

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YAYGIN ANKSİYETE SEMPTOMLARININ
YORDANMASINDA ÜSTBİLİŞ, BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE
PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cemile İlknur ÖNEN

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SAPANCI

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YAYGIN ANKSİYETE SEMPTOMLARININ
YORDANMASINDA ÜSTBİLİŞ, BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE
PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cemile İlknur ÖNEN

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez ___/___/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygu olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Cemile İlknur ÖNEN

14.06.2021

ÖNSÖZ

Tüm araştırma sürecindeki desteği, rehberliği ve nazik tavrı için değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SAPANCI'ya

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi birikimi ve içten yaklaşımlarıyla kendilerinden çok şey öğrendiğim sevgili hocalarım; Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR, Dr. Anıl GÜNDÜZ ve Dr. Öğr. Üyesi Burcu SEVİM'e

Destekleri, fedakârlıkları ve bana olan sonsuz inançları için canım annem ve babam Nilüfer & Selim ÖNEN'e

İhtiyacım olan her ana bol ışık, sevgi ve kahkaha getirdikleri için kardeşlerim Bengüsu & Kardelen ÖNEN'e

Motivasyon, cesaret ve derin sevgi kaynağı olduğu için Birkan KOŞAR'a

Sürecin başından itibaren eşlik ettikleri ve bu yolculuğu değerli kıldıkları için sevgili meslektaşlarım Elif, Kübra ve Sena'ya

Teşekkürlerimi sunarım...

Cemile İlknur ÖNEN

14.06.2021

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. Üstbiliş	5
1.1.1. Üstbiliş Kavramının Tanımı	5
1.1.2. Üstbilişin Bileşenleri	7
1.1.2.1. Üstbilişsel Bilgi ve İnançlar	7
1.1.2.2. Üstbilişsel Deneyim	7
1.1.2.3. Üstbilişsel Kontrol Stratejileri.....	8
1.1.3. Psikolojik Bozuklukların Üstbilişsel Modeli	8
1.1.3.1. Kendini-Düzenleyici Yönetici İşlev Modeli (S-REF / Self-Regulatory Executive Function)	8
1.1.3.2. Bilişsel Dikkat Sendromu (CAS / Cognitive Attentional Syndrome).....	10
1.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun Üstbilişsel Modeli	11
1.2. Bilinçli Farkındalık	13
1.2.1. Tarihsel Süreçte Bilinçli Farkındalık	13
1.2.2. Bilinçli Farkındalık Kavramının Tanımı ve Özellikleri.....	14
1.2.3. Bilinçli Farkındalık Becerileri.....	16
1.2.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Becerilerin Gelişimi	18
1.2.5. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler	21
1.2.5.1. Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MTSA)	21
1.2.5.2. Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT)	21
1.2.5.3. Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)	22
1.2.5.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT).....	22
1.3. Psikolojik Esneklik.....	22
1.3.1. Psikolojik Esneklik Kavramının Temelleri	23
1.3.1.1. İşlevsel Bağlamsalcılık.....	23
1.3.1.2. İlişkisel Çerçeve Teorisi.....	23
1.3.2. Psikolojik Esneklik Modeli	24

1.3.2.1. Psikolojik Esneklik Modelinin Temel Süreçleri	26
1.3.2.1.1. Kabul (acceptance)	26
1.3.2.1.2. Bilişsel ayrışma (cognitive defusion)	27
1.3.2.1.3. Şimdiki anla temas (contact with the present moment)	27
1.3.2.1.4. Bağlamsal benlik (self-as-context)	28
1.3.2.1.5. Değerler (values)	28
1.3.2.1.6. Adanmış eylemler (committed action)	29
1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	29
1.4.1. Tanı	29
1.4.2. Epidemiyoloji	31
1.4.3. Klinik Seyir	32
1.4.4. Komorbidite	32
BÖLÜM 2: YÖNTEM	34
2.1. Araştırma Modeli	34
2.2. Katılımcılar	34
2.3. Veri toplama Araçları	35
2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	36
2.3.2. Üstbilis Ölçeği-30 (Metacognition Questionnaire -30)	36
2.3.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Mindful Attention Awareness Scale)	36
2.3.4. Kabul ve Eylem Formu-2(Acceptance and Commitment Questionnaire-2)	37
2.3.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği (Generalized Anxiety Disorder-7 Scale)	37
2.4. İşlem	38
2.5. Verilerin Analizi	38
BÖLÜM 3: BULGULAR	40
3.1. Betimleyici Verilerin Analizi	40
3.2. Birinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	41
3.2.1. Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular	41
3.2.2. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular	43
3.2.3. Medeni Durum Değişkenine İlişkin Bulgular	44
3.2.4. Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	45
3.2.5. Çalışma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	46
3.2.6. Gelir Düzeyi Değişkenine İlişkin Bulgular	47
3.2.7. Fiziksel veya Psikolojik Sağlık Sorunu Bulunma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	49
3.2.8. Sürekli Kullanılan Bir İlaç Bulunma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	50

3.2.9. Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	51
3.3. İkinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	52
3.4. Üçüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	53
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	55
SONUÇ VE ÖNERİLER	65
KAYNAKÇA	68
EKLER	85
ÖZGEÇMİŞ	91

KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDS	: Bilişsel Dikkat Sendromu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BİFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
DDT	: Diyalektik Davranışçı Terapi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
KEF-2	: Kabul ve Eylem Formu-2
KKT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
MTBT	: Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi
MTSA	: Mindfulness Temelli Stres Azaltma
RFT	: İlişkişel Çerçeve Teorisi (Relational Frame Theory)
S-REF	: Kendini-Düzenleyici Yönetici İşlev Modeli (Self-Regulatory Executive Function)
ÜST-30	: Üstbiliş Ölçeği-30
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YAB-7	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) DSM-5 Tanı Ölçütleri	30
Tablo 2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	34
Tablo 3.1. Üstbiliş Ölçeği-30, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Kabul ve Eylem Formu-2 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler	40
Tablo 3.2. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Yaş Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Tek Yönlü ANOVA Sonuçları	42
Tablo 3.3. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	43
Tablo 3.4. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Medeni Durum Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	44
Tablo 3.5. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	45
Tablo 3.6. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	47
Tablo 3.7. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Gelir Düzeyi Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Tek Yönlü ANOVA Sonuçları	48
Tablo 3.8. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Fiziksel veya Psikolojik Sağlık Sorunu Bulunma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları	49
Tablo 3.9. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Sürekli Kullanılan Bir İlaç Bulunma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	50
Tablo 3.10. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	51
Tablo 3.11. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	52

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1.1. Nelson ve Naren'in (1990) Üst-Düzey/Nesne Düzeyi Mekanizması.....	6
Şekil 1.2. Psikolojik Bozukluğun S-REF Modeli (Wells ve Matthews, 1994)	9
Şekil 1.3 YAB'ın Üstbilişsel Modeli (Wells,1997).....	12
Şekil 1.4 Bilinçli Farkındalığın 3 Adımı	15
Şekil 1.5 Psikolojik Esneklik Modeli (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012)	25

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü- Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: YAYGIN ANKSİYETE SEMPTOMLARININ YORDANMASINDA ÜSTBİLİŞ, BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN ROLÜ

Tezin Yazarı: Cemile İlknur ÖNEN **Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SAPANCI

Kabul Tarihi: 14/06/2021 **Sayfa Sayısı:** v (ön kısım) + 84 (tez)+6(ek)

Anabilim dalı: Psikoloji

Bilim dalı: Klinik Psikoloji

Bu araştırmanın amacı, üstbiliş, bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin yaygın anksiyete semptomlarını yordama düzeyini incelemektir. Araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan ilişkiel taramaya dayalı yordayıcı korelasyon yöntemi ile yapılmıştır. Seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya 18-65 yaş arası 634 kişi katılmış; “Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜST-30), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği (YAB-7)” uygulanmıştır. Analizler sonucunda elde edilen bulgular, üstbiliş, bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin yaygın anksiyete semptomları ile ilişkili olduğunu ve birlikte yaygın anksiyete semptomlarının % 49.9'unu yordadığını göstermiştir. Araştırma sonuçları ilgili literatür çerçevesinde tartışılmış ve ileride yapılacak çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaygın Anksiyete, Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik

ABSTRACT

Istanbul Kent University, Institute of Graduate Education - Abstract of Master Thesis

Title of the Thesis: THE ROLE OF METACOGNITION, MINDFULNESS AND PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY IN THE PREDICTION OF GENERALIZED ANXIETY SYMPTOMS

Author: Cemile İlknur ÖNEN

Supervisor: Asst. Prof. Ahmet SAPANCI

Date: 14/06/2021

Nu. of pages: v (pre text) + 84 (main body)+6 (App.)

Department: Psychology

Subfield: Clinical Psychology

The aim of this research is to examine the prediction level of metacognition, mindfulness and psychological flexibility to generalized anxiety symptoms. The research was conducted with the predictive correlation method based on relational screening, which is one of the quantitative research methods. Convenience sampling method, one of the non-random sampling methods, was used. 634 people between the ages of 18-65 participated in the study; “Metacognition Questionnaire -30 (MCQ-30), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Acceptance and Commitment Questionnaire-2 (AAQ-2) and Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7)” were applied. Findings obtained as a result of the analyzes showed that metacognition, mindfulness and psychological flexibility were associated with generalized anxiety symptoms and together predicted 49.9% of generalized anxiety symptoms. The results of the research were discussed within the framework of the relevant literature and suggestions were made for future studies.

Keywords: Generalized Anxiety, Metacognition, Mindfulness, Psychological Flexibility

GİRİŞ

Anksiyete, toplumda birçok insanı etkileyen bir modern çağ bozukluğu olarak görülmektedir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, kas gerginliği, uyku bozukluğu ve sinirlilik gibi eşlik eden üç veya daha fazla semptomla ilişkili kronik, aşırı ve kontrol edilemeyen endişe ile karakterizedir (APA, 2013). Genel popülasyon için yaşam boyu yaygınlık oranları %8 ile %13,7 arasında değişmekte olup, kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülmektedir (Haller vd., 2014; Stein ve Sareen, 2015). Araştırmalar, YAB'nin erken ve kademeli bir başlangıçla ilişkili olduğunu ve kronik bir seyir izlediğini göstermektedir; ayrıca YAB, genel tıbbi durumlar ve diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek (% 85-90) komorbiditeye sahiptir (Beesdo ve diğerleri, 2010; Portman ve diğerleri, 2012; Ramsawh ve diğerleri, 2009). Bununla birlikte, YAB yeterince tanınmamakta ve yetersiz tedavi edilmektedir (Wittchen 2002; Haller vd., 2014; Toghianian vd., 2014).

Üstbiliş, düşünmenin kendisinin kontrolü, değiştirilmesi ve yorumlanmasında rol alan psikolojik yapılar, bilgiler, olaylar ve süreçler olarak tanımlanmaktadır (Wells ve Cartwright Hatton, 2004). Psikolojik bozukluğun üstbilişsel teorisine göre, üstbiliş, olumsuz ve önyargılı düşünme stillerinin sürdürülmesi ve kontrolünün belirlenmesinde merkezi bir rol oynar (Wells, 2009). Wells'e göre, çoğu insanın olumsuz düşünceleri ve inançları vardır ve çoğu durumda bunlar geçicidir; ancak YAB'deki endişe içeriği günlük endişeden farklı olmasa da, YAB'li bireyler kaygılarını kontrolsüz ve aşırı bir şekilde yaşamaktadırlar. Üstbilişsel terapi, bozukluğun ana kaynağının, düşüncelerin ve inançların içeriği veya öznel geçerliliğinden ziyade, bireylerin olumsuz düşüncelere tepki verme şekli olduğunu ileri sürer; üstbilişsel model, bireylerin endişeleriyle ilişki kurma, değerlendirme ve kontrol etme biçimlerindeki farklılıklar için bir açıklama sağlar (Hjemdal, Hagen, Nordahl ve Wells, 2013). Ayrıca üstbilişsel terapinin YAB üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar, bu terapi yönteminin etkinliğini ortaya koymaktadır (Haseeth ve diğerleri, 2019; Nordahl ve diğerleri, 2018; Wells, 2010).

Bilinçli farkındalık, kasıtlı olarak, şimdiki anda ve yargılamadan, an be an deneyimin gelişmesine yönelik dikkatin verilmesi ile ortaya çıkan farkındalığı ifade etmektedir (Kabat-Zinn, 2003). Bilinçli farkındalık, düşünceler, duygular ve bedensel duyumlar dahil olmak üzere mevcut an deneyimlerinin farkındalığını artıran meditasyon tekniklerinin düzenli olarak uygulanmasıyla geliştirilmektedir (Bishop vd., 2004; Evans vd., 2008). İnsanlar olumsuz duygulara odaklandıklarında, acılarını ve sıkıntılarını artırır; bilinçli farkındalık, şimdiki ana odaklanmaya dayalı farklı süreçler ve stratejiler (gözleme, yargılamama değil, vb.) aracılığıyla olumsuz duygularla ilişki kurmanın yeni bir yolunu öğretmektedir (Crane ve

diğerleri, 2016). YAB, aşırı ve kontrol edilemeyen endişe ile karakterizedir ve endişenin doğası geleceğe yönelik olduğundan; bu, bilinçli farkındalık eğitiminin YAB olan bireyler için yararlı bir alternatif yanıt sağlayabileceğini göstermektedir. Ek olarak, YAB'li bireyler sıklıkla anksiyete semptomlarına odaklanmaktadır ve bilinçli farkındalık uygulamaları, kişinin odağını tek bir nesneye sınırlamaktan ziyade, farkındalığı sürdürürken çok çeşitli dikkat nesnelere katılmayı öğretmektedir (Fumero vd., 2020). Ayrıca bilinçli farkındalığın YAB üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar, bu terapi yönteminin etkinliğini ortaya koymaktadır (Hofmann vd., 2010; Vøllestad, Nielsen ve Nielsen, 2011; Hoge ve diğerleri, 2013).

Psikolojik esneklik, bilinçli bir insan olarak şimdiki anla olduğu gibi tam ve savunmasız temas kurma ve değerlerin hizmetinde davranışta ısrar etme veya değişiklik yapma becerisini ifade etmektedir (Hayes ve diğerleri, 2013). Bu, KKT'nin temel hedefidir ve tüm süreçler - kabul, bilişsel ayrışma, şimdiki anla temas, bağlamsal benlik, değerler ve adanmış eylemler-birlikte psikolojik esneklik oluşturmaya katkıda bulunmaktadır (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). Genellikle YAB yaşayan bireyler, mevcut deneyimlerini kaçırmalarına neden olacak şekilde endişeleri ile tüketildiklerini bildirirler; içsel deneyimleriyle mücadele ederler, acı verici deneyimlerden kaçınırlar ve onları bastırırlar, anlamlı etkinliklere katılımlarını sınırlar ve endişeyi azaltmaya dayalı davranışsal seçimler yaparak davranışlarını kısıtlarlar. YAB'nin özelliği olan katı, kaçınan tepkilere alternatif bir yanıt olarak terapi, danışan için kişisel olarak anlamlı olanla uyumlu davranışları belirlemeye ve canlandırmaya odaklanır (Hayes-Skelton, Orsillo ve Roemer, 2013). Ayrıca KKT'nin YAB üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar, bu terapi yönteminin etkinliğini ortaya koymaktadır (Landy, Schneider ve Arch, 2015; Bluett ve diğerleri, 2014; Swain ve diğerleri, 2013).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma temel olarak üstbilis, bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin yaygın anksiyete semptomlarını yordama düzeyini; buna ek olarak, bu değişkenlerin demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu ve daha önce psikolojik destek alma durumu) göre nasıl farklılaştığını incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın Önemi

YAB klinik ortamlarda çok yaygındır ve yüksek bir komorbidite oranına sahiptir, ancak yukarıda belirtildiği gibi doğru tanı oranı çok düşüktür. Bu nedenle, yaygın anksiyete semptomlarının ve ilgili kavramların derinlemesine anlaşılması tedavi için oldukça önemlidir. Bu noktadan hareketle, üstbilis, bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik değişkenlerinin

incelenmesinin YAB'nin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde rol oynayan faktörlerin belirlenmesinde ve hangi tedavi yaklaşımının daha etkili olduğunun anlaşılmasında potansiyel bir klinik öneme sahip olduğu düşünülmektedir; bu üç yaklaşımın uygulanması ve hepsini kapsayan eklektik yaklaşımların geliştirilmesi, yaygın anksiyete bozukluğunun azaltılması ve iyileştirilmesinde önemli bir adım olabilir.

Literatürde bu değişkenlerin YAB ile ilişkisini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar yer almaktadır, ancak üstbilis, bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliği birlikte inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır; bu nedenle elde edilen verilerin yeni çalışmalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

S1: Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde

- a) Yaş değişkenine göre
- b) Cinsiyet değişkenine göre
- c) Medeni durum değişkenine göre
- d) Eğitim durumu değişkenine göre
- e) Çalışma durumu değişkenine göre
- f) Gelir düzeyi değişkenine göre
- g) Fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu değişkenine göre
- h) Sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu değişkenine göre
- i) Daha önce psikolojik destek alma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

S2: Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

S13: Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik puanlarının yaygın anksiyete düzeylerini yordama gücü nedir?

Sayıtlar

- 1- Katılımcıların araştırmada kullanılan ölçek ve formları dürüst ve samimi bir şekilde doldurdıkları varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

- 1- Araştırmada öz bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Bulgular, "Üstbiliş-30 Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Kabul ve Eylem Formu-2 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği" nden elde edilen verilerle sınırlıdır.
- 2- Araştırmada incelenen bazı demografik değişkenler (örn., eğitim düzeyi, psikolojik destek alma) örneklem büyüklükleri açısından eşit olmayan bir dağılıma sahiptir.
- 3- Araştırma verileri 2020 yılında 18-65 yaş aralığındaki 634 katılımcıdan (384 kadın ve 250 erkek) elde edilmiştir.
- 4- Araştırma verileri COVID-19 pandemi sürecinde ve online olarak toplanmıştır.

Tanımlar

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, kas gerginliği, uyku bozukluğu ve sinirlilik gibi semptomların eşlik ettiği bir dizi olay veya faaliyet (örn., sağlık, finans) hakkında aşırı kaygı ve endişe (APA, 2013).

Üstbiliş: Düşünmenin kendisinin kontrolü, değiştirilmesi ve yorumlanmasında rol alan psikolojik yapılar, bilgiler, olaylar ve süreçlerdir (Wells ve Cartwright Hatton, 2004).

Bilinçli Farkındalık: Kasıtlı olarak, şimdiki anda ve yargılamadan, an be an deneyimin gelişmesine yönelik dikkatin verilmesi ile ortaya çıkan farkındalıktır (Kabat-Zinn, 2003).

Psikolojik Esneklik: Bilinçli bir insan olarak şimdiki anla olduğu gibi tam ve savunmasız temas kurma ve değerlerin hizmetinde davranışta ısrar etme veya değişiklik yapma becerisidir (Hayes ve diğerleri, 2013).

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Üstbilis

Beck'in şema teorisi (Beck, 1976) ve Ellis'in akılcı duygucu davranışçı terapisi (Ellis, 1962) gibi geleneksel Bilişsel-davranışçı terapiler (BDT), psikolojik bozukluğun düşüncedeki bozukluk ve yanlılık ile bağlantılı olduğu ilkesine dayanmaktadır. Bu yaklaşıma göre duygusal bozukluk işlevsel olmayan şemaların (örn., zayıfım ya da başarısızım gibi) aktivasyonu ile bağlantılıdır, dolayısıyla inançlarımızın ve düşüncelerimizin içeriği yaşanan bozukluğun türünü belirlemektedir. Psikolojik rahatsızlıklarda görülen düşünme biçimleri tekrarlayıcı, döngüsel, sarmalayıcı özellikler gösterir ve kontrol altına alınmaları zordur. Önceki yaklaşımlar işlevsiz düşünme biçimlerini inançların varlığına dayandırmakta, bu paternin özellikleri ve neyin sebebiyet verdiği konusunda çok az şey söylemektedir. Psikolojik bozukluğun doğasını belirlemede şüphesiz düşüncenin içeriği önemliyken, insanları nasıl düşündükleri iyileşme için oldukça etkili olan bir unsurdur. Bu nedenle, bireyleri uyumsuz inançlara ulaşmaya yönlendiren iç bilişsel süreçleri, kuralları ve mekanizmaları kavramsallaştırmak önemlidir (Wells, 2000). Bir sonraki bölümde üstbilisin kavramsal tanımlarının sunulmasının ardından, bu yapı biraz daha detaylı bir şekilde incelenecek ve duygusal bozuklukların üstbilisel modeli ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

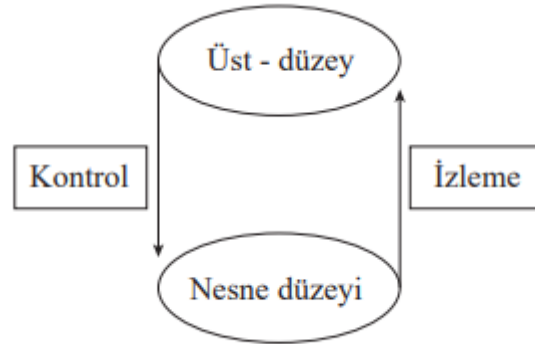
1.1.1. Üstbilis Kavramının Tanımı

Üstbilis (*metacognition*) kavramı ile ilgili teori ve araştırma bilişsel gelişim psikolojisindeki çalışmalarla ortaya çıkmış (Flavel, 1979), daha sonrasında ise nöropsikoloji, bellek psikolojisi ve yaşlılık psikolojisi alanlarına yayılmıştır (Metcalf & Shimamura, 1994). Üstbilis, genel olarak "düşünme hakkında düşünme (*thinking about thinking*) " veya "bilis hakkında bilis (*cognition about cognition*) " şeklinde ifade edilebilir. Üstbilis, "kişinin bilişsel sistemi ile ilgili istikrarlı bilgi ya da inançlar ve sistemin işleyişini etkileyen faktörlerle ilgili bilgiler; bilisin mevcut durumunun düzenlenmesi ve farkındalığı, düşüncelerin ve anıların öneminin değerlendirilmesi" şeklinde bir dizi faktöre atıfta bulunmaktadır (Wells, 1995). Diğer bir deyişle, üstbilis, düşünmenin kendisinin kontrolü, değiştirilmesi ve yorumlanmasında rol alan psikolojik yapılar, bilgiler, olaylar ve süreçler olarak tanımlanmaktadır (Wells ve Cartwright Hatton, 2004). Irak ve Tosun'a (2008) göre üstbilis, düşünme hakkında düşünme, neyi bildiğimizi ve neyi bilmediğimizi bilme süreci ve kendi düşüncelerimizi kontrol etme

yeteneğidir. Kısaca, bilişin değerlendirilmesi, izlenmesi veya kontrolünde yer alan herhangi bir bilgi veya bilişsel süreç üstbiliş olarak kabul edilebilir (Flavell, 1979; Moses ve Baird, 2002).

Bilişsel faaliyetlerin çoğu onları izleyen ve kontrol eden üstbilişsel faktörlere bağlıdır. Bu doğrultuda, üstbilişin genel bilişi kontrol ettiği ve izlediği fikri, iki bilişsel düzey arasında bir ayırım olduğuna işaret etmektedir (Wells,2000).

Nelson ve Narens (1990), üstbiliş ile ilgili üç soyut ilke öne sürmüşlerdir. Birinci ilke, bilişsel süreçlerin spesifik olarak birbirleriyle ilişkili iki veya daha fazla düzeyde işlemesidir. Bu düzeyler, üst düzey (meta-level) ve nesne düzeyi (object level) olarak bilinmektedir (Şekil 1.1.). İkinci ilke, üst düzeyin, nesne düzeyinin dinamik bir modelini (örneğin, zaman içindeki değişiklikleri vurgulayan zihinsel bir simülasyon) içermesidir. Üçüncü ilke ise, üst düzey ile nesne düzeyi arasındaki bilgi akışının yönüne karşılık gelen "izleme" ve "kontrol" olarak adlandırılan iki sürecin tanımlanmasıdır (Nelson ve Narens, 1990; Nelson ve diğerleri 1999). Nesne düzeyinden üst düzeye aktarılan bilgi izleme olarak adlandırılır; bu süreçte, üst düzey, mevcut durumu hakkında nesne düzeyi tarafından bilgilendirilir ve üst düzeyde oluşan model güncellenir. Üst düzeyden nesne düzeyine aktarılan bilgi kontrol olarak adlandırılır; bu süreçte, üst düzey neyin izlendiğini değerlendirmekte ve bir geri bildirim akışı ile nesne seviyesinde işlemeyi kontrol etmektedir (Nelson ve diğerleri 1999; Shimamura,2000).



