T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ERTELEME DAVRANIŞININ ZAMAN PERSPEKTİFİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Kübra YILMAZ DAĞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ERTELEME DAVRANIŞININ ZAMAN PERSPEKTİFİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Kübra YILMAZ DAĞ

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Hayata ve hekimliğe dair bilgi ve fikirleriyle bizlere her daim rehberlik eden, ufkumuzu açan, sabırları, samimiyetleri ve anlayışları ile uzmanlık eğitimi sürecimizi anlamlandıran başta klinik şefimiz ve tez danışmanım Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER olmak üzere, değerli hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN, Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY ve Doç. Dr. Taner ÖZNUR'a;

Rotasyonlarım sırasında eğitimime değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU ve Doç. Dr. Ali Rıza SONKAYA'ya;

Destekleri ve rehberlikleri için başta Uzm. Dr. Seçil ÖZEN, Uzm. Dr. Çiğdem ÇİFTÇİ KAYGUSUZ, Uzm. Dr. Mehmet KOÇER, Uzm. Dr. Nagihan ÇALIŞKAN ve Uzm. Dr. Esra ÖKSÜZ olmak üzere birlikte çalıştığım tüm uzman hekimlerimize;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine;

Bugünlere gelmemi sağlayan canım annem, babam ve ablam başta olmak üzere tüm aileme;

Sevgisi ve desteği ile yolumu aydınlatan, kıymetli eşim Serkan'a ve değerli ailesine;

Sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Kübra YILMAZ DAĞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR v
TABLO LİSTESİ vi
ŞEKİL LİSTESİ vii
ÖZET viii
ABSTRACT x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK 3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe 3
2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri 4
2.1.3. Etiyoloji 5
2.1.4. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri 12
2.1.5. Klinik Seyir ve Eş Tanılar 13
2.1.6. Tedavi 14
2.2. ERTELEME 16
2.2.1. Ertelemenin Tanımı 16
2.2.2. Ertelemenin Türleri 16
2.2.3. Ertelemenin Tarihi 17
2.2.4. Ertelemenin Nedenleri 18
2.2.5. Ertelemenin Sonuçları 19
2.2.6. Erteleme ve Depresyon 19
2.3. ZAMAN PERSPEKTİFİ 20
2.3.1. Zaman Kavramı 20
2.3.2. Zaman Perspektifinin Tanımı ve Tarihçesi 24
2.3.3. Zaman Perspektifi ile Psikopatolojilerin İlişkisi 27
2.3.4. Zaman Perspektifi ve Depresyon 28
2.3.5. Zaman Perspektifi ve Erteleme 29
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 30
3.1. ÖRNEKLEM 30

3.2. ETİK KURUL ONAYI 30
3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 31
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 31
3.3.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) 31
3.3.3. Yetişkin Erteleme Envanteri (YEE) 32
3.3.4. Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri (ZZPE) 32
3.4. YÖNTEM 33
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 34
4. BULGULAR 35
4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI 35
4.2. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARI VE ÖLÇEK PUANLARININ GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI 38
4.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON BULGULARI 43
4.4. TEK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ 50
4.5. ÇOK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ 51
5. TARTIŞMA 53
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN YORUMU 53
5.2. GRUPLAR ARASINDA ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 56
5.3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ERTELEME 58
5.4. ERTELEME İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES DÜZEYLERİ VE ZAMAN PERSPEKTİFLERİ ARASINDAKİ KORELASYONLAR 59
5.5. TEK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ 60
5.6. ÇOK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ 61
5.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 64
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 66
6.1. SONUÇLAR 66
6.2. ÖNERİLER 67
6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI 67
7. KAYNAKLAR 68
8. ÖZGEÇMİŞ 80
9. EKLER 81

EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ 81
EK-2: EPK ONAY BELGESİ 82
EK-3: TEZ KONUSU ONAY FORMU 83
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 85
EK-5: OLGU RAPOR FORMU 88

KISALTMALAR

5-HT	**:**	5-Hidroksitriptamin
BDNF	**:**	Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
BDS	**:**	Bilişsel Dikkat Sendromu
CRH	**:**	Kortikotropin Serbestleştirici Hormon
DASÖ-21	**:**	Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği
DLPFK	**:**	Dorsolateral Prefrontal Korteks
DSM	**:**	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	**:**	Dünya Sağlık Örgütü
DZPS	**:**	Dengeli Zaman Perspektifinden Sapma
EPK	**:**	Eğitim Planlama Kurulu
GABA	**:**	Gama Amino Bütirik Asit
HPA	**:**	Hipotalamo-Pituiter-Adrenal
HPT	**:**	Hipotalamo-Pituiter-Tiroid
ICD	**:**	International Classification of Diseases – Uluslararası Hastalık Sınıflaması
MDB	**:**	Majör Depresif Bozukluk
MÖ	**:**	Milattan Önce
REM	**:**	Rapid Eye Movement – Hızlı göz hareketi
SCID-5-CV	**:**	Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version – DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu
SERT	**:**	Serotonin Transporter
SPSS	**:**	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	**:**	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SNRI	**:**	Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü
STAR*D	**:**	Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression
TSH	**:**	Thyroid Stimulating Hormone - Tiroit Stimüle Edici Hormon
TRH	**:**	Thyrotropin Releasing Hormone - Tirotropin Salgılattırıcı Hormon
YEE	**:**	Yetişkin Erteleme Envanteri
ZZPE	**:**	Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk 12
Tablo 4.1: MDB ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 35
Tablo 4.2: MDB ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 37
Tablo 4.3: MDB tanılı hasta ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin ölçek puanlarının karşılaştırılması 38
Tablo 4.4: MDB ve kontrol grubundaki bireylerin DASÖ-21 ölçek puanlarının dağılımlarının karşılaştırılması 42
Tablo 4.5: Depresyon grubundaki hastalarda yaş, eğitim düzeyi ile erteleme puanları arasında korelasyon 43
Tablo 4.6: MDB grubunun sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi 44
Tablo 4.7: MDB grubunun sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi 45
Tablo 4.8: Kontrol grubundaki bireylerde yaş, eğitim düzeyi ile erteleme puanları arasında korelasyon 45
Tablo 4.9: Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi 46
Tablo 4.10: Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi 47
Tablo 4.11: MDB ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin erteleme puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 48
Tablo 4.12: YEE toplam puanı için açıklayıcı değişkenlerle tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonuçları 50
Tablo 4.13: YEE toplam puanı için açıklayıcı değişkenlerle çok değişkenli doğrusal regresyon analizi sonuçları 52

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: MDB ve kontrol grubundaki bireylerin erteleme puanları 40
Şekil 4.2: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun depresyon puanları açısından karşılaştırılması 40
Şekil 4.3: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması 41
Şekil 4.4: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun stres puanları açısından karşılaştırılması 41
Şekil 4.5: MDB ve kontrol grubundaki bireylerin zaman perspektifi puanları..... 42
Şekil 4.6: MDB grubunda erteleme ile gelecek zaman perspektifi arasındaki ilişki..... 48
Şekil 4.7: Sağlıklı kontrol grubunda erteleme ile gelecek zaman perspektifi arasındaki ilişki 49

ÖZET

Kübra YILMAZ DAĞ, Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Erteleme Davranışının Zaman Perspektifi ile İlişkisinin İncelenmesi. Ankara, 2024

Amaç: Majör depresif bozukluk (MDB); çökkünlük, isteksizlik, zevk alamama gibi belirtiler ve işlevsellikte bozulma ile seyreden, toplumda sık görülen ve sıklıkla yeti yitimine neden olan bir duygudurum bozukluğudur. Depresyon ile bağlantılı olduğu düşünülen erteleme, yapılması gereken görevlerin daha ileri bir zamana ötelenmesi olarak tanımlanmaktadır. Erteleme, geçici bir rahatlık sağlamasına rağmen kaygı, stres ve başarısızlık gibi birçok olumsuzlukla sonuçlanabilmektedir. Ertelemenin; bilişsel, davranışsal, duygusal ve hatta zamansal bileşenlerinin olduğu, gelecekteki benlik ile şimdiki benlik arasında kopukluktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Erteleme ile ilişkili olduğu düşünülen zaman perspektifi kavramı, genel olarak bir kişinin geçmiş, şimdi ve gelecek zamana karşı tutumunu belirleyen bir yapı olarak tanımlanmıştır. Farklı çalışmalarda, zaman perspektifi ve erteleme hem depresyonla hem de birbirleriyle bağımsız olarak ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada, zaman perspektifi ve ertelemenin birbirleriyle ve depresyonla olan ilişkileri eş zamanlı olarak incelenmiştir. Bu bağlamda MDB hastalarında erteleme davranışının zaman perspektifi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve kontrollü bir tasarıma sahip olan bu çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatarak tedavi gören ve polikliniğe başvuran MDB tanılı 117 hasta ile sağlıklı kontrol grubundan gönüllü 105 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi için Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21), erteleme davranışını değerlendirmek için Yetişkin Erteleme Envanteri (YEE), zaman perspektifini değerlendirmek için Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri (ZZPE) uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: MDB ve kontrol grubundaki bireylerin erteleme düzeylerini ölçen YEE puanları arasında fark saptanmıştır ($p<0.001$). Depresyon tanılı hastaların erteleme puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. MDB ve kontrol

grubundaki bireylerin zaman perspektifleri arasında fark saptanmıştır. Depresyon tanılı hastaların geçmiş olumsuz, şimdide kaderci puanları kontrol grubuna göre yüksek; geçmiş olumlu, şimdide hazcı ve gelecek puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Hem depresyon hem de sağlıklı kontrol grubunda yaş ($p<0.05$) ve gelecek zaman perspektifi ($p<0.001$) erteleme ile negatif yönlü korelasyon göstermiştir. Ertelemenin belirleyici faktörlerinin saptanması için yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde "MDB tanısı ve gelecek zaman perspektifi" değişkenleri YEE toplam puanları için belirleyici faktörler olarak bulunmuştur. (R^2 =0.507, F=14.480, p=0.000).

Sonuç: Bu çalışma, ertelemenin MDB tanısı alan bireylerde daha yaygın olduğunu ve MDB tanısının erteleme davranışı için bir belirleyici olduğunu göstermiştir. MDB tanısı almış bireylerin sağlıklılara göre zaman perspektiflerinde belirgin farklılıklar olduğu bulunmuştur. Ayrıca gelecek zaman perspektifine azalmış yönelimin de erteleme için bir belirleyici olduğu gösterilmiştir. Yaşam kalitesini etkileyen ertelemenin ve erteleme ile ilişkili olduğu bilenen depresyonun zaman perspektifleriyle bağlantılı olduğunun gösterilmesi; bu alanda yapılacak sonraki çalışmalara, erteleme ve depresyonun tedavi sürecine ve literatüre katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Erteleme, Depresyon, Zaman perspektifi

ABSTRACT

Kübra YILMAZ DAĞ, Investigation of the Relationship of Procrastination Behavior with Time Perspective in Patients with Major Depressive Disorder. Ankara, 2024

Objective: Major depressive disorder (MDD) is a mood disorder characterized by symptoms such as sadness, loss of desire and interest, impaired functioning, which is common in the society and often causes disability. Procrastination, which is thought to be associated with depression, is defined as delaying tasks to a later time. Although procrastination provides temporary relief, it can result in many negative consequences such as anxiety, stress and failure. Procrastination is thought to have cognitive, behavioral, emotional and even temporal components and is thought to result from a disconnect between the future self and the present self. The concept of time perspective, which is thought to be related to procrastination, is generally defined as a structure that determines a person's attitude towards past, present and future time. In different studies, time perspective and procrastination have been independently associated with both depression and each other. In this study, the relationships of time perspective and procrastination with each other and with depression were examined simultaneously. In this context, it was aimed to evaluate the relationship between procrastination behavior and time perspective in MDD patients.

Materials and Methods: In this cross-sectional and controlled study, 117 patients diagnosed with MDD who were hospitalized or admitted to the outpatient clinic of University of Health Sciences Gülhane Training and Research Hospital Mental Health and Diseases Clinic and 105 volunteers from the healthy control group were included. Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21) was used to assess depression, anxiety and stress levels of the participants, Adult Inventory of Procrastination (AIP) was used to assess procrastination behavior and Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) was used to assess time perspective. The data obtained were analyzed with appropriate statistical methods.

Results: There was a difference between the procrastination levels of the individuals in the MDD and control groups ($p<0.001$). Procrastination scores of

patients diagnosed with depression were higher than the control group. There was a difference between the time perspectives of individuals in the MDD and control groups. Patients diagnosed with depression had higher past negative and present fatalistic scores compared to the control group, and lower past positive, present hedonistic and future scores compared to the control group. Age ($p<0.05$) and future time perspective ($p<0.001$) were negatively correlated with procrastination in both depression and healthy control groups. In the multivariate linear regression analysis conducted to determine the predictors of procrastination, the variables "MDD diagnosis and future time perspective" were found to be the predictors for the total scores of AIP ($R^2 =0.507$, $F=14.480$, $p=0.000$).

Conclusion: This study showed that procrastination is more prevalent in individuals diagnosed with MDD and that MDD diagnosis is a predictor for procrastination behavior. Individuals diagnosed with MDD were found to have significant differences in time perspective compared to healthy individuals. In addition, decreased orientation to future time perspective was also shown to be a predictor for procrastination. Demonstrating that procrastination, which affects quality of life, and depression, which is known to be associated with procrastination, are related to time perspectives will contribute to future studies in this field, to the treatment process of procrastination and depression, and to the literature.

Keywords: Procrastination, Depression, Time perspective

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Majör depresif bozukluk (MDB); çökkün duygudurum, ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, hareketlerde yavaşlama, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşünceleri, uyku ve iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde düzensizlik gibi belirtiler ile karakterize işlevsellikte azalma ile seyreden kronik bir hastalıktır.

En sık görülen duygudurum bozukluğu olması ve sıklıkla yeti yitimine sebep olması itibariyle hem Türkiye'de hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu konumundadır (1). Depresyon, klinik pratikte farklı semptom örüntüleri ve çeşitli klinik tablolarla ortaya çıkabilmektedir (2). MDB tanılı hastalar, tanı kriterlerinde yer alan semptom ve bulgular dışında da çeşitli yakınmalar bildirebilmektedir. Örneğin MDB tanılı hastaların sıklıkla ertelemeden yakındığı bilinmektedir (3).

Erteleme, yapılması planlanan iş ve görevlerin ileriki bir zamana bırakılıp ötelenmesi veya yapılması gereken işlerin mantıksız bir şekilde geciktirilmesi eğilimi olarak tanımlanmaktadır (4). Erteleme davranışının, sadece zaman yönetimindeki problemlerle açıklanamayacağı aynı zamanda duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin de rol oynadığı karmaşık bir tablo olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Araştırmalar, erteleme ile depresyon arasında anlamlı ve karşılıklı bir ilişki olduğunu, olumsuz duygular arttıkça erteleme eğiliminin de arttığını göstermektedir (5). Erteleme davranışı ayrıca, bireylerin zamanı kontrol etme, planlama yapma ve zaman algısı konularında sorun yaşamalarından kaynaklanabilmektedir.

Ertelemenin yordayıcılarından biri olarak değerlendirilen zaman perspektifi, genel olarak bir kişinin zamana karşı tutumunu belirleyen bir yapı olarak tanımlanmıştır. Zimbardo ve Boyd, geliştirdikleri Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri (ZZPE) ile bireyin zaman perspektifini 5 alt boyutla açıklamaktadırlar (6). Zaman perspektifi yaklaşımı bireylerin geçmişe, şimdiye ya da geleceğe odaklanmalarında bireysel farklılıklar olduğunu kabul etmektedir. Kişiler geçmişe yönelik olumlu ya da olumsuz, şimdiye yönelik hazcı ya da kaderci ve gelecek zaman yönelimlerinden bazılarına, diğerlerinden daha fazla eğilim gösterebilirler (7). Bu eğilim geçmiş yaşantılar, aile yapısı, kültür ve eğitim gibi alanların etkisiyle

şekillenebilmektedir. Araştırma bulguları; geçmişimizi, bugünümüzü ve geleceğimizi değerlendirme biçimimizin, günlük kararlarımızı ve eylemlerimizi etkilediğini göstermektedir (8). Belirli bir zamansal perspektife artmış yatkınlık hali işlevsellik açısından olumsuz ve psikopatolojilere yatkınlık oluşturan bir durum olarak kabul edilmektedir. Örneğin MDB tanılı hastalar depresif olmayan bireylere kıyasla geçmişlerine dair daha olumsuz, şimdiki zamana karşı daha az hazcı ve daha kaderci bir bakış açısı sergileyebilirler (9). Çalışmalar zaman perspektifi ile erteleme davranışı arasında da ilişki olduğunu ortaya koymuştur (10). Erteleme eğilimi yüksek olan bireyler, geçmiş olaylar hakkında daha karamsar bir tutum sergileyebilir; gelecek planlarına, hedeflerine ve beklentilerine daha az odaklanmış olabilirler. Ayrıca geleceklerinin önceden belirlendiğine ve bireysel eylemlerinin sonuçlar üzerinde herhangi bir etki yaratmayacağına inanabilirler (11).

