tükenmişlik, temsili travmatizasyon, şefkat yorgunluğu vb.) baş etme becerilerini kapsayan teşviklerin uygun olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Abdulghani, H. M., AlKanhal, A. A., Mahmoud, E. S., Ponnampereuma, G. G., & Alfaris, E. A. (2011). Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. *Journal of health, population, and nutrition, 29*(5), 516.
- Afifi, T. O., Henriksen, C. A., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2012). Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(11), 677-686.
- Akram, U., Ypsilanti, A., Gardani, M., Irvine, K., Allen, S., Akram, A., ... & Lazuras, L. (2020). Prevalence and psychiatric correlates of suicidal ideation in UK university students. *Journal of affective disorders, 272*, 191-197.
- Aktekin, M., Karaman, T., Senol, Y. Y., Erdem, S., Erengin, H., & Akaydin, M. (2001). Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical education, 35*(1), 12-17.
- American Academy of Pediatrics, Stirling Jr, J., Committee on Child Abuse and Neglect and Section on Adoption and Foster Care, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Amaya-Jackson, L., National Center for Child Traumatic Stress, & Amaya-Jackson, L. (2008). Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics, 122*(3), 667-673.
- American College Health Association. (2009). American college health association-national college health assessment spring 2008 reference group data report (abridged). *Journal of American college health, 57*(5).
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4rd edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5rd edition (DSM-V)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anadolu Üniversitesi (2024). *Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programı alan yeterlilikleri*. 15 Haziran tarihinde <https://www.anadolu.edu.tr/akademik/fakulteler/170/rehberlik-ve-psikolojik-danismanlik-programi/alan-yeterlilik> adresinden erişildi.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 145-153.
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(7), 1057-1078.
- Angermeyer, M. C., Millier, A., Rémuzaç, C., Refaï, T., Schomerus, G., & Toumi, M. (2015). Continuum beliefs and attitudes towards people with mental illness: Results from a national survey in France. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 297-303.
- Antony, M. M., Federici, A., & Stein, M. B. (2009). Overview and introduction to anxiety disorders. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, 3-15.
- Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour research and therapy*, 47(7), 577-585.
- Arthur, N., & Hiebert, B. (1996). Coping with transition to post-secondary education. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 30(2).
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., ... & Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health

Organization world mental health surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970. doi: 10.1017/S0033291716001665

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. C. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & WHO WMH-ICS Collaborators. (2019). Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the world health organization world mental health surveys international college student initiative. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(2), e1752.

Authority, H. E. (1997). Mental health promotion: a quality framework. *Health Education Authority, London*.

Bahar, A., & Çuhadar, D. (2023). Trauma level, coping with stress and post-traumatic change in university students experiencing Kahramanmaraş centered earthquake: a cross-sectional study. *Disaster medicine and public health preparedness*, 17, e549.

Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International journal of adolescent medicine and health*, 17(4), 315-336.

Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16–20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>

Barnett, J. E., Erickson Cornish, J. A., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2007). Commentaries on the ethical and effective practice of clinical supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 268a.

- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 51-54.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 43*(8), 667-672. doi: 10.1007/s00127-008-0345-x
- Bearse, J. L., McMinn, M. R., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to psychologists seeking mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(3), 150.
- Beran, R. G. (2014). Mandatory notification of impaired doctors. *Internal Medicine Journal, 44*(12a), 1161-1165.
- Bettney, L. (2017). Reflecting on self-care practices during clinical psychology training and beyond. *Reflective Practice, 18*(3), 369-380.
- Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health?. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(1), 3-4.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., & Ryan, N. D. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(1), 63-70.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry, 65*(12), 1429-1437.

- Block, S. D., Oran, H., Oran, D., Baumrind, N., & Goodman, G. S. (2010). Abused and neglected children in court: Knowledge and attitudes. *Child abuse & neglect, 34*(9), 659-670.
- Boldero, J., & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: What do they get help for and from whom?. *Journal of adolescence, 18*(2), 193-209.
- Borges, G., Nock, M. K., Abad, J. M. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., ... & Kessler, R. C. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry, 71*(12), 21777.
- Bostanci, M., Özdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, L., Ergin, A., Ergin, N., & Atesci, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian medical journal*.
- Bourdon, K. H., Rae, D. S., Locke, B. Z., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (1992). Estimating the prevalence of mental disorders in US adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Public health reports, 107*(6), 663.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory—self report. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(3), 211-218.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety, 12*(1), 1-12.
- Briere, J. N., & Scott, C. (2006). What is trauma. *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment, 3-11*.
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(4), 375-388.

- Briggs-Gowan, M. J., Greene, C., Ford, J., Clark, R., McCarthy, K. J., & Carter, A. S. (2019). Adverse impact of multiple separations or loss of primary caregivers on young children. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1646965.
- Brimstone, R., Thistlethwaite, J. E., & Quirk, F. (2007). Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: Exploration and comparison with psychology students. *Medical Education*, *41*(1), 74-83.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02649.x>
- Brott, P. E. & Myers, J. E. (1999). Development of professional school counselor identity. *Professional School Counseling*, *2*(5), 339-348.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Hermsillo De la Torre, A. E., Cuijpers, P., ... & WHO WMH-ICS Collaborators. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *International journal of methods in psychiatric research*, *28*(2), e1764.
- Burke, P. J. (1991). Identity processes and social stress. *American sociological review*, 836-849.
- Butler, N., Quigg, Z., & Bellis, M. A. (2020). Cycles of violence in England and Wales: the contribution of childhood abuse to risk of violence revictimisation in adulthood. *BMC medicine*, *18*, 1-13.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*, *6*(1), 65-72.
- Calley, N. G., & Hawley, L. D. (2008). The professional identity of counselor educators. *The Clinical Supervisor*, *27*(1), 3-16.
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of marriage and family*, *72*(3), 743-761.

- Carter, J. M. (2011). *Examining the relationship among physical and psychological health, parent and peer attachment, and cyberbullying in adolescents in urban and suburban environments*. Wayne State University.
- Champagne, F. A. (2010). Epigenetic influence of social experiences across the lifespan. *Developmental psychobiology*, 52(4), 299-311.
- Chang, W. W., Shi, L. X., Zhang, L., Jin, Y. L., & Yu, J. G. (2021). The mental health status and associated factors among medical students engaged in online learning at home during the pandemic: a cross-sectional study from China. *Frontiers in psychiatry*, 12, 755503.
- Chartrand, H., Sareen, J., Toews, M., & Bolton, J. M. (2012). Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 29(3), 172-179.
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74.
- Cheng, Z. H., Tu, M. C., Li, V. A., Chang, R. W., & Yang, L. H. (2015). Experiences of social and structural forms of stigma among Chinese immigrant consumers with psychosis. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 1723-1731.
- Cheung, K., Tam, K. Y., Tsang, M. H., Zhang, L. W., & Lit, S. W. (2020). Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data. *Journal of affective disorders*, 274, 305-314.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 126-135.

- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner Jr, T. E. (2016). A test of the interpersonal theory of suicide in a large sample of current firefighters. *Psychiatry research, 240*, 26-33.
- Ciarrochi, J. (2004). Relationships between dysfunctional beliefs and positive and negative indices of well-being: A critical evaluation of the Common Beliefs Survey-III. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 22*, 171-188.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine, 45*(1), 11-27.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology, 4*(1), 20706.
- Condly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for education. *Urban education, 41*(3), 211-236.
- Constantine, M. G., Miville, M. L., Warren, A. K., Gainor, K. A., & Lewis-Coles, M. A. E. (2006). Religion, spirituality, and career development in African American college students: A qualitative inquiry. *The Career Development Quarterly, 54*(3), 227-241.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist, 59*(7), 614.
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Rüsck, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses?. *Psychiatric rehabilitation journal, 35*(5), 381.
- Côté, J. E. (2018). The enduring usefulness of Erikson's concept of the identity crisis in the 21st century: An analysis of student mental health concerns. *Identity, 18*(4), 251-263.

- Courtois, C. A. (2012). Retraumatization and complex traumatic stress: A treatment overview. In *Retraumatization* (pp. 163-190). Routledge.
- Cozolino, L. (2017). *Terapist olmak*. Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.
- Craighead, W. E., Ritschel, L. A., Arnarson, E. O., & Gillespie, C. F. (2008). Major depressive disorder. *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations*, 279-323.
- Crandall, A., Powell, E. A., Bradford, G. C., Magnusson, B. M., Hanson, C. L., Barnes, M. D., ... & Bean, R. A. (2020). Maslow's hierarchy of needs as a framework for understanding adolescent depressive symptoms over time. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 273-281.
- Crocker, J. (1999). Social stigma and self-esteem: Situational construction of self-worth. *Journal of experimental social psychology*, 35(1), 89-107.
- Culpin, I., Heron, J., Araya, R., & Joinson, C. (2015). Early childhood father absence and depressive symptoms in adolescent girls from a UK cohort: the mediating role of early menarche. *Journal of abnormal child psychology*, 43, 921-931.
- Cummings, M., Berkowitz, S. J., & Scribano, P. V. (2012). Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Current psychiatry reports*, 14, 599-607.
- Daniel, A. E. (2007). Care of the mentally ill in prisons: Challenges and solutions. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35(4), 406-410.
- Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature neuroscience*, 15(5), 689-695.
- De Bellis, M. D., & Van Dillen, T. (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 745-772.

- De Kloet, E. R., Sibug, R. M., Helmerhorst, F. M., & Schmidt, M. (2005). Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 271-281.
- Dearing, R. L., Maddux, J. E., & Tangney, J. P. (2005). Predictors of Psychological Help Seeking in Clinical and Counseling Psychology Graduate Students. *Professional Psychology: Research And Practice*, 36(3), 323. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.323>
- Derogatis L. R., & Spencer P. M. (1982) *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. *Clinical Psychometric Research*, 1-16.
- Dogan, S. (1998). Counseling in Turkey: Current status and future challenges. *Education Policy Analysis Archives*. 6, 12.
- Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., & Kafati, G. (2000). Group identity and intergroup relations The common in-group identity model. In *Advances in group processes* (pp. 1-35). Emerald Group Publishing Limited.
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *Journal of occupational health psychology*, 23(1), 18.
- Drum, D. J., Brownson, C., Burton Denmark, A., & Smith, S. E. (2009). New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Professional psychology*:
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392.

- Eaton, W. W., Dryman, A., Sorenson, A., & McCutcheon, A. (1989). DSM–III major depressive disorder in the community: a latent class analysis of data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Programme. *The British Journal of Psychiatry*, 155(1), 48-54.
- Ebert, D. D., Franke, M., Kählke, F., Küchler, A. M., Bruffaerts, R., Mortier, P., ... & WHO World Mental Health–International College Student collaborators. (2019b). Increasing intentions to use mental health services among university students. Results of a pilot randomized controlled trial within the World Health Organization's World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1754. <https://doi.org/10.1002/mpr.1754>
- Ebert, D. D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., ... & WHO World Mental Health—International College Student Initiative collaborators. (2019a). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 28(2), e1782. <https://doi.org/10.1002/mpr.1782>
- Edwards, J. L., & Crisp, D. A. (2017). Seeking help for psychological distress: Barriers for mental health professionals. *Australian Journal of Psychology*, 69(3), 218-225.
- Edwards, S. (2003). New directions: Charting the paths for the role of sociocultural theory in early childhood education and curriculum. *Contemporary issues in early childhood*, 4(3), 251-266.
- Eisenberg, A. E., Baron, J., & Seligman, M. E. (1998). Individual differences in risk aversion and anxiety. *Psychological Bulletin*, 87(1), 245-251.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American journal of orthopsychiatry*, 77(4), 534-542.

- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(1), 60-67.
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 199(5), 301-308. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182175123
- El-Ghoroury, N. H., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and education in professional psychology*, 6(2), 122.
- Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214, 17-31.
- Erikson, E. (1959). Theory of identity development. *E. Erikson, Identity and the life cycle*. Nueva York: International Universities Press. Obtenido de [http://childdevpsychology.yolasite.com/resources/theory% 20of% 20ident ity% 20erikson. pdf](http://childdevpsychology.yolasite.com/resources/theory%20of%20identity%20erikson.pdf).
- Erikson, E. (1971). Notes on the life cycle. *Erikson's*, 260-265.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (Vol. 2). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). On the nature of psycho-historical evidence: In search of Gandhi. *Daedalus*, 695-730.
- Evans, T. M., Bira, L., Gastelum, J. B., Weiss, L. T., & Vanderford, N. L. (2018). Evidence for

- Fava, M., Uebelacker, L. A., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1997). Major depressive subtypes and treatment response. *Biological psychiatry*, 42(7), 568-576.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1, Pt.1), 79-90. <https://doi.org/10.1037/h0029636>
- Fraenkel, J., Wallen, N., & Hyun, H. (1993). *How to Design and Evaluate Research in Education 10th ed.* McGraw-Hill Education.
- Freud, S. (1937/1963). *Analysis, terminable and interminable*. In I. Freud (Ed.), *Therapy and technique*. Crowell-Collier.
- Friedman-Krauss, A., & Barnett, W. S. (2013). Early Childhood Education: Pathways to Better Health. Preschool Policy Brief Issue 25. *National Institute for Early Education Research*.
- Gallagher, J. J. (2008). Psychology, psychologists, and gifted students. *Handbook of giftedness in children: Psychoeducational theory, research, and best practices*, 1-11.
- Garcia-Williams, A. G., Moffitt, L., & Kaslow, N. J. (2014). Mental health and suicidal behavior among graduate students. *Academic Psychiatry*, 38(5), 554-560. doi: 10.1007/s40596-014-0041-y
- George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
- Getachew, A. (2019). Assessment of psychological counseling service for higher education institution students. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 7(4), 53-61.