Şekil 1.1. Nelson ve Naren'in (1990) Üst-Düzyen/Nesne Düzeyi Mekanizması

Nitekim bu iki düzey arasındaki ilişki, psikolojik bozuklukta bilişi anlamaya katkıda bulunabilir. İzleme, kişinin kendi kendini düzenleme ve kontrol sistemi için girdi süreci olarak kabul edilebilmektedir. Dolayısıyla, izlemedeki herhangi bir hata veya çarpıklık psikolojik rahatsızlığa yol açabilir. Aynı şekilde, kontrol süreçleri, yeni bir eylem başlatma, var olan eylemi sürdürme, değişiklik yapma veya sonlandırma ile nesne düzeyinde değişikliğe sebep

olabilir. Bu nedenle, uygun olmayan başa çıkma stratejilerinin seçimi gibi kontroldeki herhangi bir rahatsızlık veya önyargı psikolojik işlev bozukluğuna yol açabilir (Wells, 2000).

1.1.2.Üstbilişin Bileşenleri

Üstbiliş; bilgi ve inançlar (knowledge and beliefs), deneyimler (experiences) ve stratejiler (strategies) olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır (Wells, 1995). Bu bölümde, her biri açıklanacak ve detaylandırılacaktır.

1.1.2.1. Üstbilişsel Bilgi ve İnançlar

Üstbilişsel bilgi, insanların kendi bilişleri hakkında sahip oldukları inanç ve teorileri ifade eder. Bu bilgi, belirli düşünce türlerinin anlamı, belleğin ve bilişsel kontrolün etkinliğine ilişkin inançları içermektedir. Örneğin, dindar bir insanın, bazı düşünceleri deneyimlemenin günah olduğuna ve bunun için cezalandırılacağına inanması gibi (Wells,2009).

Psikolojik bozuklukların üstbilişsel teorisine göre, "açık" ve "örtük" olmak üzere iki tür üstbilişsel bilgi vardır (Wells & Matthews, 1994; Wells, 2000). Açık üstbilişsel bilgi, bilinçli ve sözel olarak ifade edilebilen inançları içermektedir. Bu tür inanç örnekleri şunlardır: "Endişe etmek kalp krizine sebep olabilir. ", "Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur. " Örtük üstbilişsel bilgi ise, bireylerin sahip olduğu düşünme biçimleri ile ilgilidir ve doğrudan sözel olarak ifade edilemez. Dikkati yönlendirme, belleğin taranması ve yargı oluşturmada sezgi ve önyargıların kullanılması gibi işlemeye kılavuzluk eden kurallar veya planlar olarak örneklendirilebilir.

Üstbilişsel terapide, açık ve örtük üstbilişsel bilgiye ek olarak iki farklı içerik alanı bulunur: (1)Olumlu üstbilişsel inançlar ve (2)Olumsuz üstbilişsel inançlar. Olumlu üstbilişsel inançlar, bilişsel faaliyetlerde bulunmanın avantajları ile ilgilidir (örn., Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardım eder.) Öte yandan olumsuz üstbilişsel inançlar, bilişsel deneyimlerin anlamı, önemi, kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği ile ilgilidir (örn., Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemem.) (Wells, 2009).

1.1.2.2. Üstbilişsel Deneyim

Üstbilişsel deneyim, bireylerin zihinsel durumları hakkında sahip oldukları durumsal değerlendirmeleri ve hisleri ifade eder. Yaygın anksiyetenin bir özelliği olan endişe hakkındaki endişe (örn., Endişelerim beni delirtebilir), üstbilişsel deneyime bir örnektir.

Deneyimler aynı zamanda öznel duyguları da içerebilir. "Dilinin ucunda olma etkisi" (*tip-of-the-tongue effect*), kişinin şu anda geri getiremese bile bir bilgi ögesinin bellekte depolandığına dair güçlü bir hisse kapılmasıdır. Benzer şekilde, geri çağırma girişimlerini ve öğrenme stratejilerini etkileyen 'bilme hissi' (*feeling of knowing*) ve öğrenme yargıları gibi başka öznel deneyimler de mevcuttur. Üstbilişsel terapi, duygu ve düşüncelerin olumsuz değerlendirmelerinin algılanan tehdide katkıda bulunduğunu ve düşünme kontrolünü tetiklediğini ileri sürer (Wells, 2009).

1.1.2.3 Üstbilişsel Kontrol Stratejileri

Üstbilişsel kontrol stratejileri, duygusal ve bilişsel öz-düzenleme amacıyla düşünmeyi kontrol etmeyi ve değiştirmeyi hedefleyen yanıtları içermektedir. Bu stratejiler, bilişsel faaliyetlerin yapısını değiştirebilir, yoğunlaştırabilir veya baskılayabilir. Bunlardan bazıları, düşüncenin boyutunu değiştirerek negatif düşünce ve duyguları azaltmayı amaçlamaktadır.

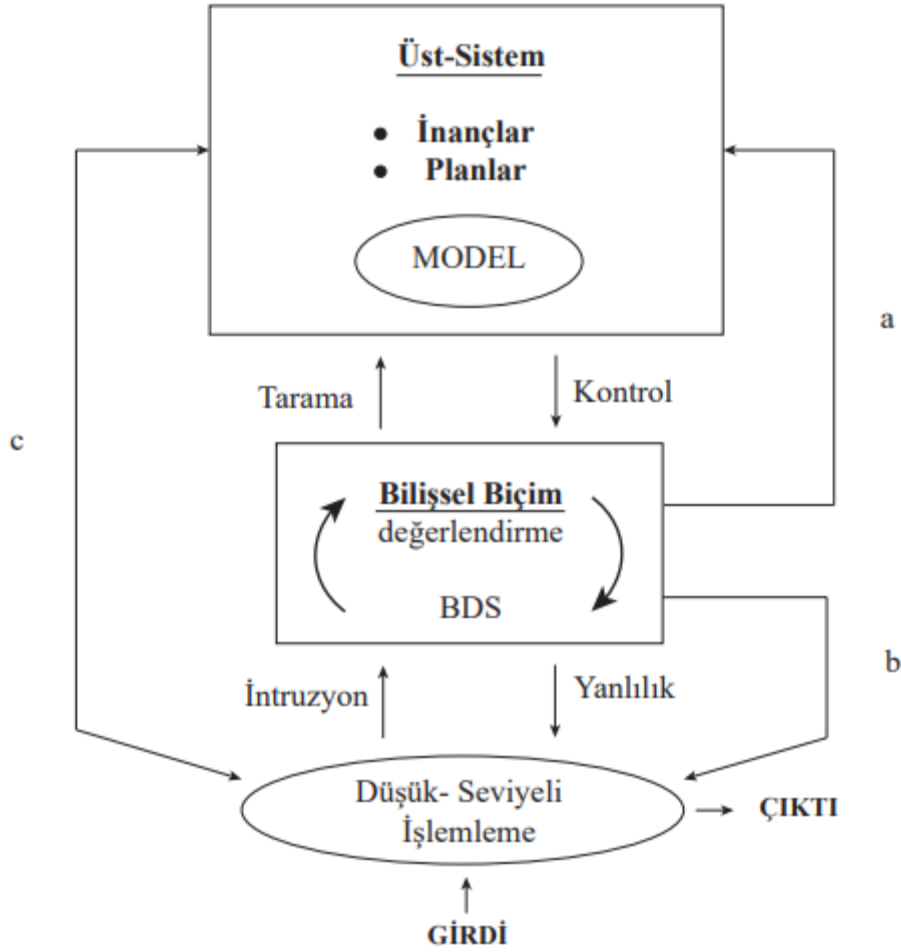
Psikolojik bozukluklarda kontrol stratejileri çoğu zaman düşünmenin yapısını kontrol etme girişimlerinden (belirli düşünceleri bastırma, deneyimleri analiz etme veya gelecekte ne olabileceğini düşünme ya da tahmin etme gibi) oluşmaktadır. Fakat, bu girişimler uzun vadede ters etki yapma eğilimindedir. Örneğin, Yaygın anksiyete bozukluğunda kullanılan stratejiler negatif bir uyaran hakkında endişelenme ve ona odaklanmadan oluşur. Buradaki sorun, kullanılan stratejinin hastanın tehlike algısını sürdürmesidir.

Psikolojik bozukluğun üstbilişsel teorisinde bilgi (inançlar), deneyim ve stratejiler birbirine bağlıdır ve birlikte hareket etmektedirler (Wells, 2009).

1.1.3. Psikolojik Bozuklukların Üstbilişsel Modeli

1.1.3.1. Kendini-Düzenleyici Yönetici İşlev Modeli (S-REF / Self-Regulatory Executive Function)

Psikolojik bozukluğun üstbilişsel modelinin temelinde Wells ve Matthews (1994) tarafından geliştirilen Kendini-Düzenleyici Yönetici İşlev (S-REF / Self-Regulatory Executive Function) modeli yer almaktadır. Model psikolojik bozukluğu, bilişsel ve üstbilişsel faktörlerin yukarıdan aşağıya doğru kontrolü ve sürdürümü ile açıklamaktadır. Şematik bir temsili Şekil 1.2.'de verilmiştir.



Şekil 1.2. Psikolojik Bozukluğun S-REF Modeli (Wells ve Matthews, 1994)

S-REF modeli, birbiri ile etkileşim halinde olan üç seviyeli bilişsel bir yapıya dayanmaktadır. Birinci seviye otomatik ve refleksif işlemeyi (düşük-seviyeli işleme), ikinci seviye düşünce ve davranışların çevrimiçi olarak bilinçli işlenmesini (bilişsel biçim) ve üçüncü seviye ise uzun süreli bellekte depolanan ve doğası gereği üstbilişsel olan bilgiler veya inançlar kütüphanesini (üst-sistem) içermektedir. Üst-sistem, bilişsel işlemlerin bir modelini tutmakta ve onu aktive edilmiş bir planın amacına doğru yönlendirmektedir.

Modelin içerisinde, bilginin (inançların) yeniden yapılandırılması için etkileri olan "nesne modu" ve "üstbilişsel mod" olmak üzere iki farklı işleme modu bulunmaktadır. Nesne modunda, düşünceler ve algılar olayların değerlendirilmemiş ve doğru temsilleri olarak ele alınır. Yani, düşünceler ile kişinin gerçeklik ve kendilik deneyimlerinin eşitlenmesi olarak tanımlanabilir. Üstbilişsel modda ise, kişi düşünceden uzaklaşır, düşünce değerlendirilebilir ve gerçekliğin doğru temsilleri olarak kabul edilemez. Diğer bir deyişle, düşüncelerin, bilinçli bir

şekilde kişinin kendilik ve dünya deneyimlerinden ayrı olarak gözlemlendiği bir süreçtir (Wells,2009).

Wells ve Matthews'a (1996) göre, psikolojik rahatsızlıkla en alakalı olan konfigürasyon, bilgi veya inançlar tarafından yönlendirilen kendi kendini düzenleyen yürütme işlevidir (S-REF). Kendini-düzenleyici işleme, inançlar, çevrimiçi işleme ve düşük-seviyeli işleme arasındaki karşılıklı nedensel bir etkileşimdir. Düşüncelerin kişisel önemini değerlendirerek ve bir sonraki bilişe rehberlik ederek üstbilişsel bir işlev olarak hareket eden S-REF, düşük-seviyeli işlemlerin yanı sıra üst seviyeli inançlar üzerinde de bir etki yaratabilir. Bu modele dayalı bir işlemin ana hatları şu şekildedir: İlk olarak uyarılar, S-REF'i aktifleştiren izinsiz girişler oluşturabilecek bazı düşük-seviyeli işlemlerden geçer. S-REF, bu girişlerin değerlendirmesini yapar ve mevcut durum ile hedefler arasındaki uyumsuzlukları azaltmayı amaçlayan eylemi başlatır ve düzenler (Wells ve Matthews, 1996). Buradaki problem ise uygulanan stratejilerden bazılarının kendini-düzenlemeye uzun vadede zarar verebilecek olmasıdır. Diğer bir ifadeyle, birey uyumsuzlukla başarılı bir şekilde ilgilenen bir strateji seçemediğinde, kendini-düzenleme hedefine ulaşamamakta ve işlevsiz S-REF konfigürasyonları kalıcı hale gelmektedir (Wells, 2000).

1.1.3.2. Bilişsel Dikkat Sendromu (CAS / Cognitive Attentional Syndrome)

Üstbilişsel yaklaşıma göre Bilişsel Dikkat Sendromu'nun (BDS) duygusal deneyimler ve bilgi üzerindeki etkileri nedeniyle psikolojik bozukluklar devam etmektedir. BDS; endişe veya ruminasyon, dikkatin tehdit üzerine odaklanması ve işlevsiz (geri tepen) kendini-düzenleme stratejileri veya başa çıkma davranışlarından oluşmaktadır (Wells, 2000).

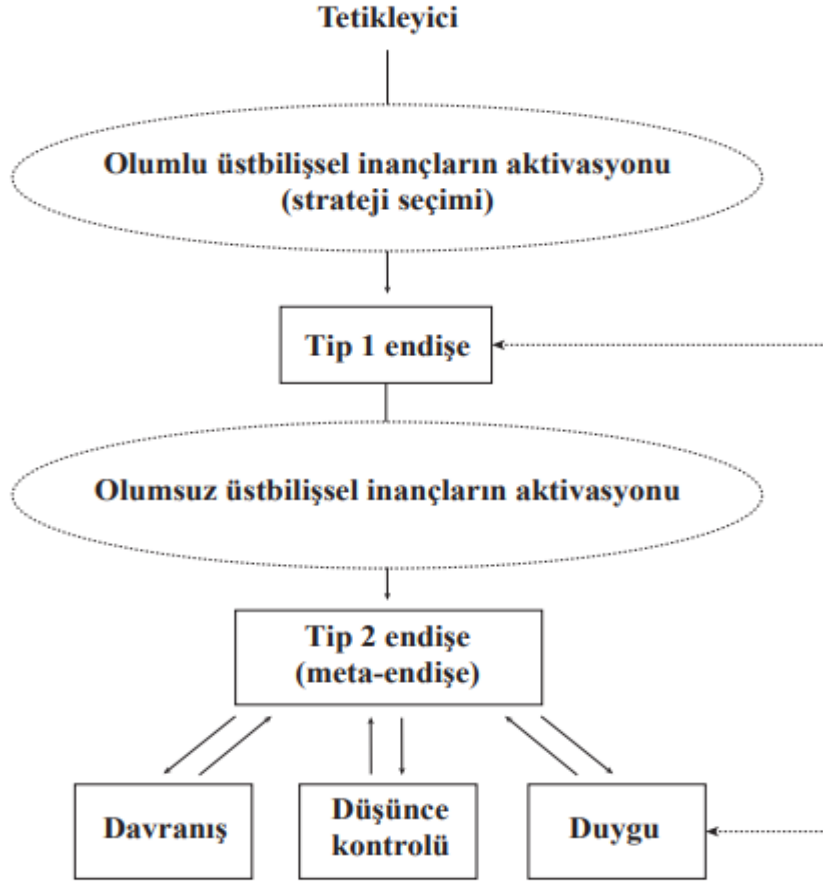
BDS'nin endişe etme ve ruminasyon bileşeni bireyi olumsuz bilgiye odaklamaktadır. İşleme, "Ya..... ise? " (endişe) sorularını içerir veya "Neden ben? " (ruminasyon) gibi net bir cevabı olmayan sorulara yanıt aranan, sözel düşünce zincirleridir. Tekrarlanan kullanımın bir sonucu olarak, tehlike duygusu etkinleştirilir ve korunur, böylece rahatsızlık geçici olmak yerine süregelen bir hal almaktadır. Tehdit arama bileşeni ise dikkati olası tehdit kaynakları üzerine yoğunlaştırmaktadır. Bu durum, tehlikenin varlığına dair inançları pekiştirir ve duygusal aktivasyonun arttırılıp sürmesine sebep olur, böylece kişi daha hassas ve yetenekli bir tehdit dedektörü haline gelir; bilişin tehdit olmayan ortama dönmesi gereken durumlarda (örn., TSSB) süreci engeller ve müdahaleci zihinsel deneyimleri arttırabilir. Bu bileşenlere ek olarak, düşünce baskılama, kaçınma ve madde kullanımı gibi işlevsiz kendini-düzenleme stratejileri yada başa çıkma davranışları da problemlidir. Çünkü, duygusal alışmayı engeller ve kontrol kaybı olarak yorumlanabilir, bireyin durumlarla başa çıkabildiğini ve duyguların tehlikeli

olmadığını keşfetmesinin önüne geçer ve negatif duygu ve düşüncelerle ilgili gerçeğin değerlendirilmesine engel olduğundan olası tehlike algısı korunur (Wells, 2009).

Üstbilişsel terapinin temel ilkelerini şu şekilde özetleyebiliriz: Olumsuz duygu ve düşüncelerin kendini-düzenlemeye karşı çelişkiler yaratan ve iyilik halini tehdit eden içsel sinyaller olduğu öne sürülmektedir. Normalde sınırlı bir süre için ortaya çıkan bu tür duygular, kişinin tehdidi azaltmak ve bilişi kontrol etmek için kullandığı bazı başa çıkma stratejileri nedeniyle sürekli ve tekrarlayan bir biçim alır. Psikolojik rahatsızlıklar, bu duygusal yanıtların sürekliliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkmakta; duygusal yanıtlar ise kişinin düşünme biçimi ve stratejileri nedeniyle devam etmektedir. Tüm bozukluklarda bulunan bu işlevsiz kalıp BDS olarak adlandırılır, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların aktivasyonunun bir sonucudur ve olumsuz duygusal deneyimi belli yollar aracılığıyla uzatır ve güçlendirir (Wells, 2009).

1.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun Üstbilişsel Modeli

Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun (YAB) birincil özelliği, aşırı genelleştirilmiş ve kontrol edilemeyen endişedir. YAB'ın üstbilişsel modeli (Wells, 1995, 1997), patolojik endişenin, endişe etme ile ilgili olumsuz inançların ve işlevsiz (geri tepen) başa çıkma stratejilerinin bir sonucu olduğunu öne sürmektedir (Wells & Carter, 2001; Wells, 2010). Bu modelin bir örneği Şekil 1.3.'te sunulmaktadır.



Şekil 1.3 YAB'ın Üstbilişsel Modeli (Wells,1997)

Model YAB'deki patolojik endişeyi şu şekilde açıklamaktadır: Endişe süreci, genellikle "ya.... olursa? " (örn., "Ya işimi kaybedersem? ") şeklindeki istemsizce akla gelen (intrüsf) olumsuz bir düşünce ve bazen olumsuz bir imajla tetiklenir ve bir başa çıkma stratejisi olarak endişelenmenin yararlılığına ilişkin olumlu üstbilişsel inançları harekete geçirir. YAB hastalarının sahip olduğu olumlu üstbilişsel inanç örnekleri şunlardır: "Endişe edersem hazırlıklı olurum. ", "Endişe etmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardımcı olur. ", "Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişelenmeye ihtiyacım var. " Tip 1 endişe adı verilen bu süreç tetikleyicilere (örn., fiziksel semptomlar, sosyal endişeler) yanıt olarak çıkan genel endişe olarak tanımlanmaktadır. Bu Tip 1 endişe, duygusal semptomlarda ani bir artışa neden olur. Ancak, daha sonra kişinin endişe etme hedefi (başta çıkabileceği hissinin oluşması, en tehlikeli olasılıkların değerlendirilmesi) karşılanırsa negatif duygularda azalmaya yol açabilir (Wells, 2009). Wells'e (1999) göre, endişenin daha sonra bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılmasını pekiştiren, olumsuz duygulardaki bu azalmadır.

Modele göre, Tip 1 endişe kendi başına YAB'a neden olmak için yeterli değildir. YAB, kişi endişe ile ilgili olumsuz üstbilişsel inançları etkinleştirdiğinde gelişir. İki alt kümesi vardır: (1) Endişenin kontrol edilemezliğine ilişkin olumsuz inançlar (2) Endişenin zararlı veya tehlikeli sonuçları hakkındaki olumsuz inançlar. Örnekleri şunlardır: "Endişem üzerinde hiçbir kontrolüm yok. ", "Endişelenerek zihnime zarar verebilirim", "Endişe kalp krizine neden olabilir. " Bu inançların aktif olması, endişe sürecinin olumsuz değerlendirilmesine yol açarak anksiyetede hızla bir artışa ve başa çıkamama hissine neden olabilir. "Tip 2 endişe" ya da "Meta-endişe" olarak adlandırılan bu süreç, kısaca endişe hakkında endişe olarak ifade edilebilir (Wells, 2009, 2010). Anksiyete ile ilişkili fiziksel ve somatik semptomlar sıklıkla endişenin tehlikeli ve zararlı etkileri olarak yanlış değerlendirilmekte, bu da olumsuz üstbilişsel inançların güçlenmesine ve bir anksiyete döngüsüne yol açmaktadır. Ayrıca endişeden kaçınmayı ve endişenin negatif etkilerini önlemeyi amaçlayan başa çıkma davranışları (güvence arama, kaçınma vb.) ve düşünce kontrol stratejileri (baskılama), sorunun sürekliliğine katkı sağlayan iki faktördür. Çoğu işlevsizdir ve ters etki yapar; bu durumda olumsuz üstbilişsel inançlar pekiştirilir, böylece gelecekteki anksiyete dönemlerinde baskın bir rol üstlenmeleri muhtemeldir (Wells,2009).

1.2. Bilinçli Farkındalık

Çoğu zaman geçmişin hatıraları ve geleceğin fantezileri ile meşgul oluruz. Yemek yerken, araba kullanırken, biriyle konuşurken, çeşitli faaliyetlerde bulunurken veya belirli bir hedefe ulaşmak için çabalarken, acele eder ve mevcut deneyimlerimizin çoğundan kurtulmaya çalışırız. Midede artan dolgunluk hissini veya duygusal bir ses tonunu fark etmekte zorlandığımız bu gibi durumlarda, zihinlerimizin bir yerde, bedenlerimizin başka bir yerde olduğu otopilot ile çalışırız (Brown ve Ryan, 2003; Siegel, Germer ve Olendzki, 2009). Bu, bilinçli farkındalığın devreye girdiği yerdir; Dikkat ve farkındalık pratiği ile bir yapma modundan bir olma moduna geçmenin mümkün olduğunu bize hatırlatır (Kabat-Zinn, 2012). Bir sonraki bölümde bilinçli farkındalığın tarihsel süreci ve kavramsal tanımları sunulduktan sonra bu yapı daha detaylı incelenecek ve bilinçli farkındalık temelli müdahaleler tartışılacaktır.

1.2.1. Tarihsel Süreçte Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık teriminin tarihsel kökleri, Buddha'nın 2500 yıl önce öğretilerinde kullandığı eski Pali dilindeki *sati* sözcüğüne dayanmaktadır. Sati, mevcut farkındalık anında kişinin neye dikkat ettiğini hatırlaması anlamına gelen hafıza kelimesini ifade eder. 1881'de İngilizce çevirmen Rhys Davids tarafından "mindfulness" olarak tercüme edilen bu kavram, 1910'da genel kabul gören norm haline gelmiştir (Levey ve Levey, 2018).

Bilinçli farkındalık kavramının gelişmesindeki ilk önemli figürlerden biri Nyanaponika Thera'dır. Almanya doğumlu Budist rahip, eski uygulamaların benimsenmesinin birçok pratik faydası olabileceğini iddia etmekte ve bu faydaları kitaplarında zihinsel açıklık, özgürlük, denge ve özdenetim gibi terimlerle ifade etmektedir (Thera, 2008). Vietnamlı Zen Budist keşiş, Thich Nhat Hahn'ın Farkındalığın Mucizesi adlı temel çalışması Batı'daki farkındalık hareketinin ilk günlerinde önemli bir yere sahiptir. Hahn, basit ve pratik bir rehber olmaya devam eden kitabında, bilinçli farkındalığın çeşitli bağlamlarda (evi temizlemek, banyo yapmak vb.) uygulanmasına da değinmektedir. Bu bağlamda, dikkate değer bir diğer katkı da Tibetli Budistlerin ruhani lideri Dalai Lama'nın 1987'de Massachusetts'te bulunan Zihin ve Yaşam Enstitüsü'nün kurulmasına yardım etmesidir. Bu kurum, bilinçli farkındalık uygulamasının tüm dünyaya yayılmasında kilit bir rol oynamaktadır (Moniz ve Slutzky, 2015). 1979'da Massachusetts Tıp Fakültesi'nde Dr. Jon Kabat-Zinn tarafından Farkındalık Temelli Stres Azaltma Kliniğinin kurulması, Batı dünyasında bilinçli farkındalığın dönüm noktasını oluşturmuş ve bu kavram doğu bağlamını ve dini ilkeleri aşarak modern Batı toplumunun birkaç farklı alanına yayılmıştır (Schmidt, 2011).

1.2.2. Bilinçli Farkındalık Kavramının Tanımı ve Özellikleri

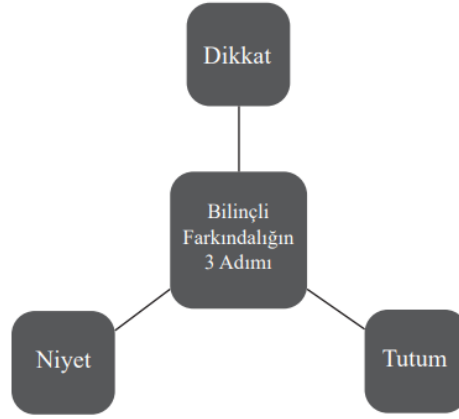
Bilinçli farkındalık Batı psikoterapisi tarafından benimsenip eski kökenlerinden uzaklaştıkça, anlamı sati'nin ötesine geçerek yargılamama, kabul ve şefkat içeren zihinsel nitelikleri de kapsayacak şekilde genişlemiştir.