Bu çalışmanın amacı, MDB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin erteleme davranışlarının karşılaştırılması ve erteleme davranışı ile zaman perspektifleri, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Elde edilecek sonuçlar ışığında, uygun bireysel tedavilerin düzenlenmesiyle hastaların erteleme davranışlarının ve ilişkili olduğu depresif belirtilerin azaltılması, böylece işlevselliklerinin artırılması hedeflenmiştir.

Çalışmanın hipotezleri:

1. Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre erteleme davranışı daha fazladır. Erteleme puanları ile semptom şiddeti arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
2. Majör depresif bozukluk tanılı hastaların zaman perspektifi profilleri sağlıklı kontrollerden farklıdır.
3. Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda erteleme davranışı ile zaman perspektifleri arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Etimolojik açıdan bakılırsa Latince "alçakta olmak, bastırmak" anlamındaki "*depressus*" kelimesinden köken alan "depresyon (çökkünlük)" zaman zaman herkeste rastlanabilen elem, keder, hüzün, umutsuzluk, suçluluk gibi olumsuz duyguları içeren bir yaşantıdır (12). Ancak bir bozukluk olarak değerlendirilebilmesi için belirtilerin bir arada oluşu, yoğunluğu, sürekliliği ve işlevselliğe etkisi önemlidir. MDB, çökkün duygududuruma bilişsel, motivasyonel ve vejetatif belirtilerin eşlik ettiği bir duygudurum bozukluğudur (13). MDB en sık görülen duygudurum bozukluğu olmasının yanı sıra en fazla yeti yitimine neden olan psikiyatrik hastalıklardan biridir (14). Yaygın görülmesi, süreğenleşme eğilimi, özkıyım ve özkıyıma bağlı artmış mortalite riski nedeniyle depresyon önemli bir sağlık sorunudur (1).

Ruh sağlığı ve hastalıklarının adlandırma ve sınıflandırma çalışmaları milattan önce Hipokrat ile başlamış olup depresyon için "kara safra" anlamına gelen "melankoli" kelimesini kullanmıştır. Hipokrat'ı takip eden diğer hekimler de bu humoral yaklaşımı geliştirerek devam ettirmişlerdir. 17'nci yüzyılın sonlarına doğru melankolinin oluşum mekanizmasında humoral yaklaşım etkisini yitirmiş, kimyasal ve yapısal görüş hâkim olmaya başlamıştır. 19'uncu yüzyılda Louis Delasiauve melankoli yerine "depresyon" terimini kullanmaya başlamıştır. Henry Maudsley ise "duygudurum bozukluğu" terimini literatüre kazandırmıştır. Duygudurum bozuklukları ve depresyonun bugünkü kapsamına en yakın şekilde tanımlanması ise Emil Kraepelin ile olmuştur. Kraepelin duygudurum bozukluklarını "manik depresif psikoz (mani melankoli psikozu)" olarak tanımlamıştır. 20'nci yüzyıl psikiyatride ortak tanı dilinin geliştirilebilmesi için DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (The International Classification of Diseases) gibi tanı kılavuzlarının yayınlandığı bir dönem olmuştur. Karl Leonhard ve Jules Angst gibi bu dönemin önemli araştırmacılarının çalışmaları ile unipolar ve bipolar depresyon birbirinden ayrılmıştır. Ayrıca bu yüzyılda psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar gibi farklı kuramsal bakış açılarıyla birlikte genetik, biyokimyasal,

elektrofizyolojik ve radyolojik çalışmalar gibi teknolojik gelişmeler psikiyatrik bozukluklara yeni bir boyut kazandırmıştır. Günümüzde depresyonun biyopsikososyal bir yapıya sahip olduğu, yatkınlaştırıcı, tetikleyici ve sürdürücü etkenlere bağlı olduğu düşünülmektedir (15).

Depresyonun Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'ndaki (DSM) değişim sürecine bakılacak olursa; 1952 yılında yayınlanan ilk sayısında, "Depresif Reaksiyon"; 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de ise "Depresif Nevroz" ismi kullanılmıştır. "Majör Depresif Bozukluk" tanımlaması ise 1980 yılında DSM-III ile kullanılmaya başlanmıştır. DSM-4'te Majör Depresif Bozukluk tanımı genel olarak benzer şekilde kabul görmüştür. DSM-4'te "Duygudurum Bozuklukları" ana başlığı altında değerlendirilen iki uçlu bozukluk ve depresif bozukluk tanıları DSM-5'te "İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar" ve "Depresyon Bozuklukları" şeklinde iki farklı ana tanı grubu olarak düzenlenmiştir (16).

2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün güncel verilerine göre, dünyada yaklaşık 280 milyon kişi, yani nüfusun yaklaşık %3,8'i depresyondan etkilenmektedir. Her yıl 700 000'den fazla insan özkıyım nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki MDB tanılı hastaların %75'inden fazlası tedavisiz kalmaktadır (17).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre yaşam boyu MDB prevalansı %18,5 saptanmıştır. Bu oran kadınlarda %24, erkeklerde %13,3 olarak bulunmuştur (18). Başka bir çalışmada ise bir yıllık MDB prevalansı tüm nüfusta %8,3; kadınlarda %10,3; erkeklerde %6,2 olarak saptanmıştır (19).

Türkiye'de 1998 yılında yapılan "Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5,4; erkeklerde %2,3; tüm nüfusta %4,0 olarak saptanmıştır. Son olarak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri" çalışmasında ise depresyon yaygınlığı %9,0 olarak saptanmıştır (14).

Farklı araştırmalarda yöntem, metot ve popülasyon farklılıklarına bağlı olarak değişik oranlar elde edilse de MDB yüksek oranda sıklık ve yaygınlığa sahiptir (13).

MDB, kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha sık gözlenmektedir. Genetik ve biyolojik yatkınlık, toplumsal rollere ilişkin beklentiler, sosyoekonomik konumlarındaki güçsüzlük ve buna bağlı olarak olumsuz olaylarla daha sık karşılaşmaları, artan iş yükü ve eşitsizlikler kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır. Ancak güncel araştırmalara göre aradaki fark gittikçe azalmaktadır. Bu azalmanın kadının sosyoekonomik konumundaki değişime bağlı olduğu düşünülmektedir (13).

MDB her yaşta görülebilse de 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Ayrıca birçok çalışmada boşanmış veya dul olmak MDB için risk faktörü olarak bulunmuştur (12).

Özetle kadın cinsiyet, orta yaş, boşanmış veya dul olmak, düşük sosyoekonomik düzey, stresli yaşam olayları, bedensel hastalıklar ve ek psikiyatrik bozukluklar, aile öyküsü, genetik yatkınlık, bağımlı ve obsesif kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma biçimi, sosyal destek azlığı depresyonun başlaması ve süreğenleşmesi için risk etmenleridir (20).

2.1.3. Etiyoloji

Depresyonu da diğer ruhsal bozukluklar gibi tek bir etiyolojik nedenle açıklamak olanaksızdır. Her hastada, hatta bir hastanın farklı atak dönemlerinde hastalığa sebep olabilecek etkenler değişiklik gösterebilir. Günümüzde etiyolojiyi açıklamada genetik, nörobiyolojik, çevresel ve psikososyal etkenler ön plandadır.

a. Genetik Etkenler:

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları MDB'nin karmaşık bir genetik temeli olduğunu belgelemektedir. Monozigot ikizlerde depresyon riski %40, dizigot ikizlerde ise %11 kadardır. Birinci derece yakınında MDB olanlarda depresyon prevalansı %5-25'e yükselmektedir (12).

MDB, birbirleriyle ve çevresel tetikleyicilerle etkileşime giren çok sayıda lokus ile ilişkilendirilen oldukça poligenik bir kalıtım biçimine sahiptir. Bugüne kadar 1,2 milyondan fazla katılımcıyı içeren en kapsamlı "genom çapında ilişkilendirme çalışması", MDB ile ilişkili 178 genetik risk lokusu ve 223 bağımsız tek nükleotid polimorfizmi tanımlamıştır (21).

Çeşitli genetik polimorfizmler, strese yanıt olarak artan depresyon riskiyle ilişkilendirilmiştir. Bunların başında serotonin sistemi genleri gelmektedir. Serotonin taşıyıcı (SERT) geni ve SERT ekspresyonunu modüle eden serotonin taşıyıcı bağlantılı promotör bölge (5-HTTLPR) polimorfizmi MDB kalıtımında ön plana çıkmaktadır (22). Çalışmalar hangi tip SERT genine sahip olduğumuzun, psikososyal stresörlere nasıl yanıt verdiğimizi etkilediğini göstermiştir. SERT genindeki 5-HTTLPR polimorfizminin "kısa (s)" allelini taşıyan bireyler psikososyal stresörler karşısında daha incinebilir görünürken "uzun (l)" allelini taşıyanlar daha dirençli görülmektedir. Hangi SERT varyantına sahip olduğumuz psikososyal stresörler sonrası depresyon geliştirip geliştirmeyeceğimizi, MDB geliştiyse antidepresanlara yanıt verip vermeyeceğimizi hatta tolere edip edemeyeceğimizi etkileyebilmektedir (23,24). Dopaminerjik sistem ile ilgili en tutarlı sonuçlar DRD4 ve DAT geninde gözlenen VNTR (variable number of tandem repeat) polimorfizmidir. Birçok çalışmada, BDNF genindeki Val66Met polimorfizminin hem bipolar depresyon hem de majör depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (25).

b. Nörobiyolojik Etkenler:

Depresyonunun etiyolojisinde nörotransmiterler, nörotrofik faktörler, nöroendokrin sistem, nöroanatomik yapıya ilişkin değişiklikler söz konusudur. Ancak halen hastalığın patofizyolojisine ilişkin nörobiyolojik açıklamalar yetersiz kalmaktadır (26).

Nörotransmiterler, nörotrofinler ve nöropeptitler:

Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisi üç temel nörotransmiter (serotonin, noradrenalin ve dopamin) üzerinden açıklanmaktadır. Serotonin (5-hidroksitriptamin veya 5-HT) sistemi uyku, iştah, beden ısısı, metabolizma ve libidonun düzenlenmesinde önemlidir. MDB için klasik biyolojik kuram monoamin nörotransmiterlerde bir yetersizlik olması üzerinedir. "Monoamin Hipotezi" olarak adlandırılan bu açıklama MDB etiyolojisini anlamada önemli bir adım olsa da fazlaca basitleştirilmiş olup bununla ilgili kesin kanıtlar yoktur. Ayrıca antidepresan tedavilerin klinik etkilerinin gözlenmesinin tipik olarak haftalar alması, depresyondaki hastaların yaklaşık üçte birinin klasik antidepresanlara yanıt vermemesi gibi kısıtlılıklar MDB etiyolojisinde diğer yolakların ve nörotransmiterlerin önemine işaret

etmektedir (21). Güncel monoamin kuramına göre, hastadaki belirti profiline bağlı olarak, çeşitli beyin devrelerinin monoaminerjik nörotransmiter sisteminde genel bir işlev bozukluğu olabileceği öne sürülmektedir. "Nörotransmiter Reseptör Hipotezi" olarak adlandırılan bu açıklamada sadece monoamin nörotransmiterler değil, onların reseptörleri ve bu reseptörlerin tetiklediği gen ekspresyonlarının düzenlenmesi gibi moleküler olaylar da ön plana çıkmaktadır (24). MDB etiyolojisinde zaman içinde opioid, asetilkolin, glutamat, gama aminobütirik asit (GABA) ve nitrik oksit ile ilişkili farklı modeller ortaya çıkmıştır (21).

Nöronlardan salınan ve uyarılabilir hücrelerde bir transmiter ya da modülatör olarak görev yapan sinyal molekülleri substans P, nöropeptit Y, CRH, galanin ve vasopressin gibi nöropeptitlerin de depresyon etiyolojisi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (12).

Nöronal hücre göçü, çoğalması, farklılaşması ve nörogenez gibi nöronal işlevlerin devamında rol alan nörotrofinlerden ise BDNF depresyon etiyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Stresle ilişkili olarak BDNF baskılanması sonucu hipokampüs ve prefrontal korteks gibi yapılarda atrofi meydana gelebilmektedir (24).

Nöroendokrin:

Hipotalamo-Pituiter-Adrenal (HPA), Hipotalamo-Pituiter-Tiroit (HPT) ve gonadal eksenlerdeki hormonal değişikliklerin majör depresyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin, kortizol düzeylerinde artış, tiroit hormonlarındaki değişiklikler, östrojen ve testosteron seviyelerindeki düşüşler gibi hormonal değişiklikler depresyonun patofizyolojisinde rol oynayabilir. Ancak hormonal değişikliklerin depresyonun nedeni veya sonucu olduğu konusunda kesin bir kanıt bulunmamaktadır (27).

Stres hipokampal atrofiye yol açarak bu hipokampal yapıların HPA üzerindeki baskılayıcı etkisini engeller. Böylelikle HPA ekseninin aşırı etkinlik göstermesine sebep olabilir. Bu da artmış kortizol düzeyi demektir. Bu nedenle MDB tanılı hastaların yarısından fazlasında bozulmuş "deksametazon supresyon testi" saptanmaktadır (13,24). Strese karşı abartılı kortizol yanıtı MDB'nin akut ve şiddetli formlarıyla ilişkili bulunmuştur (28). Stres nedeniyle aktive olmuş HPA ekseninin proinflamatuar yanıtı artırarak nöroinflamasyona da yol açtığı ileri sürülmektedir (26).

Tiroit hastalıklarında başta depresif ve bilişsel belirtiler olmak üzere birçok psikiyatrik semptom ortaya çıkabilmektedir. Hipotiroidizm ile ilişkili; bellek bozuklukları, yorgunluk, irritabilite, libidoda azalma görülebilmektedir. Depresyonda en sık saptanan HPT eksen değişiklikleri ise; artmış T4 düzeyi, TRH uyarımına azalmış TSH yanıtı ve nokturnal TSH yükselmesindeki azalmadır. Azalmış TSH yanıtı özkıyım riski ile ilişkili bulunmuştur. HPT eksenindeki bu anormalliklerin antidepresan tedavi direnci ve MDB yineleme riski ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Depresyonu olan birçok kişide tiroit ile ilişkili antikorlar yükselir, ayrıca otoimmün tiroidit de artmış depresyon riski ile bağlantılıdır. Yüksek TSH ve antikor seviyeleri, depresyon ve özkıyım riskinin artışıyla ilişkilendirilmiştir (12,29).

Depresyonda büyüme hormonu salgılatıcı hormon (GHRH) stimülasyonuna azalmış büyüme hormonu (GH) yanıtı izlenir, ayrıca uyku sırasında beklenen GH artışı da olmamaktadır (30).

MDB gonodal hormonlar ile de ilişkili bulunmuştur. Hipogonadizmi olan erkeklerde antidepresan tedaviye testosteron eklenmesinin tedavi seyrini olumlu etkilediği gözlenmiştir. Östrojen seviyelerindeki düşüşlerin, özellikle menopoz döneminde, depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Perimenapozal dönemde antidepresan tedaviye, östrojen yerine koyma tedavisi eklenmesinin tartışmalı da olsa faydalı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri, potansiyel antidepresan benzeri etkileri açısından incelenmektedir (27).