- Gladding, S. T. (2021). *Becoming a counselor: The light, the bright, and the serious*. John Wiley & Sons.
- Goffman, E. (1963). Embarrassment and Social Organization. In N. J. Smelser & W. T. Smelser (Eds.), *Personality and social systems* (pp. 541–548). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1037/11302-050>
- Goldberg, D., & Fawcett, J. (2012). The importance of anxiety in both major depression and bipolar disorder. *Depression and anxiety, 29*(6), 471-478.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Jama, 293*(13), 1635-1643.
- Gras, L. M., Swart, M., Slooff, C. J., van Weeghel, J., Knegtering, H., & Castelein, S. (2015). Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: Something to worry about? A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*, 299-306.
- Grus, C. L., Bodner, K., Kallaughner, J., Lease, S. H., Schwartz-Mette, R., Shen-Miller, D., & Kaslow, N. (2017). Promoting well-being in psychology graduate students at the individual and systems levels. *NAM Perspectives*.
- Guerra, P., & Figueroa, I. (2018). Action-research and early childhood teachers in Chile: analysis of a teacher professional development experience. *Early Years, 38*(4), 396-410.
- Guy, J. D. (2000). Self-care corner: Holding the holding environment together: Self-psychology and psychotherapist care. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(3), 351.
- Güneri, O. Y. (2006). Counseling services in Turkish universities. *International Journal of Mental Health, 35*(1), 26-38.

- Harald, B., & Gordon, P. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of affective disorders*, 139(2), 126-140.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830-842.
- Healey, M., Jordan, F., Pell, B., & Short, C. (2010). The research–teaching nexus: a case study of students' awareness, experiences and perceptions of research. *Innovations in Education and Teaching International*, 47(2), 235-246.
- Hebl, M. R., & Robert. E. Kleck. (2002). Virtually interactive: A new paradigm for the analysis of stigma. *Psychological Inquiry*, 128-132.
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current directions in psychological science*, 9(1), 19-22.
- Hettema, J. M., Aggen, S. H., Kubarych, T. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2015). Identification and validation of mixed anxiety–depression. *Psychological Medicine*, 45(14), 3075-3084.
- Hobaica, S., Szkody, E., Owens, S. A., Boland, J. K., Washburn, J. J., & Bell, D. J. (2021). Mental health concerns and barriers to care among future clinical psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2473-2490. <https://doi.org/10.1002/jclp.23198>
- Houghton, A. M., & Anderson, J. (2017). Zihinsel refahı müfredata yerleştirmek: yüksek öğretimde başarıyı en üst düzeye çıkarmak. *Yükseköğretim Akademisi*, 68, 1-44.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 126(3), 198-207.

- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health, 46*(1), 3-10.
- Hyseni Duraku, Z., Davis, H., & Hamiti, E. (2023). Mental health, study skills, social support, and barriers to seeking psychological help among university students: a call for mental health support in higher education. *Frontiers in Public Health, 11*, 1220614.
- Imamoglu, E. O. (2003). Individuation and relatedness: Not opposing but distinct and complementary. *Genetic, social, and general psychology monographs, 129*(4), 367.
- Imamoğlu, E. O., & Karakitapoğlu-Aygün, Z. (2007). Relatedness of identities and emotional closeness with parents across and within cultures. *Asian Journal of Social Psychology, 10*(3), 145-161.
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of affective disorders, 190*, 47-55.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1184-1190.
- Jensen, L. L., Gilbert, J. D., & Byard, R. W. (2009). Coincident deaths: double suicide or murder-suicide?. *Medicine, Science and the Law, 49*(1), 27-32.
- Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., & Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(1), 20-32. <https://doi.org/10.1111/inm.12416>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia, 166*(4), 182-186.

- Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2007). Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Annals of General Psychiatry*, 6, 1-6.
- Kaeding, A., Sougleris, C., Reid, C., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Dorrian, J., & Simpson, S. (2017). Professional burnout, early maladaptive schemas, and physical health in clinical and counselling psychology trainees. *Journal of clinical psychology*, 73(12), 1782-1796.
- Kaplan, M. A., & Inguanzo, M. M. (2011). The Social Implications of Health Care Reform: Reducing Access Barriers. *HISPANIC POLICY*, 23, 83.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26-S30.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). The prevalence of psychiatric disorders distribution of subjects gender and its relationship with psychiatric help-seeking. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(4), 344.
- Kessler, R. C. (1994). The national comorbidity survey of the United States. *International review of psychiatry*, 6(4), 365-376.
- Kessler, R. C., & Walters, E. (2002). The national comorbidity survey. *Textbook in psychiatric epidemiology*, 343-362.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health*, 29(1), 115-129.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(5), 1101-1119.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Kızıldağ, S., Zorbaz, S. D., Gençtanırım, D., & Arıcı, F. (2012). Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin psikolojik danışma yardımı almaya ve bu yardımın sunulduğu birimlere ilişkin görüşleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(3), 185-196.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.
- Kiye, S. (2024). Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri: Tarihi Gelişimi, Modelleri ve Programı. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44(1), 601-629.
- Koydemir, S., Erel, Ö., Yumurtacı, D., & Şahin, G. N. (2010). Psychological help-seeking attitudes and barriers to help-seeking in young people in Turkey. *International*

Journal for the Advancement of Counselling, 32(4), 274-289. doi: 10.1007/s10447-010-9106-0

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317-325.
- Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2011). Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 168(7), 672-674.
- Kuzminskaite, E., Penninx, B. W., van Harmelen, A. L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., & Vinkers, C. H. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of affective disorders*, 283, 179-191.
- Küey, L., & Güleç, C. (1989). Depression in Turkey in the 1980s: epidemiological and clinical approaches. *Clinical neuropharmacology*, 12, S1-S12.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., & Obeidat, A. A. (2018). Interprofessional simulation in undergraduate nursing program: An integrative review. *Nurse Education Today*, 67, 46-55.
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 57-71.
- Larcombe, W., Finch, S., Sore, R., Murray, C. M., Kentish, S., Mulder, R. A., ... & Williams, D. A. (2016). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological distress among students at an Australian university. *Studies In Higher Education*, 41(6), 1074-1091. doi: 10.1080/03075079.2014.966072