Marlatt ve Kristeller (1999), "kabul ve şefkatle şimdiki anın deneyimine tüm dikkati getirmek"; Kabat-Zinn (2003), "bilinçli olarak, şu anda ve yargısız bir şekilde deneyimin an be an ortaya çıkmasına dikkat ederek ortaya çıkan farkındalık" olarak ifade etmektedir. Bishop vd. (2004), bilinçli farkındalığın tanımına ilişkin fikir birliği makalesinde, (1) anlık deneyime göre sürdürülecek dikkatin kendi kendini düzenlemesi (böylece mevcut zihinsel olayların daha fazla tanınmasına izin verir) ve (2) merak, açıklık ve kabul ile karakterize edilen deneyime yönelik tutum olarak tanımlarlar. Germer, Siegel ve Fulton (2005) göre kabul ile mevcut anın deneyiminin farkında olmak; Linehan'a (2015) göre, zihni şimdiki ana yargılamadan, anın akışına açık bir şekilde odaklayabilmektir. Germer, Siegel ve Fulton'a (2005) göre, kabul ile mevcut anın deneyiminin farkında olmak; Linehan'a (2015) göre, zihni yargılamadan, anın akışına açık bir şekilde şimdiki ana odaklayabilmektir.

Bilinçli farkındalık kavramının bazı özellikleri diğerlerinden daha fazla vurgulanmaktadır. Bunlardan ilki ve en önemlisi, bilinçli farkındalık, düşünceleri, duyguları, eylemleri veya çevresi dahil olmak üzere kişinin iç ve dış dünyasının net bir farkındalığıyla

ilgilidir, bu nedenle yalın dikkat (bare attention) ve saf veya berrak farkındalık (pure or lucid awareness) olarak adlandırılmaktadır. Bilinçli farkındalığın bir diğer önemli özelliği de kavramsal olmayan, ayırıcı olmayan doğası ile ilgilidir, yani girdilerin farkındalığa girmesine izin vererek müdahale etmemesidir (Brown, Ryan ve Creswell, 2007). Son olarak bahsedeceğimiz bir diğer önemli özellik ise esnekliğidir; kişi şu anda önemli olan her şeyin farkında olabilir (net farkındalık) ve özellikle bir şeye dikkat edebilir (odaklanmış dikkat) (Brown, Ryan ve Creswell, 2007; Kornfield, 2009).

Bilinçli farkındalığın sık sık alıntılanan bir tanımı " belirli bir şekilde: kasıtlı olarak, şu anda ve yargılamadan" (Kabat-Zinn, 1994) üç temel yapı taşını içerir: dikkat, niyet ve tutum. Bilinçli farkındalık an be an bu süreçtir; dikkat, niyet ve tutum tek bir döngüsel sürecin iç içe geçmiş yönleridir ve eşzamanlı olarak gerçekleşir (Şekil 1.4.).



Şekil 1.4 Bilinçli Farkındalığın 3 Adımı

Bu bağlamda dikkat, kişinin an be an, iç ve dış deneyiminin işleyişini gözlemlemesidir. Kişi, deneyimi yorumlamanın tüm yollarını askıya alarak ve burada ve şimdi kendini gösteren deneyime katılarak, an be an bilincin içeriğiyle ilgilenmeyi öğrenir (Shapiro ve diğerleri, 2006). Çevremizdeki tüm uyaranlara aynı anda dikkat etmemiz mümkün değildir, bu noktada ikinci bileşen niyet devreye girmektedir. (Atalay, 2019). Niyet, seçici dikkati belirler ve genellikle dinamik ve gelişen bir doğaya sahiptir. Ayrıca, her an neden pratik yaptığımızı hatırlamamız ve süreci bir bütün olarak anlamamız için çok önemlidir. Shapiro'nun (1992) çalışması, meditasyon uygulamasından elde edilen sonuçların niyetlerle ilişkili olduğu bulmuştur (örn., kendini keşfetme amacına sahip katılımcılar uygulama sonucunda kendini keşfetme eğilimindeyken, kendini özgürleştirme hedefine sahip katılımcılar kendini özgürleştirme ve şefkat eğilimindeydiler). Son olarak en önemli belirleyici, kişinin fark ettiği tüm olumlu ve

olumsuz yaşam deneyimlerini nasıl karşılayacağıdır, bu tutumdur (Atalay, 2019). Bilinçli farkındalıkta tutum, kişinin dikkat etme eylemine getirdiği nitelikler olarak ifade edilmektedir (Kabat-Zinn, 1990). Örneğin, soğuk, kritik bir niteliğe sahip olabilir veya şefkatli, açık yürekli bir nitelik içerebilir. Tutumları bilinçli olarak dikkat pratiğine getirerek, kişi her deneyime giderek daha fazla ilgi duyabilir ve aynı zamanda deneyimin geçmesine izin verebilir (Shapiro ve diğerleri, 2006).

1.2.3. Bilinçli Farkındalık Becerileri

Tutum, kişinin zihnini sakinleştireceği ve vücudunu rahatlatacağı, konsantre olma ve daha net görme yeteneğini geliştireceği temeli oluşturur. Bu nedenle, meditasyon sürecinden en iyi şekilde yararlanmak, belirli tutumları bilinçli olarak geliştirmeyi gerektirir. Birbirinden bağımsız olmayan bu yedi tutum: yargılamama, sabır, yeni başlayan zihni, güven, çabalamama, kabul ve akışına bırakmak (Kabat-Zinn, 2013).

Yargılamama: Deneyimlerimiz hakkında sürekli olarak yargılarda bulunuyor olmamız şaşırtıcı olabilir. Ancak zihnimiz, gördüğümüz hemen hemen her şeyi etiketleme ve onu iyi veya kötü olarak kategorize etme eğilimindedir (Kabat-Zinn, 2013). Yargılamamakla ifade edilen, her şeyi sevmek, kötü tarafları görmemek veya bir konuda fikir sahibi olmamak değildir; sadece yargıların neden olduğu otomatik tepkilerin farkına varmaktır (Atalay, 2019). Bu yönelim, kişilerin olayları gerçekte oldukları gibi görmesini sağlar. Kişinin deneyimine tarafsız bir tanıklık olarak ifade edilen yargılamama, kendiliğinden ortaya çıkar, fark edilmesi gerekir ve kademeli olarak en aza indirilir (Ninivaggi, 2019). Bilinçli farkındalık uygulamalarında kişi zihnin yargı niteliğini kabul eder, kasıtlı olarak yargıyı askıya alarak daha geniş bir bakış açısı benimser ve tepkileri de dahil olmak üzere ortaya çıkan şeyi basit bir şekilde gözlemler (Kabat-Zinn, 2013).

Sabır: Sabır, her ana tamamen açık olmak, onu bütünüyle kabul etmek ve her şeyin ancak kendi zamanında gelişebileceğini bilmektir (Kabat-Zinn, 2013). Bilinçli farkındalığın tüm yönlerinin merkezinde yer alan sabır, kişiye ek bir zaman tanır ve olayların doğal akışının devam etmesini sağlar. Böylece, kişi olayları meşgul bir durumdan ziyade bir dinlenme durumunda gözlemler ve bu izleme ve tanıklık etme hali ise bilinçli farkındalığın geliştirilmesinde son derece değerlidir (Ninivaggi, 2019). Bilinçli farkındalık uygulamalarında, kendi zihnimize, bedenimize ve gelişim ve değişimin hemen gerçekleşmeyeceği gerçeğine karşı sabır geliştiririz (Kabat-Zinn, 1990; Atalay, 2019).

Yeni başlayan zihni: Çoğu zaman, bildiklerimiz hakkındaki düşüncelerimiz ve inançlarımız, olayları gerçekte oldukları gibi görmemizi engeller (Kabat-Zinn, 2013). En çok yaptığımız şeylerin veya bize en yakın kişilerin daha az farkında olduğumuz bu gibi durumlarda, bilinçli farkındalıktan otomatik pilota geçeriz. Şimdiki anla daha fazla bağlantı kurmak, otomatik pilottan çıkmak için, her şeyi ilk kez görmeye istekli bir zihin olan "yeni başlayan zihni" geliştirilmelidir (Atalay, 2019). Yeni başlayan zihni, insanları geçmiş deneyimlere dayalı beklentilerden kurtarır, onları yeni olasılıklara açık hale getirir ve uzmanlıklarının monotonluğuna kapılmalarını engeller (Kabat-Zinn, 2013). Ayrıca, Ninivaggi'ye (2019) göre, "dünyayı yeni gören bir çocuğun gözlerine sahip olmak" olarak ifade edilen yeni başlayan zihni, kişiyi yabancı ve tuhaf deneyimlere hazırlamaktadır.

Güven: Meditasyon uygulamasının ayrılmaz bir parçası olan bu tutum, kişinin kendine ve kendi temel bilgeliğine ve iyiliğine güvenmesi olarak ifade edilmektedir. Örneğin, yoga yaparken, vücudu belirli bir esneme hareketinde durmasını ya da geri çekilmesini söylediğinde kişi kendi duygularını dinlemelidir, aksi takdirde kendine zarar verebilir. (Kabat-Zinn, 2013). Ninivaggi'ye (2019) göre bilinçli farkındalığa yaklaşmak için gerekli bir tutum olan güven, kişinin kararları ve ardından gelen eylemleri için sorumluluk alması anlamına gelir. Genellikle, takip eden şey beklenmedik bir durumdur ve hayal kırıklığına, öfkeye veya kafa karışıklığına neden olabilir, güven ile karşılamak süreci daha rahat hale getirir ve olumlu duygular uyandırır. Bilinçli farkındalık uygulamalarında kişi, kendisi olmanın sorumluluğunu almayı, kendini dinlemeyi ve ona güvenmeyi öğrenmektedir (Kabat-Zinn, 2013).

Çabalamamak: Kabat-Zinn'e (2013) göre, neredeyse her şeyi bir amaç, bir şey elde etmek veya bir yere varmak için yapma tutumu meditasyonda gerçek bir engel olabilir. Özünde, meditasyon hiçbir şey yapmamaktır ve kişinin kendisi olmasından başka bir amacı yoktur. Kasıtlı olarak çabalamayan bir tutum geliştirerek, kişi kendisini daha az çabaladığı ve daha çok olduğu yeni bir bakış açısına yöneltebilir. Ninivaggi'ye (2019) göre *çabalamama* ile ima edilen, bilinçli farkındalık çabasının "şimdi" de yaşayan bir süreç olduğudur. Sadece olup bitenlere dikkat etmeyi içeren bilinçli farkındalık ile kişi, gergin ise gerginliğine dikkat etmeli, acı çekiyorsa elinden geldiğince acıyla birlikte olmalıdır. Bilinçli farkındalık uygulamaları ile kişi, hedeflerine ulaşmanın en iyi yolunun sonuçlar için çabalamayı bırakmak ve bunun yerine olayları olduğu gibi görmeye ve kabul etmeye dikkatlice odaklanmak olduğunu deneyimler (Kabat-Zinn, 2013).

Kabul: Kabul, olayları gerçekte şimdiki halleriyle görmek anlamına gelir, eğer kişi baş ağrısı çekiyorsa, baş ağrısı olduğunu veya aşırı kiloluysa şu anda olduğu ağırlıkta kendisini

sevmenin normal olduğunu fark edebilmelidir (Kabat-Zinn, 2013). Pozitif ve negatife eşit derecede açık olmayı, yapılan hatalara acımasızca tepki vermeden önce durumu değerlendirmek için durabilmeyi kolaylaştırır (Atalay, 2019). Ninivaggi'ye (2019) göre, niteleyici sıfatlar ve yorumlar eklemekten her şeyi olduğu gibi görmek ve kabul etmek, özellikle yargılamama olmak üzere önceki beş tutuma dayalı bir beceridir. Memnun olmak veya değiştirme çabasından vazgeçmek anlamına gelmez, basitçe, kişinin her şeyi olduğu gibi görmeye istekli olduğunu ifade eder. Bilinçli farkındalık uygulamalarında kabul, her anı geldiği gibi alarak ve onunla tam olarak birlikte bulunarak geliştirilir (Kabat-Zinn, 2013).

Akışına bırakmak: Zihnimizin tutunmak istediği belirli düşünceler, duygular ve durumlar vardır. Hoşsa, uzatmaya, tekrar tekrar canlandırmaya; hoş olmayan, acı veren veya korkutucu bir şey varsa ondan kurtulmaya veya kendimizi korumaya çalışırız (Kabat-Zinn, 2013). Akışına bırakmak, her şeyi olduğu gibi kabul etmenin bir yoludur, boş vermek ya da umursamamak değil; sadece tutulanla özdeşleşmemek anlamına gelir (Atalay, 2019). Deneyimlerimizi yargıladığımızı fark ettiğimizde ya da geçmiş ve gelecek hakkında düşünceler ortaya çıktığında, sadece izler ve onlara izin veririz, böylece onları bırakmış oluruz. Bilinçli farkındalık uygulamalarında, deneyimin olduğu gibi olmasına izin verilir ve onu an be an gözlemlene pratiği yapılır (Kabat-Zinn, 2013).

1.2.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Becerilerin Gelişimi

Literatür incelendiğinde bilinçli farkındalığı geliştirebilecek birçok teknik olduğu belirtilmektedir. Germer'e (2009) göre, tüm bilinçli farkındalık uygulamaları 'dur', 'gözlemlen' ve 'geri dön' olmak üzere üç ana unsurdan oluşur. *Dur:* Kişi yaptığı şeyi durdurmalıdır (örn., telefonda tartışırken bir süre sessiz kalmak); aynı zamanda yavaşlamak bilinçli farkındalığı da kolaylaştırır (örn., daha yavaş yürümek etrafta olup biteni daha fazla görmenize yardımcı olur). *Gözlemlen:* Kişinin nefes, beden taraması veya duygu etiketleme yoluyla deneyimleriyle yakından ilişkili olduğu "katılımcı gözlemci" olmasıdır. *Geri dön:* Kişinin dikkatinin başka yöne kaydığını fark etmesi ve yavaşça odak nesnesine geri döndürmesidir (örn., sebzeleri doğrarken, dikkatin başka bir yöne kaydığını fark ettiğinizde, dikkati tekrar bıçakla parmaklar arasındaki mesafeye çevirmek).

Bilinçli farkındalığı geliştirmenin birçok yolu vardır, ancak diğer becerilerde olduğu gibi, hepsi tekrarlayan uygulamaları içerir. Tıpkı fit olmak için düzenli olarak yaptığımız fiziksel egzersizler gibi, bilinçli farkındalık geliştirmek de benzer bir süreci gerektirir. Siegel'e (2010) göre, 'biçimsel', 'biçimsel olmayan' ve 'inzivaya çekilme' olmak üzere üç tür bilinçli farkındalık uygulaması vardır. Biçimsel olmayan (informal): Rutinlerimizde köklü bir

değişiklik yapmadan gün içinde olup bitenlere dikkat etmemizi ifade eder, yemek yerken yemeğin tadını ya da yürürken yürüme hissini fark etmeyi içerir. Biçimsel (formal): Sessizce oturmak için belirli bir zaman dilimi ayırmayı içerir ve bu uygulama sırasında, birçok meditasyon türü kullanılabilir. Başlangıçta bir dikkat nesnesi (örn., fiziksel duyular veya duygusal deneyimler) seçilir, zihin her gezindiğinde konsantrasyon sağlamak için dikkat o nesneye döndürülür ve ardından zihin, farkındalıkta baskın olmaya başlayan şeye yönlendirilir. İnzivaya çekilme (retreat): Bilinçli farkındalık geliştirmeye adanmış bir tatil olarak ifade edilir ve birçok stili vardır. Çoğu uzun süreli biçimsel meditasyon uygulaması içerir ve ayağa kalkma, dış fırçalama veya duş alma gibi günlük aktiviteler sessizce ve çok az kişilerarası etkileşimle gerçekleştirilir.

Başka bir açıdan, bilinçli farkındalık geliştirmek üç ana beceri gerektirir. (1) diğer iki beceriyi geliştirmek için bir temel sağlayan ve bir farkındalık nesnesi seçip onu yakından takip ettiğimiz "odaklanmış dikkat", (2) odağımızı bilinçte hâlihazırda baskın olana çevirmemizi sağlayan "yargısız gözlem" , (3) zihin zor anılar, duygular veya öz-eleştirel içerikle dolu olduğunda yardımcı olan, "şefkatle kabul" (Lutz ve diğerleri, 2008; Germer, 2013). Pollak, Pedulla ve Siegel (2014) tarafından belirtilen bazı beceri geliştirme teknikleri:

Yalnızca Dinlemek: Bu uygulamada kişiden etrafındaki sesleri (trafik, yağmur, klima vb.) sadece fark etmesi ve dinlemesi istenir. Kişi sesleri olduğu gibi dinlemelidir-onları adlandırmaya, tutmaya veya uzaklaştırmaya çalışmadan. Her sesin bir başlangıcı, ortası ve sonu olmasına dikkat etmeli, bu anın benzersiz olduğunu ve bir daha tekrarlanmayacağını bilerek kendini anın seslerinde dinlenmeye bırakmalıdır.

Nefesi bulmak: Temel bir konsantrasyon uygulamasıdır, nefese ve şimdiki anın farkındalığına yerleşme öğrenilir ve kişiden zorlamadan / manipüle etmeden doğal nefese katılması istenir. İlk adım, kişinin rahat bir şekilde otururken nefesini bulmasıdır, ardından en güçlü nerede (burun delikleri, göğüs veya karın) hissedildiği görülmeye ve havanın akciğerlere girişi, dolaşımı ve çıkışı fark edilmeye çalışılır.

Yürüyüş meditasyonu: Otopilotta yaptığımız faaliyetlerin farkındalığını artırmak için tasarlanan bu uygulamada, kişinin dikkati uzayda hareket etme deneyimine çekilir. Kişinin, ağırlığı eşit olarak bölmek için ayaklarının açık ve kollarının en rahat açıda bırakıldığı bir pozisyonda başlaması ve ayak parmaklarında, tabanında ve topukta oluşabilecek hisleri fark etmesi istenir. Kişi yavaşça yürümeye başlar, odağını her yürüme hareketi (kaldırma,

yerleştirme, vb.) üzerinde tutması ve ardından çevresinde olup bitenlere dair farkındalığı arttırması istenir.

Beden taraması: Farkındalığımızı çok çeşitli duyumlara açma eğiliminde olan bu uygulamada, dikkatin odağı beden üzerindedir. Kişiden, başının üstünden başlayarak yeterli bir süre boyunca dikkatini bedeninin farklı bölgelerine yönlendirmesi istenir; belli bir bölgede herhangi bir his, sıkışma veya gerginlik varsa fark edilmeli ve kasların yumuşamasına izin verilmeli ve son olarak dikkat etrafta olup bitenlere (sesler, ışık, renkler vb.) doğru genişletilmelidir.

Duyguları etiketlemek: Reaktiviteden çıkıp denge ve bakış açısı kazanabileceğimiz birçok rahatsızlık için kullanılabilen bir uygulamadır. Kişi birkaç derin nefes alarak başlar ve bir duygu onu uzaklaştırdığında, o duyguya dikkat etmesi ve onu sıcaklık ve kabulle etiketlemesi istenir (örn., Öfke, endişe vb.). Duygunun bedendeki yerine ve uygulamadaki tutuma dikkat edilmelidir; yalnızca, duyguyu tutmadan, analiz etmeden veya arkasındaki hikayeye girmeden etiketlenmeli ve bırakılmalıdır.

Farkında Yeme: Yeme bozukluğu olan kişilere faydalı olabilecek bu uygulamada genellikle kuru üzüm, kuru kiraz veya taze meyveler kullanılmaktadır. Kişi, üç meyveden ilkini parmaklarının arasında tutar ve ilk defa görüyormuş gibi rengine, şekline ve dokusuna dikkat etmeye çalışır. Sonra onu burnuna getirip koklar, dudaklarına getirip nasıl hissettirdiğini fark etmeye çalışır. Daha sonra, ağzına koyar ve çiğnemeye başlamadan önce bir süre bekler. Son olarak, çiğneme ve yutma işlemini sırasında da izlemeye devam eder ve bu işlemi ikinci ve üçüncü meyve parçasıyla tekrar eder.

Kendimize sevgi dolu nezaket sunmak: Sesler, temas noktaları veya nefes ile birkaç dakika geçirdikten sonra, kişiden vücutta herhangi bir gerginlik veya rahatsızlığı fark etmesi ve onu yumuşatması istenir. Ardından, kişi yatıştırıcı bir şefkat duygusu uyandıran bazı ifadeleri seçer (örn., Sağlıklı, güvenli, huzurlu olabilir miyim?) ve bu ifadeleri sessizce kendine söyler, her birinin ihtiyaç olan temel bir vitamini içerdiğini hayal ederek bir görüntü imaj yaratmaya çalışır.

Şefkatli varoluş: Kişinin kendine şefkat göndermekte zorlandığı durumlarda faydalı olan bu uygulamada, şimdiki ana gelmek için ayrılan birkaç dakikadan sonra, güvenli ve sakin bir yer (örn., kumsal, doğada bir yer) hayal edilerek dinlenmeye bırakılır. Daha sonra bilge ve şefkatli bir varlık (örn., aile üyesi, manevi bir figür veya evcil bir hayvan) hayal edilmesi ve tutulan herhangi bir acının farkına varılması istenir. Bu varlığın ne söyleyeceği, ne yapacağı

hayal edilerek şefkati ve bilgeliği almaya çalışılır, kişi desteğe ihtiyaç duyduğunda buraya dönebilir.

1.2.5. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler

Bilinçli farkındalık kavramının önemli bir rol oynadığı terapiler, bilişsel ve davranışçı terapilerin "üçüncü dalgası" olarak adlandırılır ve önceki nesil terapileri yeniden şekillendirir ve sentezler. Bu terapiler, deneysel ve ilke odaklı bir yaklaşıma dayanır ve işlevsiz düşünceleri, duyguları ve davranışları değiştirmenin ötesinde kişinin onlara karşı tutumunu değiştirme eğilimindedir. Bilinçli farkındalık unsurunu içeren bu yaklaşımlardan bazıları, Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MTSA), Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT), ve Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) ve Kabul ve Kararlılık Terapisi'dir (KKT) (Hayes, 2016).

1.2.5.1. Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MTSA)

Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MTSA), 1979 yılında Jon Kabat-Zinn tarafından geliştirilmiştir. MTSA ağrı, stres ve hastalık uygulamaları için planlanmış bilinçli farkındalık meditasyonu ve yogadan oluşan bir grup müdahalesidir (Kabat- Zinn, 1990). Tipik olarak 8 hafta süren ve haftada 2 saatten oluşan program, bilinçli farkındalık pratiği yoluyla kendilik anlayışının ve içgörünün geliştirilmesini hedeflemektedir (Kabat-Zinn, 2003). Sabır, kabullenme ve yargılamama üzerine kurulu programda kişiye nefese, beden duyularına ve son olarak kendi farkındalığına giren tüm nesnelere odaklanması öğretilmektedir. İnsanların otururken, yürürken veya günlük aktivitelerle uğraşırken de bilinçli farkındalık pratiği yapabilecekleri bu program, dünya çapında sağlık hizmetlerinde uygulanmakta ve değerlendirilmektedir (Carlson ve diğerleri, 2007).

1.2.5.2. Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT)

Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MTBT), 2002 yılında Zindel Segal, Mark Williams ve John Teasdale tarafından geliştirilmiştir. MTBT, depresif bir nüksü önlemek için tasarlanmış bir grup müdahalesidir. Bu program, MTSA'yı takip eden bilinçli farkındalık eğitimini ve akut depresyonu tedavi etmek için kullanılan bilişsel davranışçı terapi uygulamalarını birleştirmektedir. 8 haftalık programın temel amacı, bireylere depresif nüksü tetikleyebilecek düşünce, duygu ve beden duyuları ile ilişkilerinde köklü bir değişiklik yapmalarına destek olmaktır. Bilinçli farkındalık egzersizleri ile kişiye duyguları, düşünceleri ve bunlarla ilgili değerlendirmelerini fark etmesi ve bunları gerçeklikten çok "zihinsel olaylar" olarak tanıması öğretilir (Segal, Williams ve Teasdale, 2013).