Nöroanatomi ve nörogörüntüleme:

Günümüzde herhangi bir nörogörüntüleme yöntemiyle MDB tanısı koymak mümkün değildir. Bununla birlikte MDB hastaları ile yapılan nörogörüntüleme çalışmalarındaki ölçümlerde hipokampal hacimde azalma olduğu saptanmış olup bu azalmanın bellek problemleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (13). Ayrıca fonksiyonel görüntüleme çalışmalarına göre depresyonun bilişsel belirtileriyle ilişkili olarak dorsalateral prefrontal kortekste (DLPFK) aktivite azalması, depresif duygudurumla ilişkili olarak amigdala ve ventromedial prefrontal kortekste aktivite artması görülebilmektedir (24).

MDB tanılı hastalarda bu alanlara ilişkin patolojiler gösterilmişse de bu bulguların her hastada saptanamayabileceği ve tanısal olmadığı belirtilmektedir (26).

Son çalışmalar; MDB'yi beyinin spesifik bölgelerindeki patolojilerden ziyade beyin ağlarındaki fonksiyonel bağlantı anormallikleriyle ilişkilendirmektedir (31).

c. Psikososyal Kuramlar

Psikodinamik kuram:

Depresyona dair ilk psikanalitik yorumlamalar Sigmund Freud ve öğrencisi Karl Abraham tarafından ortaya konmuştur. Buna göre oral dönemde anne ve çocuk ilişkisindeki bozulmalar ileride depresyon için yatkınlaştırıcı olabilmektedir. Freud "Yas ve Melankoli" adlı eserinde; yas ve melankoli süreçlerini, birbirine benzer kayıp deneyimlerine karşı geliştirilen farklı tepkiler ve birbirleriyle bağlantılı durumlar olarak tanımlamıştır. Depresyonun gerçek veya imgesel bir nesne kaybıyla ilişkili olabileceği ve bu kayıp nesnelerin içe atımının, nesne kaybından kaynaklanan sıkıntılarla başa çıkmada kullanılan bir savunma mekanizması olduğu belirtilmektedir. Kaybedilen nesneye karşı duyulan sevgi ve nefretin bir arada bulunması, kişinin öfkesini kendisine yöneltilmesine neden olurken tüm bu sürecin sonucunda kişinin özdeğer duygusunda azalma meydana geldiği düşünülmektedir. Freud "Ego ve İd" adlı eserinde ise melankolide yaşanan suçluluk duygularının, sevilen kişilere yönelik olan saldırgan dürtülere karşı gelen acımasız süperegodan kaynaklanabileceğini açıklamaktadır (32,33).

Edward Bibring'e göre yaşamın erken dönemlerinde karşılanmamış temel gereksinimler çaresizlik duygusuna dönüşür. Yaşamın sonraki yıllarında narsisistik beklentileri (değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün biri olmak, iyi ve seven biri olmak) gerçekleştirme konusunda egonun yetersiz kalması, çocukluk döneminden kalan çaresizlik duygusunu ortaya çıkaracaktır. Güçsüz ve çaresiz kalan benlikte yaşanan çatışma, özdeğer duygusunda düşmeye ve depresyon gelişimine neden olmaktadır. Sonuç olarak depresyon, narsisistik hayal kırıklığına verilen bir ego tepkisi olarak açıklanmaktadır (34).

Bağlanma kuramı:

John Bowlby'nin geliştirdiği bağlanma kuramına göre, erken çocukluk döneminde bakım veren ile ilişkilerin temel bağlanma paternini meydana getirdiği düşünülmektedir. Güvenli bağlanma psikopatoloji gelişmesini engelleyen koruyucu

bir mekanizma iken, güvenli olmayan bağlanma modelleri ise depresyon başta olmak üzere birçok psikopatoloji ile ilişkilidir (33).

Davranışçı kuram:

Davranışçı Kurama göre bireylerin "klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme" yolu ile davranış geliştirdikleri düşünülmektedir. Martin Seligman "öğrenilmiş çaresizlik" teorisi ile depresyonun kontrol edilemeyen olaylar ile bağlantısını kurar. Bu teori, elektrik akımı verilen köpeklerin kaçabilmeleri engellendiğinde bir süre sonra kaçma çabalarını bırakmalarının gözlendiği deneye dayanır. Depresif belirtiler de tekrarlayan çaresizlik deneyimleri nedeniyle ortaya çıkan uyum bozucu stratejiler ile ilişkilidir. Çocukluk döneminden itibaren öğrenilen çaresizlik ve kontrol edememe duygularının, zaman içinde yaşanan herhangi bir olumsuz durumda tekrarlaması söz konusudur. Ayrıca depresif bireylerde, olumlu pekiştireçlerde veya onları elde etme becerisinde bir azalma söz konusudur. Bu da depresyondaki bireyin pasif olma, görevlerden kaçınma, erteleme ve sosyal geri çekilme gibi davranışlarına neden olmaktadır. Bu davranışların yaşanan sıkıntıyı kısa süreli de olsa rahatlatması, davranışların olumsuz pekiştireç görevi görmesine neden olmaktadır (33,35).

Bilişsel kuram:

Bilişsel modele göre, bilişsel yapı üç katmandan oluşur; en yüzeyde otomatik düşünceler, en derinde temel inançlar ve ortalarında ara inançlar yer alır. Ara inançlar ve temel inançlar birlikte 'şemalar' olarak tanımlanır.

Depresyon bilişsel modelde üç temel kavram ile açıklanır. Bunlar; bilişsel üçlü kavramı, depresif düşünce tarzının yapısal örgütlenmesi (şemalar) ve bilişsel çarpıtmalardır. Bilişsel üçlü kavramı, kişinin kendisine, dünyaya ve geleceğe yönelik olumsuz bir bakış açısına sahip olmasıdır. Negatif benlik algısı, dünyayı talepkâr ve saldırgan olarak algılama, gelecekte acı çekme ve başarısızlık beklentisi mevcuttur. Şemalar, erken çocukluk dönemindeki yaşam olayları ile ilişkili olarak şekillenmeye başlar. Olumsuz deneyimler sonucu katı ve esnek olmayan, işlevsellik üzerine olumsuz etkileri olan şemalar gelişmektedir. Bu şemaların tetikleyici yaşam olayları ile aktifleşmesi durumunda işlevsiz bilişler ve otomatik düşünceler ortaya çıkar. Depresyonda olumsuz şemaların aktif olduğu düşünülür. Kişiler çevresinde olup biten

olumlu veya olumsuz tüm olayları olumsuz şemaların perspektifiyle değerlendirir. Bilişsel çarpıtmalar ise işlevsiz inançların ve bilişsel yanlılığın bireyin düşünme biçimine yansımasıdır. Bilişsel hata, bilişsel işlemleme gibi farklı adlandırmaları mevcuttur. Zihin okuma, "ya hep ya hiç" biçiminde düşünme, felaketleştirme, duygulardan sonuca ulaşma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, "-meli/-malı" ifadeleri, olumlu olanı küçük görme depresyonda en sık kullanılan bilişsel çarpıtmalara örnektir (35).

Üstbilişsel kuram:

Üstbiliş; bireylerin duyguları ve düşünceleri hakkındaki inançlarının, düşüncelerinin ve zihinsel süreçlerinin farkında olmasını ve yönlendirmesini sağlayan sistemdir. Üstbilişsel kuram, psikopatolojilerin etiyolojisinde bilgi işleme özelliklerini ve uyum bozucu bilişsel stratejileri inceler. Uyum bozucu bilişsel stratejiler "Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS)" denilen esnek olmayan ve yineleyen düşünme biçiminin gelişimine neden olur. BDS; endişe, ruminasyon, kaçınma, tehditlere odaklanma ve bastırma gibi işlevsiz başa çıkma mekanizmaları ve bu mekanizmalara yönelik işlevsiz, yanlı bir dikkat artışı ile karakterizedir. Üst bilişsel model, psikopatolojilerin sürdürülmesinde BDS'nin etkili olduğunu öne sürer.

Üstbilişsel modele göre, MDB'de bireylerin depresif semptomlarının anlamları, nedenleri ve sonuçlarıyla ilişkili ruminasyon eğilimi bulunmaktadır. Bireylerin ruminasyonun sorunlarla başa çıkmada faydalı olduğuna dair olumlu üstbilişsel inançlara sahip oldukları düşünülmektedir. Ayrıca ruminasyonun ve depresif düşüncenin kontrol edilemezliğine ilişkin olumsuz üstbilişsel inançlara sahip oldukları düşünülmektedir. Birbirini karşılıklı olarak arttıran ruminasyon ve olumsuz otomatik düşüncelere dikkatin yoğunlaşmasıyla BDS gelişir. Sonuçta bu kısır döngü depresif belirtiler için sürdürücü bir etken haline gelir (36–38).

d. Çevresel ve Sosyal Etkenler:

Yaşamın erken dönemlerinde ve çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler ve travmalar nörobiyolojik sistemleri etkiler. Bu durum uygun genetik alt yapıyla birlikte MDB belirtilerinin gelişmesine neden olabilir. Bu olumsuz yaşantılardan başlıcaları cinsel, fiziksel, duygusal kötü muamele, ailenin ihmal veya

istismarı, ebeveyn kaybı, kazalar, kronik hastalık veya ameliyatlar, doğal afetler, savaşlar ve yoksulluktur (39,40).

2.1.4. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri

DSM-5'e göre MDB tanısı koyabilmek için çökkün duygudurum ve isteksizlik ya da zevk alamamanın da içinde bulunduğu en az beş belirtinin olması; bu belirtilerin günlük sosyal ve mesleki işlevleri etkileyecek ya da belirgin sıkıntı verecek şiddette olması; en az iki hafta sürmesi gereklidir (13).

DSM-5'e göre MDB tanı kriterleri tablo 2.1'de gösterilmiştir. MDB'nin alt türleri DSM-5'te "bunaltılı, karma özellikler gösteren, melankolik, atipik, psikotik özellikler gösteren, katatoni ile giden, peripartum başlangıçlı ve mevsimsel örüntü gösteren" şeklinde belirtilmiştir (41).

Tablo 2.1: DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. 1.Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. Ağlamaklı görünür). 2. Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir). 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (Örn. bir ay içinde ağırlığının %5"inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma. 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (Başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu olarak taşıma değil). 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (Enerji düşüklüğü). 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (Sanrısal olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil). 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (Öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir). 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (Yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Mutsuzluk, keder, çaresizlik, değersizlik, ümitsizlik, hüzün duyguları ile karakterize depresif duygudurum, depresyon için temel belirtilerden biridir. Depresif duyguduruma sıklıkla anhedoni, ilgi kaybı ve anksiyete eşlik edebilir. Suçluluk, umutsuzluk, değersizlik temalarının hâkim olduğu düşünceler gözlenebilir ve durum artmış özkıyım riski ile ilişkilidir. Benlik saygısında azalma ve geleceğe yönelik karamsarlık sıklıkla tabloya eşlik eder. Bunun yanında bedene yönelik olumsuz algılama, bedensel belirtileri yanlış yorumlama ve ağrı gibi fiziksel belirtiler görülebilir. Düşünce akışında yavaşlama, konsantrasyon problemleri görülebilir. Hastalar konsantrasyon problemlerine ikincil olarak gelişen bir unutkanlıktan yakınabilir. Genellikle düşünce akışındaki yavaşlamaya paralel olarak konuşmada ve hareketlerde de yavaşlama meydana gelebilir. Ancak anksiyetenin eşlik ettiği durumlarda yerinde duramama, ellerini ovuşturma, parmaklarıyla oynama gibi psikomotor ajitasyon belirtileri görülebilir. Ayrıca enerji azlığı (anerji), yorgunluk ve bitkinlik hali, uyku ve iştah düzeninde bozulmalar, cinsel istekte azalma gibi bedensel belirtilerin de görülmesi beklenir (1).

Uyku bozuklukları depresyon hastalarında yaygın olarak görülür ve bazen depresif belirtiler görülmeden önce uyku bozuklukları başlayabilir. Depresyonda sabah erken uyanma, REM (rapid eye movements-hızlı göz hareketleri) latansının kısalması ve REM yoğunluğunun gecenin ilk üçte birlik dönemine kayması, vücut sıcaklığının günlük ritminde düzleşme, kortizol salgılanmasında gün boyu artış, melatonin salınımında azalma, BDNF salınımı ve nörogenezde azalma gibi bulgular görülebilmektedir. Bu bulgular, depresyonda sirkadiyen ritmin bozulduğunu veya sirkadiyen ritimdeki bozulmanın depresyon oluşumuna katkıda bulunduğunu göstermektedir. Biyolojik süreçlerin desenkronizasyonu depresyonda öylesine yaygındır ki depresyonun sirkadiyen bir hastalık olduğu, bozulmuş endojen biyolojik bir saatten kaynaklandığı görüşü de mevcuttur (42).

2.1.5. Klinik Seyir ve Eş Tanılar

MDB genellikle sinsi başlangıç gösterir. İlk depresif dönem genellikle bir psikososyal stresör sonrası görülür. Kronikleşme ve tekrarlama olasılığı yüksektir. Epizodların sayısı ve süresi kişiden kişiye değişmekle birlikte 6-24 ay sürebilmektedir. Tedavi ile bu süre birkaç hafta ile birkaç aya kadar indirilebilmektedir. Olguların %10-

15'inin süreğen seyir göstermesi beklenmektedir. Bir depresif epizod sonrası ikincisinin yaşanma ihtimalinin yaklaşık %50-60 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Her yineleme bir sonraki yineleme ve süreğenleşme riskini arttırmaktadır. İleri yaşta, psikotik özellikli depresyon dönemleri artmış yineleme riski ile ilişkilidir. Ayrıca anksiyete, alkol kullanım bozukluğu ve kişilik bozuklukları gibi ek tanıların eşlik ettiği tablolarda yineleme riski daha yüksektir (1,13).

Klinik çalışmalar, ek tanı varlığının depresyonda alevlenme, yineleme, süreğenleşme, rezidüel belirti, işlevsellikte bozulma ve artmış özkıyım riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Anksiyete bozukluklarının depresyona en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar olduğu bilinmektedir. Anksiyetenin eşlik etmesi tedavi yanıtını, işlevselliği ve klinik seyri olumsuz etkilemektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, somatoform bozukluk ve alkol kullanım bozukluğu gibi bozuklukların da MDB ile birlikte görülebildiği bilinmektedir. Ayrıca MDB tanısı alan hastalarda kronik fiziksel hastalık riskinin arttığı bilinmektedir. Kronik fiziksel hastalıkların varlığı hem MDB'nin hem de eşlik eden fiziksel hastalıkların seyrini olumsuz yönde etkilemektedir (43).

Genel popülasyona göre MDB tanılı hastalarda özkıyım riskinin 20-30 kat daha fazla olduğu ve MDB tanısıyla takip edilen hastalarda özkıyım oranının %3,4 olduğu saptanmıştır (44). Tamamlanmış intihar olgularının yaklaşık olarak yarısından fazlasının MDB ile ilişkilendirildiğine dair çalışmalar mevcuttur (1,45). DSÖ'nün güncel verilerine göre dünya gelindeki tüm ölümlerin %1,3 özkıyım sebebiyle olmaktadır. Tüm dünyada özkıyım hızı yüz binde 9 olarak saptanmıştır (46). Türkiye İstatistik Kurumunun güncel verilerine göre Türkiye'de 2022 yılında özkıyım hızı yüz binde 4,88 olarak saptanıştır (47). Ancak tüm bu veriler resmi kayıtlar ile sınırlı olup gerçek oranların daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.

2.1.6. Tedavi

MDB yeti yitimine yol açan küresel bir sağlık sorunudur. DSÖ, özellikle tekrarlayan ve orta/ağır depresyonun ciddi bir sağlık sorunu haline geldiğini vurgulamakta ve depresyonun özkıyım ile sonuçlanabildiğine dikkat çekmektedir.

MDB tedavisinde öncelikle tedavi hedefleri belirlenmelidir. Hedeflerin iyi belirlenmesi, tedavi izlem ve denetiminin doğru biçimde yapılmasını olanaklı kılar. MDB tanılı hastaların takip ve tedavi sürecinde "yanıt (response)", "düzelme (remission)", "iyileşme (recovery)", "depreşme (relapse)" ve "yineleme (recurrence)" gibi kavramlar hastalığın seyrini daha anlaşılır kılmaktadır.

MDB tedavisinde amaç tam iyilik halinin sağlanması olsa da çalışmalarda genelde remisyon üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. "Remisyon" eşik altı belirtiler olsa dahi MDB kriterlerini karşılayacak belirtilerin ortadan kalkması durumu iken; "iyileşme" hastalık sürecinin ve belirtilerinin tamamen ortadan kalkması ve bu iyilik halinin en az iki ay sürmesi durumudur (48).