- Lobel, M., & Dunkel-Schetter, C. (1990). Conceptualizing stress to study effects on health: Environmental, perceptual, and emotional components. *Anxiety Research*, 3(3), 213-230.
- Locke, B. D., Bieschke, K. J., Castonguay, L. G., & Hayes, J. A. (2012). The center for collegiate mental health: Studying college student mental health through an innovative research infrastructure that brings science and practice together. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 233-245
- Logan, D. E., & King, C. A. (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 319.
- Marchildon, G. P., & World Health Organization. (2013). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*. 15(1): 1 – 179.
- Maslow, A. (1968). Some educational implications of the humanistic psychologies. *Harvard educational review*, 38(4), 685-696.
- Maslow, A. H. (1943). Preface to motivation theory. *Psychosomatic medicine*, 5(1), 85-92.
- Matos, A. P., do Rosário Pinheiro, M., Costa, J. J., do Céu Salvador, M., Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2019). Prevention of initial depressive disorders among at-risk portuguese adolescents. *Behavior Therapy*, 50(4), 743-754.
- McCarthy, B., Carter, A., Jansson, M., Benoit, C., & Finnigan, R. (2018). Poverty, material hardship, and mental health among workers in three front-line service occupations. *Journal of Poverty*, 22(4), 334-354.
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of general psychiatry*, 69(11), 1151-1160.

- Mitte, K. (2007). Anxiety and risky decision-making: The role of subjective probability and subjective costs of negative events. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 243-253.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., ... & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 41(8), 1751-1761.
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernández, A., García-Campayo, J., ... & Bellón, J. Á. (2014). Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: a systematic review of cohort studies. *Journal of affective disorders*, 168, 337-348.
- Mowbray, C. T., Mandiberg, J. M., Stein, C. H., Kopels, S., Curlin, C., Megivern, D., ... & Lett, R. (2006). Campus mental health services: Recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 226-237.
- Mowbray, O., Perron, B. E., Bohnert, A. S., Krentzman, A. R., & Vaughn, M. G. (2010). Service use and barriers to care among heroin users: results from a national survey. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(6), 305-310.
- Murray, L., Fearon, P., & Cooper, P. (2015). Postnatal depression, mother–infant interactions, and child development: Prospects for screening and treatment. *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*, 139-164.
- Mustanski, B., Andrews, R., Herrick, A., Stall, R., & Schnarrs, P. W. (2014). A syndemic of psychosocial health disparities and associations with risk for attempting suicide among young sexual minority men. *American journal of public health*, 104(2), 287-294.

- Nafees, N., & Jahan, M. (2017). Psychological capital (PsyCap) and mental well-being among medical students. *The International Journal of Indian Psychology, 4*(3), 60-68.
- Najjar, F., Weller, R. A., Weisbrot, J., & Weller, E. B. (2008). Post-traumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Current psychiatry reports, 10*(2), 104-108.
- Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R., & Lee, S. M. (2013). Psychological factors in college students' attitudes toward seeking professional psychological help: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(1), 37.
- Nash, S., Sixbey, M., An, S., & Puig, A. (2017). University students' perceived need for mental health services: A study of variables related to not seeking help. *Psychological services, 14*(4), 502.
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression research and treatment, 2015*(1), 650804.
- Nelson, J., Klumppendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(2), 96-104
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of clinical psychiatry, 65*, 18-28.
- Nemeroff, C. B., & Seligman, F. (2013). The pervasive and persistent neurobiological and clinical aftermath of child abuse and neglect. *The journal of clinical psychiatry, 74*(10), 3335.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2013). The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental psychology, 49*(11), 2191.

- Øverup, C. S., McLean, E. A., Brunson, J. A., & Coffman, A. D. (2017). Belonging, burdensomeness, and self-compassion as mediators of the association between attachment and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*(8), 675-703.
- Özel, D., Dökmeçi, M., Gökalp, G., Dikmen-Yıldız, P., & Akkuş, M. (2021). Türkiye'de yükseköğretimde Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik hizmetlerinin mevcut durumu. *IHEC 2021*, 146.
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: Current research status and future directions. *Australian Psychologist, 47*(3), 147-155.
- Pallant, J. (2011). Survival manual. *A step by step guide to data analysis using SPSS, 4*(4).
- Penner-Goeke, S., & Binder, E. B. (2019). Epigenetics and depression. *Dialogues in clinical neuroscience, 21*(4), 397-405.
- Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics.
- Piaget, J. (1964). Classification of disciplines and interdisciplinary connexions. *International Social Science Journal, 16*(4).
- Pilowski, L., & O'Sullivan, G. (1989). Mental illness in doctors. *BMJ: British Medical Journal, 298*(6669), 269.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry, 182*(4), 342-346.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist, 42*(11), 993.

- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Prince, J. P. (2015). University student counseling and mental health in the United States: Trends and challenges. *Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.03.001>
- Puglia, B. (2008). The professional identity of counseling students in master's level CACREP accredited programs. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (UMI No. 3324071)
- Putnam, F. W., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T., & Briggs, E. C. (2020). Synergistic adversities and behavioral problems in traumatized children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104492.
- Quinnett, P. (2012). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, theory and research. *QPR Institute*.
- Quinnett, P. (2012). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale and theory. QPR Institute. <https://www.qprinstitute.com/uploads/QPR%20Theory%20Paper.pdf>
- Ran, M. S., Weng, X., Liu, Y. J., Zhang, T. M., Thornicroft, G., Davidson, L., ... & Xiang, M. Z. (2017). Severe mental disorders in rural China: a longitudinal survey. *The Lancet*, 390, S37.
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433-441.

- Richards, M., & Hatch, S. L. (2011). A life course approach to the development of mental skills. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(suppl_1), i26-i35.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical journal of Australia*, 187(S7), S35-S39.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
- Rickwood, D., Thomas, K., & Bradford, S. (2012). Help-seeking measures in mental health: a rapid review. *Sax Inst*, 1, 35.
- Roberts, M. C., & Canter, K. S. (2014). Professional psychology: Research and practice. *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-3.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., ... & Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1069-1077.
- Rummell, C. M. (2015). An exploratory study of psychology graduate student workload, health, and program satisfaction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(6), 391. <https://doi.org/10.1037/pro0000056>
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88.

- Saakvitne, K. W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic dialogues*, 12(3), 443-449.
- Sartorius, N. (2002). *Fighting for mental health: a personal view*. Cambridge University Press.
- Schonert-Reichl, K. A., & Muller, J. R. (1996). Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 25(6), 705-731.
- Sedlak, A. J., Heaton, L., & Evans, M. (2022). Trends in child abuse reporting. In *Handbook of child maltreatment* (pp. 3-34). Cham: Springer International Publishing.
- Seyoum, Y. (2011). Revitalizing quality using guidance counseling in Ethiopian higher education institutions: exploring students' views and attitudes at Haramaya University. *International Journal of Instruction*, 4(2).
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., ... & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 287, 282-292.
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional psychology: Research and practice*, 29(1), 79.
- Silverman, M. M., Meyer, P. M., Sloane, F., Raffel, M., & Pratt, D. M. (1997). The Big Ten Student Suicide Study: A 10-year study of suicides on midwestern university campuses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(3), 285-303.
- Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1.

- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416-421.
- Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S., & Blaustein, M. (2005). National survey of complex trauma exposure, outcome and intervention for children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439.
- Stallman, H. (2010). *A population approach to the promotion of mental health in tertiary students* (pp. 320-323). IATED.
- Stebnicki, M. A. (2007). Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 317-338.
- Stebnicki, M. A. (2007). Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 317-338.
- Stepakoff, S. (1998). Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in US college women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 107-126.
- Sullivan, E., Shelley, J., Rainey, E., Bennett, M., Prajapati, P., Powers, M. B., ... & Warren, A. M. (2017). The association between posttraumatic stress symptoms, depression, and length of hospital stay following traumatic injury. *General hospital psychiatry*, 46, 49-54.
- Syed, M., & McLean, K. C. (2017, April 24). Erikson's Theory of Psychosocial Development. <https://doi.org/10.4135/9781483392271.n178>
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*.
- Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliği. *Türkiye Klinikleri*, 32(4), 1054-1063. doi: 10.5336/medsci.2011-26947

- Şimşir, Z., Koç, H., Seki, T., & Griffiths, M. D. (2022). The relationship between fear of COVID-19 and mental health problems: A meta-analysis. *Death studies*, *46*(3), 515-52
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson.
- Tay, S., Alcock, K., & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(9), 1545-1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- The Association for University and College Counseling Center Directors (AUCCCD). (2023). *Annual Survey for Reporting Period July 1, 2022 through June 30, 2023*. <https://www.auccd.org/assets/documents/Survey/20222023%20Annual%20Survey%20Report%20Public.pdf>
- Tyessen, R. , Røvik, J. O. , Vaglum, P. , Grønvold, N. T. , & Ekeberg, Ø. (2004). Help-seeking for mental health problems among young physicians: Is it the most ill that seeks help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(12), 989–993. doi:<https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-16>
- Utter, J., Denny, S., Peiris-John, R., Moselen, E., Dyson, B., & Clark, T. (2017). Family meals and adolescent emotional well-being: findings from a national study. *Journal of nutrition education and behavior*, *49*(1), 67-72.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, *184*(5), 386-392.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, 3.

- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient education and counseling*, 73(1), 97-104.
- Vaske, J. J., Beaman, J., & Sponarski, C. C. (2017). Rethinking internal consistency in Cronbach's alpha. *Leisure sciences*, 39(2), 163-173.
- Verdone, M., & Murray, M. (2021). Stress and basic need satisfaction of first-year healthcare professional students. *Medical Science Educator*, 31, 519-525.
- Vidourek, R. A., King, K. A., Nabors, L. A., & Merianos, A. L. (2014). Students' benefits and barriers to mental health help-seeking. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 1009-1022.
- Wadsworth, M. E., Rindlaub, L., Hurwich-Reiss, E., Rienks, S., Bianco, H., & Markman, H. J. (2013). A longitudinal examination of the adaptation to poverty-related stress model: Predicting child and adolescent adjustment over time. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 713-725.
- Weitzman, E. R. (2004). Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(4), 269-277.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., ... & Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>
- Williams, L. M., Kemp, A. H., Felmingham, K., Barton, M., Olivieri, G., Peduto, A., ... & Bryant, R. A. (2006). Trauma modulates amygdala and medial prefrontal responses to consciously attended fear. *Neuroimage*, 29(2), 347-357.

- Williams, W. R. (2009). Struggling with poverty: Implications for theory and policy of increasing research on social class-based stigma. *Analyses of Social Issues and Public Policy, 9*(1), 37-56.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology, 15*(4), 357-376.
- Wolf, N. L., & Shi, J. (2010). Trauma and incarcerated persons. In C. L. Scott (Ed.), *Handbook of correctional mental health*. American Psychiatric Publishing.
- Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in mental health nursing, 27*(2), 161-183.
- Woo, H., & Henfield, M. S. (2015). Professional identity scale in counseling (PISC): Instrument development and validation. *Journal of Counselor Leadership and Advocacy, 2*(2), 93-112.
- Woolston, C. (2019). PhDs: the tortuous truth. *Nature, 575*(7782), 403-407.
- World Health Organization (WHO). (2022a). Mental Health and Covid-19: Early evidence of the pandemic's impact. 2 March 2022. file:///C:/Users/arzud/Downloads/WHO-2019-nCoV- Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf.
- World Health Organization (WHO). (2022b). COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
- World Health Organization (WHO). (2022c). Mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

- World Health Organization (2005). Department of Mental Health, Substance Abuse, World Health Organization. Mental Health Evidence, & Research Team. *Mental health atlas 2005*. World Health Organization.
- World Health Organization (2015a). *Mental health*. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- World Health Organization (2015b). *Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders, 2015*. World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (2024). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
- Yang, J. (2017). *Mental health in China: Change, tradition, and therapeutic governance*. John Wiley & Sons.
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and psychopathology*, 20(2), 651-671.
- Yelpaze, İ., & Ceyhan, A. A. (2019). University Students' Perceptions about Psychological Help Seeking: A Qualitative Study. *International Online Journal of Educational Sciences*, 11(1).
- Yılmaz, E., & Dost, M. T. (2023). Early Trauma Inventory-Self Report Short Form: Turkish adaptation and psychometric analysis for university students. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (67), 177-196.

Yükseköğretim Kurulu. (2020). *Basın açıklaması* (26.03.2020). 28 Ağustos 2023 tarihinde <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/universitelerde-uygulanacak-uzaktan-egitime-iliskin-aciklama.aspx> adresinden erişildi.

Yükseköğretim Kurulu. (2023). *2022-2023 bahar yarıyılı eğitim sürecine ilişkin alınan kararlar*. 30 Ağustos 2023 tarihinde <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2023/yok-baskani-ozvar-2022-2023-egitim-ogretim-bahar-donemi-ne-iliskin-alinan-yeni-kararlari-acikladi.aspx> adresinden erişildi.

Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC public health*, 6, 1-7.

Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L. H., ... & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*, 256, 353-358.

Zbozinek, T. D., Rose, R. D., Wolitzky-Taylor, K. B., Sherbourne, C., Sullivan, G., Stein, M. B., ... & Craske, M. G. (2012). Diagnostic overlap of generalized anxiety disorder and major depressive disorder in a primary care sample. *Depression and anxiety*, 29(12), 1065-1071.

Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., ... & Rush, A. J. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539-1546.

Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 180-185.

Zlotnik, D. M. (2013). *Predictors of revictimization following child sexual abuse: A meta-analytic review*. St. John's University.

EK-A: Ölçek Kullanım İzinleri**EK-A1 Kısa Semptom Envanterinin Kullanım İzni**

Sayın Öztürk,
Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

...

15.10.2022 17:42, İlayda Öztürk yazmış:

Sayın Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN Hocam,

Merhaba, nasılsınız? Ben İlayda ÖZTÜRK. Hacettepe Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programında tezli yüksek lisans yapmaktayım. Kıymetli Doç. Dr. Meliha TUZGÖL DOST hocamın danışmanlığında "Psikolojik Danışmanlık Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Gereksinimleri ve Yardım Aramaya İlişkin Engeller" konulu bir tez önerisi hazırlıyorum. Hazırlayacağım bu öneride ve tezimde bireylerin depresyon ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla sizler ve arkadaşlarınız tarafından uyarlanan "Kısa Semptom Envanteri"ni kullanmayı düşünmekteyim. Ölçek maddelerini incelemek ve yalnızca ilgili çalışmamda ölçeği kullanmak amacıyla izninizi istiyorum.

Talebimi değerlendirdiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Psk. Dan. İlayda ÖZTÜRK

EK-A: Ölçek Kullanım İzinleri

EK-A2 Erken Travma Envanterinin Kullanım İzni

Merhaba İlayda hanım. Ölçeği akademik çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

25 Eylül 2023 Pzt. 21:49 tarihinde İlayda Öztürk < > şunu yazdı:



Sayın Emre Hocam,

Merhaba, nasılsınız? Ben İlayda ÖZTÜRK. Hacettepe Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programında tezli yüksek lisans yapmaktayım. Kıymetli Doç. Dr. Meliha TUZGÖL DOST hocamın danışmanlığında "Psikolojik Danışmanlık Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Gereksinimleri ve Yardım Aramaya İlişkin Engeller" konulu bir tez önerisi hazırlıyorum. Hazırlayacağım bu öneride ve tezimde bireylerin erken dönem travmalarını belirlemek amacıyla "Erken Travma Envanteri Kısa Formu"nu kullanmayı düşünmekteyim. Ölçek maddelerini incelemek ve yalnızca ilgili çalışmamda ölçeği kullanmak amacıyla izninizi istiyorum.

Talebimi değerlendirdiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Psk. Dan. İlayda ÖZTÜRK

EK B: Gönüllü Katılım Formu

...../...../.....

Değerli Katılımcı,

Öncelikle yapacak olduğum araştırmaya gösterdiğiniz ilgi ve ayırdığınız zaman için çok teşekkür ederim. Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesinde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi İlayda ÖZTÜRK'ün Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST danışmanlığında yürütülen "Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Gereksinimleri ve Yardım Almada Karşılaştıkları Zorluklar" konulu yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın amacı/konusu, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaç alanlarını, yardım almanın önündeki engelleri ve deneyimlerini incelemektir.

Bu çalışma için Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'ndan ve Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan Onay Bildirimi ile gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda sebep belirtmeksizin çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Ölçek, genel anlamda kişisel rahatsızlık verecek sorular ve bir risk içermemektedir. Ancak, katılım esnasında sorulardan veya herhangi başka bir sebep nedeniyle kendinizi rahatsız hissederseniz katılımdan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Böyle bir durumda çevrimiçi formu kapatıp uygulamayı sonlandırmanız yeterli olacaktır. Bu durum size bir yükümlülük/sorumluluk getirmeyecek ve herhangi olumsuz bir tutumla karşılaşmayacaksınız. Ayrıca rahatsızlığınızın giderilmesi için gerekli olan yardım size ölçekleri uygulayan kişi tarafından sağlanacaktır. Çevrimiçi forma isimlerinizi yazmanıza gerek yoktur. Sizden elde edilecek olan veriler yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Burada verdiğiniz bilgiler, bu araştırmada yer alan iki araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Toplanan veriler, bireysel değil bir bütün olarak değerlendirilecektir. Katılımcıların tutulan tüm kayıt ve raporlarının gizliliği araştırmacılar tarafından sağlanacaktır.

Araştırma kapsamında Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaç alanlarının belirlenmesi için Kısa Semptom Envanterinin ve Erken Travma Envanterinin, bazı kişisel özellikler için Kişisel Bilgi Formunun yanıtlanması beklenmektedir. Her bölümdeki ölçeğin nasıl yanıtlayacağı konusunda, ilgili bölümün başında bilgi verilmiştir. Ölçeklerin yanıtlanması yaklaşık 15-20 dakika sürmekte olup herhangi bir süre kısıtlaması bulunmamaktadır. Her bir soruya sizi yansıtan en doğru/içten yanıtı vermeniz ve boş bir soru bırakmamanız araştırmanın amacına ulaşabilmesi açısından oldukça önemlidir.

Bu çalışmaya katılmayı onaylamadan önce ya da sonrasında aklınıza gelen, sormak istediğiniz soruları çekinmeden, istediğiniz zaman ölçeği uygulayan kişiye sorabilirsiniz. Araştırmaya dair her türlü sorunuz ölçeği uygulayan kişi tarafından cevaplanacaktır. Araştırmanın sonucu hakkında bilgi almak ve çalışmayla ilgili herhangi bir görüş bildirmek ya da soru sormak isterseniz numaralı telefondan ya da e-posta adresinden Psk. Dan. İlayda ÖZTÜRK ile iletişim kurabilirsiniz. Ayrıca, herhangi bir soru veya görüş bildirmek için sorumlu veya yardımcı araştırmacıya, aşağıdaki iletişim adreslerinden de ulaşabilirsiniz. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Yüksek lisans tezi olarak Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST danışmanlığında Psk. Dan. İlayda ÖZTÜRK tarafından yürütülen ve katılımcısı olmam teklif edilen araştırma ile ilgili yukarıdaki açıklamaları dikkatli bir şekilde okudum. Araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum (Araştırmaya katılımı gönüllü olarak kabul ettiğinize dair aşağıdaki onay kutucuğunu işaretledikten sonra ölçek maddelerine geçebilirsiniz. Ölçme araçlarını yanıtladıktan sonra formu kapatıp sayfadan ayrılabilirsiniz.).

Kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı/Soyadı:
Adres:
E-posta:
Tel:
İmza:

Sorumlu Araştırmacı:

Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST
Hacettepe Üni. Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık A.B.D.
Tel:
E-posta:
İmza:

Araştırmacı:

Psk. Dan. İlayda ÖZTÜRK
Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık B.D.
Tel:
E-posta:
İmza:

EK C: Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans programı öğrencilerinin psikolojik yardım ihtiyaçlarını ve yardım almanın önündeki engelleri incelemeyi amaçlayan bu çalışmada sizden Kişisel Bilgi Formunu yanıtlamanız beklenmektedir. Yanıtlarınızdan elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. İçten ve samimi yanıtlarınız Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık öğrencilerinin ruh sağlığı ihtiyaç alanları ve yardım alma engelleri ile ilgili bilimsel bilgi dağarcığına katkıda bulunacaktır. Araştırmada yer alan ölçme araçlarındaki tüm ifadelere lütfen hiçbirini atlamadan yanıt veriniz.

Araştırmaya verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

İlayda ÖZTÜRK

Hacettepe Üniversitesi

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı

Not: Bu çalışma için, profesyonel ruh sağlığı hizmetleri; kayıtlı bir psikolog, kayıtlı bir psikiyatrist veya kayıtlı bir psikolojik danışman gibi lisanslı ruh sağlığı pratisyenleri tarafından sağlanan hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Kişisel Bilgi Formunda bulunan ilgili soruları bu hususta yanıtlamanız beklenmektedir.

1) Cinsiyet ____

2) Yaş ____

3) Üniversite _____

4) Programdaki yıl

Hazırlık

1

2

3

4

4+

5) Daha önce psikolojik yardım almaya ihtiyaç duydunuz mu?

Evet Hayır

6) Psikolojik yardım ihtiyacınız doğrultusunda profesyonel psikolojik destek aldınız mı?

Evet Hayır

7) Şu anda psikolojik sıkıntı veya sıkıntılar yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız hayırsa, Kısa Semptom Envanterine geçebilirsiniz.

Cevabınız evetse, aşağıdaki konulardan hangisi veya hangileri ile ilgili sıkıntılar yaşadığınızı düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Seçeneklerde yaşadığınız sorun alanlarından herhangi biri bulunmuyorsa; diğer seçeneğini işaretleyerek yaşadığınız sorunu ilgili boşluğa yazınız.)

- Aile sorunları
- Akademik hayat ve okul ile ilgili sorunlar
- Ekonomik sıkıntılar
- Kaygı bozuklukları
- Tükenmişlik ve yorgunluk
- Yalnızlık ve sosyal destek eksikliği
- Depresyon
- Fiziksel sağlık sorunları
- Romantik ilişki sorunları
- Arkadaşlık ilişkileri ile ilgili sorunlar
- Diğer kişilerarası sorunlar
- Ölüm, kayıp veya yas
- Çocuklukta veya gençlikte yaşanmış travmatik olay
- Bağımlılık ile ilgili sorunlar (sigara, alkol, uyuşturucu madde vb.)

- İntihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi veya intihar amaçlı olmayacak şekilde kendine zarar vermiş olmak
- Diğer _____

8) Psikolojik yardım ihtiyacı duyduğunuz bu sorun veya sorunlarla ilgili olarak profesyonel ruh sağlığı desteği aradınız mı?

Evet Hayır

Cevabınız hayırsa, Kısa Semptom Envanterine geçebilirsiniz.

Cevabınız evetse, arayışınız sonucunda profesyonel psikolojik desteğe ulaşabildiniz mi?

Evet Hayır

Cevabınız evetse, Kısa Semptom Envanterine geçebilirsiniz.

Cevabınız hayırsa, profesyonel psikolojik destek bulamama nedeniniz veya nedenleriniz nelerdir?

- Mevcut profesyonel yardım kaynaklarının eksikliği
- Ekonomik sınırlılıklar
- Gerekli zamanı ayıramama
- İleriye yönelik mesleki statüyü kaybetme korkusu ve/veya damgalanma korkusu
- Gizlilik ve/veya gizlilik endişeleri
- Utanma veya çekinme
- Motivasyon, enerji veya ilgi eksikliği
- Yetersiz sosyal destek
- Cesaretsizlik veya umutsuzluk
- Profesyonel olmayan yardım kaynaklarını yeterli buluyorum (Örneğin arkadaşlar, aile üyeleri, romantik partner, öğretmen, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans öğrencisi vb.)
- Mevcut profesyonel yardım kaynakları hakkında bilgim yok
- Uzmanın bana yardımcı olup olamayacağı konusunda endişelerim var
- Sorunun yardım almaya değecek kadar büyük olmadığını düşünüyorum
- Diğer _____

EK D: Kişisel Bilgi Formu İçin Kullanılan Pilot Uygulama Formu

Merhaba, ben Psk. Dan. İlayda ÖZTÜRK. Hacettepe Üniversitesinde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Tez danışmanım Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST danışmanlığında “Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Gereksinimleri ve Yardım Almada Karşılaştıkları Zorluklar” konulu tez çalışması yapmayı planlamaktayım. Bugün bu tez çalışmamın bir ön çalışması niteliğinde sizin de isteğiniz doğrultusunda bir görüşme yapacağız. Yanıtlarınız yalnızca bilimsel araştırma dahilinde kullanılacak olup, görüşme sürecinde konuşulanlar tez danışmanım dışında kimse ile kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırma soruları içinde kimliğinizle ilgili özel bir soru bulunmamaktadır. Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

İzin verirseniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Bunun sizin için bir sakıncası var mı? Görüşmenin yaklaşık yarım saat süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz sorulara başlamak istiyorum.

Demografik Bilgiler:

1. Kısaca kendinizden bahseder misiniz? (Yaş, okul, sınıf düzeyi vb. gibi genel bilgiler alınacaktır.)

Önceki Psikolojik Yardım Alma Deneyimi:

1. Daha önce hiç psikolojik yardım aldınız mı?
(Öğrenci daha önce yardım aldıysa aşağıdaki sorular sorulacaktır.)
2. Hangi konu veya konularda psikolojik yardım almaya ihtiyaç duyduunuz?
3. Hangi ruh sağlığı çalışanı grubundaki uzmandan yardım aldınız? (Psikolog, psikiyatrist, psikolojik danışman vb.)
4. İlaçla tedavi ve/veya psikoterapi yardımlarından hangisini aldınız?
5. Psikolojik yardımı ne zaman aldınız?
6. Psikolojik yardımı ne kadar süre aldınız?
7. Daha önce aldığınız psikolojik yardımı bulma ve bu yardıma erişme konularında nasıl bir yol izlediniz?
8. Psikolojik yardım aramanızı ve yardıma erişmenizi zorlaştıran herhangi bir durum oldu mu?

Psikolojik Sıkıntı Alanları:

1. Şu anda psikolojik sorun ya da sorunlar yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

(Öğrenci şu anda psikolojik sorun ya da sorunlar yaşadığını düşünüyorsa aşağıdaki sorular sorulacaktır.)