1.2.5.3. Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)

Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT), Marsha M. Linehan (1993) tarafından Sınırdan (Borderline) Kişilik Bozukluğu (SKB) olan bireyler için geliştirilmiştir. SKB'li hastalarda çoklu dürtüsel ve intihar davranışları azaltmada önemli bir etkinlik gösteren DDT, bozukluğun tedavisinde temel bir beceri olarak bilinçli farkındalığı içermektedir (Didonna, 2009). DDT'de bilinçli farkındalık şimdiki ana tam olarak girme deneyimi olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bunu başarmak için bireysel terapiye ek olarak, DDT'de verilen temel beceri eğitimi dört modülden oluşur: duygu düzenleme, sıkıntı toleransı, kişilerarası etkililik ve bilinçli farkındalık becerileri (Üstündağ-Budak ve Özeke-Kocabaş, 2019). Bilinçli farkındalık becerileri, diğer DDT becerilerinin etkili bir şekilde uygulanmasıyla doğrudan ilişkilidir ve bu nedenle eğitimde sık sık tekrar edildikleri için temel beceriler olarak kabul edilir (Welch, Rizvi ve Dimidjian, 2006).

1.2.5.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), psikolojik esneklik yaratmaya odaklanan terapötik bir yaklaşımdır (Varra, Drossel ve Hayes, 2009). Germer'e (2005) göre KKT'nin odak noktası, anlamlı bir hayat yaşarken deneyimin gelip gitmesine izin vermektir. Söz konusu yaklaşımda, psikolojik esnekliğe katkıda bulunan altı temel süreç bulunmaktadır: Kabul, bilişsel ayrışma, şimdiki anla temas, bağlamsal benlik, değerler ve adanmış eylem. KKT, formal meditasyon uygulamalarını içermez, ancak bilinçli farkındalığı destekleyen deneyimsel egzersizler, metaforlar ve diğer müdahalelerle doludur. Örneğin, KKT'nin temel bir bileşeni olan bağlamsal benlik veya gözlemci perspektifi, düşünceleri ve duyguları etkisiz hale getirilmiş ve kabul edici bir şekilde keşfetmek için bilinçli bir temel sağlamaktadır (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012).

1.3. Psikolojik Esneklik

İnsan hayatının temel bir özelliği, hoş duyguların yanı sıra acı verici duyguları da içermesidir. Yaşam ne kadar güzel olursa olsun, hepimiz başarısızlıklar, hayal kırıklıkları, hastalıklar veya kayıplar yaşarız, bu da bize acı çekmenin kaçınılmaz olduğunu gösterir. Ve ne yazık ki, hepimiz acıyla etkili bir şekilde baş edemeyebiliriz. Bu noktada devreye giren kavram "psikolojik esneklik" tir. Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin temelini oluşturan bu kavram, bilinçli bir insan olarak şimdiki anla olduğu gibi tam ve savunmasız temas kurma ve değerlerin hizmetinde davranışta ısrar etme veya değişiklik yapma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Hayes ve diğerleri, 2013). Psikolojik esneklik modelini ayrıntılı olarak açıklamadan önce, temel ilkelerini daha iyi anlamak için bir sonraki bölümde arka planı kısaca gözden geçirilecektir.

1.3.1. Psikolojik Esneklik Kavramının Temelleri

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), doğrudan psikolojik olayları değiştirmeye odaklanmak yerine, bu olayların işlevini ve bireyin onlarla ilişkisini değiştirmeyi amaçlayan üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerden biridir (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). KKT, psikolojik esnekliği artırmayı amaçlar ve buna göre zihnin problem çözme biçimine aşırı güvenmenin repertuar daraltıcı etkilerinin üstesinden gelmek ve yaşama daha açık, merkezli ve bağlı bir yaklaşımı teşvik etmek için *insan dilini ve bilişini daha iyi bağlamsal kontrol altına almaya* çalışır.

KKT'nin yaklaşımları ve metodolojisi, iyi geliştirilmiş bir bilim felsefesinden ve sağlam bir temel bilim geleneğinden türetilmiştir; hem insanın acı çekmesinin hem de insanın uyum yeteneğinin birleşik bir model olarak işlev görmesinin sebebi, bu perspektif genişliğidir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012).

1.3.1.1. İşlevsel Bağlamsalılık

KKT'nin kökleri, "işlevsel bağlamsalılık" adı verilen bir bilim felsefesine dayanmaktadır; Skinner'ın radikal davranışçılık yaklaşımını, tarihsel ve durumsal bir bağlamda olayları kesinlik, kapsam ve derinlikle tahmin etme ve etkileme ile gerçeğe ve anlama işlevsel bir yaklaşım benimseyerek genişleten bir psikolojik pragmatizm biçimi olarak tanımlanmaktadır (Hayes vd., 2013). Analiz birimi "bağlam içinde eylem" dir, bu bakış açısından bir eylem (düşünce, duygu vb.), yalnızca bağlamına (örn., zamanı, amacı, tarihi, mevcut durumu vb.) atıfta bulunularak anlam kazanır. Bir doğruluk kriteri olarak, "başarılı işleme" yi ve işlenebilirliğin uygulanmasına yönelik kriterleri belirleyen *değerleri* vurgular. Böyle bir doğruluk kriteri, uygulanacak bir hedef gerektirir: "Tahmin ve etki", bu perspektiften bir davranış, hem tahmin edildiği hem de etkilendiği (değiştirildiği) ölçüde doğru ve anlamlıdır (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012).

1.3.1.2. İlişkisel Çerçeve Teorisi

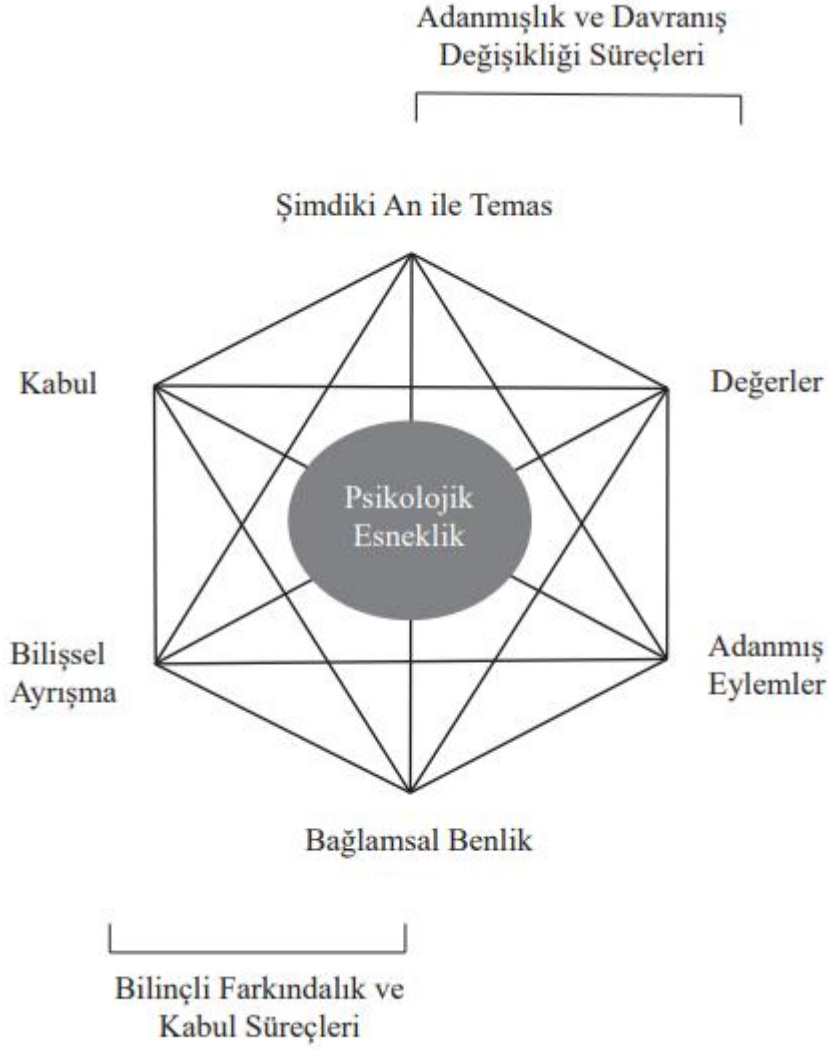
KKT, bağlamsal davranış ilkelerine dayanmaktadır ve insan dili ve bilişinin temel teorisi olan İlişkisel Çerçeve Teorisi (RFT; Hayes vd., 2001) ile genişletilmiştir. RFT'ye göre, insan dilinin ve bilişinin özü, olayları yalnızca biçimsel özelliklerine (şekil, boyut) göre değil, aynı zamanda keyfi olarak (arbitrarıly) karşılıklı ve kombinasyon halinde ilişkilendirmenin ve bu ilişkilere dayanarak olayların işlevlerini değiştirmenin öğrenilmiş becerisidir (Hayes vd., 2006). Örneğin, küçük bir çocuk daha çok olduğu için bir adet 1 TL yerine 10 adet 1 kuruşu tercih ederken, büyüdüğünde yine "daha çok " olduğu için 10 adet 1 kuruş yerine 1 TL'yi tercih edecektir; yani, karşılaştırmalı ilişkiler, ilgili olayların biçimsel özellikleriyle sınırlı olmaktan

ziyade, keyfi olarak uygulanabilir hale gelir (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). Ayrıca kanıtlar, bu ilişkisel becerilerin edimsel olduğunu ve ortaya çıktıklarında tüm davranışsal süreçleri etkilediğini göstermektedir. Örneğin, bir araştırma, şokla eşleştirilmiş bir uyarı ile uyarılan kişilerin "daha büyük" bir işaretin varlığında nötr bir uyarıcı tarafından daha fazla uyarıldığını göstermiştir - $A < B < C$ şeklinde basit bir ilişki ağı öğretilir ve B varlığında şok olduklarında, C'ye (nötr) daha fazla uyarılma gözlemlenir (Dougher, Hamilton, Fink ve Harrington, 2007; akt. Hayes ve diğerleri, 2013).

RFT'nin temel bir özelliği, ilişkisel çerçevelerin *olayların nasıl ve ne zaman ilişkili olduğunu belirleyen "ilişkisel bağlam" ve ilişkisel ağ açısından hangi işlevlerin dönüştürüleceği belirleyen "işlevsel bağlam"* tarafından düzenlenmesidir. İlişkisel çerçeveler öğrenilmiştir ve keyfi olarak uygulanabilir, bu nedenle, işlevsiz ilişkilerin türetilmesini tamamen önlemek için ilişkisel bağlamı tam olarak kontrol etmek imkansızdır (Hayes vd., 2013). Örneğin, çok sayıda keyfi ipucu ile çok başarılı veya sevilen küçük bir çocuk, zihninde "başarısız" veya "sevilmez" olabilir. "Ben başarısızım", "Ben sevilmezim" ilişkisi bir kez oluştuğunda, engellenebilir, ancak asla sıfır güce geri dönmez (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). İlişkisel yanıt vermenin etkisini belirleyen ise işlevsel bağlamdır ve çoğu durumda düzenlenmesi daha kolaydır. İlişkisel bir bağlama odaklanmak, istemeden işlevsel bağlamı yararsız bir şekilde değiştirebilir; örneğin, bir düşüncenin rasyonalitesine bakmak, onu kolayca daha merkezi, dikkat çekici veya önemli hale getirebilir. RFT, bu süreçleri dengelemeye rehberlik eder: örneğin, "Ben sevilmezim" öz-değerlendirmesine "Benim ben sevilmezim şeklinde bir düşüncem var" ifadesini eklemeyi öğretmek, aslında kişinin bilişsel ağını güçlendirmek için tasarlanmış ilişkisel bir bağlam müdahalesidir, ancak aynı zamanda, otomatik ve yardımcı olmayan bilişsel kontrolü azaltarak işlevsel bir bağlam müdahalesi haline gelir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012; Hayes vd., 2013).

1.3.2. Psikolojik Esneklik Modeli

Psikolojik esneklik modeli, insan işleyişinin ve uyumluluğunun birleşik bir modelidir ve doğası gereği tümevarımsaldır. KKT'nin temelini oluşturan bu modelde, insan uyumluluğundan büyük ölçüde altı temel sürecin sorumlu olduğu öne sürülmüştür. Bunlar: kabul, bilişsel ayrışma, şimdiki anla temas, bağlamsal benlik, değerler ve adanmış eylemlerdir (Şekil 1.5.) (Hayes vd., 2006).



Şekil 1.5 Psikolojik Esneklik Modeli (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012)

Dahası, bu süreçlerden bir veya daha fazlasının yokluğunun, insan psikopatolojisinin ve acı çekmesinin temel nedeni olduğu iddia edilen psikolojik katılığa (veya psikolojik esneksizliğe) neden olduğu düşünülmektedir. Modele göre acı, yaşamın doğal bir sonucudur, ancak psikolojik katılık süreçlerinin uyum üzerindeki olumsuz etkileri insanların gereksiz yere acı çekmesine neden olmaktadır. Bu durum şu şekilde özetlenebilir: Zihinsel aktivitenin içeriğine aşırı bağlılık, yani *bilişsel kaynaşma*, kişinin davranışsal repertuarının daralmasına ve eylemin doğrudan sonuçlarıyla temas kaybına yol açar, bu da gerektiğinde rotayı değiştirme yeteneklerini engeller; Ayrıca, analiz etmeye çalışmak sorunların daha kalıcı hale gelmesine neden olur. Belirli deneyimlerle (örn., düşünce, duygu, bedensel duyum) temas halinde kalmak istememek ve bu deneyimlerin biçimini, sıklığını veya durumsal duyarlılığını değiştirmeye çalışmak, yani *deneyimsel kaçınma*, daha fazla davranışsal kısıtlamaya ve olumlu sonuçlar ile

kademeli temas kaybına yol açar, böylece bir kaçınma döngüsü baskın hale gelir ve ikincil hasar arttıkça kaçınmaya devam etme ihtiyacı artar. Bu kalıplar kişinin şimdiki ana esnek, akıcı ve gönüllü olarak girmesini engelleyerek geçmişe veya geleceğe, yani *esnek olmayan dikkat süreçlerine* yol açar ve bu da kişiyi depresyon, anksiyete ve benzerleri için kolay bir hedef haline getirir. Kişinin kendi öyküsüne aşırı bağlılık ve özdeşleşimi, yani *kavramsallaştırılmış benliğe bağlanma*, kendini gerçekleştiren kehanetler şeklinde davranışlara ve geçmiş zorlukların etkisinin gereksiz bir şekilde büyütülmesine yol açar. Aynı zamanda, insan bilişinin olumlu kullanımlarına müdahale ederek, yani *değerlerin bozulması*, motivasyonun azalmasına ve değerlere dayalı eylemlerin engellenmesine yol açar. Kişisel değerlerle temasın olmadığı durumlarda, davranış başkalarını memnun etme, sosyal uygunluk veya kaçınma tarafından kontrol edilir ve bu da zamanla geri çekilmeye, kendini soyutlamaya veya davranışsal aşırılıklara, yani *hareketsizlik, dürtüsellik veya kaçınmaya*, neden olur.

KKT, sözel / bilişsel süreçleri daha iyi bağlamsal kontrol altına alarak ve kişiyi, değerli bir yaşam yolunun bir parçası olarak, eylemlerinin olumlu sonuçları ile şimdiki anla daha fazla temasa geçirecek psikolojik esnekliği artırmayı hedeflemektedir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012). Bir sonraki bölümde, KKT müdahaleleri ile geliştirilmeye çalışılan bu altı süreç ana hatlarıyla ele alınacaktır.

1.3.2.1. Psikolojik Esneklik Modelinin Temel Süreçleri

1.3.2.1.1. Kabul (acceptance)

Kabul, istenmeyen düşünce ve duygulara açık ve kucaklayıcı olmayı ve onların olduğu gibi var olmalarına izin vermeyi ifade eder, doğrudan deneyimsel kaçınmayı hedef alır (Twohig, Levin ve Ong, 2020). Kabul, pasif bir hoşgörü veya teslimiyet değildir; kasıtlı, açık ve aktif bir duruştur (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012). Örneğin, anksiyete ile mücadele eden danışanlara, sıklığını veya biçimini değiştirmeye çalışmadan, anksiyeteyi bir duygu olarak tam ve savunmasız bir şekilde hissetmeleri öğretilir (Hayes vd., 2006) – uyarılmayı azaltmak değil, bu deneyimlerin varlığında yanıt verme esnekliğini artırma hedeflenmektedir (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). Danışanların bu deneyimleri oldukları gibi kabul etmeleri, düşüncelerin ve duyguların kaçınılması veya harekete geçilmesi gereken şeyler yerine doğal tepkiler olarak ele alınabileceğini görmelerine olanak tanır. KKT'de kabul, kendi başına bir amaçtan ziyade değer temelli eylemi artırmanın bir yöntemi olarak teşvik edilen bir kavramdır (Luoma, Hayes ve Walser, 2017).

1.3.2.1.2. Bilişsel ayırışma (cognitive defusion)

Bilişsel ayırışma, düşünceleri sadece düşünceler olarak fark etme sürecidir ve doğrudan bilişsel kaynaşmayı hedef alır (Twohig, Levin ve Ong, 2020). Bilişsel ayırışma teknikleri ile, düşüncelerin ve diğer içsel olayların (duygular gibi) istenmeyen işlevleri değiştirilmeye çalışılır (Hayes vd., 2006). Başka bir deyişle, düşüncelerin doğru, güçlü ve anlamlı olduğu gerçek bir bağlamdan düşüncelerin yalnızca düşünce olarak algılandığı bir duruma geçilmesine yardımcı olarak bilişsel ayırışma; kişinin düşünceler, duygular ve bedensel hislerle ilişkisini veya etkileşimini değiştirmeye çalışır, böylece bilişsel kaynaşmayı zayıflatır (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). Çok çeşitli klinik sunumlar için birçok ayırışma tekniği geliştirilmiştir (Hayes ve Strosahl, 2005). Bu tekniklerin bazı örnekleri: düşüncelere bir şekil, boyut ve doku vermek, düşünme sürecini etiketlemek (örn: asla başarılı olamayacağımı düşünüyorum), bir düşünce için zihnine teşekkür etmek, sadece ses kalana kadar kelimeleri yüksek sesle tekrarlamak (örn: temel bir klinik kaygının tek kelimelik versiyonu: "zayıfım, zayıfım, zayıfım... "), bir akarsu boyunca yüzen yapraklar üzerinde yazılmış gibi düşüncelerin akıp gitmesini izlemek, veya bir düşünceyle doğrudan çelişecek şekilde davranış pratiği yapmak (örn: bir odada yürürken "yürüyemiyorum" demek). Buradaki amaç, frekanslarında ani bir değişimden ziyade, içsel düşünce ve deneyimlerin inanılabilirliğinde, bağlılığında veya etkisinde bir azalma sağlamaktır (Hayes ve diğerleri, 2013).

1.3.2.1.3. Şimdiki anla temas (contact with the present moment)

Esnek ve etkili bir şekilde o andaki ilgili deneyimlere ve bilgilere dikkat etmek anlamına gelir. Geçmişe veya geleceğe katı bir şekilde odaklanma veya şu andaki sınırlı bir deneyime (örn., kalp atış hızındaki değişiklik) aşırı derecede sabitlenme eğilimi psikolojik katılığa yol açar (Twohig, Levin ve Ong, 2020). KKT'nin amacı danışanların burada ve şimdi olup bitenlere katılmalarına yardımcı olmak, böylece davranışları daha esnek ve eylemleri değerleri ile daha tutarlı hale getirmektir (Hayes vd., 2006). Bunu teşvik etmek için bilinçli farkındalık ve dikkat kontrol egzersizleri kullanılır (örn., düşünmeye dayalı [contemplative] uygulamalar - nefesi takip etmek) (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). Ayrıca, KKT'de şimdiki anda olmanın, düşüncelerin, duyguların ve diğer içsel olayların etkisiz hale getirilmiş, yargılayıcı olmayan ve devam eden tanımlamasına atıfta bulunan "süreç olarak benlik (self-as-process)" adı verilen bir benlik duygusunun aktif olarak desteklenmesi ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Luoma, Hayes ve Walser, 2017).

1.3.2.1.4. Bağlamsal benlik (self-as-context)

Bağlamsal benlik, danışanların, 'benliğin' içsel deneyimlerinden daha fazla, farklı ve kapsayıcı olduğu bir perspektif almayı öğrendikleri bir süreci ifade eder (Twohig, Levin ve Ong, 2020). Luoma ve diğ., (2017) 'e göre buradaki amaç, kişilerin o anda yaşadıkları belirli deneyimlerden bağımsız olarak, daha sağlam bir benlik duygusu geliştirmelerine yardımcı olmaktır. "Ben-sen, burada-orada ve şimdi-sonra" gibi deictic ilişkisel çerçeveleri öğrenmek, bir perspektif olarak benlik duygusuna yol açmakta; bununla birlikte, perspektif almanın sınırları bilinçli olarak bilinmeyeceği için insan deneyimine aşkın, ruhsal bir yönde sağlamaktadır (Hayes vd., 2006; Hayes vd., 2013). Bu benlik duygusunun ortaya çıkışı, başkalarının bakış açısını anlamaya, başkalarını önemsemeye yol açar ve sosyal olarak çalışır, aynı zamanda acı verici duygular veya düşüncelerle yüzleşmek için güvenli bir psikolojik alan sağlar (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012). KKT'de bu benlik duygusu, metaforlar, bilinçli farkındalık egzersizleri ve deneyimsel süreçlerle beslenir. Örneğin, danışanlardan kendilerinin gökyüzü olduklarını ve düşüncelerinin ve duygularının geçen bulutlar ve hava olduğunu hayal etmeleri istenebilir, böylece danışanlar, geçen içsel deneyimlerini basitçe gözlemleyebilen istikrarlı, geniş bir perspektif haline gelirler (Twohig vd., 2020).

1.3.2.1.5. Değerler (values)

Hayes ve diğerlerine (2012) göre, eylem, kabul ve ayrışma, yalnızca değerler açısından mantıksal bir bütün halinde bir araya gelir; değerler, biçimlendirici ve motive edici pekiştiricilerdir. KKT'de değerler, baskın pekiştiricinin davranışsal modelin kendisine özgü hale geldiği aktivite modellerinin seçilmiş, sözlü olarak oluşturulmuş sonuçları olarak tanımlanır. Başka bir deyişle, değerler, asla bir nesne olarak elde edilemeyen, ancak an ve an somutlaştırılabilen seçilmiş eylem niteliklerini ifade eder (örn. sevgiyle ilişki kurmak veya dürüstçe katılmak) (Hayes vd., 2006). Danışanların çeşitli alanlarda (örn. aile, maneviyat, kariyer) değerli yaşam yönlerini seçmelerine yardımcı olurken, aynı zamanda deneyimsel kaçınma, sosyal uygunluk veya bilişsel füzyona dayalı seçimlere (örn. "İyi bir insan A'ya değer verir", "Ailem B' ye değer vermemi ister") neden olabilecek sözlü süreçleri zayıflatmak için çeşitli metaforlar, yazma süreçleri, kendini keşfetme ve deneyimsel alıştırmalar kullanılır (Hayes, Pistorello ve Levin, 2012; Hayes ve diğerleri, 2013).

1.3.2.1.6. Adanmış eylemler (committed action)

Adanmış eylemler, seçilen değerlerle bağlantılı daha büyük ve daha büyük etkili aktivite modelleri oluşturmak için, an be an davranışları yeniden yönlendirmek anlamına gelir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012). Thowig ve diğerlerine (2020) göre adanmış eylem, KKT'de yapılan her şeyle "lastiğin yolla buluşmasını" ifade eder. Aynı zamanda, KKT ile geleneksel davranışçı terapi arasındaki bağlantının en açık olduğu yerdir; tüm hedef belirleme ve davranış değişikliği metodolojilerini (örn., davranışsal etkinleştirme, maruz kalma, beceri geliştirme vb.) ve ayrıca kısa, orta ve uzun vadeli davranış değişikliği hedefleriyle bağlantılı ev ödevlerini içerir. Örneğin, katılımcılar anksiyete ile mücadele ediyorlarsa, maruz kalma vurgulanabilir, ancak burada farklı olan fonksiyonel settir. - daha fazla psikolojik esneklik sağlamak için tasarlanmış bir bağlamda uyarılarla organize bir temas (Hayes ve diğerleri, 2013). Dahası, diğer esneklik süreçlerinin bu davranışsal yöntemlerin çalışmasını etkinleştirdiği gösterilmiştir (örn., istek ve kabul, anksiyete hastalarının maruz kalmaya daha açık olmasına yardımcı olur) (Levitt ve diğerleri, 2004).

Yukarıda açıklanan tüm süreçler birbirini destekler ve birlikte psikolojik esnekliği artırmaya katkıda bulunur. Hayes ve diğerlerine (2013) göre, bu altı süreç iki grupta organize edilebilir: Bilinçli farkındalık ve Kabul Süreçleri (sol taraf) ile Adanmışlık ve Davranış Değişikliği Süreçleri (sağ taraf) – şimdiki anla temas ve bağlamsal benlik her iki gruba da dahildir (Bkz. Şekil 1.5.). Dolayısıyla KKT, psikolojik esneklik üretmek için bilinçli farkındalık ve kabul süreçleri ile adanmışlık ve davranış değişikliği süreçlerini kullanan davranışsal ve bilişsel bir müdahale modeli olarak tanımlanabilir.