MDB tedavisinde farmakoterapi, psikoterapi ve somatik tedavi yöntemleri yer almaktadır. Farmakoterapide antidepresan grubu ilaçlar ön plandadır. Antidepresanlar etki mekanizmalarına göre; trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), seçici serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), serotonin parsiyel agonist ve geri alım inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri, seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri, melatonin reseptör agonistleri, serotonin antagonist ve geri alım inhibitörleri, alfa-2 antagonist etkililer, multimodal etkililer ve atipik etkililer olarak sınıflandırılmaktadır (24).

Somatik tedavilerde; elektrokonvülzif tedavi, transkraniyel manyetik uyarım, vagal sinir uyarımı, derin beyin uyarımı ve fototerapi gibi yöntemler mevcuttur.

Tedavi hastalık şiddetine göre belirlenmekle birlikte hafif ile orta şiddetli depresyonda psikososyal ve davranışsal müdahaleler daha öncelikliyken; orta ile ağır şiddetli depresyonda farmakoterapi, psikoterapi ya da ikisinin beraber kullanımı önerilmektedir (49). MDB tedavisine yönelik 2006 yılında yapılan kapsamlı bir çalışma olan STAR*D; olguların %47'sinin ilk antidepresan ilaç tedavisine yanıt verdiğini, ancak olguların sadece %27,5'inin remisyona girdiğini göstermektedir (50).

Tedavi direnci söz konusu olduğunda ilacın değiştirilmesi, güçlendirme tedavileri, antidepresan kombinasyonları, somatik tedavi yöntemleri gibi ek müdahaleler gündeme gelebilmektedir. Güçlendirme tedavisinde sıklıkla bir SSRI veya SNRI'nın yanına antipsikotik eklenmesi tercih edilir. Tedaviye lityum, buspiron, tiroit hormonu, L-metilfolat, S-adenozil-metiyonin ya da kısa süreli benzodiazepin

eklenmesi diğer yöntemler arasındadır. Ayrıca NMDA antagonistlerinden ketamin dirençli depresyon tedavisinde kullanılabilen güncel tedaviler arasında yer almaktadır.

Son yıllarda, duygudurum bozukluklarının tedavisinde psikoterapinin önemi giderek artmakta ve klinik çalışmalar, psikoterapinin etkili olduğunu doğrulamaktadır. MDB psikoterapisinde bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi ve psikanalitik yönelimli psikoterapiler etkili yöntemlerdir. Ayrıca, psikoterapi ile farmakoterapi kombinasyonu da yaygın bir şekilde araştırılmaktadır. Mevcut kanıtlar bu kombinasyonun, tek başına her bir tedavi yöntemine göre belirgin avantajlara sahip olduğunu ve depresyonun yineleme riskini azaltabileceğini göstermektedir (51).

2.2. ERTELEME

2.2.1. Ertelemenin Tanımı

Ertelemenin literatürde çeşitli tanımlamaları olmasına karşın, yapılması gereken öncelikli bir faaliyetin gereksiz yere geciktirilmesi olarak tanımlanabilir (52). Ertelemenin davranışsal, bilişsel ve duygusal bileşenleri olduğu düşünülmektedir (5). Buna göre, ertelemenin davranışsal bileşeni, görevin başlatılması, yürütülmesi ya da tamamlanmasıyla ilişkilidir (53). Ertelemenin bilişsel bileşeni, olumsuz etkilerine rağmen, erteleme davranışını bilinçli olarak sürdürme nedenleriyle ilgilidir (54). Bu bağlamda, hedefler ile gerçekleştirilen eylemler arasındaki uyumsuzluğa neden olan bilişsel süreçler ön plana çıkmaktadır (55). Ertelemeyi etkileyen bilişsel değişkenlerden; mükemmeliyetçi kişilik özellikleri, düşük öz yeterlilik, düşük öz saygı, akılcı olmayan inançlar ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Ertelemenin duygusal bileşeni ise; kişinin belli bir zamanda yapması gereken işi başlatamama, sürdürememe ya da tamamlayamama konusunda hissettiği sıkıntı, rahatsızlık, suçluluk, utanç, kaygı ve endişe ile ilişkilendirilmiştir (56).

2.2.2. Ertelemenin Türleri

Ertelemeye yönelik çeşitli sınıflamalar olsa da genel olarak "rutin işlerde erteleme, akademik erteleme, karar vermeyi erteleme, kompulsif erteleme" gibi dört çeşit ertelemeden bahsedilmektedir (57). Rutin işlerde erteleme; günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan faturaları zamanında ödememe, randevulara geç kalma, birine

telefon açmayı ihmal etme gibi gündelik konulardaki geciktirmelerle ilgilidir. Bu davranışsal ertelemeler "genel erteleme" olarak da ifade edilmektedir (4). Akademik erteleme; sınavlara çalışma, ödevleri veya projeleri tamamlama gibi yapılması gereken akademik görevlerin yapılmaması veya son dakikaya bırakılmasıdır (58). En yüksek düzeyde ertelemenin akademik alanda olduğu saptanmıştır (59). Karar vermeyi erteleme; zamanında karar verememe veya kararsızlık durumudur (60). Kompulsif erteleme ise kişinin hem karar vermeyi hem de yapması gereken işleri ertelemesini kapsayan erteleme türü olarak tanımlanmıştır (61).

Erteleme ayrıca "işlevsel" ve "işlevsiz" olarak da sınıflandırılmıştır. İşlevsel erteleme; eylemin daha fazla bilgi edinmek gibi amaçlı ve bireye fayda sağlayan bir şekilde geciktirilmesiyken, işlevsiz erteleme; kronik olarak görevlerin zamanında tamamlanmasını engelleyen bir geciktirmedir (62). Başka bir çalışmada aktif ve pasif ertelemeden söz edilmektedir. Pasif erteleme, ertelemenin en bilinen hali olarak belirlenen sürede harekete geçememe durumudur. Aktif erteleme ise bilinçli olarak ertelemeye karar verip kısa sürede program değişiklikleri ve planlamalar yaparak görevi tamamlama motivasyonunu arttırmak ve sonrasında görevi sürdürmektir (63).

2.2.3. Ertelemenin Tarihi

Ertelemenin aslında modern çağın bir sorunu olduğu ve özellikle teknolojinin gelişmiş olduğu ülkelerde ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bir toplum ne kadar sanayileşmişse, erteleme olgusu da o kadar belirgin hale gelmektedir (3). Sanayileşme öncesi birçok toplumda, mevcut erteleme kavramıyla eşdeğer sözcüklerin bulunmadığı; var olan sözcüklerin ise daha az olumsuz çağrışımlara sahip olduğu saptanmıştır. Sanayileşme öncesi toplumlarda erteleme; fevriliğin tam tersi bir eğilim, henüz harekete geçilmemesi gerektiğine dair bir karar olarak nitelendirilmektedir. "Erteleme" yani "procrastination" terimi Latince *"procrastinare"*den gelmektedir. Bu kelime, ileri anlamına gelen *"pro"* ve yarına ait anlamına gelen *"crastinus"* ifadelerinin bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur. Erteleme tam manasıyla, bir işi başka bir güne geciktirmek, ötelemek anlamına gelmektedir (64,65).

2.2.4. Ertelemenin Nedenleri

Ertelemenin tanımında ve kuramsal açıklamalarında araştırmacıların ortak bir görüşünün olmadığı, ertelemeyi farklı kuramsal yaklaşım ve modellerle açıklamaya çalıştıkları gözlenmektedir. Ertelemeye sebep olabilecek göreve veya kişiye özgü farklılıkların var olduğu düşünülmektedir. Verilen görevin niteliği, verdiği rahatsızlık, görevin sonucundaki kazanımın zamanlaması erteleme davranışını etkileyebilir. Daha zor ve karşılığının geç alınacağı bir görevin ertelenme olasılığı daha fazladır (65).

Psikanalitik kurama göre, bir işten kaçınmanın veya onu ertelemenin en önemli nedeni egoyu tehdit etmesidir. Erteleme yoluyla ego başarısızlık riskinden korunmuş olur (66). Bir diğer görüşe göre eğer bir eylem, çatışmalı bir dürtüsel etkinlikten köken alıyorsa; sonucunda elde edilecek kazanımlar bu nedenle kaygı uyandırıyorsa işe başlansa bile sürdürülemeyecek, erteleme biçiminde ketlenecektir (67). Ertelemenin bir diğer kaynağının görevin başlangıcında yanlış veya yetersiz güdülenmeyle, özellikle de narsisistik nedenlerle üstlenilmesi olduğu düşünülmektedir. Bu durumda görevin içkin anlamının eksikliği çalışma şevkini azaltacak, çabalamayı sürdürme arzusunu söndürecektir (68). Ayrıca ertelemenin bilinçdışı ölüm korkusuyla ilişkili olduğu, kişinin günlük hayatta eylemleri ertelerken aslında amacının kaçınılmaz olan ölümü ertelemek olduğu düşünülmektedir (69).

Psikodinamik yaklaşıma göre erteleme; çocuğu için ulaşılması güç hedefler koyan, aşırı talepkâr ya da aşırı hoşgörülü anne ve baba tutumuna karşı gösterilen bir tepki olarak kabul edilmektedir.

Davranışçı görüşe göre erteleme; kişilere kısa ve geçici bir süre haz sağlayan öğrenilmiş ve pekiştirilmiş bir davranıştır. Kişi, bir görevi tamamlamak için gereken çabayı göstermek yerine, daha az çaba gerektiren ve daha fazla ödül sağlayan başka bir aktiviteye yönelir. Bu bağlamda ertelemenin dürtüsellikle de ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur.

Bilişsel modele göre erteleme; kişilerin sahip olduğu akılcı olmayan inançlar, algılanan zorluk, başarısızlık korkusu, düşük öz yeterlilik, düşük benlik saygısı, öz-düzenleme problemleri, öğrenilmiş çaresizlik, mükemmeliyetçilik ile ilişkilidir (3,65).

Üstbilişsel modele göre, erteleme hakkında olumlu üstbilişlere sahip olan kişiler istemli olarak erteleyerek bir "bilişsel dikkat sendromu" döngüsüne girmekte

ve bunun sonucunda ertelemeye yönelik olumsuz üstbilişler ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte ortaya çıkan olumsuz duygulanım erteleme davranışını arttırmaktadır (70).

Biyolojik yaklaşıma göre, ertelemenin öz düzenlemeyi sağlayan yürütücü işlevlerdeki bir bozulmayla ilgili olabileceği düşünülse de bununla ilgili güçlü kanıtlar henüz bulunamamıştır (3,71). Ayrıca çalışmalar ertelemenin değişen zaman ve koşullarda tutarlılık gösterdiğini ortaya koyduğundan, bunun bir kişilik özelliği olarak nitelendirilebileceğini göstermektedir. Buna ek olarak ikiz çalışmaları da genetik geçişin etiyolojide yer alabileceğini ortaya koymaktadır (65).

2.2.5. Ertelemenin Sonuçları

Ertelemenin ikili ilişkiler, ruh sağlığı, iş ve akademik performans üzerinde olumsuz etkileri olabilir (3). Erteleme kısa vadede bir rahatlama sağlasa da sonucunda yapılacak işlerin birikmesi, başarısızlık, günlük yaşantıda, iş hayatında ve ilişkilerde problemler nedeniyle uzun vadede rahatsız edici olabilmektedir. Ertelemenin sonucu olarak yaşanan kaygı, depresyon, çaresizlik duyguları ve bunlarla beraber gelişen düşük benlik saygısı, değersizlik hissi bir kısır döngü haline gelmekte ve ertelemeyi arttırabilmektedir (72).

2.2.6. Erteleme ve Depresyon

Depresyondaki kişilerin işlerini zamanında yapamadıkları sıklıkla bildirilmektedir (3). Çalışmalar erteleme davranışının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (73). Ayrıca, depresyon ve erteleme arasında pozitif bir korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır; yani, depresyon düzeyi arttıkça, erteleme eğilimi de artmaktadır. Bu bulgu, erteleme davranışının sadece bir zaman yönetimi veya çalışma becerisi eksikliği olmadığını, aynı zamanda bilişsel ve duygusal bileşenlerle de ilişkili olduğunu göstermektedir (58).

Bazı çalışmalarda ertelemenin bir sonucu olan görevleri tamamlamadaki başarısızlığın depresyona neden olabileceği belirtilmiştir. Bir çalışmada erteleme davranışının, ağır şiddette depresyon ve anksiyete için risk faktörü olabileceği saptanmıştır (3). Ayrıca erteleme davranışı ile olumsuz duygulanım arasında bir ilişki olduğu, erteleme sonucunda bireylerin daha depresif hissetme eğiliminde oldukları düşünülmektedir (74).

Özetle, depresyon ve erteleme arasındaki ilişki çift yönlüdür ve her biri potansiyel olarak diğerini şiddetlendirebilmektedir. Depresyon erteleme davranışını arttırabileceği gibi erteleme davranışı da depresyon riskini arttırabilmektedir (73).

2.3. ZAMAN PERSPEKTİFİ

2.3.1. Zaman Kavramı

Zaman; Türk Dil Kurumu'nun yayınladığı güncel sözlüğe göre bir işin, bir oluşun içinde geçtiği, geçmekte olduğu veya geçeceği süre; hengâm, vakit olarak tanımlanmaktadır (75). Kronolojik zaman; günlük hayatta üzerine en çok konuşulan, olayların veya durumların belirli bir sıra içinde düzenlenme biçimini ifade eder. Kronolojik zamanın ölçümü saatler ve takvimler yardımıyla gerçekleşmektedir. Kronoloji kelimesinin kökeni "Kronos" antik Yunan dilinde zaman, olayların tarihsel sıralanması anlamına gelmektedir. "Chronos", Sokrates öncesi felsefede ve edebiyatta zamanın, kişiselleştirilerek yıkıcı ve boğucu yönlerini temsil eden, kalın gri sakallı, duygusuz yaşlı bir adam olarak tasvir edilmesidir. İsim benzerliği nedeniyle sıklıkla mitolojideki "Titan Cronus" ile özdeşleştirilmiştir. "Chronos" genellikle zamanın nicel ve lineer boyutunu ifade ederken, "Kairos" ise yaşamın nitelikli ve anlamlı anlarını temsil eder (76).

Zaman kavramının fiziksel, biyolojik, felsefi, psikolojik, sosyokültürel bağlamlarda çeşitli tanımlamaları mevcuttur.

Antik Yunan filozofları, zamanın doğası üzerine olan düşünceleri ile daha sonraki felsefi tartışmaların temelini atmıştır. MÖ 500'lü yıllarda yaşamış olan Herakleitos, "sürekli değişim" öğretisiyle tanınır ve "her şeyin aktığını" savunur. Herakleitos'a göre değişim, evrenin temel doğasıdır ve hiçbir şey sabit kalmaz. Gerçekliğin dinamik ve sürekli değişen doğasını vurgulamak için nehir metaforunu kullanmış ve "aynı nehre iki kez girilemeyeceğini" ifade ederek zamanın sürekli değiştiğini ve aktığını vurgulamıştır (77).

Platon "Timaeus" adlı eserinde (MÖ 360) zaman kavramını "sonsuzluğun hareketli imgesi" ve "kozmostaki değişimin bir ölçüsü" olarak açıklar. Ayrıca zamanı yıldızların, gezegenlerin hareketiyle ve evrenin yaratılışıyla ilişkilendirir (78).

Aristoteles'e göre zaman kavramı, değişimin ve devinimin ölçüsü olup iki an arasında meydana gelen hareket olarak nitelendirilmiştir.

Modern felsefede zaman kavramı filozoflar arasında tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Zamanın zihinden veya mekândan bağımsız olarak var olup olmadığı, zamanın tek yönlü bir akışa mı sahip olduğu, döngüsel ya da doğrusal mı seyrettiği, şimdiki andan farklı zamanların var olup olmadığı gibi bir dizi problemler bu tartışmaların odağında yer almaktadır.