2. Özellikle hangi konularda psikolojik sıkıntı ya da sıkıntılar yaşadığınızı düşünüyorsunuz?
3. Son zamanlarda psikolojik yardım almaya ihtiyaç duydunuz mu?
4. Psikolojik yardım almayı ister miydiniz?
5. Son zamanlarda psikolojik yardım aradınız mı?
6. Arayışınız sonucunda yardıma ulaşabildiniz mi?

Yardım Bulma Konusundaki Engeller:

(Öğrenci yardım arayıp ulaşamadıysa aşağıdaki sorular sorulacaktır.)

1. Psikolojik yardım alma konusunda yaşadığınız zorluklar/karşılaştığınız engeller nelerdir?
2. Psikolojik desteğe/yardıma erişimin kolaylaşması için yapılması veya değiştirilmesi gerektiğini düşündüğünüz şeyler nelerdir?

EK-E: Ölçme Araçları Örnek Maddeleri

EK-E1 Kısa Semptom Envanteri Örnek Maddeler

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Daha sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son 1 hafta içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasının karşısındaki boşluğa yazınız.

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

Aşağıdaki belirtileri son 1 haftadır ne düzeyde yaşıyorsunuz?

1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali.	
9	Yaşamınıza son verme düşüncesi.	
16	Yalnızlık hissetme.	
23	Mide bozukluğu, bulantı.	
27	Karar vermede güçlükler.	
32	Kafanızın bomboş kalması.	
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetme.	
44	Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.	
49	Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.	
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.	

EK-E: Ölçme Araçları Örnek Maddeleri

EK-E2 Erken Travma Envanteri Örnek Maddeler

Katılımcı Adı Soyadı veya Numarası: _____ Yaşı: ____ Tarih: _____

Bölüm 1. Genel Travmalar. 18 yaşından önce;

1. Ciddi bir kaza geçirdiniz mi?.....EVET

HAYIR

5. Anne babanız boşandı mı ya da ayrıldı mı?.....EVET

HAYIR

8. Aile üyelerinden birine veya başkalarına şiddet uygulandığına hiç tanık oldunuz mu?.....EVET

HAYIR

11. Hiç cinayete tanık oldunuz mu?.....EVET

HAYIR

Bölüm 2. Fiziksel Ceza. 18 yaşından önce;

14. Hiç yumruklandınız veya tekmelendiniz mi?.....EVET

HAYIR

Bölüm 3. Duygusal İstismar. 18 yaşından önce;

17. Sıklıkla eleştirildiniz veya alay konusu oldunuz mu?.....EVET

HAYIR

Bölüm 4. Cinsel Olaylar. 18 yaşından önce;

25. İsteğiniz dışında cinsel birleşme yaşamaya zorlandığınız oldu mu?.....EVET

HAYIR

Yukarıdaki olaylardan herhangi biri için "EVET" cevabını verdiyseniz, yaşamınızda en büyük etkisi olan olay için aşağıdaki soruları cevaplayın. Cevaplarırken olay sırasında nasıl hissettiğinizi düşünün.

29. Kendinizi bedeninizden ayrılmış ya da sanki bir rüyadaymış gibi hissettiniz mi?.....EVET

HAYIR

EK-F: Araştırma Etik Komisyonu Onay Bildirimi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-66777842-300-00003131797
Konu : Etik Komisyonu İzni (İlayda ÖZTÜRK)

11/10/2023

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 02.10.2023 tarihli ve E-51944218-300-00003110407 sayılı yazınız.

Enstitünüz Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık yüksek lisans programı öğrencisi İlayda ÖZTÜRK'ün, Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST sorumluluğunda yürüttüğü "Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Gereksinimleri ve Yardım Almada Karşılaştıkları Zorluklar" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulunun 10 Ekim 2023 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. İsmet KOÇ
Kurul Başkanı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 16747AED-7AFF-4D52-B102-2560B78A2413

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/im-ebys>

Adres:

Bilgi için: Maryem KÖSE

E-posta: Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Bilgisayar İşletmeni

Telefon: Faks:

Telefon: 03122977367

Keç:



EK-G: Etik Beyanı

Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- * tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- * görsel, işitsel ve yazılı bütün bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- * başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- * atıfta bulunduğum eserlerin bütününe kaynak olarak gösterdiğimi,
- * kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- * bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı

beyan ederim.

08/07/2024

(İmza)

İlayda ÖZTÜRK

EK-H: Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu

08/07/2024

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Başkanlığına,

Tez Başlığı: Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Gereksinimleri ve Yardım Almada Karşılaştıkları Zorluklar

Yukarıda başlığı verilen tez çalışmamın tamamı (kapak sayfası, özetler, ana bölümler, kaynakça) aşağıdaki filtreler kullanılarak **Turnitin** adlı intihal programı aracılığı ile kontrol edilmiştir. Kontrol sonucunda aşağıdaki veriler elde edilmiştir:

Rapor Tarihi	Sayfa Sayısı	Karakter Sayısı	Savunma Tarihi	Benzerlik Oranı	Gönderim Numarası
04/07/2024	166	18768	13/06/2024	%10	241258031

Uygulanan filtreler:

- Kaynaklar hariç
- Alıntılar dâhil
- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esaslarını inceledim ve çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, gereğini saygılarımla arz ederim.

Ad Soyadı: İlayda ÖZRTÜRK

Öğrenci No.: N21131393

Ana Bilim Dalı: Eğitim Bilimleri

İmza

Programı: Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık

Statüsü: Y.Lisans Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST
İmza

EK-İ: Thesis/Dissertation Originality Report

08/07/2024

HACETTEPE UNIVERSITY
Graduate School of Educational Sciences
To The Department of Educational Sciences

Thesis Title: Psychological Assistance Needs and Barriers to Seeking Help Among Guidance And
Psychological Counseling Undergraduate Students

The whole thesis that includes the *title page, introduction, main chapters, conclusions and bibliography section* is checked by using **Turnitin** plagiarism detection software take into the consideration requested filtering options. According to the originality report obtained data are as below.

Time Submitted	Page Count	Character Count	Date of Thesis Defense	Similarity Index	Submission ID
04/07/2024	166	18768	13/06/2024	10%	241258031

Filtering options applied:

1. Bibliography excluded
2. Quotes included
3. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Educational Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Name Lastname: İlayda ÖZTÜRK

Student No.: N21131393

Department: Educational Sciences

Program: Guidance and Psychological Counseling

Status: Masters Ph.D. Integrated Ph.D.

Signature

ADVISOR APPROVAL

APPROVED

Prof. Dr. Meliha TUZGÖL DOST
Signature

EK-I: Yayınlama ve Fikrî Mülkiyet Hakları Beyanı

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına ilişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü/Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü/Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

08/07/2024

(imza)

İlayda ÖZTÜRK

"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezini erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6.2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç; imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir". Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir
*Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