1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Hepimiz ara sıra endişeleniriz ve bu kesinlikle normaldir. Aslında endişe, potansiyel tehditleri planlamamıza ve bunlara hazırlanmamıza yardımcı olan uyarlanabilir bir duygusal durumdur. Ancak bazı insanlar için, hayatın birçok farklı yönüyle ilgili endişeler aşırı, kontrol edilemez, kronik hale gelir ve buna birçok anksiyete semptomu eşlik eder. Bu kişilere "Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)" teşhisi konabilir (Barlow, Durand ve Hofmann, 2018).

1.4.1. Tanı

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, kas gerginliği, uyku bozukluğu ve sinirlilik gibi eşlik eden üç veya daha fazla semptomla ilişkili kronik, aşırı ve kontrol edilemeyen endişe ile karakterize yaygın bir ruhsal bozukluktur. DSM-5 tanı ölçütleri, YAB'nin resmi tanısı için, endişe ve kaygıya eşlik eden çeşitli semptomların en az 6 ay boyunca mevcut olması ve endişenin kontrol edilmesi zor olarak deneyimlenmesi gerektiğini belirtir. Aynı zamanda klinik olarak önemli sıkıntı ve azalmış işlev ile ilişkilendirilmelidir (APA, 2013).

Tablo 1.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) DSM-5 Tanı Ölçütleri

-
- A. *En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.*
- B. *Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.*
- C. *Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):*
- Not:** *Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.*
1. *Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.*
 2. *Kolay yorulma.*
 3. *Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.*
 4. *Kolay kızma.*
 5. *Kas gerginliği.*
 6. *Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).*
- D. *Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*
- E. *Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.*
- F. *Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda [sosyal fobi] olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseliyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).*
-

APA (2013)

YAB'de ortaya çıkan endişe, bir dizi farklı olay ve aktivite ile ilişkilidir; Araştırmalar, YAB'li yetişkinlerin sağlık, mali durum, çocukların refahı, sosyal ilişkiler veya trafikte sıkışık kalma gibi günlük / küçük şeyler de dahil olmak üzere çoğu şey için endişelendiğini göstermektedir. Ayrıca YAB olan çocuklarda akademik, atletik, sosyal performans yeterliliği veya aile sorunları ile ilgili endişeler ve YAB'lı yaşlı bireylerde ise sağlıkla ilgili endişeler öne çıkmaktadır (Furr vd., 2009; Wetherell vd., 2010; Gonçalves ve Byrne, 2012; Nevid ve ark., 2018; Barlow ve ark., 2018).

1.4.2. Epidemiyoloji

YAB toplumda oldukça yaygındır; Genel popülasyon için, 12 aylık yaygınlık oranları% 2,1 ila% 6,6 arasında ve yaşam boyu yaygınlık oranları% 8 ila% 13,7 arasında değişmektedir (Haller ve diğerleri, 2014). Özcan ve arkadaşları (2006) ise Türkiye'de bir psikiyatri kliniğine başvuran hastaların %10,3'ünün YAB tanısı aldığını bildirmişlerdir. Ek olarak, yakın tarihli bir çalışma, Dünya Ruh Sağlığı araştırmalarında DSM-5 kullanılarak değerlendirilen YAB'nin, DSM-IV kullanılarak değerlendirilenden daha yaygın olduğunu bulmuştur (yaşam boyu yaygınlık% 37 ve 12 aylık yaygınlık% 50 daha yüksektir) (Ruscio ve diğerleri, 2017).

Birçok çalışma, YAB'nin kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık meydana geldiğini göstermektedir (Grant ve diğerleri, 2005; Vesga-Lopez vd., 2008; Haller ve diğerleri, 2014; Stein ve Sareen, 2015). Ayrıca, Ruscio ve arkadaşları (2017) tarafından dünya genelinde YAB epidemiyolojisinin kesitsel karşılaştırmasında, 60 yaşın altında olmak ve evli olmamak YAB ile ilişkili bulunmuştur. Kadınlarda YAB prevalansının daha yüksek olması hormonal faktörlere, çocuk yetiştirme ve güvenlikleri için sorumluluk alma ile ilişkili sosyal veya kültürel baskılara, tam zamanlı çalışmaya veya duygular ve tedavi arayışı konusunda daha fazla açık olmaya bağlı olabilir (Portman, Riskind ve Rector, 2012).

YAB olan bazı kişiler, genellikle yaşam stresini tetikleyen faktörlerin bir sonucu olarak erken yetişkinlikte başladığını bildirirse de, çoğu çalışma YAB'nin diğer anksiyete bozukluklarından daha erken ve kademeli bir başlangıçla ilişkili olduğunu bulmuştur; erken başlangıç, belirli bir tetikleyici olayın, krizin veya zorluğun yokluğuyla işaretlenir (Barlow, 2002; Beesdo, Pine, Lieb ve Wittchen, 2010; Portman, Riskind ve Rector, 2012). Başlangıç yaş dağılımı üzerine yapılan bir çalışmanın sonucu, 18-29 yaş için% 4,1, 30-44 yaş için% 6,8, 45-59 yaş için% 7,7 ve 60 yaş ve üzeri için% 3,6 olduğunu göstermektedir (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas ve Walters, 2005). YAB olan çocuk ve ergenler ile ilgili çalışmalar şu şekildedir: Kessler ve ark. (2007), YAB'nin yetişkinlikten önce başlamasının nadir olduğunu ve vakaların% 25'inden azında ortaya çıktığını öne sürmüştür. Ek olarak, yalnızca 13-17 yaş arası ergenler için, bir yıllık yaygınlığın% 1,1 ile biraz daha düşük olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark., 2012). Ruscio ve diğerleri (2017) tarafından yapılan kesitsel bir çalışma ise, vakaların% 25'inin 25 yılda,% 50'sinin 39 yılda ve% 75'inin 53 yılda meydana geldiğini göstermektedir. Araştırmalar ayrıca YAB'nin yaşlı yetişkinlerde geliştiğini de belgelemiştir: Ulusal Komorbidite Araştırması replikasyon çalışması, 55 yaş ve üstü katılımcıların yüksek bir popülasyonu ile gerçekleştirilmiş ve YAB çoğunlukla genç-yaşlı olarak adlandırılan 55-64 grubunda görülmüştür (Byers , Yaffe, Covinsky, Friedman ve Bruce, 2010). Ayrıca Mackenzie

ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da YAB'nin yaşlı yetişkinlerde en sık görülen anksiyete bozuklukları arasında olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca verilere bakıldığında, YAB 50 yaşından sonra pek çok insan için ortadan kalkıyor gibi görünmektedir (örn., Rubio ve Lopez-Ibor, 2007; Mackenzie ve diğerleri, 2011).

1.4.3. Klinik Seyir

YAB, kronik bir seyir izleme eğilimindedir (Kessler vd., 2002). YAB teşhisi konan kişiler üzerinde yapılan 12 yıllık bir takip çalışması, bir ataktan sonra iyileşme şansının yalnızca % 58 olduğunu ve iyileşen bireylerin % 45'inin daha sonra nüksetme olasılığının yüksek olduğunu bildirmiştir (Bruce ve arkadaşları, 2005). Başka bir çalışmada, 14 yıllık dönemde YAB kriterlerini tam olarak karşılayan ve kriterleri tam olarak karşılamayan ancak semptomatik kalan bireyler izlenmiş; katılımcıların çoğu sadece tanı varlığı ve yokluğu değerlendirildiğinde gerilerken, YAB şiddetinde sadece hafif bir azalma tespit edilmiştir (Ramsawh ve diğerleri 2009). Bu bulgular, YAB'nin artan ve azalan semptomlarla karakterize kronik bir seyir izlediğini desteklemektedir (Barlow, Durand ve Hofmann, 2018). Ruscio ve ark. (2017), dünya genelinde erken başlangıçlı vakalarda, düşük eğitim ve aile geliri olan bireylerde ve ev dışında çalışmayan bireylerde (örn., ev hanımları) YAB'nin kalıcılık oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. YAB'nin bu kronik seyri, tıbbi hizmetlerin sık kullanımını beraberinde getirmekte ve yaşamın çeşitli alanlarında (mesleki, sosyal, vb.) kapsamlı bozukluklara neden olmaktadır (Portman vd., 2012).

1.4.4. Komorbidite

YAB, genel tıbbi durumlar ve diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranda komorbiditeye sahiptir; bu, tanınmasını daha karmaşık hale getirir. YAB için komorbidite başka bir bozuklukla yaklaşık % 85-90'dır; en yaygın olanı majör depresif bozukluktur ve bunu sosyal anksiyete bozukluğu izlemektedir. Ek olarak, YAB vakalarının yaklaşık % 60'ında birlikte ortaya çıkan kişilik bozuklukları vardır (Portman, Riskind ve Rector, 2012). 26 ülkeden elde edilen verileri kullanan bir çalışmada, yaşam boyu (% 81.9) ve 12 aylık (% 70.8) YAB olan bireylerin çoğunda bir veya daha fazla komorbid DSM-IV / CIDI bozukluğu olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, YAB komorbiditesinin duygudurum ve anksiyete bozuklukları için en yüksek, yıkıcı davranış bozuklukları için daha düşük ve madde ile ilişkili bozukluklar için en düşük olduğunu göstermiştir (Ruscio ve diğerleri, 2017). Ayrıca, YAB'nin irritabl bağırsak sendromu, gastrointestinal ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olduğu bulunan çalışmalar da bulunmaktadır (Sareen vd., 2005; Newman vd., 2013).

Belirgin emosyonel problemlere ve yeti yitimine neden olan YAB, klinik ortamda oldukça yaygındır; ancak, yeterince tanınmamakta ve bu nedenle yetersiz bir şekilde tedavi edilmektedir (Wittchen 2002; Haller vd., 2014; Toghanian vd. 2014).

Yukarıda, *Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)* ve bu bozukluğun ortaya çıkması ve sürdürülmesinde etkili faktörler olduğu düşünülen *Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık ve Psikolojik Esneklik* ile ilişkili detaylı açıklamalara yer verilmiştir. "YAB, aşırı ve kontrol edilemeyen endişe ile karakterizedir." YAB'deki endişenin içeriği ve doğası, normal endişeye oldukça benzerdir; Üstbilişsel terapi, bozukluğun ana kaynağının, düşüncelerin ve duyguların içeriğinden ziyade bireylerin olumsuz düşüncelere tepki verme şekli olduğunu öne sürmekte ve bireylerin endişeleriyle ilişki kurma, değerlendirme ve kontrol etme biçimlerindeki farklılıklar için bir açıklama sağlamaktadır (Hjemdal vd., 2013). Endişenin doğası geleceğe yöneliktir; Bilinçli farkındalık, şimdiki ana odaklanmaya dayalı farklı süreçler ve stratejiler aracılığıyla olumsuz duygularla ilişki kurmanın yeni bir yolunu öğretir. Ek olarak, bilinçli farkındalık uygulamaları, sıklıkla anksiyete belirtilerine odaklanan YAB'li bireylere, odaklarını tek bir nesne ile sınırlamak yerine, farkındalıklarını korurken çok çeşitli dikkat nesnelere katılmayı öğretir (William vd., 2016; Fumero vd., 2020). Son olarak, endişe, bireyleri mevcut deneyimlerini kaçırmalarına neden olacak şekilde tüketir. KKT, kabul, bilişsel ayrışma, şimdiki anla temas, bağlamsal benlik, değerler ve adanmış eylemler olarak adlandırılan altı süreç aracılığıyla psikolojik esneklik oluşturmayı hedefler ve YAB'nin özelliği olan katı, kaçınan tepkilere alternatif bir yanıt sağlar (Hayes-Skelton vd., 2013). Bu bulgular, ele alınan üç kavramın YAB'nin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde etkili olduğu fikrini desteklemektedir.

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan ilişkisel taramaya dayalı yordayıcı korelasyon yöntemi ile yapılmıştır. Bu modelde değişkenler arasındaki ilişkiler incelenerek, bir değişkenin bilinen bir değeri üzerinden diğer değişkenin bilinmeyen değeri tahmin edilmektedir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2008; Fraenkel ve Wallen, 2008).

2.2. Katılımcılar

Ölçekler 655 kişiye ulaştırılmıştır; veri temizleme işleminin ardından katılımcıların 634'ü ile analiz yapılmıştır. Katılımcıların 384'ü kadın (% 60.6), 250'si (% 39.4) erkektir; yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $X = 35.77$ 'dir ($SS=12.79$). Seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme (convenience sampling) yöntemi kullanılmıştır; bu yöntemde araştırmacı, yakın ve erişilmesi kolay olan gruba ulaşır (Etikan, 2016). Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	Gruplar	N	%
Yaş	18-25	217	34.2
	26-35	123	19.4
	36-45	112	17.7
	46 ve üstü	182	28.7
	Toplam	634	100
Cinsiyet	Kadın	384	60.6
	Erkek	250	39.4
	Toplam	634	100
Eğitim Durumu	İlkokul	16	2.5
	Ortaokul	31	4.9
	Lise	159	25.1
	Önlisans	88	13.9
	Lisans	278	43.8
	Lisansüstü	62	9.8
	İlkokul	634	100
Medeni Durum	Bekar	288	45.4
	Evli	325	51.3
	Boşanmış	21	3.3
	Toplam	634	100

Çalışma Durumu	Çalışan	371	58.5
	Çalışmayan	263	41.5
	Toplam	634	100
Gelir Düzeyi	2000 TL altında	129	20.3
	2001-4000 TL arası	203	32.0
	4001-6000 TL arası	122	19.2
	6001 TL ve üstü	180	28.4
	Toplam	634	100
Fiziksel veya Psikolojik Sağlık Sorunu Bulunma Durumu	Bulunan	69	10.9
	Bulunmayan	565	89.1
	Toplam	634	100
Sürekli Kullanılan Bir İlaç Bulunma Durumu	Bulunan	127	20
	Bulunmayan	507	80
	Toplam	634	100
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu	Alan	174	27.4
	Almayan	460	72.6
	Toplam	634	100

Araştırmada, 18-25 yaş arası 217 (%34.2), 26-35 yaş arası 123 (%19.4), 36-45 yaş arası 112 (%17.7) ve 46 yaş ve üzeri 182 (%28.7) katılımcı bulunmaktadır. 384 (%60.6) katılımcı kadın ve 250 (%39.4) katılımcı erkektir. Katılımcılar eğitim durumuna göre, 16 (%2.5) ilkokul, 31 (%4.9) ortaokul, 159 (%25.1) lise, 88 (%13.9) ön lisans, 278 (%43.8) lisans ve 62 (%9.8) lisansüstü olarak dağılmıştır. 288 (%45.4) katılımcı bekar, 325 (%51.3) katılımcı bekar ve 21 (%3.3) katılımcı boşanmıştır. 371 (%58.5) katılımcı çalışmakta ve 263 (%41.5) katılımcı çalışmamaktadır. 2000 TL ve altı gelir sahip 129 (%20.3), 2001-4000 TL arası gelire sahip 203 (%32), 4001-6000 TL arası gelire sahip 122 (%19.2) ve 6001 TL ve üstü gelire sahip 180 (%28.4) katılımcı bulunmaktadır. 69 (%10.9) katılımcının fiziksel veya psikolojik bir sorunu bulunmakta ve 565 (%89.1) katılımcının fiziksel veya psikolojik bir sorunu bulunmamaktadır. 127 (%20) katılımcının sürekli kullandığı bir ilaç bulunmakta ve 507 (%80) katılımcının sürekli kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır. 174 (%27.4) katılımcı daha önce psikolojik destek almış ve 460 (%72.6) katılımcı daha önce psikolojik destek almamıştır.

2.3. Veri toplama Araçları

Araştırmada, Sosyodemografik Bilgi Formu, Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜST-30), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği (YAB-7) kullanılmıştır.

2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanan formda; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir seviyesi, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma ve daha önce psikolojik destek alma durumuna ilişkin sorular yer almaktadır (Bkz. Ek-2).

2.3.2. Üstbiliş Ölçeği-30 (Metacognition Questionnaire -30)

Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) ilk olarak Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından psikolojik bozuklukların üstbilişsel modelinin merkezinde olduğu düşünülen üstbilişsel inançlar, yargılar ve izleme eğilimlerindeki bireysel farklılıkları ölçmek için geliştirilmiş ve ardından, 30 maddelik kısa formu olan "ÜBÖ-30" oluşturulmuştur (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır: "olumlu inançlar", "bilişsel güven", "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel farkındalık" ve "düşünceleri kontrol ihtiyacı". (1) "kesinlikle katılmıyorum" ile (4) "kesinlikle katılıyorum" arasında değişen 4'lü Likert tipi ölçekteki puanlar 30 ile 120 arasında değişmektedir ve artan puanlar, artmış patolojik üstbilişsel aktiviteyi göstermektedir (Wells ve Cartwright-Hatton,2004).

ÜBÖ-30'un, Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri .86 olarak bulunmuş, test-tekrar test analizi sonuçları maddeler için .40 ile .94, alt ölçekler için .70 ile .85 arasında değiştiğini göstermiş ve yapı geçerliliğini incelemek amacıyla yapılan Temel Bileşenler Analizi (TBA) 'ne göre ise KMO indeksi .89 olarak mükemmel bir uyum düzeyi elde edilmiştir. Bu çalışmada, iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri toplam puanı için .86, olumlu inançlar alt boyutu için .81, bilişsel güven alt boyutu için .83, kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu için .79, bilişsel farkındalık alt boyutu için .72 ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu için .72'dir, örnek sorular Ek-3'te yer almaktadır.

[Türkçe formda alt boyutları oluşturan maddeler: "Olumlu İnançlar- 1,7,10,20,23,28", "Bilişsel güven- 8,14,18,24,26,29", "Kontrol edilemezlik ve tehlike- 9,22,4,16,3,11,2", "Bilişsel Farkındalık- 5,12,17,19,30", "Düşünceleri kontrol ihtiyacı- 6,13,15,21,25,27 "]

2.3.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Mindful Attention Awareness Scale)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Brown ve Ryan (2003) tarafından günlük yaşamda anlık deneyimlerin farkına varma ve bu deneyimlere dikkat etme becerisine dair bireysel

farklılıkları değerlendirmek için geliştirilmiştir. BİFÖ 15 maddeden oluşur, tek faktörlü bir yapıya sahiptir ve tek bir toplam puan verir. (1) "hemen hemen her zaman" ile (6) "hemen hemen hiçbir zaman" arasında değişen bu 6'lı Likert tipi ölçekte, puanlardaki artış bilinçli farkındalık düzeyinin arttığını göstermektedir (Brown ve Ryan, 2003).

BİFÖ'nün, Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Özyeşil, Arslan, Kesici ve Deniz tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri .80, test-tekrar test analizi sonucu .86 olarak hesaplanmış ve yapı geçerliliğini incelemek için yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizine göre KMO indeksi .82, Barlett Sphericity testi 908.334 ($p < .001$); uyum indeksleri (χ^2/sd)=2.086 olarak bulunmuş ve kabul edilebilir uyum iyiliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .84'tür, örnek sorular Ek 4'te yer almaktadır.

2.3.4. Kabul ve Eylem Formu-2(Acceptance and Commitment Questionnaire-2)

Kabul ve Eylem Formu (KEF), ilk olarak Hayes ve arkadaşları (2004) tarafından bireylerde deneyimsel kaçınma ve psikolojik katılık düzeylerindeki farklılıkları değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ancak daha sonra, daha kararlı ve psikometrik olarak sağlam bir enstrümanın geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuş ve bu nedenle Bond ve arkadaşları (2011) tarafından yeni bir versiyon olan 'KEF-2' geliştirilmiştir. KEF-2 tek faktörlü bir yapıya sahiptir, 7 maddeden oluşur ve katılımcılardan maddelerdeki ifadelerin kendilerini ne ölçüde yansıttığını değerlendirmeleri istenir. (1) "hiçbir zaman doğru değil" den (7) "daima doğru" arasında değişen bu 7 puanlı Likert tipi ölçekteki artan puanlar, artan psikolojik katılık ve- dolayısıyla azalmış psikolojik esneklik olarak yorumlanmaktadır (Bond ve diğerleri, 2011).

KEF-2'nin, Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yavuz ve diğerleri (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri .84 olarak bulunmuş, test-tekrar test analizi iyi bir zamansal stabiliteye (.85) sahip olduğunu göstermiştir ve yapı geçerliliğini incelemek amacıyla yapılan Temel Bileşenler Analizi (TBA) 'ne göre ise KMO indeksi .83 olarak bulunmuş ve uygun bir faktör yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .89'dur, örnek sorular Ek 5'de yer almaktadır.

2.3.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği (Generalized Anxiety Disorder-7 Scale)

Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7), olası YAB vakalarını belirlemek ve semptom şiddetini değerlendirmek için 2006 yılında Spitzer, Kroenke, Williams ve Löwe tarafından geliştirilen kısa bir öz bildirim ölçeğidir. 7 maddeden oluşan bu ölçekte, bireylerden son 15 gün içinde her bir semptomdan ne sıklıkla rahatsız olduklarını belirtmeleri istenmektedir. (0) "hiç"

ile (3) "hemen hemen her gün" arasında değişen 4'lü Likert tipi ölçekte, 5, 10 ve 15'lik kesme noktaları hafif, orta ve şiddetli anksiyete düzeylerini temsil ettiği şeklinde yorumlanmıştır (Spitzer ve diğerleri, 2006).

YAB-7 ölçeğinin, Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Konkan, Şenormancı, Güçlü, Aydın ve Sungur tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri .85 olarak bulunmuş, test-tekrar test analizi iyi bir kararlılık göstermiş ve orijinal forma benzer şekilde yüksek geçerliliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .88'tir, örnek sorular Ek 6'da yer almaktadır.

2.4. İşlem

Araştırma için veri toplanmadan önce İstanbul Kent Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuruda bulunulmuş ve onay alınmıştır. 18-65 yaş arası katılımcılara ulaşmayı hedefleyen çalışmada, veri toplama işlemi Google Forms uygulaması üzerinden online olarak gerçekleştirilmiştir. Başlamadan önce, katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu sunulmuştur (Bkz. Ek-1); onaylandıktan sonra Demografik Bilgi Formu, Üstbiliş-30 Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Kabul ve Eylem Formu-2 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği-7'de yer alan ifadeler için en uygun seçeneği dürüst ve içtenlikle işaretlemeleri istenmiştir. Tüm ölçeklerin tamamlanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

2.5. Verilerin Analizi

Betimsel verilerin analizinde yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Araştırmanın değişkenleri ilgili normallik varsayımı kutu-çizgi grafikleri, dal-yaprak grafikleri, Q-Q grafiği ve çarpıklık-basıklığa dair veriler ile değerlendirilmiştir. Basıklık ve çarpıklık katsayılarının + 1,5 ve - 1,5 arasında yer aldığı durumlarda normal dağılım kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu çalışmada da çarpıklık ve basıklık değerleri + 1,5 ve - 1,5 aralığında olduğu için parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Ayrıca parametrik testlerin kullanılabilmesi için grup sayılarının 30'dan yüksek olması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2004). Grup sayıları 30'dan düşük olduğu durumlarda parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Üstbiliş-30 Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Kabul ve Eylem Formu-2 ve Yaygın Anksiyete-7 Ölçeği puanları demografik özelliklere göre incelenirken fark testlerinde 2'den fazla gruplu analizlerde ANOVA ve Kruskal Wallis H Testi; 2'li gruplarda ise Bağımsız Gruplar t-testi testi kullanılmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Yordayıcı etki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

ile incelenmiştir. Varyansların homojenliği varsayımı Levene testi ile incelenmiştir. Parametrik testlerde Post-hoc testi olarak Scheffe ve Tamhane't2 tercih edilmiştir. Parametrik olmayan testlerde ise Kruskal Wallis H testinin kendi Post-hoc testi Bonferroni düzeltmesi ile kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package Programme For Social Sciences) 25 paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Bu bölümde öncelikle araştırmada kullanılan ölçme araçlarına ilişkin betimsel istatistiklere yer verilecek, ardından araştırma sorularına ilişkin bulgular sunulacaktır.