Immanuel Kant; zamanın dış dünyanın bir özelliği olmadığını, daha ziyade deneyimlerimizi düzenlemek için kullandığımız öznel bir çerçeve olduğunu savunmuştur. Ona göre zihnimiz bilişsel işlevlerimizin, anlama ve anlamlandırma yetilerimizin yürütülebilmesi için bir sıralamaya ihtiyaç duymakta ve zaman bunu sağlayan zihinsel bir operatör görevi görmektedir (79).

Nietzsche döngüsel bir zaman anlayışına sahiptir. İnsan yaşamının ve evrensel süreçlerin belirli bir döngü içinde tekrar edeceğini öne sürer. Bu "ebedi tekerrür" fikrini kabul etmenin yaşam istenci ve yaşamı olumlamanın koşulu olarak kabul eder (80).

Martin Heidegger "Varlık ve Zaman" adlı eserinde zaman kavramını varoluşsal bir sonrasallık olarak ele alır. İnsan varoluşu hep bir adım ileriye ulaşmaya çalışan, bir türlü anda bulunamayan bir gidişattadır. Heidegger, zamanı insan varoluşunun temel bir parçası olarak görmüş ve kendi varlığımızı anlamamızın zaman deneyimimiz aracılığıyla gerçekleştiğine inanmıştır. Heidegger'in zaman kavramı, kendi varlığının farkında olan varlık olarak tanımladığı "Dasein" anlayışıyla yakından bağlantılıdır. Heidegger, Dasein'ın zaman deneyiminin, dünyaya "fırlatılmışlık" duygusuyla, zaman anlayışımızı şekillendiren daha geniş bir tarihsel ve kültürel bağlamın parçası olma duygusuyla karakterize edildiğine inanmıştır (81,82).

Henri Bergson; öznel olarak deneyimlenen zamanın, saatler ve takvimlerle ölçülen nesnel zaman ile aynı olmadığını savunmuştur. Bergson'un tanımladığı öznel zaman kavramı, bilimin ve günlük yaşamın niceliksel, ölçülebilir zamanıyla karşılaştırdığında öznel, sürekli ve bölünmez bir bilinç akışı ve deneyimidir (83).

Klasik fizikte zaman; olayların sıralanmasını ve süreçlerin ölçülmesini sağlayan bir sistemdir. Isaac Newton, 17'nci yüzyılda mutlak zaman kavramını

tanımlamıştır. Zaman herhangi bir referans noktasından bağımsız olarak akar, değişmez, evrenseldir ve herkes için aynı şekilde işler. Newton'un zaman anlayışı, özellikle klasik mekanikte cisimlerin hareketi ve etkileşimi ile ilişkili kullanılan denklemlerin temelini oluşturur. Ancak, 20'nci yüzyılın başlarına gelindiğinde Albert Einstein'ın görelilik teorisi, bu klasik anlayışın yerine göreli zaman kavramını getirmiştir. Newton'a göre zaman mutlak, bağımsız ve tek yönlü bir nicelik iken, Einstein'ın görelilik teorisine göre zaman evrenin dokusunda göreceli, gözlemciye bağlı, dinamik ve uzay ile iç içe geçmiş bir boyuttur (84).

Biyolojik zaman tüm canlılarda fizyolojik işlevlerinin çevresel değişikliklere karşı belirli bir ritimde organize ve optimize edilmesini sağlayan bir sistemdir. Kronobiyoloji bu biyolojik zaman kavramını inceleyen bilim dalıdır. Sirkadiyen, ultradiyen, infradiyen ve diurnal gibi biyolojik ritimlerden söz edilir. Sirkadiyen ritim, genetik olarak kodlanmış, endojen bir biyolojik saat tarafından yaklaşık 24 saatlik bir döngüde düzenlenir ve çevresel uyaranlar (zeitgeber) tarafından senkronize edilir. Bu senkronizasyonu sağlayan başlıca yapı "suprakiazmatik nükleus (SCN)" tur. SCN senkronizasyonu esas olarak fotik uyaranlar yani aydınlık-karanlık döngüsü ile sağlamakla birlikte melatonin seviyeleri, beslenme, fiziksel ve sosyal aktiviteler de diğer etkili faktörler arasındadır. İnsanlarda uyku-uyanıklık döngüsü, vücut sıcaklığı, hormon düzeyleri, duygulanım ve bazı bilişsel işlevler sirkadiyen ritme sahiptir ve bireysel farklılıklar gösterebilir (42).

Zaman kavramına dair bir diğer biyolojik bakış açısı ise zaman algısıdır yani zamanın da tıpkı ışık, ses gibi algılanabilir bir uyaran olduğu düşüncesidir. Zaman algısı; bireylerin dikkati, zamanla ilgili tecrübeleri, davranışları ve zamanı değerlendirmeleri ile değişkenlik gösterebilmektedir. Zaman algısı yürütücü işlevlerle ve yürütücü işlevlerden sorumlu DLPFK, anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks gibi beyin bölgeleri ile yakından ilişkilidir. Zaman algısının değerlendirilmesinde çeşitli zamanlama görevleri verilebilmektedir. Araştırmalar MDB tanılı hastaların zamanın akış hızını sağlıklı gruplara göre daha yavaş tecrübe ettiğini göstermiştir. Ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda da zaman algısında bozulmalar olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (85–87).

Psikoloji alanında zaman kavramını irdeleyen ilk isimlerden biri William James, "Psikolojinin İlkeleri" (1890) adlı eserinde "bilinç akışı" kavramını ortaya atmıştır. Zamanın, sürekli bir düşünce ve algı akışını içeren bilinçli bir deneyimle ilişkili dinamik ve sürekli bir duyum olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca şimdiki zamanı, zaman içinde sonsuz derecede küçük bir nokta değil, yakın geçmişi ve yakın geleceği kapsayan kısa bir süre olarak açıklamıştır (88).

Sigmund Freud'un zaman ve zamansızlık hakkındaki fikirleri antik Yunan felsefesinden etkilenmiş ve psikanalitik teorisi üzerinde önemli bir etkiye sahip olmuştur. Freud bilinçdışının zamansız olduğunu belirtmiştir. Bu ifade, bilinçdışı zihnin bilinçli düşünceyle aynı şekilde işlemediği ve aynı zaman kurallarına bağlı olmadığı anlamına gelir. Rüyalar da tıpkı ortaya çıktığı bilinçdışı gibi zamansızdır. Psikanaliz temelde zamanla ilgilidir çünkü şimdiki zamandaki sorunların geçmişteki olaylar tarafından nasıl belirlendiğini anlamaya yönelik bir çabadır. Ayrıca egonun çeşitli işlevleri zamanın bilinçli olarak nasıl deneyimlendiğini etkileyerek dejavu, zamansızlık hissi, zaman süresinin yanlış değerlendirilmesi, önsezi deneyimi gibi fenomenlere yol açabilmektedir (89,90). Psikanalitik açıdan gelişim süreci ve zaman kavramına bakıldığında; zaman algısının olmadığı bir bebeklik döneminden, geniş ve sınırsız zaman algısının mevcut olduğu çocukluk dönemine ve ardından sınırlı, kısıtlı bir zaman algısının yer aldığı yetişkinlik dönemine geçiş söz konusudur (91).

Jean Piaget, zaman kavramına ilişkin açıklamalarını bilişsel gelişim teorisi içinde ele almıştır. Bilişsel gelişim teorisinde Piaget, bir çocuğun zamanı anlama becerisinde farklı aşamalar tanımlamıştır. Çocukların başlangıçta zamanı daha benmerkezci ve somut bir şekilde deneyimlediklerini ve olgunlaştıkça daha soyut ve nesnel bir zaman kavramı geliştirdiklerini öne sürmüştür (92).

Robert Levine 1997 yılında yayınladığı "A Geography of Time" adlı kitabında zaman kavramını incelemektedir. Zamanı, bireysel ve sosyal deneyimlerle, kültürel farklılıklarla, farklı ritim ve tempolara uyumla ele almaktadır. Levine'in çalışmaları, zaman algısını ve bunun insan ilişkileri, toplumlar ve deneyimler üzerindeki etkisini anlamanın önemini vurgulamaktadır (93).

Kurt Lewin'in (1942) "Time perspective and morale" başlıklı yayını zaman perspektifi teorisi için referans olarak kabul edilmektedir. Lewin, zaman perspektifini

"bireylerin belirli bir anda sahip olduğu geçmişine ve geleceğine ilişkin görüşlerinin toplamı" olarak tanımlamıştır.

Philip Zimbardo ve John Boyd (1999) referans olarak aldığı Lewin'in zaman perspektifi kavramını daha da geliştirmiştir. Buna göre zaman perspektifi; kişisel ve sosyal deneyimlerin akışında, olaylara düzen, tutarlılık ve anlam kazandırmaya yardımcı olan zamansal kategoriler veya çerçeveler olup genellikle bilinçli olmayan bir süreçtir (6).

2.3.2. Zaman Perspektifinin Tanımı ve Tarihçesi

Zaman perspektifi; bireylerin zamana yönelik bilinçsiz, öğrenilmiş ve öznel yaklaşımlarıdır. Zamana ilişkin tavır, inanç ve değerleri yansıtır. Bireylerin geçmiş, şimdi ve gelecek zamanı nasıl değerlendirdiklerini ve bu değerlendirmenin yaşamları üzerindeki etkilerini incelemektedir.

Zaman perspektifinin evrimine bakılacak olursa; ilk insanların vahşi doğaya karşı hayatta kalma mücadelesi içinde olması onların neredeyse tamamen şimdiki zaman odaklı bir perspektife sahip olmalarına ve bir takvime ihtiyaç duymamalarına neden oluyordu. İnsanlar zamanı çevrede gerçekleşen olayların çerçevesinden yani "olay zamanı" ile değerlendiriyorlardı. İnsanların mevsim, güneş ve ay döngülerinin değişimini fark etmeye başlaması, doğanın tehlikelerini ve hayatta kalmaya yönelik zorluklarını kısmen ortadan kaldırmayı başarması, sahip oldukları şimdiki zaman perspektifinden sıyrılıp gelecek zamana yönelik bir bakış açısı kazanmalarına neden olmuştur. Bu sayede tarım, hayvancılık ve hatta ticaret gelişmeye başlamış ve insanlar zaman kavramını ölçmeye ihtiyaç duymuşlardır. "Saat zamanı" bu şekilde insan eliyle ortaya çıkmıştır. Başlarda zanaatkârlıkla para kazanılan bir ticari sistem mevcutken sanayi devriminden sonra bireyler ancak zamanlarını satarak para kazanmışlardır. Daha sonra belirli bir zamanda en fazla üretim ile "verimlilik" kavramı ortaya çıkmıştır. Zaman kavramı giderek biriktirilebilen, harcanabilen, kazanılabilen ve hatta kaybedilen bir meta haline gelmiştir. Modernite ile beraber hızlanan yaşam temposu sürekli acele etme ve zamanın daralması hissini beraberinde getirmiştir. Değişen dünya, zamana bakış açımızı etkileyerek geleceğe yönelik planlama yapma zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Bu noktada zamana bakış açımız uyum sağlayabilmemiz için daha önemli hale gelmiştir (94).

Zaman perspektifleri, birçok araştırmacı tarafından farklı açılardan tanımlanmaya ve ölçülmeye çalışılmıştır. Zimbardo ve Boyd, zaman perspektifine yönelik yaptığı çalışmalar sonucunda "Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri"ni (ZZPE) geliştirmiştir. ZZPE, zaman perspektiflerini tutumlar, davranışlar ve bilişsel süreçler temelinde ölçmeyi hedeflemektedir. Bireylerin zaman perspektiflerini geçmişe yönelik olumlu ya da olumsuz, şimdiye yönelik hazcı ya da kaderci ve gelecek zaman perspektifleri olmak üzere beş alt boyutla açıklamaktadır. Zimbardo'ya göre, bireyler bu beş zaman perspektifinden bir veya birkaçını daha fazla benimseyebilirler ve bu perspektifler, kişisel kararlar, motivasyon ve hedefler üzerinde etkili olabilmektedir. Kişilerin eğitim, inanç, sosyal statü, aile modeli, sosyal normlar ve kültürel özellikleri gibi durumsal faktörlerin zaman perspektiflerini etkileyebileceği düşünülmektedir. İnsanlar günlük hayatın akışında, onları çevresel etkenlere karşı daha stabil bir konumda tutan zaman perspektiflerine yatkınlık göstermeyi öğrenmektedirler. Sonrasında öğrenilen bu baskın zaman perspektifi çerçevesinde olayları yargılamaya, anlamlandırmaya ve eyleme geçmeye başlamaktadırlar (6,95). Her birey zaman yönelimlerinin benzersiz bir kombinasyonuna sahiptir. Sahip oldukları zaman perspektifi profilleri kişiliklerinin bir parçasını oluşturur. Bu sayede bireylerin davranışsal tepkileri öngörülebilir hale gelir. Zaman perspektifinin kişilik özelliklerinden en önemli farkı daha esnek olması, gerekli motivasyon ve bilginin varlığında değiştirilebilir olmasıdır (96).

Zimbardo'ya göre zamana yönelik tutumların paradoksal bir yapısı vardır. Bunlardan ilki, bu tutumların hayatımız üzerinde önemli etkileri olduğu halde bu etkilerin çoğu zaman fark edilmemesidir. Bir diğeri, zaman perspektiflerinden birinin aşırı benimsenmesinin işlevsellikte azalma ve psikopatolojiye yatkınlık gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmesidir. Son olarak, kişisel deneyimlerle edinilen bireysel zaman perspektifleriyle beraber kolektif olarak benimsenen belirli zaman perspektifleri olabilmekte ve bu ülkelerin refahını etkileyebilmektedir (94).

Geçmiş olumlu zaman perspektifi:

Geçmiş zaman perspektifleri kişilerin geçmişte yaşadığı iyi veya kötü olayların objektif bir kaydı değil geçmişe yönelik yaklaşımları ile ilgilidir. Bu yaklaşımlar kişilerin şimdiki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını objektif olarak

gerçekleşmiş olaylar kadar etkilemektedir. Geçmişte gerçekten neler yaşandığı önemli olmakla birlikte bunu yorumlama ve duygusal anlamlar yükleme biçimimiz de önemlidir.

Geçmiş olumlu zaman perspektifi, bireylerin geçmiş deneyimlere ve hatıralara olumlu bir şekilde odaklanmasını, geçmişle barışık ve geçmişinden güç alan nostaljik bir bakış açısı içinde olmasını ifade eder. Bu bakış açısı istikrar duygusuna ve kişinin köklerine, kültürel mirasına, ritüellerine bağlanmasına katkıda bulunabilir. Bu zaman perspektifine sahip bireyler, geçmiş deneyimlerinden bir kimlik ve anlam duygusu çıkarabilir, bunları mevcut ve gelecekteki eylemleri için bir rehber olarak kullanabilirler (7,97).

Geçmiş olumsuz zaman perspektifi:

Bu bakış açısı olumsuz olarak değerlendirilen geçmişe odaklanma eğilimidir. Bireyler geçmişteki kötü anıları daha yoğun hatırlayabilir ve geçmiş deneyimlere karşı genel olarak olumsuz bir tutum sergileyebilirler. Genellikle geçmişteki hatalar, başarısızlıklar veya travmatik olaylar üzerinde dururlar. Bu bakış açısı, geçmişe yönelik pişmanlık, acı ve üzüntü duygularına yol açabilir. Bu zaman perspektifine sahip kişiler olumsuz anılarla meşgul oldukları için ilerlemekte zorlanabilirler (97).

Şimdide hazcı zaman perspektifi:

İnsan hayatı; anıları saklama ve gelecekle ilgili planlar yapma gibi yeteneklerin henüz gelişmediği yaşamın ilk yıllarında şimdide hazcı bir perspektifle başlar. Bu zaman perspektifi haz alma ve acıdan kaçınma üzerinedir. Erişkin yaşama doğru gelecek yöneliminin gelişmesi beklenir. Ancak siyasi ve ekonomik olarak istikrarsız toplumlarda geleceği öngörmek, yatırım yapmak anlamsız olacağı için şimdide hazcı zaman perspektifleri baskın olarak devam edebilmektedir. Çalışmalar düşük sosyoekonomik durum ile şimdide hazcı zaman perspektifi arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Anlık memnuniyetler, haz arama, kısa vadeli ödüller, dürtüsel ve risk alıcı davranışlar bu perspektifin baskın olduğu kişilerde öne çıkmaktadır (94,98).

Şimdide kaderci zaman perspektifi:

Şimdide kaderci zaman perspektifi, olayların kişinin kontrolü dışında önceden belirlendiğine dair bir inançla karakterize edilir. Şimdide kaderci perspektife güçlü bir şekilde sahip bireyler kendilerini çaresiz hissedebilirler. Bu kişiler, eylemleri ve gelecekteki sonuçları arasında çok az bağlantı kurabilirler. Bu durum umutsuzluk hissine yol açabilmektedir (97).

Gelecek zaman perspektifi:

Gelecek zaman perspektifi, gelecek hakkında ulaşılması gereken hedefler ve tamamlanması gereken görevlere odaklanma eğilimini ifade eder. Bu perspektif, gelecekteki olası senaryoları öngörerek yeni hedefler belirlemeyi, fırsatlar aramayı, hazzı ertelemeyi, uzun vadeli fayda sağlayacak seçimler yapmayı sağlar. Bu bakış açısına sahip kişiler ileriye dönük plan yapma, hedefler belirleme, bu hedeflere ulaşmak için çalışma ve disiplinli olma eğilimindedir (94).

Dengeli zaman perspektifi:

Zaman perspektifi, insan zihninin deneyimlerinin akışını geçmiş, şimdi ve gelecek gibi zamansal bölgelere ayırma yoludur. Dengeli Zaman Perspektifi, yine Zimbardo ve Boyd tarafından ortaya atılan bir kavram olup, bireyin duruma ve kişisel kaynaklarına bağlı olarak geçmiş, şimdiki ve gelecek zaman yönelimleri arasında esnek bir şekilde geçiş yapabilme yeteneğini ifade eder. Genel olarak daha yüksek geçmiş olumlu; orta derecede gelecek zaman ve şimdide hazcı; düşük şimdide kaderci ve geçmiş negatif zaman perspektifi alt boyut puanları ile karakterize edilir. Dengeli zaman perspektifine ilişkin çeşitli formüller, kesme ve sapma puanları ile ilgili çalışmalar mevcut olsa da hali hazırda kabul görmüş, tutarlı, güvenilirliği yüksek bir formülasyon mevcut değildir (99,100).

2.3.3. Zaman Perspektifi ile Psikopatolojilerin İlişkisi

Zaman perspektifleri ile psikopatolojiler arasındaki ilişkiye yönelik birçok çalışma mevcuttur. Özellikle geçmiş olumsuz zaman perspektifi, psikopatolojilerin güçlü bir göstergesi gibi görünmekle birlikte kötü tedavi yanıtı ile de ilişkilendirilmiştir. Geçmiş olumsuz zaman perspektifi kişilerde stres, kaygı ve depresif belirtilere yatkınlık oluşturmakla beraber MDB, özkıyım riski, kişilik

bozuklukları, agresyon, düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur. Geçmiş olumlu zaman perspektifinin ise psikopatolojilere karşı koruyucu olduğu ve işlevselliği olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir.

Şimdide hazcı zaman perspektifi sigara, alkol, madde kötüye kullanımı ve riskli araç kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Şimdide kaderci zaman perspektifi agresyon, kaygı gibi belirtilerle; MDB ve şizofreni başta olmak üzere ağır ruhsal bozukluklarla ilişkili bulunmuştur.

Gelecek odaklı olmak genel olarak işlevselliği olumlu etkilemektedir. Daha yüksek sosyoekonomik statü, üstün akademik başarı, daha az heyecan arayışı ve daha az riskli davranışlar gibi birçok olumlu sonuçla ilişkilendirilmiştir. Fakat bu zaman perspektifine abartılı yatkınlık hali stres, gerginlik ve kaygı ile ilişkili olabilmektedir (101,102).

2.3.4. Zaman Perspektifi ve Depresyon

Depresif bireylerin olumsuz geçmiş deneyimlere aşırı duyarlı oldukları, olumsuz anıları daha fazla hatırlama eğiliminde oldukları ve gelecek hakkında kötümser bir tutum sergilediklerine dair çalışmalar mevcuttur. Aaron T. Beck'in bilişsel kuramına göre, depresyondaki çökkünlük ve anhedoni, geçmişteki olumsuz deneyimlere odaklanma ve geleceğe yönelik kötümserlikten kaynaklanmaktadır. Ayrıca depresyonda sıkça karşılaşılan ruminasyonların da kaynağının yine geçmişe dair olumsuz düşünceler ve geleceğe yönelik kaygılar olduğu düşünülmektedir (103).

Depresyon ile zaman perspektifleri arasındaki ilişkiye yönelik az sayıda çalışma mevcuttur. Birçok çalışmada ZZPE'de geçmiş negatif ve şimdide kaderci zaman perspektiflerinden yüksek puan almanın; gelecek zaman perspektifinden düşük puan almanın depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalar düşük şimdide hazcı zaman perspektifi ile de ilişki ortaya koymuştur. Her ne kadar geçmiş olumsuz zaman perspektifi depresyon ile ilişkili görülse de nostalji duygusu yoğun depresif hastalar, geçmişi idealize ettiğinden geçmiş olumlu zaman perspektifinden yüksek puan alabilmektedirler (6,9).

2.3.5. Zaman Perspektifi ve Erteleme

Erteleme; geçmiş, şimdiki ve gelecek zaman perspektifleri arasındaki kopukluğu yansıtan zamansal öz düzenleme başarısızlığının bir sonucu olarak düşünülebilir. Erteleme ve zaman perspektifi arasında ilişkiye yönelik yapılan çalışmalar, ertelemenin işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, dikkate değerdir. Erteleme davranışının ZZPE'de şimdide hazcı zaman perspektifiyle pozitif; gelecek zaman perspektifiyle ise negatif ilişkili olarak saptandığı çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada, yüksek şimdide kaderci ve geçmiş olumsuz puanları, erteleme davranışıyla ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, düşük gelecek zaman perspektifi seviyeleri ile erteleme arasında güçlü bir ilişki olduğunu, ancak diğer zaman perspektifleri ile daha zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarındaki ve örneklemler arasındaki farklılıkların çalışmalar arasındaki tutarsızlığın sebebi olabileceği düşünülmektedir (10,104).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÖRNEKLEM

Kesitsel bir tasarıma sahip olan bu çalışma, 15.03.2023-15.09.2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi gören ve polikliniğe başvuran DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) uygulanarak MDB tanısı almış 117 hasta ile sağlıklı kontrol grubundan gönüllü 105 kişi ile yürütülmüştür.

Hastalar için dahil etme kriterleri: Katılımcının DSM-5'e göre "Majör Depresif Bozukluk" tanı ölçütlerini karşılaması, çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve gönüllü olur formunu imzalamış olması,18-65 yaş aralığında olması, okuma yazma biliyor olması olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı kontrol grubu için dahil etme kriterleri: Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve gönüllü olur formunu imzalamış olması, halihazırda tanı kriterlerini karşılayan psikiyatrik hastalığının olmaması, 18-65 yaş aralığında olması, okuma yazma biliyor olması olarak belirlenmiştir.

Her iki grup için hariç tutma kriterleri: Çalışmaya katılmayı engelleyecek düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olması, çalışmaya katılmayı engelleyecek düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması, halihazırda tanı kriterlerini karşılayan alkol veya madde kullanım bozukluğunun olması, bipolar depresyon veya genel tıbbi duruma bağlı depresyon tanı kriterlerini karşılıyor olması olarak belirlenmiştir.

3.2. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce ilk olarak Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulu tarafından (EPK) 26.01.2023 tarih ve 01 no'lu toplantısında görüşülerek izin alınmıştır. EPK izni sonrasında araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 14.03.2023 tarih ve 2023-75 proje/karar numaralı kararı ile onaylanmıştır. Ayrıca Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu'nun 05.01.2023 tarih ve 203170 sayılı toplantısında tez konusu

kabul edilmiştir. Araştırma iznine ilişkin belgeler EK-1, EK-2 ve EK-3'tedir. Mart 2023 – Ekim 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın gerekli izinlerinin alınması, veri toplama, istatistik ve tez yazım gibi bütün aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi kriterleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Ayrıca bilgilendirilmiş gönüllü onam formu EK-4'tedir.

3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları göz önüne alınarak, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilen 17 soruluk bilgi formudur. Sosyodemografik veri formunda katılımcıların yaş, öğrenim süresi, yaşadığı yer, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, kullandıkları ilaç tedavileri, intihar öyküsü ve alkol-madde kullanım varlığına dair bilgiler sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formunun bir kopyası EK-5'te sunulmuştur.

3.3.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek amacıyla 1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilmiştir (105). 21 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğinde depresyon, anksiyete ve stres alt ölçeklerinin her biri için 7 soru bulunmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçektir (0: "Hiçbir zaman", "3: Her zaman"). Ölçekten her bir alt boyut için alınabilecek en yüksek toplam puan 21'dir. Kişinin stres alt boyutundan 8 puan, anksiyete alt boyutundan 4 puan, depresyon alt boyutundan ise 5 puan ve üzeri bir puan alması o alt boyut ile ilgili psikopatolojiye dair sorunlar olabileceğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hakan Sarıçam (2018) tarafından yapılmıştır. Klinik örneklemde Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için α=0.87, anksiyete alt ölçeği için α=0.85 ve stres alt ölçeği için α=0,81 olarak bulunmuştur. Elde edilen psikometrik özelliklere göre DASÖ-21'in depresyon, anksiyete ve stres düzeyini geçerli ve güvenilir bir şekilde

değerlendirildiği bildirilmiştir (106). Bu çalışmada DASÖ-21 Türkçe versiyonu kullanılmıştır (EK-5).

3.3.3. Yetişkin Erteleme Envanteri (YEE)

Yetişkin Erteleme Envanteri, McCown ve Johnson (1989) tarafından yetişkinlerdeki erteleme düzeyinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. Orijinal ölçek toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde (1=Benim için doğru, 5=Benim için yanlış) cevaplandırılmaktadır. Ölçekte yedi madde ters olarak puanlanmaktadır. Yüksek puanlar yüksek erteleme eğiliminin göstergesidir. Orijinal ölçekle ilgili yapılan geçerlilik ve güvenirlilik çalışmalarına göre Cronbach Alfa iç geçerlilik katsayısı.79 ile.83 aralığında bulunmuştur (107).

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasını Bilge Uzun Özer yapmıştır. Tek faktörlü ve 15 sorudan oluşan ölçeğin Cronbach Alfa iç güvenirlilik katsayısı.71 olarak bulunmuştur (108). Çalışmada kullanılan ölçek EK-5'te sunulmuştur.

3.3.4. Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri (ZZPE)

Zimbardo ve Boyd (1999) tarafından geliştirilen ölçek 56 madde ile beş zaman perspektifi boyutunu ölçen öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçek beşli Likert tipindedir ve derecelendirmeler "1= Hiç doğru değil, 2 = Doğru değil, 3 = Ne doğru ne de yanlış, 4 = Doğru, 5 = Çok doğru" şeklindedir. Ölçekteki 9., 24., 25.,41. ve 56. maddeler ters kodlanmaktadır. "Geçmiş olumlu" (past positive, PP) 9 madde ile, "geçmişi olumsuz" (past negative, PN) 10 madde ile, "şimdide hazcı" (present hedonistic, PH) 15 madde ile, "şimdide kaderci" (present fatalistic, PF) 9 madde ile, "gelecek" (future, F) 13 madde ile ölçümlemektedir (6). Türkiye'de ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması Ümit Akırmak (2019) tarafından yapılmıştır. Türkiye örnekleminde yapılan çalışmada Cronbach alfa tutarlılık katsayısı "geçmiş olumlu" için.75, "geçmiş olumsuz "için.84, "şimdide hazcı" için.75, "şimdide kaderci" için.69, "gelecek" için ise.76'tir (109).

Buna ek olarak, dengeli zaman perspektifinden sapma (DZPS) kişinin dengeli zaman perspektifinden ne kadar uzaklaştığını değerlendirmek için Stolarski ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir hesaplamadır. DZPS puanının yüksek olması,

dengeli zaman perspektifinden büyük sapmalar olduğunu göstermektedir. DZPS aşağıdaki formülle hesaplanmaktadır:

$$DBTP = \sqrt{\begin{matrix}(oPN - ePN)^2 + (oPP - ePP)^2 + (oPF - ePF)^2 \\ +(oPH - ePH)^2 + (oF - eF)^2\end{matrix}}$$

DBTP; Deviation from the Balanced Time Perspective

Formül içerisinde, kısaltma ile belirtilen alt ölçeklerin başına eklenen "o" ifadesi ideal puanı, "e" ise katılımcının o ölçekten aldığı puanı ifade etmektedir. Stolarski ve arkadaşları (2011) tarafından kültürler arası çalışmalar temel alınarak ideal sapma puanları, geçmiş olumlu için 4,60; geçmiş olumsuz için 1,95; şimdide hazcı için 3,90; şimdide kaderci için 1,50; gelecek yönelimi için 4 olarak belirlenmiştir (8). Çalışmada kullanılan ölçek EK-5'te sunulmuştur.

3.4. YÖNTEM

Çalışma için gerekli EPK ve Etik Kurul izinleri alındıktan sonra, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatarak tedavi gören ve polikliniğine başvuran DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) uygulanarak Majör Depresif Bozukluk tanısı almış hastalar ve sağlıklı katılımcılardan gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın başlangıcında hasta grubunda yer alması planlanan 128 katılımcı ve sağlıklı grubunda yer alması planlanan 115 katılımcı araştırmanın dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda yeniden değerlendirilmiş olup belirtilen koşulları sağlamayan katılımcılar dışlanmış ve sonuç olarak 117 hasta ve 105 sağlıklı katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir.

Tüm katılımcılara klinik görüşme ve uygulamaların öncesinde çalışmaya ait bilgilendirilmiş onam formu verilerek, çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmış olup tüm katılımcıların imzalı onamları alınmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim süresi, meslek, sağlığa zararlı alışkanlıklar, mevcut fiziksel hastalıkları gibi bilgileri için sosyodemografik veri formu; depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi için DASÖ-21; erteleme davranışını

değerlendirmek için YEE; zaman perspektifini değerlendirmek için ZZPE uygulanmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma öncesinde literatür verilerine dayanılarak güç analizi yapılmıştır. Bu çalışmada depresyon hastaları ve kontrol gruplarında erteleme ölçeği puanları arasındaki 10 puanlık farkın anlamlı kabul edileceği varsayımı ile d=0.49 etki büyüklüğü (effect size), %80 güç (power) ve 0.05 yanılma düzeyinde hasta ve kontrol gruplarına en az 67 kişi olmak üzere toplam 134 bireyin çalışmaya alınması gerektiği saptanmıştır. Hesaplama "GPower 3.1.9.2" paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedildikten sonra tanımlayıcı istatistiksel analizler uygulanmıştır. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde "Kolmogorov-Smirnov" testinden yararlanıldı. Sürekli verilerin depresyon ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan verilerde "bağımsız gruplarda t test (independent samples t test), normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırmalarında "Mann Whitney U testi" kullanıldı. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) "Ki-Kare" ve "Fisher's Exact" testi kullanıldı.

Ölçek puanlarının ikiden fazla gruplu değişkenlerle karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan verilerde "Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)" kullanıldı. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı "Tukey testi" ile incelendi. Ölçek puanlarının ikiden fazla gruplu ve grup sayısının az olduğu değişkenlerle karşılaştırılmasında "Kruskal Wallis Varyans Analizi" kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler "Spearman's Korelasyon Katsayısı" ile incelendi.

YEE ölçek puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu "Çok Değişkenli Lineer regresyon modeli" ile incelendi.

Değerlendirmelerde "IBM SPSS version 20 (Chicago, IL, USA)" programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 117 MDB tanılı ve 105 sağlıklı olmak üzere toplam 222 kişi alındı. Tüm katılımcıların %63,51'i kadın, %36,49'u erkekti. Tüm katılımcıların %52,7'si evli, %40,09'u bekar, %7,2'si ise boşanmış veya duldu.

MDB tanılı hasta grubunun %79,5'i ayaktan polikliniğe başvuran, 20,5'i yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktaydı.

4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

MDB tanılı hasta ile kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması tablo 4.1 ve 4.2'de sunulmuştur. MDB grubunun yaş ortalaması 35,25±11,98 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 33,68±9,43'tü. MDB grubunun %71,8'i kadın, kontrol grubunun %54,3'ü kadındı.