3.1. Betimleyici Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan ölçekler için en küçük-en büyük değerler, çarpıklık-basıklık değerleri ile ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Üstbiliş Ölçeği-30, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Kabul ve Eylem Formu-2 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği İçin Betimleyici İstatistikler

Ölçekler	Min	Maks	\bar{x}	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Olumlu inançlar	6	24	11.76	4.15	.41	-.58
Bilişsel güven	6	24	11.80	4.27	.54	-.38
Kontrol edilemezlik ve tehlike	7	28	16.93	5.00	.25	-.70
Bilişsel farkındalık	5	20	14.21	2.94	-.19	-.04
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	6	24	13.85	3.90	.16	-.46
Üstbiliş Ölçeği-30	35	104	68.54	13.12	.07	-.41
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	31	90	63.43	12.10	-.18	-.45
Kabul ve Eylem Formu-2	7	49	21.59	10.53	.56	-.50
Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği	7	28	13.88	4.86	.59	-.28

Üstbiliş Ölçeği-30 olumlu inançlar alt boyutu için aralık 6-24 arasında, ortalama= 11.76 ve standart sapma= 4.15, çarpıklık=.41 ve basıklık=-.58 olarak hesaplanmıştır. Üstbiliş Ölçeği-30 bilişsel güven alt boyutu için aralık 6-24 arasında, ortalama= 11.80 ve standart sapma= 4.27, çarpıklık=.54 ve basıklık=-.38 olarak hesaplanmıştır. Üstbiliş Ölçeği-30 kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu için aralık 7-28 arasında, ortalama= 16.93 ve standart sapma= 5.00, çarpıklık=.25 ve basıklık=-.70 olarak hesaplanmıştır. Üstbiliş Ölçeği-30 bilişsel farkındalık alt boyutu için aralık 5-20 arasında, ortalama= 14.21 ve standart sapma= 2.94, çarpıklık= -.19 ve basıklık= -.04 olarak hesaplanmıştır. Üstbiliş Ölçeği-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu için aralık 6-24 arasında, ortalama= 13.85 ve standart sapma= 3.90, çarpıklık= .16 ve basıklık=-.46 olarak hesaplanmıştır. Üstbiliş Ölçeği-30 toplam puanı için aralık 35-104

arasında, ortalama= 68.54 ve standart sapma= 13.12, çarpıklık= .07 ve basıklık=-.41 olarak hesaplanmıştır.

Bilinçli Farkındalık Ölçeği aralık 31-90 arasında, ortalama= 63.43 ve standart sapma= 12.10, çarpıklık= -.18 ve basıklık= -.45 olarak hesaplanmıştır.

Kabul ve Eylem Formu-2 için aralık 7-49 arasında, ortalama= 21.59 ve standart sapma= 10.53, çarpıklık= .56 ve basıklık= -.50 olarak hesaplanmıştır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği için aralık 7-28 arasında, ortalama= 13.88 ve standart sapma= 4.86, çarpıklık=.59 ve basıklık=-.28 olarak hesaplanmıştır.

3.2. Birinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci sorusu “Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeyleri demografik değişkenlere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu, daha önce psikolojik destek alma durumu) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?” şeklindedir. Bu kapsamda yer alan değişkenlere ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.2.1. Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde yaş değişkenine göre anlamlı anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü ANOVA Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.2.'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Yaş Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Tek Yönlü ANOVA

Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	F	Sd	<i>p</i>	Fark
Üstbiliş	18-25	217	70.09	13.68	1.78	3	1.48	-
	26-35	123	68.51	13.14		630		
	36-45	112	67.77	12.25				
	46 ve üstü	182	67.19	12.86				
Bilinçli farkındalık	18-25	217	60.56	12.71	6.63	3	.00**	4>1
	26-35	123	64.09	12.25		630		3>1
	36-45	112	65.03	11.64		2>1		
	46 ve üstü	182	65.41	10.93				
Psikolojik esneklik	18-25	217	24.33	10.15	12.08	3	.00**	1>4
	26-35	123	22.62	11.49		630		2>4
	36-45	112	20.38	10.46				
	46 ve üstü	182	18.36	9.36				
Yaygın anksiyete	18-25	217	15.84	5.15	25.53	3	.00**	1>2
	26-35	123	14.17	4.91		630		1>3
	36-45	112	12.93	4.49		1>4		
	46 ve üstü	182	11.95	3.66		2>3		2>4

**<.01

Tablo 3.2. incelendiğinde, katılımcıların üstbiliş düzeylerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir($F_{(3-630)}=6.63$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .03 olarak düşük düzeyde hesaplanmıştır. İkili karşılaştırmalarda Scheffe testi kullanılmıştır. 26-35, 36-45 ve 46 ve üstü yaş arası katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin 18-25 yaş arasındaki katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir($F_{(3-630)}=12.08$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .05 olarak düşük düzeyde hesaplanmıştır. İkili karşılaştırmalarda

Scheffe testi kullanılmıştır. 18-25 ve 26-36 yaş arası katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin 46 ve üstü yaş arasındaki katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{(3-630)}=25.53$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .10 olarak orta düzeyde hesaplanmıştır. 18-25 yaş arası katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin 26-35, 36-45 ve 46 ve üstü yaş arasındaki katılımcılardan; 26-35 yaş arası katılımcıların da 36-45 ve 46 ve üstü yaş arasındaki katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

3.2.2. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Gruplar T-Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.3.'te verilmiştir.

Tablo 3.3. Üstbilis, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	t	Sd	p
Üstbilis	Kadın	384	68.31	13.31	-.53	632	.59
	Erkek	250	68.89	12.84			
Bilinçli farkındalık	Kadın	384	62.76	12.30	-1.71	632	.08
	Erkek	250	64.45	11.74			
Psikolojik esneklik	Kadın	384	21.83	10.53	.71	632	.47
	Erkek	250	21.22	10.55			
Yaygın anksiyete	Kadın	384	13.87	4.70	-.09 ^a	499.82	.92
	Erkek	250	13.91	5.11			

* $<.05$; ** $<.01$; ^a Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t Değeri

Tablo 3.3. incelendiğinde, katılımcıların üstbilis düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p > .05$).

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p > .05$).

3.2.3. Medeni Durum Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbilgi, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Gruplar T-Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.4.'te verilmiştir.

Tablo 3.4. Üstbilgi, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Medeni Durum Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	t	Sd	p																																
Üstbilgi	Bekar	309	69.98	13.01	2.72	632	.00																																
	Evli	325	67.16	13.09				Bilinçli farkındalık	Bekar	309	61.09	12.19	-4.82	632	.00	Evli	325	65.64	11.59	Psikolojik esneklik	Bekar	309	24.56	10.73	7.19 ^a	614.18	.00	Evli	325	18.75	9.51	Yaygın anksiyete	Bekar	309	15.18	5.03	6.76 ^a	609.27	.00
Bilinçli farkındalık	Bekar	309	61.09	12.19	-4.82	632	.00																																
	Evli	325	65.64	11.59				Psikolojik esneklik	Bekar	309	24.56	10.73	7.19 ^a	614.18	.00	Evli	325	18.75	9.51	Yaygın anksiyete	Bekar	309	15.18	5.03	6.76 ^a	609.27	.00	Evli	325	12.64	4.35								
Psikolojik esneklik	Bekar	309	24.56	10.73	7.19 ^a	614.18	.00																																
	Evli	325	18.75	9.51				Yaygın anksiyete	Bekar	309	15.18	5.03	6.76 ^a	609.27	.00	Evli	325	12.64	4.35																				
Yaygın anksiyete	Bekar	309	15.18	5.03	6.76 ^a	609.27	.00																																
	Evli	325	12.64	4.35																																			

* $< .05$; ** $< .01$; ^a Varyanslar Homojen Olmadığında kullanılan t değeri

Tablo 3.4. incelendiğinde, katılımcıların üstbilgi düzeylerinin medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($t_{(632)}=2.72$; $p < .01$). Bekar katılımcıların üstbilgi düzeylerinin evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .10 olarak orta düzeyde hesaplanmıştır.

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($t_{(632)}=-4.82$; $p < .01$). Evli katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin bekar katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .18 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır.

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($t_{(614.188)}=7.19$; $p<.01$). Bekar katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .27 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır.

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($t_{(609.271)}=6.76$; $p<.01$). Bekar katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin puanlarının evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .26 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır.

3.2.4. Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.5.'te verilmiştir.

Tablo 3.5. Üstbilis, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	SO	H	Sd	<i>p</i>	Fark
Üstbilis	İlkokul	16	411.59	19.30	5	.00**	2>6
	Ortaokul	31	347.31				3>6
	Lise	159	335.90				4>6
	Önlisans	88	335.80				
	Lisans	278	309.87				
	Lisansüstü	62	239.37				
Bilinçli farkındalık	İlkokul	16	196.53	8.55	5	.12	-
	Ortaokul	31	337.58				
	Lise	159	327.24				
	Önlisans	88	328.37				
	Lisans	278	311.46				
	Lisansüstü	62	325.35				
Psikolojik esneklik	İlkokul	16	387.66	9.32	5	.09	-
	Ortaokul	31	289.97				
	Lise	159	317.84				
	Önlisans	88	360.26				

	Lisans	278	305.37				
	Lisansüstü	62	305.99				
Yaygın anksiyete	İlkokul	16	351.06	7.25	5	.20	-
	Ortaokul	31	294.68				
	Lise	159	311.55				
	Önlisans	88	351.34				
	Lisans	278	319.77				
	Lisansüstü	62	277.27				

*<.05; **<.01; ^b Welch testi

Tablo 3.5. incelendiğinde, katılımcıların üstbilis düzeylerinin eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir($H_{(5)}=19.30$; $p<.01$). Ortaokul, lise ve ön lisans düzeyinde eğitim gören katılımcıların üstbilis düzeylerinin lisansüstü düzeyde eğitim gören katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .17 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin puanlarının eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin puanlarının eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

3.2.5. Çalışma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.6.'da verilmiştir.

Tablo 3.6. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	ss	t	Sd	p
Üstbiliş	Çalışıyor	371	69.02	13.12	1.09	632	.27
	Çalışmıyor	263	67.86	13.12			
Bilinçli farkındalık	Çalışıyor	371	64.29	12.24	2.13	632	.03*
	Çalışmıyor	263	62.21	11.81			
Psikolojik esneklik	Çalışıyor	371	21.90	10.92	.88	632	.37
	Çalışmıyor	263	21.15	9.97			
Yaygın anksiyete	Çalışıyor	371	13.88	4.95	-.00	632	.99
	Çalışmıyor	263	13.89	4.75			

*<.05; **<.01; ^a Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t Değeri

Tablo 3.6. incelendiğinde, katılımcıların üstbiliş düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir(p>.05).

Elde edilen bulgulara göre katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir($t_{(632)}=2.13$; $p<.05$). Çalışan katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .08 olarak orta düzeyde hesaplanmıştır.

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir(p>.05).

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir(p>.05).

3.2.6. Gelir Düzeyi Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbiliş, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü ANOVA Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.7.'de verilmiştir.

Tablo 3.7. Üstbilmiş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Gelir Düzeyi Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Tek Yönlü ANOVA

Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	F	Sd	p	Fark
Üstbilmiş	2000 TL ve altı	129	71.18	12.32	5.66	3	.00**	1>3
	2001-4000 TL	203	70.12	13.75		630		1>4
	4001-6000 TL	122	66.52	11.57		2>4		
	6001 TL ve üstü	180	66.23	13.43				
Bilinçli farkındalık	2000 TL ve altı	129	58.09	12.79	12.73	3	.00**	4>1
	2001-4000 TL	203	63.66	12.02		630		3>1
	4001-6000 TL	122	66.64	11.75		2>1		
	6001 TL ve üstü	180	64.82	10.71				
Psikolojik esneklik	2000 TL ve altı	129	23.85	10.36	8.38	3	.00**	1>4
	2001-4000 TL	203	23.07	10.62		630		2>4
	4001-6000 TL	122	21.07	10.21				
	6001 TL ve üstü	180	18.65	10.14				
Yaygın anksiyete	2000 TL ve altı	129	15.13	4.89	13.53 ^b	3	.00**	1>3
	2001-4000 TL	203	14.96	5.02		325.27		1>4
	4001-6000 TL	122	12.95	4.34		2>3		
	6001 TL ve üstü	180	12.42	4.49		2>4		

*<.05; **<.01; ^b Welch testi

Tablo 3.7. incelendiğinde, katılımcıların üstbilmiş düzeylerinin gelir düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{(3-630)}= 5.66$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .16 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır. İkili karşılaştırmalar testi olarak varyanslar homojen olduğunda Scheffe testi, varyanslar homojen olmadığına ise Tamhane't2 testi kullanılmıştır. Gelir düzeyi 2000TL ve altında olan katılımcıların üstbilmiş düzeylerinin 4001-6000 TL arası ve 6001TL ve üstü gelir düzeyine sahip katılımcılardan; gelir düzeyi 2001-4000 TL arası olan katılımcıların da 6001 TL ve üstü gelir düzeyine sahip katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin gelir düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{(3-630)}=12.73$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .23 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır. İkili karşılaştırmalarda Scheffe testi kullanılmıştır. Gelir düzeyi 2001-4000 TL arası, 4001-6000 TL

arası ve 6001 TL ve üstü olan katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin 2000TL ve altı gelir düzeyine sahip katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin gelir düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir($F_{(3-630)}=8.38$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .19 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır. İkili karşılaştırmalarda Scheffe testi kullanılmıştır. Gelir düzeyi 2000 TL ve altı ve 2001-4000 TL arası olan katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin 6001 TL ve üstü gelir düzeyine sahip katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin gelir düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir($F_{(3-325.27)}=13.95$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .24 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır. Gelir düzeyi 2000 TL ve altı ve 2001-4000 TL arası olan katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin 4001-6000 TL arası ve 6001 TL ve üstü gelir düzeyine sahip katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

3.2.7. Fiziksel veya Psikolojik Sağlık Sorunu Bulunma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbilmiş, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.8.'de verilmiştir.

Tablo 3.8. Üstbilmiş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Fiziksel veya Psikolojik Sağlık Sorunu Bulunma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	t	sd	P
Üstbilmiş	Bulunan	69	69.48	13.92	.62	632	.52
	Bulunmayan	565	68.42	13.03			
Bilinçli farkındalık	Bulunan	69	64.12	12.27	.50	632	.61
	Bulunmayan	565	63.34	12.09			
Psikolojik esneklik	Bulunan	69	25.10	11.75	2.95	632	.00**
	Bulunmayan	565	21.16	10.30			
Yaygın anksiyete	Bulunan	69	14.93	5.12	1.89	632	.05
	Bulunmayan	565	13.76	4.82			

* $<.05$; ** $<.01$; ^a Varyanslar Homojen Olmadığında Kullanılan t Değeri

Tablo 3.8. incelendiğinde, katılımcıların üstbilis düzeylerinin fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir($t_{(632)}=2.95$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .11 olarak orta düzeyde hesaplanmıştır. Fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunan katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

3.2.8. Sürekli Kullanılan Bir İlaç Bulunma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbilis, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.9.'da verilmiştir.

Tablo 3.9. Üstbilis, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Sürekli Kullanılan Bir İlaç Bulunma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	t	sd	p
Üstbilis	Bulunan	127	69.94	13.17	1.34	632	.18
	Bulunmayan	507	68.19	13.10			
Bilinçli farkındalık	Bulunan	127	64.14	11.98	.74	632	.45
	Bulunmayan	507	63.25	12.14			
Psikolojik esneklik	Bulunan	127	21.68	11.39	.10	632	.91
	Bulunmayan	507	21.57	10.32			
Yaygın anksiyete	Bulunan	127	13.68	5.26	-.50 ^a	181.02	.61
	Bulunmayan	507	13.94	4.76			

* $<.05$; ** $<.01$; ^a Varyanslar Homojen Olmadığında kullanılan t değeri

Tablo 3.9. incelendiğinde, katılımcıların üstbiliş düzeylerinin sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

3.2.9. Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların üstbiliş, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeylerinde daha önce psikolojik destek alma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Gruplar t-Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.10.'da verilmiştir.

Tablo 3.10. Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeylerinin Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesine Yönelik Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	Ss	T	Sd	p
Üstbiliş	Alan	174	69.13	12.82	.69	632	.48
	Almayan	460	68.32	13.24			
Bilinçli farkındalık	Alan	174	61.41	11.39	-2.59	632	.01*
	Almayan	460	64.19	12.28			
Psikolojik esneklik	Alan	174	24.24	11.07	3.93	632	.00**
	Almayan	460	20.59	10.15			
Yaygın anksiyete	Alan	174	14.82	5.04	2.98	632	.00**
	Almayan	460	13.53	4.75			

* $<.05$; ** $<.01$; ^a Varyanslar Homojen Olmadığında kullanılan t değeri

Tablo 3.10. incelendiğinde, katılımcıların üstbiliş düzeylerinin daha önce psikolojik destek alma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>.05$).

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin daha önce psikolojik destek alma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($t_{(632)}=-2.59$; $p<.05$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .10 olarak orta düzeyde hesaplanmıştır. Daha önce psikolojik destek almayan katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin daha önce psikolojik yardım alan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin daha önce psikolojik destek alma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($t_{(632)}=3.93$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .15 olarak yüksek düzeyde hesaplanmıştır. Daha önce psikolojik yardım alan katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin daha önce psikolojik yardım almayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin daha önce psikolojik destek alma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($t_{(632)}=2.98$; $p<.01$). Test sonucunda etki büyüklüğü katsayısı (η^2) ise .11 olarak orta düzeyde hesaplanmıştır. Daha önce psikolojik destek alan katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerinin daha önce psikolojik destek almayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

3.3. İkinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci sorusu “Katılımcıların üstbilgi, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik ve yaygın anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” şeklindedir. İlgili bulgular Tablo 3.11.’de verilmiştir.

Tablo 3.11. Üstbilgi, Bilinçli Farkındalık, Psikolojik Esneklik ve Yaygın Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1- Olumlu inançlar	-							
2- Bilişsel güven	.18**							
3- Kontrol edilemezlik ve tehlike	.22**	.26**						
4- Bilişsel farkındalık	.25**	.03	.29**					
5- Kontrol ihtiyacı	.32**	.20**	.50**	.44**				
6- Üstbilgi toplam	.60**	.54**	.75**	.56**	.76**			
7- Bilinçli farkındalık	-.17**	-.38**	-.40**	-.06	-.26**	-.43**		
8- Psikolojik esneklik	.16**	.24**	.57**	.16**	.39**	.50**	-.40**	
9- Yaygın anksiyete	.19**	.23**	.59**	.13**	.36**	.49**	-.45**	.64**

**<.01

Tablo 3.11. incelendiğinde, üstbiliş ($r=-.43$; $p<.01$) ve olumlu inançlar ($r=-.17$; $p<.01$), bilişsel güven ($r=-.38$; $p<.01$), kontrol edilemezlik ve tehlike($r=-.40$; $p<.01$), düşünceleri kontrol ihtiyacı($r=-.26$; $p<.01$) alt boyut puanları ile bilinçli farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bilişsel farkındalık alt boyutu puanları ile bilinçli farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Üstbiliş ($r=.50$; $p<.01$) ve olumlu inançlar ($r=.16$; $p<.01$), bilişsel güven($r=.24$; $p<.01$), kontrol edilemezlik ve tehlike($r=.57$; $p<.01$), bilişsel farkındalık ($r=.16$; $p<.01$), düşünceleri kontrol ihtiyacı($r=.39$; $p<.01$) alt boyutu puanları ile psikolojik esneklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Üstbiliş ($r=.49$; $p<.01$) ve olumlu inançlar ($r=.18$; $p<.01$), bilişsel güven($r=.22$; $p<.01$), kontrol edilemezlik ve tehlike($r=.58$; $p<.01$), bilişsel farkındalık ($r=.13$; $p<.01$), düşünceleri kontrol ihtiyacı($r=.36$; $p<.01$) alt boyutu puanları ile yaygın anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bilinçli farkındalık ile psikolojik esneklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir($r=-.40$; $p<.01$).

Bilinçli farkındalık ile yaygın anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir($r=.45$; $p<.01$).

Psikolojik esneklik ile yaygın anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir($r=.64$; $p<.01$).

3.4. Üçüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın üçüncü sorusu “Katılımcıların üstbiliş, bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik puanlarının yaygın anksiyete düzeyini yordama gücü nedir?” şeklindedir. İlgili bulgular Tablo 3.12.’de verilmiştir.

Tablo 3.12. Yaygın Anksiyete Puanlarının Üstbiliş, Bilinçli Farkındalık ve Psikolojik Esneklik Puanlarınınca Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standart		B	t	p
	B	Hata			
Sabit	9.42	1.13		8.33	.00
Psikolojik esneklik	.18	.01	.40	11.48	.00**
Kontrol edilemezlik	.27	.03	.28	8.03	.00**
Bilinçli farkındalık	-.06	.01	-.16	-5.29	.00**
Olumlu inançlar	-	-	.03	1.18	.23
Bilişsel güven	-	-	-.01	-.34	.73
Bilişsel farkındalık	-	-	-.03	-1.14	.54
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	-	-	.02	.61	

R= .70 R²= .49 Sd:3/630
F: 209.27 p=.00 **

*<.05; **<.01

Katılımcıların üstbiliş, bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik puanlarının yaygın anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisini yordamak amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde öncelikle bu analiz için gereken varsayımların sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilmiştir. Çoklu doğrusal bağıntı, otokorelasyon, artık değerlerin normalliği, artık değerlerin ortalaması ve sabit varyans varsayımları incelenmiş ve ilk dört varsayım için tüm değerlerin referans aralıkları içinde olduğu tespit edilmiştir. Sadece sabit varyans varsayımının karşılanmadığı görülmüştür ($\chi^2_{(9)}=69.74$; $p>.05$); regresyon analizleri bu varsayımın da karşılandığı varsayımlar olarak yorumlanmıştır.

Kurulan modelde, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken ile ilişkili olduğu ($R= .70$, $R^2= .49$), bağımlı değişkendeki varyansın %49.9'unu açıkladığı bulunmuştur ($F_{(3, 630)}=209.27$, $p<.01$).

Modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki görece önem sırasını incelemek için standartlaştırılmış regresyon katsayılarına bakılmıştır. Buna göre katılımcıların yaygın anksiyete düzeylerini en fazla psikolojik esneklik puanlarının ($\beta =.40$) yordadığını ve bunu sırayla kontrol edilemezlik alt boyutu ($\beta =.28$) ve bilinçli farkındalık puanlarının ($\beta =-.16$) izlediği görülmüştür. Üstbiliş değişkeninin olumlu inançlar, bilişsel güven, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarının ise modelden dışlandığı görülmüş, anlamlı yordayıcılar olmadığı belirlenmiştir.

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı üstbiliş, bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin yaygın anksiyete semptomlarını yordama düzeyini; buna ek olarak, bu değişkenlerin demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma durumu ve daha önce psikolojik destek alma durumu) göre nasıl farklılaştığını incelemektir. Bu nedenle katılımcılar Demografik Bilgi Formu, Üstbiliş Ölçeği-30, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Kabul ve Eylem Formu-2 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Bu bölümde, analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği'nden alınan puanların artması yaygın anksiyete bozukluğunun şiddetinin arttığını; aynı şekilde Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nden alınan puanların artması da bilinçli farkındalığın arttığını göstermektedir. Öte yandan Üstbiliş-30 Ölçeğinden alınan puanlardaki artış patolojik olarak üstbilişsel aktivitede bir artışa işaret ederken, Kabul ve Eylem Formu-2'den alınan puanlardaki artış ise psikolojik esnekliğin azaldığını ve psikolojik katılımın arttığını göstermektedir.

Demografik değişkenlere ilişkin bulgulara bakıldığında, üstbiliş puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşmadığını görülmektedir. Üstbiliş puanları geliri daha düşük olanlarda daha yüksek olanlara göre; bekarlarda evlilere göre; eğitim düzeyi ortaokul, lise ve önlisans olanlarda lisansüstü olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, çalışma, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma, daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre üstbiliş puanları farklılaşmamıştır. Uzun (2019) düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalığın erkeklerde daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bozyel (2017) de benzer şekilde olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğunu bulmuştur. Kadınlar ise olumsuz inançlarda daha yüksek puan almışlardır. Bu çalışma, cinsiyet açısından literatürle ters düşmektedir. Bu durum örneklem farklılıklarından ve grup dağılımındaki eşitsizlikten kaynaklanıyor olabilir. Ak ve Eker (2019) annelerle yaptıkları çalışmada, üstbiliş düzeylerinin yaş ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermediğini ancak çalışan annelerin üstbiliş düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Baltacı (2018) yaşlılarla yaptığı çalışmada, olumlu inançlar, kontrol edilemezlik, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ve üstbiliş toplam puanlarının cinsiyet, eğitim, medeni durum ve yaş tarafından yordanmadığı; dul ve eğitim düzeyi yüksek olan

katılımcıların bilişsel güven puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan, Ashouri ve ark. (2009) üstbiliş puanları yüksek olan katılımcıların genel sağlıklarının daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmadaki yaşa dair bulgular literatürle tutarlılık gösterirken, öte yandan, üstbilişin demografik değişkenlerle detaylı olarak incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Var olan çalışmalar ise farklı örneklemeler üzerinde yapılmıştır. Sağlıklı yetişkinlerle yapılan bu çalışmada ise, bekarların, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanların daha yüksek patolojik tarzda üstbilişsel aktiviteye sahip oldukları görülmektedir ve bu düzey yaş arttıkça azalmaktadır.

Bilinçli farkındalık puanlarının, 18-25 yaş grubunda ileri yaş gruplarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bilinçli farkındalık puanları, çalışan bireylerde, daha önce psikolojik destek almayanlarda, geliri daha yüksek olanlarda ve evlilerde daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu, sürekli kullanılan bir ilaç, eğitim düzeyi bilinçli farkındalık puanlarında bir farklılaşma yaratmamıştır. Simonsson, Martin ve Fisher (2020) çalışmasında evli yetişkinler, kadınlar, genç ve orta yaşlı yetişkinler, çalışan yetişkinler, akıl hastalığı olan yetişkinler ve fiziksel ağrısı olan yetişkinler arasında öz bildirim dayalı bilinçli farkındalık kullanımının daha düşük olduğu bulunmuştur. Hemşirelik öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada ise (Azak, 2018), orta düzeyde geliri olan öğrenciler daha yüksek bilinçli farkındalık puanlarına sahipken, yaş ve cinsiyet açısından bir farklılık görülmemiştir. Mersin Üniversitesi çalışanlarında yapılan başka bir araştırmada ise (Atalay, 2020) bilinçli farkındalık puanları gelir düzeyi ile pozitif korelasyon göstermiş, eğitim düzeyi doktora olanlarda üniversite olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yaş, cinsiyet ve medeni durumun etkisi gözlemlenmemiştir. Sürekli ilaç kullanımı ve psikolojik destek alma durumu ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Özetle, literatüre göre, yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından bazı tutarsızlıklar söz konusudur. Bu çalışma, çalışan bireylerin, daha önce psikolojik destek almayanların, geliri daha yüksek olanların ve evlilerin daha yüksek bilinçli farkındalık düzeylerine sahip olduğunu ve bilinçli farkındalığın 18-25 yaş grubunda diğer yetişkin yaş gruplarına göre daha düşük olduğunu desteklemektedir. Çalışan bireylerin ve gelir durumu yüksek olan bireylerin, ekonomik konuda daha az sıkıntı çekmesi, hayatlarını geçindirmeye dair endişelerinin daha az olması ve bilinçli farkındalık eğitimlerine daha kolay ulaşabilmeleri bilinçli farkındalıkları üzerinde olumlu etki yaratıyor olabilir. Yaşla beraber azalan olumsuz duygulanımın artan olumluluk etkisinin (Charles, Reynolds ve Gatz, 2001) bireylerin psikolojik sağlıklarına pozitif etki sağlayacağı bununla beraber bilinçli farkındalıklarının da artabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, yaş almak şimdiki ana daha fazla

odaklanmakla ilişkilendirilmektedir (Alispahic ve Hasanbegovic-Anic, 2017). Benzer şekilde, evlilerin daha fazla sosyal desteğe sahip olmaları da bilinçli farkındalıkları üzerinde olumlu etkiler yaratabilir. Öte yandan daha önce psikolojik destek almayan katılımcılar daha az psikolojik sıkıntı yaşadıkları için psikolojik desteğe daha az ihtiyaç duyabilirler, dolayısıyla bilinçli farkındalıkları daha yüksek olabilir.

Kabul ve eylem formu-2 puanlarının 46 ve üstü yaş grubundakilerde 18-25 ve 26-35 yaş grubundakilere göre daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Ek olarak, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunanların, daha önce psikolojik destek alanların, geliri düşük olanların ve bekar olanların kabul ve eylem formu-2 puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cinsiyet, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı ve eğitim düzeyine göre bir farklılaşma görülmemiştir. Tavakoli ve diğerleri (2019) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, psikolojik esnekliğin, kadınlarda, genç yetişkinlerde (18-25 yaş) ve daha düşük sosyoekonomik statüye sahip olanlarda daha düşük olduğunu ortaya koymuşlardır. Başka bir çalışmada ise cinsiyete bağlı bir farklılaşma bulunamamıştır (Özkan, 2020). Yaşlı yetişkinler, özellikle duygusal düzenleme ve problem çözme açısından daha fazla psikolojik esneklikle ilişkilendirilirken, genç yetişkinlerin sosyal destek konusunda psikolojik olarak daha esnek oldukları görülmüştür. Genel sağlığın zayıf algılanması ve düşük enerji seviyeleri, daha düşük psikolojik esneklik seviyelerini öngörmüştür (Gooding, Hurst, Johnson ve Tarrier, 2012). Bu çalışmada yaş değişkenine dair bulgular literatürle uyumlu olmakla birlikte, öte yandan psikolojik esnekliğin demografik değişkenlerle detaylı olarak incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, düşük psikolojik esneklik düzeylerinin genç ve orta yaşlılar, bekarlar, düşük gelire sahip olanlar ve daha önce psikolojik destek alanlar tarafından daha çok deneyimlendiğini desteklenirken; cinsiyet, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı ve eğitim düzeyi ile ilgili bir ilişki bulunamamıştır. Psikolojik destek alanlar, bekarlar ve düşük gelirli kişiler genel olarak ölçeklerden aldıkları puanlar kapsamında psikolojik sıkıntıya daha yatkın görünmektedirler. Ek olarak, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunları olan kişilerin daha düşük psikolojik esneklik düzeylerine sahip olmaları, sağlık sorunlarının yaşamı zorlaştırmasıyla ilişkili gözükmektedir. Esneklik genellikle akut stres faktörlerine bir yanıt olarak tanımlanır (Jeste ve diğerleri, 2013), ancak yaşlanma ile işlevsellik kaybı bağlamında refahı korumanın önemli bir yönü olabilir.

YAB, genç yaş gruplarında daha ileri yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, YAB puanları daha önce psikolojik destek alanlarda almayanlara göre; bekarlarda evlilere göre; geliri daha düşük olanlarda daha fazla olanlara göre daha yüksek bulunurken; cinsiyet, çalışma durumu, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu, sürekli

kullanılan bir ilaç durumu ve eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde bir farklılık göstermemektedir. Farrer ve diğerleri (2016) Avustralya’da üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, YAB ve depresyon için demografik risk faktörlerini incelemişler ve YAB olasılığının 26-34 yaş arasında daha düşük; kadınlar, ara sıra, sık sık ve sürekli finansal stres yaşayan öğrenciler arasında daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Önemli risk faktörleri ise, kadın olmak, üniversiteye taşınmış olmak ve finansal stres deneyimi olarak göze çarpmaktadır. Mirza ve Jenkins de (2004) anksiyete ile ilişkili olan sosyodemografik faktörleri orta yaş, düşük eğitim düzeyi, medeni durum (boşanmış, dul veya ayrılmış) ve ev hanımı olmak şeklinde raporlamıştır. Fiziksel rahatsızlık bulunma durumu ise anksiyete ile yakından ilişkilendirilmiştir (Ohayon ve Schatzberg, 2003; Waheed ve diğerleri, 2006). Başka bir çalışmada, YAB yaygınlığının genç erişkinlerde, orta yaşlı ve yaşlılara göre daha yüksek bilişsel anksiyete, olumsuz duygulanım ve depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Brenes ve diğerleri, 2008). Özcan, Uğuz ve Çilli'nin (2006) ayaktan tedavi gören psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada YAB yaygınlığı kadınlarda, evlilerde, ev hanımlarında, fiziksel hastalık öyküsü olanlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Ercan ve arkadaşlarının (2013) çalışması da benzer bulgular göstermiş ve kadınların ve orta yaşlı insanların YAB prevalansının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Başka bir çalışmada ise, YAB tanısına sahip bireylerin psikiyatrik destek alma oranları almama oranlarına göre daha düşük bulunmuştur (Keskin ve diğerleri, 2013). Bu çalışmanın bulgularının ise literatürü hem destekleyen hem de desteklemeyen yönleri vardır. Öncelikle, literatürde kadınların daha yüksek YAB düzeylerine sahip olduğu en çok desteklenen bulgulardan biriyken, bu çalışmada cinsiyet arasında bir farklılık görülmemektedir. Aynı şekilde, çalışmayanların, fiziksel bir rahatsızlığa sahip olanların ve eğitim seviyesi daha düşük olanların anksiyete seviyeleri daha yüksek bulunurken, bu çalışmada bir farklılık göstermemektedir. Bu, örneklem farkından ve grupların benzer büyüklüklerle dağılmamasından kaynaklanıyor olabilir. Benzer şekilde, psikolojik destek alanların daha yüksek YAB düzeylerine sahip olmaları literatürle uyumlu değildir. Öte yandan, psikolojik sıkıntı ve anksiyete düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha fazla psikolojik desteğe ihtiyacı olacağından bulgular bu yönde olabilir. Literatürle uyumlu olarak, bekarların ve geliri düşük olanların daha yüksek YAB semptomları gösterdiği belirlenmiştir. Bekarların, evlilere göre sosyal destekten daha az yararlanmaları, birçok sorumlulukla kendi başlarına baş etmeleri de anksiyete semptomlarının artmasına sebep olabilir. Aynı şekilde, finansal durumun kötü olması, birçok zorluğu da beraberinde getirmektedir ve bireyin yaşam standartlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu da stresin beraberinde getirdiği YAB semptomlarını şiddetlendirebilir. Son olarak, literatüre göre YAB semptomları orta yaşta daha yüksek

görülürken, bu çalışmada daha büyük yaş grupları daha düşük YAB göstermektedir. Bu farklılık örneklem farklılıklarından kaynaklanabilir. Diğer yandan, yaş arttıkça YAB semptomlarının düşmesi, bireylerin yetişkinliğin ilk senelerinde çeşitli sorumluluklara adapte olma süreçleri ve ergenlikten yetişkinliğe geçiş sürecinden kaynaklanabilir. Yaş aldıkça, başa çıkma mekanizmalarının gelişmesi (Whitty, 2003) ve olumsuz duygulanım düzeyinin düşük, olumlu duygulanım düzeyinin ise yüksek olması (Brenes ve ark., 2008) nedeniyle birey, kaygı belirtileriyle daha iyi başa çıkabilecektir.

Değişkenler arasındaki ilişkilere ilişkin bulgular incelendiğinde ise, yaygın anksiyete bozukluğu ile üstbilis toplam puanları ve olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu görülmektedir. Aynı şekilde, yaygın anksiyete bozukluğu kabul ve eylem formu-2 puanları ile pozitif ilişki gösterirken, bilinçli farkındalık ile negatif bir ilişki göstermektedir. Diğer değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında, üstbilis toplam puanları ve olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puanları birbirleriyle ve kabul ve eylem formu-2 puanlarıyla pozitif yönde ilişkili bulunurken, bilinçli farkındalık ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Yalnızca bilişsel farkındalık alt boyutu ile bilinçli farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Son olarak, bilinçli farkındalık ile kabul ve eylem formu-2 arasında negatif bir ilişki saptanmıştır.

Regresyon analizine göre yaygın anksiyete bozukluğunun en önemli yordayıcısı kabul ve eylem formu-2 olup, bunu üstbilis ölçeğinin alt boyutu olan kontrol edilemezlik ve tehlike ve son olarak bilinçli farkındalık izlemektedir. Öte yandan, üstbilis ölçeğinin olumlu inançlar, bilişsel güven, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarının yaygın anksiyete bozukluğunu yordamadığı görülmektedir. Psikolojik esnekliğin YAB'yi diğer değişkenlerden daha iyi açıklamasının nedeni, olumsuz inançlar, psikolojik sıkıntı ve yaşamsal işlevsellik ile diğer değişkenlere göre daha yüksek düzeyde ilişkili olması olabilir.

Araştırmadan elde edilen bulgular, bu değişkenlerin birlikte YAB'yi güçlü bir şekilde yordadığını göstermektedir. Literatür taramasında hepsinin birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır; dolayısıyla bu araştırma, hepsini bir arada inceleyen ilk araştırma niteliği taşımaktadır. Değişkenlerin YAB ile ilişkisi literatür ışığında ayrı ayrı tartışılacaktır.

Üstbilis ve YAB arasındaki ilişkiye dair literatür incelendiğinde, Wells ve Papageorgiou (1998), patolojik endişe ve obsesif-kompulsif belirtilerin üstbilis yordayıcılarını test ederken,

bu değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını kontrol etmişlerdir. Patolojik endişe, YAB'ın endişe özelliğinin içeriğe dayalı olmayan bir ölçüsü olan Penn Eyalet Endişe Anketi (Meyer ve diğeri, 1990) ile değerlendirilmiştir. Patolojik endişe ve obsesif kompulsif belirtiler, test edilen hasta olmayan örnekleme üstbiliş alt ölçekleri ile, bu çalışmayla uyumlu bir şekilde, anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir. Patolojik endişe ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki örtüşmenin kontrol edildiği çoklu regresyon analizi sonuçları, sadece olumlu inançlar ve kontrol edilemezlik ve tehlike hakkındaki inançların patolojik endişeyi yordadığını göstermiştir. Bu iki önemli belirleyiciden, kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz üstbilişsel inançlar denkleme en büyük katkıyı yapmıştır. Wells (2005) diğeri bir çalışmada, meta-endişe inancı ile YAB arasındaki ilişkinin meta-endişe sıklığına bağlı olduğu fikrini desteklemiştir. Bu analiz, meta-endişe ölçeği tarafından ölçülen inanç seviyesinin, endişe ile ilgili olumsuz düşüncelerin ortaya çıkması ve sıklığı ile patolojiye bağlanan altta yatan üstbilişsel şemaların veya inançların bir yansıması olduğu tahminine dayanılarak yapılmıştır. Analiz, meta-endişe sıklığının YAB varlığıyla doğrudan ilişkili olduğunu, meta-endişe inancının YAB üzerindeki etkisine meta-endişe sıklığının aracılık ettiğini göstermiştir. Sun, Zhu ve So (2017) yaptıkları meta-analiz çalışmada, grup olarak hastalarda tüm üstbiliş boyutlarında artmış üstbilişsel bozukluklar bulmuşlardır. Grup etkileri, iki olumsuz inanç (yani düşüncelerin kontrol edilemezliği ve tehlikesi hakkındaki inançlar ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı hakkındaki inançlar) için büyük ve sağlam ve olumlu inançlar için orta ve istikrarsızdır. Hastalar, bilişsel güvende azalma ve orta ila büyük düzeylerde bilişsel farkındalıkta artış göstermiştir. Moderatör analizleri, yaygın anksiyete bozukluğunda en çok kontrol edilemezlik ve tehlike düşünceleri ile ilgili olumsuz inançların görüldüğünü, obsesif kompulsif bozuklukta ise artmış bilişsel farkındalığın daha karakteristik olduğunu ortaya koymuştur. Yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları, diğeri bozukluklara göre daha benzer üstbilişsel profiller sergilemiştir. Bu araştırmanın bulguları, literatürle tutarlılık göstererek, üstbiliş ölçeği alt boyutlarının YAB ile ilişkili olduğunu göstermiş ve YAB'ı en çok açıklayan alt boyutunsa kontrol edilemezlik ve tehlike olduğunu saptamıştır. Bulgular, Wells'in (1995, 1997) yaygın anksiyete bozukluğunun üstbilişsel modelini destekler niteliktedir. Bu modele göre, YAB'ın en önemli özelliği, aşırı genelleştirilmiş ve kontrol edilemeyen düşüncelerdir. Sun ve diğeri (2017), hastaların farkında olma ve düşüncelerini izleme konusunda sağlıklı bireylere göre daha güçlü bir eğilim üzerinde hemfikir olduklarını ve bilişsel-dikkat sendromu dikkat bileşenlerinden biri olan aşırı kendine odaklı dikkatin psikopatolojiler üzerindeki olumsuz etkisini desteklediklerini bulmuşlardır. Bilişsel-dikkat sendromu, belirli bir yanıt verme kalıbıdır ve endişe ve

ruminasyon şeklinde kavramsal işlemeye aşırı katılım, tehdide odaklanan önyargılı dikkat veya aşırı kendine odaklanma ile düşünce bastırma ve kaçınma gibi işlevsiz başa çıkma stratejilerini içerir. Tüm bunlar, üstbilişin YAB ile ilişkili olduğu ve olumsuz üstbilişsel inançlardan kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunun YAB'yi en iyi açıklayan üstbilişsel inanç olduğu şeklinde yorumlanabileceğini göstermektedir. Ek olarak, üstbilişsel terapi yöntemlerinin YAB üzerindeki etkililiğini inceleyen çalışmalar da bu terapi yönteminin etkililiğini ortaya koymaktadır (Haseeth ve diğerleri, 2019; Nordahl ve diğerleri, 2018; Wells, 2010).

Bilinçli farkındalık ile YAB puanları arasında ters bir ilişki görülmektedir. Roemer ve diğerleri (2009) YAB olan bireylerle kaygılı olmayan bireyler arasında yaptığı çalışmada, hem duygu düzenleme zorlukları hem de bilinçli farkındalığa ilişkin öz bildirimler, depresif ve anksiyeteli belirtilerle paylaşılan varyansın ötesinde YAB semptom şiddetindeki benzersiz varyansı açıklamıştır. İkinci çalışmada da, YAB olan bireyler, kaygısız bir kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük farkındalık düzeyleri ve duygu düzenlemede anlamlı düzeyde daha yüksek zorluk düzeyleri bildirmişlerdir. Lee ve Orsillo (2014) yüksek YAB semptomları olan bir örneklemede potansiyel bir bilinçli farkındalık mekanizması olarak bilişsel esnekliği araştırmıştır. Katılımcılar, duygusal Stroop görevlerini tamamlamadan önce dikkatli nefes alma, müzik destekli gevşeme veya düşünceli gezinme durumlarından birine randomize edilmiştir. Bulgular, YAB'nun esnek olmayan bir tepki tarzı ile karakterize edilebileceğini ve bilinçli farkındalık ve gevşemeye maruz kalmanın, bilişsel esneklikte kısmi gelişmelerle sonuçlandığını göstermektedir. Rodrigues, Nardi ve Levitan'ın (2017) derleme çalışmasının bulguları, bilinçli farkındalığı tutarlı bir şekilde daha düşük depresyon ve anksiyete oranlarına ve daha fazla iyi oluşa bağlamıştır. Bilinçli farkındalık pratiği, kişinin kendi duygu ve koşullarının öz-eleştirel sorgulaması olarak ruminasyonun etkilerini mümkün olduğunca aydınlığa çıkarmaktadır. Bilinçli farkındalık, ruminasyon yapanların kendilerini bu özeleştirel sorgulamadan uzaklaştırmalarına yardımcı olabilecek, böylelikle depresif ve anksiyete semptomlarının etkilerini azaltabilecek şekilde yargılamama davranışını içermektedir. Dahası, bilinçli farkındalık somut düşünme yeteneklerini geliştirmekte, şu anda meydana gelen iç ve dış deneyimlere odaklanmakta ve depresif ve anksiyete bozukluklarında ruminasyonu azaltmaya yardımcı olmaktadır (Rodrigues, Nardi ve Levitan, 2017). Tutarlı olarak, bu çalışmada da literatürü destekler nitelikte bulgular göze çarpmaktadır. Bilinçli farkındalık ile YAB negatif düzeyde ilişki göstermektedir ve bilinçli farkındalık YAB'nun yordayıcılarından biridir. Daha önce bahsedildiği gibi, bilinçli farkındalığın düşük olması, ruminasyonun artışıyla ilişkili olarak kişinin anksiyete şiddetindeki artışı açıklayabilir.

YAB, kabul ve eylem formu-2 puanları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ve YAB'ın en önemli yordayıcısının kabul ve eylem formu-2 olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, yaygın anksiyete düzeyinin artması ile psikolojik esnekliğin azalması ve psikolojik katılığın artması şeklinde ilişkiler görülmektedir. Yavuz ve diğerlerinin (2016) kabul ve eylem formu-2 için yaptıkları Türkçe standardizasyon çalışmaları, en az bir anksiyete bozukluğu (anti-sosyal kişilik bozukluğu, tek uçlu depresyon veya bipolar bozukluk) tanısı almış klinik bireyler ile klinik olmayan sağlıklı bireylerden oluşmuştur. Bulgular, kabul ve eylem formu-2 puanları ile durumluk ve sürekli kaygı envanterinin, diğer bir ifadeyle anksiyete semptomlarının, pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Bond ve diğerleri de (2011) orijinal ölçek geliştirme çalışmasında aynı bulgulara ulaşmıştır. Özellikle, daha düşük psikolojik esneklik seviyeleri, daha yüksek seviyelerde depresyon, anksiyete, stres ve genel psikolojik sıkıntı ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, yalnızca ilişkilendirmenin ötesinde, sonuçlar, düşük psikolojik esneklik düzeylerinin, kabul ve eylem formu-2'de daha yüksek puanların öngörüldüğü gibi, 1 yıl sonra daha büyük psikolojik sıkıntı nedeniyle ruhsal hastalık için bir risk faktörü olarak hizmet edebileceğini göstermektedir. Psikolojik esneklik düşüklüğünün, psikolojik sıkıntının ve davranışsal etkisizliğin önemli bir belirleyicisi olduğu iddia edilmektedir (Hayes ve diğerleri, 2006); bu nedenle, daha yüksek kabul ve eylem formu-2 puanları ile gösterilen daha düşük psikolojik esneklik seviyeleri, daha büyük duygusal sıkıntı (örn., daha kötü genel zihinsel sağlık, daha yüksek seviyelerde depresyon, anksiyete ve stres) ve daha kötü yaşam işlevleri (örn., iş devamsızlığı) ile ilişkilendirilmiştir. Meunier ve diğerleri (2014) de yaptıkları standardizasyon çalışmalarında, hafif ile şiddetli anksiyete yaşayan katılımcıların, kaygısı olmayan katılımcılara göre daha düşük psikolojik esneklik düzeylerine sahip olduklarını bulmuşlardır. Psikolojik esneklik düzeylerindeki bireysel farklılıklar üzerine yapılan diğer çalışmalar, anksiyeteye ilişkili semptomlarla güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu ve diğer düzenleyici stratejiler (bilişsel yeniden değerlendirme dahil) ile bu semptomlar arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini (Kashdan ve diğerleri, 2006) ve YAB gibi belirli psikiyatrik bozukluklarda semptomların şiddetini tahmin ettiğini ve travmatik olaylar ile genel psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bulmuştur (Roemer ve diğerleri, 2005). Landy, Schneider ve Arch (2015) derleme çalışmalarında, kabul ve kararlılık terapisinin yetişkin anksiyete bozuklukları için, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve karışık anksiyete bozukluğu örnekleri için daha yerleşik bilişsel davranışçı terapi biçimlerine uygun bir alternatif sağladığını ve kabul ve kararlılık terapisinin bu nedenle, anksiyete bozukluklarının tedavisi için giderek artan şekilde bilimsel destekli bir yaklaşımı temsil ettiğini belirtmişlerdir. Diğer derleme çalışmaları da bunu desteklemektedir (Bluett ve diğerleri, 2014;

Swain ve diğeri (2013). Lee ve arkadaşlarının (2010) YAB olan ve olmayan katılımcılarla yaptıkları çalışmada, YAB olan katılımcıların sağlıklı olanlara göre daha yüksek duygu ve deneysel kaçınma sıkıntısı bildirdikleri görülmüştür. Ek olarak, duygularla ilgili bu sıkıntı düzeyleri ve iç deneyimlerden kaçınma YAB durumunu önemli ölçüde sınıflandırabilmiştir. Bu bulgulara dayanarak yazarlar, sıkıntı ve iç deneyimlerden kaçınmanın YAB'yi anlamada önemli bir özellik olabileceği görüşüne varmışlardır. Literatürle tutarlı olarak, bu çalışmanın bulguları da psikolojik esnekliğin azalmasının, psikolojik katılığın artmasının YAB için önemli bir yordayıcı faktör olduğunu göstermektedir. Bireylerin var olan kaçınma düşünceleri, yeni deneyimlere açık olmalarını engelleyerek, anksiyetelerini pekiştirerek ve olumsuz inançlarını güçlendirerek bireyin psikolojik esneklik düzeylerini daha da azaltıyor olabilir; böylelikle birey karşılıklı bir kısır döngü içinde sıkışıp kalabilir.

Üstbiliş ve kabul ve eylem formu-2 arasında pozitif korelasyon görülmektedir. Ruiz ve Odriozola-González (2015) yaptıkları çalışmada depresif semptomlar kontrol edildiğinde, olumlu üstbilişsel inançlar, olumsuz üstbilişsel inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarının psikolojik esneklik ile negatif ilişkiler gösterdiğini ve bu üstbilişsel alt boyutların psikolojik esnekliği anlamlı düzeylerde yordadığını saptamıştır. Kabul ve kararlılık bağlamında, işlevsiz üstbilişsel inançlar, olumsuz düşünce ve duygularla bilişsel kaynaşmayı ve bunlarla başa çıkmak için deneysel kaçınma stratejilerinin (örn: ruminasyon, düşünce bastırma, vb.) kullanılmasını sağlayan sözel kurallar olarak görülebilir. Örneğin, olumlu üstbilişsel inançlar, olumsuz düşüncelerle baş etmek için ruminasyon ve bastırma, tehdit izleme ve kaçınma gibi üretken olmayan başa çıkma davranışlarının kullanılmasına neden olur. Benzer şekilde, olumsuz üstbilişsel inançlar kişinin ruminasyonu kesintiye uğratmasını engeller ve deneysel kaçınma sürecine daha fazla katılımı teşvik eder (Ruiz ve Odriozola-González, 2015). Bulgular, inançlarında ve üstbilişlerinde esnek olmayan / katılık sergileyen bireylerin semptomlarından ayrılamayabileceklerini ve anksiyeteye etkili bir şekilde baş etmek için uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini kullanamayabileceklerini göstermektedir (Wells, 2011, s.95). Bu çalışma da üstbiliş ve psikolojik esneklik arasındaki negatif ilişkiyi desteklemektedir.