Tablo 4.1: MDB ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Depresyon (n=117)		Kontrol (n=105)		Test istatistiği	p
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yaş (yıl)	35.25±11.98 33 (18-63)		33.68±9.43 31 (18-55)		U=5775.5	0.442
Öğrenim süre (yıl)	12.54±3.89 12 (5-25)		16.88±3.25 17 (4-24)		U=2151.5	**<0.001**
	n	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet						
Kadın	84	71.8	57	54.3	χ^2 =7.321	**0.007**
Erkek	33	28.2	48	45.7		
Medeni durum						
Bekar	45	38.5	44	41.9	χ^2 =8.396	**0.015**
Evli	58	49.6	59	56.2		
Boşanmış	14	12.0	2	1.9		
Çocuk						
Yok	50	42.7	73	69.5	χ^2 =16.073	**<0.001**
Var	67	57.3	32	30.5		

Tablo 4.1: (Devamı) MDB ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Depresyon (n=117)		Kontrol (n=105)		Test istatistiği	p
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
	n	**%**	**n**	**%**		
Son 6 aydır düzenli iş						
Yok	78	66.7	16	15.2	χ^2 =59.951	**<0.001**
Var	39	33.3	89	84.8		
Fiziksel hastalık						
Yok	89	76.1	91	86.7	χ^2 =4.052	**0.044**
Var	28	23.9	14	13.3		
Düzenli ilaç kullanımı						
Yok	53	45.3	85	81.0	χ^2 =29.907	**<0.001**
Var	64	54.7	20	19.0		
Sigara						
Hayır	54	46.2	77	73.3	χ^2 =16.900	**<0.001**
Evet	63	53.8	28	26.7		
Alkol						
Hayır	104	88.9	89	84.8	χ^2 =0.830	0.362
Evet	13	11.1	16	15.2		
Madde kullanımı						
Hayır	117	100	103	98.1	-	
Evet	0	0	2	1.9		
Sigara paket gün n=91	16.43±11.84 20 (1-80)		13.54±7.45 10 (3-30)		U=760.0	0.278

U:Mann Whitney U testi, χ^2: Ki-kare Test/Fisher's Exact test

Kontrol grubunun eğitim düzeyi MDB grubuna göre yüksek bulundu ($p<0.001$).

MDB tanılı hastalar ile sağlıklı bireylerin cinsiyet dağılımları arasında fark saptandı; hasta grubunda kadın cinsiyet oranı daha yüksek saptandı ($p<0.01$).

MDB tanılı hastalar ile sağlıklı bireylerin medeni durumları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Hasta grubunda boşanmış olma oranının daha fazla olduğu görüldü.

MDB tanılı hasta grubunda çocuk sahibi olma, düzenli ilaç kullanma ve sigara kullanma oranları kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulundu ($p<0.001$).

MDB tanılı hastalar ile sağlıklı bireylerin fiziksel hastalığı olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.05$). MDB grubunda fiziksel hastalığı olma oranı daha fazla bulundu.

MDB tanılı hastalar ile sağlıklı bireylerin düzenli işleri olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Hasta grubunda düzenli işi olma oranı daha düşük bulundu.

Tablo 4.2: MDB ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Depresyon (n=117)		Kontrol (n=105)		Test istatistiği	p
	n	**%**	**n**	**%**		
Daha önce intihar girişimi						
Hayır	84	71.8	104	99.0	χ^2 =31.689	**<0.001**
Evet	33	28.2	1	1.0		
Daha önce psikiyatrik tanı						
Hayır	52	44.4	92	87.6	χ^2 =45.261	**<0.001**
Evet	65	55.6	13	12.4		
Daha önce psikiyatrik nedenlerle hastane yatışı						
Hayır	96	82.1	105	100	χ^2 =20.815	**<0.001**
Evet	21	17.9	0	0		
Çocuklukta yaşanılan yer						
Şehir merkezi	46	65.0	73	69.5	χ^2 =0.913	0.634
İlçe	28	23.9	24	22.9		
Kasaba/köy	13	11.1	8	7.6		
Çocuklukta kimlerle yaşadı						
Çekirdek aile	99	84.6	89	84.8	χ^2 =1.592	0.463
Geniş aile	14	12.0	15	14.3		
Ebeveynlerden biri ile	4	3.4	1	1.0		
Şu anda yaşanılan yer						
Şehir merkezi	98	83.8	97	92.4	χ^2 =3.849	0.050
İlçe	19	16.2	8	7.6		
Kasaba/köy						
Başvuru şekli						
Ayaktan	93	79.5	-	-	-	
Yatan	24	20.5	-	-		

χ^2: Ki-kare Test/Fisher's Exact test

MDB tanılı hasta grubunda daha önce intihar girişimi öyküsü, daha önce psikiyatrik tanı alma, psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatış öyküsü oranları kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulundu (p<0.001). MDB tanılı hasta grubu ile sağlıklı bireylerin şu andaki yaşadıkları yerler arasında fark saptandı (p=0.05). MDB tanılı hastalarda ilçe de yaşama oranı daha fazla bulundu. Diğer sosyodemografik parametreler arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

4.2. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARI VE ÖLÇEK PUANLARININ GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

MDB tanılı hasta ve sağlıklı kontrol grubuna uygulanan ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3: MDB tanılı hasta ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon (n=117)	Kontrol (n=105)	Test istatistiği	
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		p
YEE	40.82±0.87 40 (15-65)	31.20±7.53 31 (16-59)	t=7.577	**<0.001**
DASÖ-21 Depresyon	13.96±4.56 14 (2-21)	3.90±3.16 3 (0-7)	U=528.5	**<0.001**
DASÖ-21 Anksiyete	9.85±5.02 10 (0-21)	2.67±2.51 2 (0-9)	U=1262.5	**<0.001**
DASÖ-21 Stres	12.31±4.67 13 (1-21)	5.10±3.30 5 (0-16)	U=1418.0	**<0.001**
ZZPE Geçmiş olumsuz	3.82±0.66 3.9 (1.4-5.0)	2.80±0.55 2.8 (1.3-3.8)	U=1458.0	**<0.001**
ZZPE Geçmiş olumlu	2.98±0.73 3 (1.56-4.78)	3.66±0.56 3.66 (1.56-4.89)	U=2642.5	**<0.001**
ZZPE Şimdide kaderci	2.95±0.62 2.88 (1.56-4.78)	2.59±0.48 2.55 (1.44-3.78)	U=3992.5	**<0.001**
ZZPE Şimdide hazcı	2.96±0.53 2.93 (1.47-4.33)	3.14±0.44 3.13 (2.0-4.33)	U=4770.0	**0.004**
ZZPE Gelecek	3.33±0.64 3.38 (1.62-4.85)	3.69±0.40 3.69 (2.62-4.62)	U=4145.0	**<0.001**
DZPS	2.61±0.60 2.58 (1.14-4.57)	3.00±0.45 2.99 (2.04-4.18)	t=-5.434	**<0.001**

t: Independent Samples t test, U: Mann Whitney U test

MDB ve kontrol grubundaki bireylerin erteleme düzeylerini ölçen YEE puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Depresyon tanılı hastaların erteleme puanları kontrol grubuna göre yüksek bulundu (Şekil 4.1).

MDB ve kontrol grubundaki bireylerin DASÖ-21 ölçeğinin alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). MDB tanılı hastaların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının her biri kontrol grubuna göre yüksek bulundu (Şekil 4.2, 4.3 ve 4.4).

MDB ve kontrol grubundaki bireylerin "geçmiş olumsuz" zaman perspektifi puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Depresyon tanılı hastaların geçmiş olumsuz puanları kontrol grubuna göre yüksek bulundu.

MDB ve kontrol grubundaki bireylerin "geçmiş olumlu" zaman perspektifi puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Depresyon tanılı hastaların geçmiş olumlu puanları kontrol grubuna göre düşük bulundu.

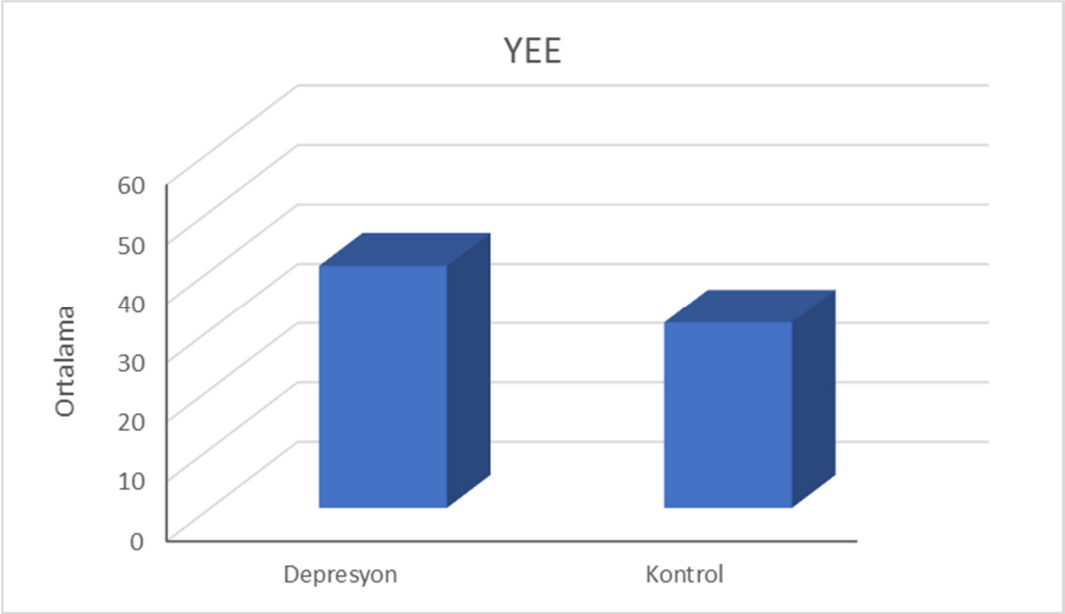
MDB ve kontrol grubundaki bireylerin "şimdide kaderci" zaman perspektifi puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Depresyon tanılı hastaların şimdide kaderci puanları kontrol grubuna göre yüksek bulundu.

MDB ve kontrol grubundaki bireylerin "şimdide hazcı" zaman perspektifi puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Depresyon tanılı hastaların şimdide hazcı puanları kontrol grubuna göre düşük bulundu.

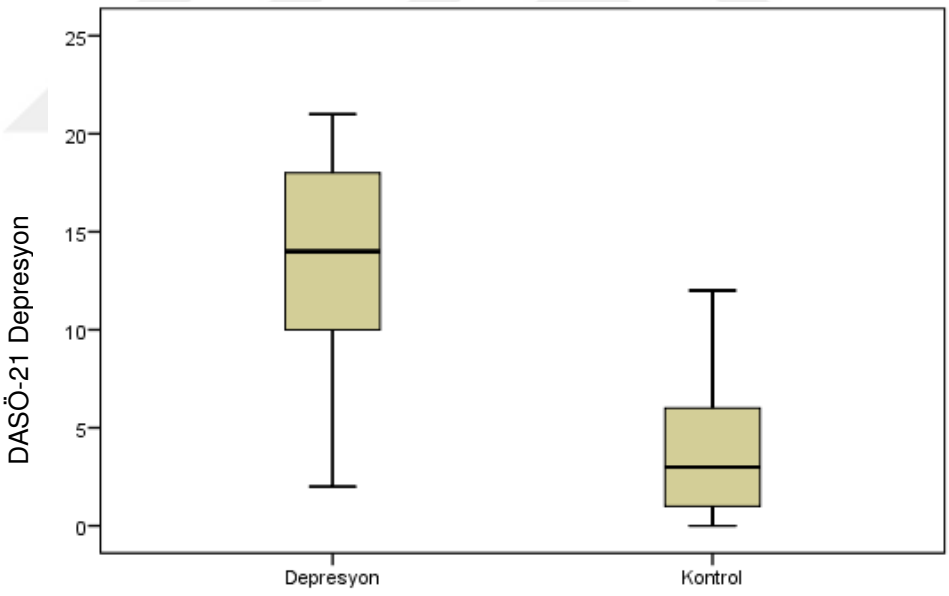
MDB ve kontrol grubundaki bireylerin "gelecek" zaman perspektifi puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Depresyon tanılı hastaların gelecek puanları kontrol grubuna göre düşük bulundu.

MDB ve kontrol grubundaki bireylerin DZPS puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Depresyon tanılı hastaların DZPS puanları kontrol grubuna göre düşük bulundu.

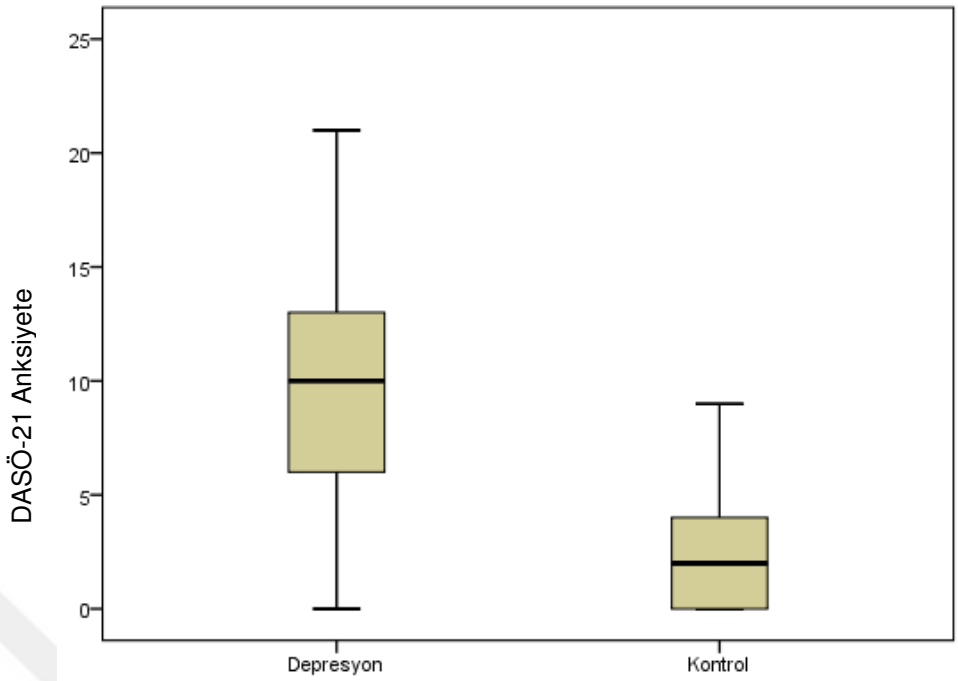
MDB tanılı hasta ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin zaman perspektifi puanlarının karşılaştırılması Şekil 4.5'te sunulmuştur.