Solem ve diğeri (2015) üstbilişin, bilinçli farkındalık kavramıyla nasıl ilişkili olabileceğini ve üstbilişin veya bilinçli farkındalığın duygusal bozukluğun semptomlarını en iyi şekilde tahmin edip etmediğini araştırmıştır. Bilinçli farkındalığın uyumsuzlukla ne ölçüde bağlantılı olduğu büyük ölçüde üstbilişi yansıtmıştır. Özellikle, kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ile ilgili daha yüksek olumsuz inançlar, yüksek düzeyde içsel deneyim yargılamaması ve yüksek düzeyde farkındalıkla hareket etme ile güçlü bir şekilde

ilişkili bulunmuştur. Ortaya çıkan iki faktörden üstbilis, psikolojik bozukluk belirtileri ile en güçlü ilişkiyi göstermiştir. Bu çalışmayla tutarlı olarak, Aldahadha'nın (2020) regresyon analizlerinde, yaş ve cinsiyet kontrol edilirken üstbilis, kaygı için önemli bir yordayıcı, bilinçli farkındalık ise daha zayıf bir yordayıcı olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, bilinçli farkındalık, üstbilis alt boyutlarından endişe hakkında olumlu inançlar, olumsuz inançlar ve bilişsel farkındalık ile düşük negatif korelasyon gösterirken, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel güven ile orta düzeyde negatif ilişki göstermiştir. Literatür, bilinçli farkındalık ile üstbilis toplam puan ve alt boyutlarının negatif ilişkiler gösterdiği bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Üstbilişsel bilgi, deneyimler ve stratejiler birbiriyle karşılıklı olarak ilişkilidir ve her biri bilinçli farkındalık durumunu etkileyebilir. Bilinçli farkındalık durumu, zihnin içeriğinin, bunlara bağlanmadan ve bunlara tepki vermeden nesnel ve tarafsız bir şekilde gözlemlenmesini içerir (Hussain, 2015).

Son olarak, Ruitz (2014) çalışmasında, düşük bilinçli farkındalık becerileri ile patolojik endişe arasındaki ilişkinin psikolojik esneklikten kaynaklanacağı hipotezini incelemiştir. Düşük bilinçli farkındalık becerileri, patolojik endişe ve düşük psikolojik esneklik ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Spesifik olarak, şimdiki an deneyimi hakkında yargılayıcı olmama yeteneği *-yargılamadan kabul etme-* her iki yapıyla en yüksek negatif korelasyonu gösteren bilinçli farkındalık becerisidir. Daha sonraki aracı analizler, psikolojik esnekliğin, düşük bilinçli farkındalık becerileri ile patolojik endişe arasındaki ilişkiye tam olarak aracılık ettiğini göstermiştir. Diğer çalışmalar da, düşük bilinçli farkındalık becerileri ve psikolojik esnekliğin patolojik endişe ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur (Roemer ve diğerleri, 2009; Santanello ve Gardner, 2007; Van Dam ve diğerleri, 2011). Ayrıca, bilinçli farkındalık becerileri ve psikolojik esneklik pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Baer ve diğerleri, 2004; Ruitz, 2014). Bu çalışmada da literatürle tutarlı olarak, bilinçli farkındalık ile psikolojik esneklik arasında pozitif ilişki gözlemlenmiştir. Bilinçli farkındalığın yüksek olmasıyla, bireyin içsel ve dışsal yaşantılarına ve duygularına yönelik farkındalık düzeyi daha yüksektir ve somut düşünme becerileri daha gelişmiştir. Diğer taraftan, psikolojik olarak esnek olmayan birey içsel deneyimlerine dair kaçınma davranışları göstermektedir. Bu iki kavram, birbirlerini karşılıklı bir döngü içinde etkiliyor olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Üstbiliş ile yaş değişkeni arasında farklılaşma gözlemlenmemiştir. Patolojik tarzda üstbilişsel aktivite, geliri daha düşük olanlarda, bekarlarda, eğitim düzeyi ortaokul, lise ve önlisans olanlarda daha yüksek bulunurken; cinsiyet, çalışma durumu, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma, daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

Bilinçli farkındalığın, 18-25 yaş grubunda ileri yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ek olarak, çalışan bireylerde, daha önce psikolojik destek almayanlarda, geliri daha yüksek olanlarda ve evlilerde daha yüksek bulunurken; cinsiyet, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu, sürekli kullanılan bir ilaç ve eğitim düzeyi göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

Psikolojik esnekliğin, 46 ve üstü yaş grubunda 18-25 ve 26-35 yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ek olarak, psikolojik esneklik, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunanlarda, daha önce psikolojik destek alanlarda, daha düşük gelire sahip olanlarda ve bekarlarda daha düşük bulunurken; cinsiyet, çalışma durumu, sürekli kullanılan bir ilaç ve eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

YAB semptomları daha genç yaş gruplarında, daha önce psikolojik destek alanlarda, bekarlarda, geliri daha düşük olanlarda daha yüksek bulunurken; cinsiyet, çalışma durumu, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma durumu, sürekli kullanılan bir ilaç ve eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

Ana değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaygın anksiyete bozukluğu, üstbiliş toplam puanları ve olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puanları ile pozitif ilişki gösterirken, psikolojik esneklik ve bilinçli farkındalık ile negatif bir ilişki göstermektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunun en önemli yordayıcısı psikolojik esneklik olmakla birlikte, bunu üstbiliş ölçeği alt boyutlarından kontrol edilemezlik ve tehlike ve son olarak bilinçli farkındalık takip etmektedir. Bu değişkenler, birlikte YAB semptomlarını güçlü bir şekilde yordamakta ve açıklamaktadır. Üstbiliş, psikolojik esneklik ve bilinçli farkındalık ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bilinçli farkındalık ile psikolojik esneklik arasında pozitif yönde bir ilişki

gözlemlenmiştir. Yalnızca bilişsel farkındalık alt boyutu ve bilinçli farkındalık arasında ilişki görülmemiştir.

Araştırmadan çıkan bulgular ışığında, öneriler şu şekilde belirtilebilir:

- 1- Görüldüğü üzere psikolojik esneklik, patolojik tarzda üstbilişsel aktivite ve bilinçli farkındalık yaygın anksiyete bozukluğunu yordamaktadır; bu üç yaklaşımın uygulanması ve hepsini kapsayan eklektik yaklaşımların geliştirilmesi, yaygın anksiyete bozukluğunun azaltılması ve iyileştirilmesinde önemli bir adım olabilir.
- 2- Psikolojik esneklik, yaygın anksiyete bozukluğunun en önemli yordayıcısı gibi görünmektedir. Psikolojik esneklik üstbiliş ile negatif, bilinçli farkındalık ile pozitif ilişki içindeyken; yaygın anksiyete bozukluğunun üstbiliş ve bilinçli farkındalık ile ters yönde bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, devlet destekli projelerin hayata geçirilmesi yoluyla topluma psiko-eğitim sağlanması ve COVID-19 pandemi süreci ile mali zorlukların daha fazla artması nedeniyle gelir düzeyi düşük olan kişilere destek sağlanması; bireylerin anksiyete belirtilerini azaltabileceği ve ruh sağlıklarını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Elde edilen bulgular ışığında genç yetişkinlerin daha çok psikolojik sıkıntı yaşadıkları görülmektedir, bu nedenle üniversiteler ve liseler gibi eğitim alanlarında psikolojik sağlıklarını olumlu yönde etkileyecek faaliyetler uygulanabilir.
- 3- Elde edilen bulgulara göre bazı yetişkinlerin normalin üzerinde yaygın anksiyete bozukluğu, patolojik tarzda üstbilişsel aktivite ve normalin altında bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik sergiledikleri görülmüştür. Bu bireyler, psikolojik destek almaları için teşvik edilebilir.
- 4- Araştırmanın örneklem sayısı incelendiğinde; eğitim durumu, medeni durum, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunu bulunma, sürekli kullanılan bir ilaç bulunma ve daha önce psikolojik destek alma durumu değişkenlerinin gruptaki örneklem büyüklüğü açısından orantısız olduğu görülmüştür. Gruplarda örneklem büyüklüğünün artırılması ve birbirleriyle dengelenmesi, çalışmanın genellenebilirlik düzeyini artırabilir ve daha güvenilir bulgular ortaya çıkarabilir.
- 5- Çalışmanın çeşitli örneklem grupları ile yürütülmesi sağlanarak, çalışmada ortaya çıkan model çeşitli örneklerle karşılaştırılabilir ve doğruluğu incelenebilir, böylece çeşitli örneklerde değişkenler için ilişkilerin ne ölçüde farklılaştığı gözlemlenebilir.

- 6- Araştırmada çeşitli aracı değişkenlerin yaygın anksiyete bozukluğu, üstbiliş, bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkiler üzerinde etkisi olabilir. Bu bağlamda, bu aracı değişkenler belirlenebilir ve sonraki araştırmalarda kullanılabilir.
- 7- Bu çalışma, yaygın anksiyete bozukluğu olan / olmayan ile ek tanısı olan / olmayan arasında ayırım yapılmaksızın yapılmıştır. Yapılacak benzer çalışmalarda bu şekilde farklı gruplar oluşturmanın daha faydalı olabileceği düşünölmektedir.
- 8- Bu çalışmada ilişkisel araştırma modeli kullanılmış olup manipölasyona dayalı deneysel bir model uygulanmamıştır; kontrol grubu dahil edilerek ve terapi şeklinde müdahaleler yapılarak değişkenler arasındaki ilişkilerin nasıl değişeceği incelenebilir.

KAYNAKÇA

- Aldahadha, B. (2020). Metacognition, Mindfulness Attention Awareness, and Their Relationships with Depression and Anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-18.
- Alispahic, S., & Hasanbegovic-Anic, E. (2017). Mindfulness: Age and gender differences on a Bosnian sample. *Psychological Thought*, 10(1), 155-166.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Ashouri, A. (2009). Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 11(41), 15-20.
- Atalay, M. (2020). *Mersin Üniversitesi çalışanlarında bilinçli farkındalık ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi*
- Atalay, Z. (2019). *Mindfulness - Bilinçli Farkındalık: Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı*. İnkılap Kitabevi.
- Ayşe, A. K., & Eker, E. (2019). Annelerin Üst Biliş Özelliklerinin Bazı Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 5(1), 85-92.
- Azak, A. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(3), 170-176.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baltacı, G. (2018). *Yaşlılarda üstbilişin psikopatoloji ve baş etme becerileri yönünden değerlendirilmesi*. İstanbul: Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.

- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach* (8th ed.). Cengage Learning.
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *67*(1), 47–57.
- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, *28*(6), 612-624.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, *42*(4), 676-688.
- Bozyel, G. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Semptomlar İle İlişkinde Üstbilişsel Faktörlerin Aracı Rolünün İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Brenes, G. A., Knudson, M., McCall, W. V., Williamson, J. D., Miller, M. E., & Stanley, M. A. (2008). Age and racial differences in the presentation and treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *Journal of anxiety disorders*, *22*(7), 1128-1136.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822–848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211–237.

- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1179–1187.
- Büyüköztürk, Ş. (2004) *Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı; istatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum*. Pegem A Yayıncılık, 4. Baskı, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. Ve Demirel, F. (2008). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Pegem Akademi.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High Occurrence of Mood and Anxiety Disorders Among Older Adults. *Archives of General Psychiatry*, *67*(5), 489.
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity*, *21*(8), 1038–1049.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 279–296
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of personality and social psychology*, *80*(1), 136.
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2016). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, *47*(6), 990–999.
- Didonna, F. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer.
- Ercan, S., Pan, E., Günay, H., Bolu, A., Erdem, M., & Gülsün, M. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Şosyodemografik Özelliklerin Belirti Şiddeti İle İlişkisi. *Anatolian Journal Of Clinical Investigation*, *7*(1).

- Etikan, I. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721.
- Farrer, L. M., Gulliver, A., Bennett, K., Fassnacht, D. B., & Griffiths, K. M. (2016). Demographic and psychosocial predictors of major depression and generalised anxiety disorder in Australian university students. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-9.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911.
- Fraenkel, J., & Wallen, N. (2008). *How to Design and Evaluate Research in Education* (7th ed.). McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages.
- Fumero, A., Peñate, W., Oyanadel, C., & Porter, B. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(3), 704–719.
- Furr, J. M., Tiwari, S., Suveg, C., & Kendall, P. C. (2009). Anxiety disorders in children and adolescents. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 636–656). New York, NY: Oxford University Press.
- Germer, C. K. (2013). *Mindfulness: What is it? What does it matter?* In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (p. 3–35). The Guilford Press
- Germer, C. K., (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion: Freeing Yourself from Destructive Thoughts and Emotions* (1st ed.). The Guilford Press.
- Germer, C., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. The Guilford Press.

- Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Sooner or Later: Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 29(1), 39–46.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 262–270.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., June Ruan, W., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Saha, T. D., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35(12), 1747–1759.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., Gass, F., & Dobos, G. J. (2014). The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 14(1).
- Haseth, S., Solem, S., Sørø, G. B., Bjørnstad, E., Grøtte, T., & Fisher, P. (2019). Group metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot feasibility trial. *Frontiers in psychology*, 10, 290.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976–1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2005). *What Is Acceptance and Commitment Therapy?* In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (p. 3–29). Springer Science + Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*, 553-578.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(5), 761–773.
- Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2013). Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*(3), 301–313.

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington, J. J., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2013). Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(08), 786–792.
- Hussain, D. (2015). Meta-Cognition in Mindfulness: A Conceptual Analysis. *Psychological Thought, 8*(2), 132–141.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. V. S., ... & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry, 170*(2), 188-196.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everydaylife*. New York, NY: Hyperion
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for Beginners: Reclaiming the Present Moment and Your Life*. Sounds True, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Bantam.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy, 44*(9), 1301-1320.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 50*(4).

- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. (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):168-176
- Kessler, R. C., Andrade, L. H., Bijl, R. V., Offord, D. R., Demler, O. V., & Stein, D. J. (2002). The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Psychological Medicine*, 32, 1213–1225.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Wittchen, H.U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 169.
- Konkan, R., Şenormancı, M., Güçlü, O., Aydın, E., & Z. Sungur, M. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(1), 53–58.
- Kornfield, J. (2009). *A Path with Heart: A Guide Through the Perils and Promises of Spiritual Life*. New York, Bantam.
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
- Lee, J. K., & Orsillo, S. M. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 208-216.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 126-136.

- Levey, J., & Levey, M. (2018). Roots and Shoots of Mindfulness. *Subtle Energies Magazine*, 28:3.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35(4), 747–766.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual, Second Edition*. New York, NY: The Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists* (Second Edition, Revised ed.). Context Press.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163–169.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K. L., Pagura, J., & Sareen, J. (2011). Prevalence and Correlates of Generalized Anxiety Disorder in a National Sample of Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 305–315.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67–84). American Psychological Association.
- Metcalfe, J. & Shimaniura, A.P. (1994). *Metacognition*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Meunier, B., Atmaca, S., Ayranci, E., Gökdemir, B. P., Uyar, T., & Baştuğ, G. (2014). Psychometric properties of the turkish version of the acceptance and action questionnaire-11 (AAQ-II). *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(2).
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495

- Mirza, I., & Jenkins, R. (2004). Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. *Bmj*, 328(7443), 794.
- Moniz, R., Slutzky, H., (2015) A brief introduction to mindfulness: origins, science, the brain, and practice. In *The Mindful Librarian: Connecting The Practice of Mindfulness to Librarianship* (Eds R Moniz, JE Eshleman, J Henry, H Slutzky, L Moniz):1-24. New York, Elsevier.
- Moses, L.J. and J.A. Baird, 2002. Metacognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C., & Crowley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: a preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 73–79.
- Nelson, T.O. & Narens, L. (1990). Metamemory: a theoretical framework and some new findings. In: G.H. Bower (Ed.). *The Psychology of Learning and Motivation* (pp.125-173). New York: Academic Press.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2018). *Abnormal psychology in a changing world*. New York: Pearson
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 275–297.
- Ninivaggi, F. J. (2019). *Learned Mindfulness: Physician Engagement and M.D. Wellness* (1st ed.). Academic Press.
- Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E., Hjemdal, O., Solem, S., ... & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych open*, 4(5), 393-400.

- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of general psychiatry*, 60(1), 39-47.
- Özcan, M., Uğuz, F., & Çilli, A. S. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276-285.
- Özkan, S. (2016). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişkide Psikolojik Esnekliğin Aracılık Rolü. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş. ve Deniz, M.E. (2011). Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224-235.
- Pollak, S. M., Pedulla, T., & Siegel, R. D. (2014). *Sitting Together: Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy*. The Guilford Press.
- Portman, M., Riskind, J., & Rector, N. (2012). Generalized Anxiety Disorder. *Encyclopedia of Human Behavior*, 215–220.
- Ramsawh, H. J., Raffa, S. D., Edelen, M. O., Rende, R., & Keller, M. B. (2009). Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 39(4), 615–624.
- Rodrigues, M. F., Nardi, A. E., & Levitan, M. (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39(3), 207-215.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142-154.

- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88.
- Rubio, G., & López-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(5), 372–379.
- Ruiz, F. J. (2014). The relationship between mindfulness skills and pathological worry: The mediating role of psychological inflexibility. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 887-897.
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2015). Comparing cognitive, metacognitive, and acceptance and commitment therapy models of depression: A longitudinal study survey. *Spanish Journal of Psychology*, 18(e39), 1-9.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., . . . Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465.
- Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The Role of Experiential Avoidance in the Relationship Between Maladaptive Perfectionism and Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 319–332.
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 21(4), 193–202.
- Schmidt, S., (2011) Mindfulness in east and west—is it the same? In *Neuroscience, Consciousness and Spirituality* (Eds H. Walach, S. Schmidt, W. Jonas):23-38. Dordrecht, Springer.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). The Guilford Press.

- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long-term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23–39.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
- Shimamura, A. P. (2000). Toward a Cognitive Neuroscience of Metacognition. *Consciousness and Cognition*, 9(2), 313–323.
- Siegel RD, Germer CK, Olendzki A (2009) Mindfulness: what is it? where did it come from? In *Clinical Handbook of Mindfulness* (Eds F. Didonna):17-35. New York, Springer
- Siegel, R. D. (2010). *The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems*. New York: The Guilford Press.
- Simonsson, O., Martin, M. & Fisher, S. (2020). Sociodemographic Characteristics and Health Status of Mindfulness Users in the United States. *Mindfulness* 11, 2725–2729.
- Solem, S., Thunes, S. S., Hjemdal, O., Hagen, R., & Wells, A. (2015). A metacognitive perspective on mindfulness: An empirical investigation. *BMC psychology*, 3(1), 1-10.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059–2068.
- Sun, X., Zhu, C., & So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139-153.

- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review, 33*(8), 965-978.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson.
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E. K., Sandoval, J. R., & Correa-Fernández, V. (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science, 11*, 1-5.
- Thera, N., (2008). *The Power of Mindfulness*. Kandy, Sri Lanka, Wheel Publication.
- Toghianian, S., DiBonaventura, M., Järbrink, K., & Locklear, J. (2014). Economic and humanistic burden of illness in generalized anxiety disorder: an analysis of patient survey data in Europe. *ClinicoEconomics and Outcomes Research, 151*.
- Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliğı, Güvenirliğı, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi, 19*(1).
- Twohig, M. P., Levin, M. E., & Ong, C. W. (2020). *ACT in Steps: A Transdiagnostic Manual for Learning Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.
- Uzun, D. (2019). Patolojik Endişenin Yordanmasında Algılanan Ebeveyn Tutumları, Kişilik Özellikleri, Üstbilişler Ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Üstündağ Budak, A. M., & Özeke Kocabaş, E. (2019). Diyalektik Davranış Terapisi ve Beceri Eğitimi: Kullanım Alanları ve Koruyucu Ruh Sağlığındaki Önemi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry, 11*(2), 192–204.

- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123–130.
- Varra, A. A., Drossel, C., & Hayes, S. C. (2009). The Use of Metaphor to Establish Acceptance and Mindfulness. *Clinical Handbook of Mindfulness*, 111–123.
- Vesga-López, O., Schneier, F. R., Wang, S., Heimberg, R. G., Liu, S. M., Hasin, D. S., & Blanco, C. (2008). Gender Differences in Generalized Anxiety Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(10), 1606–1616.
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239–260.
- Waheed, A., Hameed, K., Khan, A. M., Syed, J. A., & Mirza, A. I. (2006). The burden of anxiety and depression among patients with chronic rheumatologic disorders at a tertiary care hospital clinic in Karachi, Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association*, 56(5), 243.
- Welch, S. S., Rizvi, S., & Dimidjian, S. (2006). Mindfulness in dialectical behavior therapy (DBT) for borderline personality disorder. In R.A. Baer: Mindfulness-based treatment approaches: Clinician 's guide to evidence base and applications (pp. 117–139). London, UK: Elsevier Academic Press.
- Wells, A. (1995). Meta-Cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301–320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide* (1st ed.). Wiley.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 86–95.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy* (1st ed.). Wiley.

- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press.
- Wells, A. (2010). Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: Review and status. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1(1), jep-007910.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899–913.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 585–594.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85–102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385–396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881–888.

- Wetherell, J. L., Ayers, C. R., Nuevo, R., Stein, M. B., Ramsdell, J., & Patterson, T. L. (2010). Medical conditions and depressive, anxiety, and somatic symptoms in older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health, 14*, 764–768.
- Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: Age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. *Aging & Mental Health, 7*(2), 123-132.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*(4), 162–171.
- Yavuz, F., Ulusoy, S., Iskin, M., Esen, F. B., Burhan, H. S., Karadere, M. E., & Yavuz, N. (2016). Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 26*(4), 397-408.

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans- Tez

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Cemile İlkur Önen tarafından yüksek lisans tezi kapsamında, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Sapancı danışmanlığında yürütülmektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Arzu ettiğiniz takdirde, çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz veya çalışmayı yarım bırakabilirsiniz. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen; bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı altında olmadan, size en uygun gelen şekilde içtenlikle cevaplamanızdır. Anketi doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakika olarak tahmin edilmektedir.

* Araştırma tamamlandığında sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız araştırmacıya iletiniz.

Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

* Gerekli

Yukarıdaki metni okudum ve anladım. *

Söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Ek-2: Demografik Bilgi Form

Bölüm-2

Cinsiyetiniz *

Kadın

Erkek

Yaşınız *

Yanıtınız _____

Medeni Durumunuz *

Bekar

Evli

Diğer: _____

Eğitim Düzeyiniz *

İlkokul

Ortaokul

Lise

Ön lisans

Lisans

Lisansüstü

Çalışma Durumunuz *

Çalışıyor

Çalışmıyor

Aylık Gelir Düzeyiniz *

2000 TL ve altı

2001-4000

4001-6000

6001 TL ve üstü

Fiziksel veya psikolojik bir sağlık sorununuz var mı? *
* Cevabınız "Evet" ise lütfen "Diğer" seçeneğini işaretleyiniz, sağlık sorununuzu kısaca belirtiniz.

Hayır

Diğer: _____

Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? *
* Cevabınız "Evet" ise lütfen "Diğer" seçeneğini işaretleyiniz, ilaç isimlerini belirtiniz.

Hayır

Diğer: _____

Daha önce hiç psikolojik destek (terapi/ilaç) aldınız mı? *

Evet

Hayır

Ek-3: Üstbiliş-30 Ölçeği

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmaya yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmaya yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmeye bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-4 : Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyiminiz **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

1	2	3	4	5	6
Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.					1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırırım veya dökerim.					1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.					1 2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.					1 2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.					1 2 3 4 5 6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.					1 2 3 4 5 6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.					1 2 3 4 5 6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.					1 2 3 4 5 6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şuan ne yapıyor olduğumun farkında olmam.					1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımı farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.					1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.					1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.					1 2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.					1 2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.					1 2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.					1 2 3 4 5 6

Ek-5: Kabul ve Eylem Formu-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.					1 2 3 4 5 6 7	
2. Hislerimden korkarım.					1 2 3 4 5 6 7	
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.					1 2 3 4 5 6 7	
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.					1 2 3 4 5 6 7	
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar					1 2 3 4 5 6 7	
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.					1 2 3 4 5 6 7	
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor					1 2 3 4 5 6 7	

Ek-6 : Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Ölçeği

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU 7 (YAB-7) TESTİ

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?

	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen hergün
1. Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gevşeyip rahatlayamama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÖZGEÇMİŞ

Cemile İlkur ÖNEN; Lisans eğitimini 2018 yılında Bahçeşehir Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde onur derecesi ile tamamladı. Mezun olduğu yıl İstanbul Kent Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına başladı. Alanındaki gelişmeleri takip etmek için seminer ve eğitimlere katılmakta ve özel bir klinikte psikoterapi seanslarına devam etmektedir.