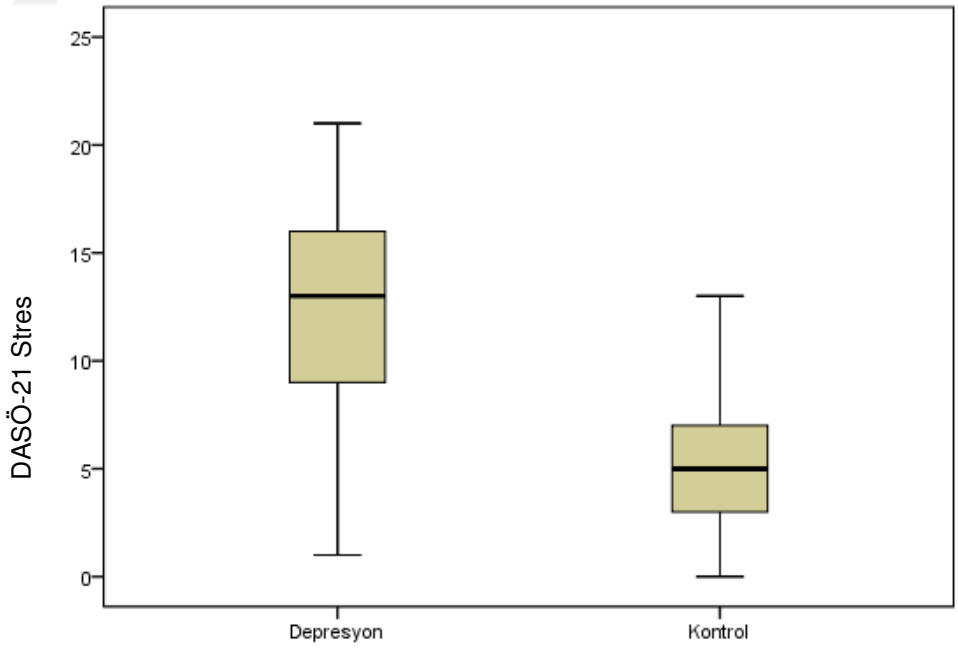
Şekil 4.1: MDB ve kontrol grubundaki bireylerin erteleme puanları



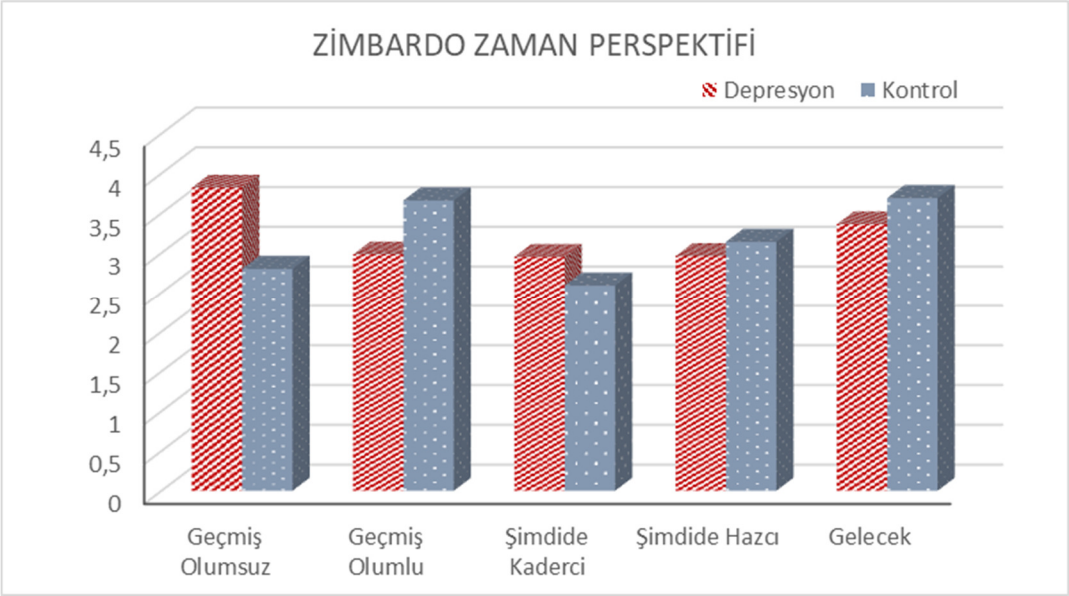
Şekil 4.2: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun depresyon puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.3: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.4: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun stres puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.5: MDB ve kontrol grubundaki bireylerin zaman perspektifi puanları

MDB tanılı hasta ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin DASÖ-21 ölçek puanlarının dağılımlarının karşılaştırılması tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4: MDB ve kontrol grubundaki bireylerin DASÖ-21 ölçek puanlarının dağılımlarının karşılaştırılması

	Depresyon (n=117)		Kontrol (n=105)		Test istatistiği	p
	n	**%**	**n**	**%**		
DASÖ-21-Depresyon						
Normal (0-4)	1	0.9	68	64.8	χ^2 =140.208	**<0.001**
Hafif (5-6)	6	5.1	15	14.3		
Orta (7-10)	23	19.7	17	16.2		
İleri (11-13)	21	17.9	4	3.8		
Çok ileri 14+	66	56.4	1	1.0		
DASÖ-21-Anksiyete						
Normal (0-3)	14	12.0	69	65.7	χ^2 =105.273	**<0.001**
Hafif (4-5)	10	8.5	19	18.1		
Orta (6-7)	15	12.8	11	10.5		
İleri (8-9)	19	16.2	6	5.7		
Çok ileri 10+	59	50.4	0	0		
DASÖ-21-Stres						
Normal (0-7)	17	14.5	84	80.0	χ^2 =104.598	**<0.001**
Hafif (8-9)	17	14.5	9	8.6		
Orta (10-12)	23	19.7	9	8.6		
İleri (13-16)	37	31.6	3	2.9		
Çok ileri 17+	23	19.7	0	0		

χ^2: Ki-kare Test/Fisher's Exact test

MDB ve kontrol grubundaki bireylerin DASÖ-21 ölçek puanları dağılımları arasında fark saptandı ($p<0.001$). MDB tanılı hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin "ileri" ve "çok ileri" olma oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü. MDB tanılı hastaların stres düzeylerinin "orta", "ileri" ve "çok ileri" olma oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü.

MDB grubundaki hastaların DASÖ-21'e göre %5,1 hafif, %19,7 orta, %17,9 ileri, %56,4 çok ileri düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır.

DASÖ-21 ölçek puan dağılımlarındaki kişi sayılarının eşit ve yeterli olmaması nedeniyle, erteleme davranışı ve DASÖ-21 ölçek puanı dağılımları arasındaki ilişki incelenememiştir.

4.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON BULGULARI

MDB tanılı hastaların erteleme düzeylerinin sosyodemografik verilerle ilişkisi tablo 4.5, 4.6 ve 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.5: Depresyon grubundaki hastalarda yaş, eğitim düzeyi ile erteleme puanları arasında korelasyon

Depresyon	Yaş		Eğitim süresi	
	r*	p	r*	p
YEE	**-0.214**	**0.021**	0.075	0.422

* Spearman's Korelasyon katsayısı

MDB grubundaki hastalarda yaş ile erteleme puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($r=-0.214$ $p<0.05$). Hastaların yaşları arttıkça erteleme puanlarının azalmakta olduğu görüldü. MDB grubunda eğitim süresi ile erteleme puanları arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.6: MDB grubunun sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi

	YEE			Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
Cinsiyet					
Kadın	84	39.76±10.91	38 (15-65)	t=-1.693	0.093
Erkek	33	43.52±10.44	41 (24-61)		
Medeni durum					
Bekar	45	43.69±11.47	46 (15-62)	F=2.817	0.064
Evli	58	39.41±9.87	38 (21-65)		
Boşanmış	14	37.43±11.48	36.5 (23-57)		
Çocuk					
Yok	50	44.48±11.06	46 (15-64)	t=3.273	**0.001**
Var	67	38.09±9.96	36 (21-65)		
Son 6 aydır düzenli iş					
Yok	78	41.06±10.39	39.5 (21-62)	t=0.341	0.733
Var	39	40.33±11.89	40 (15-65)		
Fiziksel hastalık					
Yok	89	41.00±10.76	40 (15-65)	t=0.317	0.752
Var	28	40.25±11.38	39.5 (21-62)		
Düzenli ilaç kullanımı					
Yok	53	41.51±11.62	41 (15-65)	t=0.622	0.535
Var	64	40.25±10.27	39 (21-62)		
Sigara					
Hayır	54	38.83±10.47	38.5 (15-60)	t=-1.849	0.067
Evet	63	42.52±11.00	41 (23-65)		
Alkol					
Hayır	104	40.22±10.80	39 (15-64)	t=-1.700	0.092
Evet	13	45.62±10.68	46 (28-65)		

t: Independent Samples t test, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

MDB grubundaki bireylerde çocuğu olmayan hastalarla çocuğu olan hastaların erteleme puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Çocuğu olan hastaların erteleme puanları daha düşük bulundu.

MDB grubunun diğer sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanları arasında ilişki saptanmadı.

Tablo 4.7: MDB grubunun sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi

		YEE		Test	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)	İstatistiği	
Daha önce intihar girişimi					
Hayır	84	40.52±10.92	39.5 (15-65)	t=-0.469	0.640
Evet	33	41.58±10.87	40 (24-62)		
Daha önce psikiyatrik tanı					
Hayır	52	39.44±11.58	38.5 (15-62)	t=-1.229	0.222
Evet	65	41.92±10.22	41 (21-65)		
Daha önce psikiyatrik nedenlerle hastane yatışı					
Hayır	96	40.55±11.42	39 (15-65)	t=-0.713	0.480
Evet	21	42.05±7.98	43 (28-55)		
Çocuklukta yaşanılan yer					
Şehir merkezi	76	40.34±10.85	39 (15-65)	F=0.266	0.767
İlçe	28	42.11±12.23	40.5 (21-64)		
Kasaba/köy	13	40.85±8.09	41 (30-56)		
Çocuklukta kimlerle yaşadı					
Çekirdek aile	99	40.12±10.96	39 (15-65)	KW=3.683	0.159
Geniş aile	14	43.57±10.46	46 (29-60)		
Ebeveynlerden biri	4	48.50±6.45	48.5 (41-56)		
Şu anda yaşanılan yer					
Şehir merkezi	98	40.81±10.51	40 (21-65)	t=-0.032	0.974
İlçe	19	40.89±12.89	38 (15-60)		
Başvuru şekli					
Ayaktan	93	40.58±11.36	39 (15-65)	t=-0.468	0.641
Yatan	24	41.75±8.89	41.5 (28-59)		

t: Independent Samples t test, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
KW:Kruskal Wallis Varyans Analizi

Sağlıklı kontrol grubunun erteleme düzeylerinin sosyodemografik verilerle ilişkisi tablo 4.8, 4.9 ve 4.10'de sunulmuştur.

Tablo 4.8: Kontrol grubundaki bireylerde yaş, eğitim düzeyi ile erteleme puanları arasında korelasyon

Kontrol	Yaş		Eğitim süresi	
	r*	p	r*	p
YEE	**-0.245**	**0.012**	0.080	0.415

* Spearman's Korelasyon katsayısı

Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerde yaş ile erteleme puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı (r=-0.245 p<0.05). Kontrol grubundaki bireylerin yaşları arttıkça erteleme puanlarının azalmakta olduğu görüldü. Kontrol grubundaki bireylerde eğitim süresi ile erteleme puanları arasında korelasyon bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.9: Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi

KONTROL	YEE			Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
Cinsiyet					
Kadın	57	31.09±7.71	32 (16-59)	t=-0.166	0.869
Erkek	48	31.33±7.40	29.5 (17-50)		
Medeni durum					
Bekar	44	32.18±7.13	32 (16-50)	KW=4.802	0.091
Evli	59	30.76±7.75	30 (16-59)		
Boşanmış	2	22.5±4.95	22.5 (19-26)		
Çocuk					
Yok	73	32.33±6.79	32 (16-50)	t=2.368	**0.020**
Var	32	28.62±8.57	27 (16-59)		
Son 6 aydır düzenli iş					
Yok	16	30.94±7.61	30 (18-50)	t=-0.151	0.881
Var	89	31.25±7.56	32 (16-59)		
Fiziksel hastalık					
Yok	91	31.27±7.54	31 (16-59)	t=0.258	0.797
Var	14	30.71±7.77	30 (19-49)		
Düzenli ilaç kullanımı					
Yok	85	31.14±7.41	31 (16-59)	t=-0.164	0.870
Var	20	31.45±8.23	34 (18-49)		
Sigara					
Hayır	77	30.74±7.69	31 (16-59)	t=-1.037	0.302
Evet	28	32.46±6.14	34 (19-44)		
Alkol					
Hayır	89	31.20±7.68	31 (16-59)	t=0.007	0.994
Evet	16	31.19±6.91	29 (21-44)		

t:Independent Samples t test, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Sağlıklı kontrol grubunda, çocuğu olmayan bireylerle çocuğu olan bireylerin erteleme puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Çocuğu olan bireylerin erteleme puanları daha düşük bulundu.

Tablo 4.10: Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanlarının ilişkisi

		YEE		Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
Daha önce intihar girişimi					
Hayır	104	31.17±7.65	31 (16-59)	-	-
Evet	1				
Daha önce psikiyatrik tanı					
Hayır	92	30.75±7.70	30.5 (16-59)	t=-1.641	0.104
Evet	13	34.38±5.47	35 (25-43)		
Daha önce psikiyatrik nedenlerle hastane yatışı					
Hayır	105	-		-	-
Evet		-			
Çocuklukta yaşanılan yer					
Şehir merkezi	73	31.81±7.35	32 (18-59)	KW=4.959	0.084
İlçe	24	31.37±7.33	31 (17-43)		
Kasaba/köy	8	25.13±8.07	26.5 (16-40)		
Çocuklukta kimlerle yaşadı					
Çekirdek aile	89	31.70±7.63	32 (16-59)	t=1.735	0.086
Geniş aile	15	28.07±6.59	27 (16-44)		
Şu anda yaşanılan yer					
Şehir merkezi	97	31.11±7.55	31 (16-59)	U=355.5	0.694
İlçe	8	32.25±7.74	31.5 (22-43)		

t: Independent Samples t test, KW:Kruskal Wallis Varyans Analizi, U=Mann Whitney U test

Sağlıklı kontrol grubunun diğer sosyodemografik özellikleri ile erteleme puanları arasında ilişki saptanmadı.

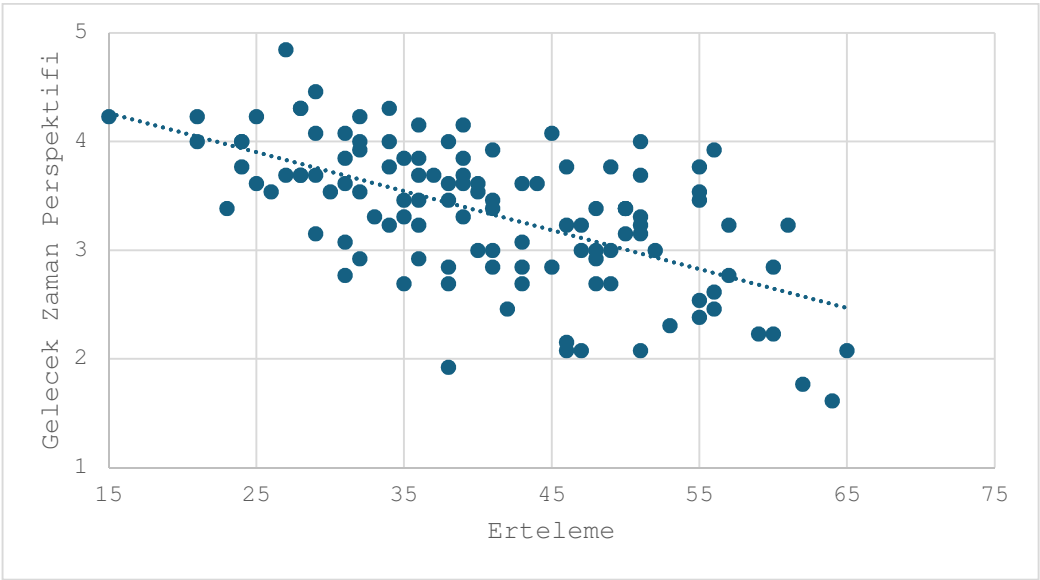
MDB ve sağlıklı kontrol gruplarının erteleme puanlarının depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve zaman perspektifi alt boyutları arasındaki korelasyonlar tablo 4.11'de sunulmuştur.

Tablo 4.11: MDB ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin erteleme puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

	DEPRESYON		KONTROL	
	YEE		YEE	
	r*	p	r*	p
DASÖ-Depresyon	0.154	0.098	**0.232**	**0.017**
DASÖ-Anksiyete	0.066	0.477	**0.231**	**0.018**
DASÖ-Stres	0.005	0.957	**0.247**	**0.011**
ZZPE- Geçmiş Olumsuz	0.098	0.293	**0.194**	**0.047**
ZZPE- Geçmiş Olumlu	-0.112	0.230	-0.131	0.183
ZZPE- Şimdide Kaderci	0.112	0.230	0.136	0.167
ZZPE- Şimdide Hazcı	0.027	0.773	0.108	0.271
ZZPE- Gelecek	**-0.538**	**<0.001**	**-0.513**	**<0.001**
ZZPE- DZPS	0.134	0.150	-0.150	0.128

* Spearman's Korelasyon katsayısı

MDB tanılı hasta grubunda "gelecek" zaman perspektifi puanları ile erteleme puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı (r=-0.538 p<0.001). Hastaların gelecek zaman perspektifi puanları arttıkça erteleme puanlarının azalmakta olduğu görüldü (Şekil 4.6).



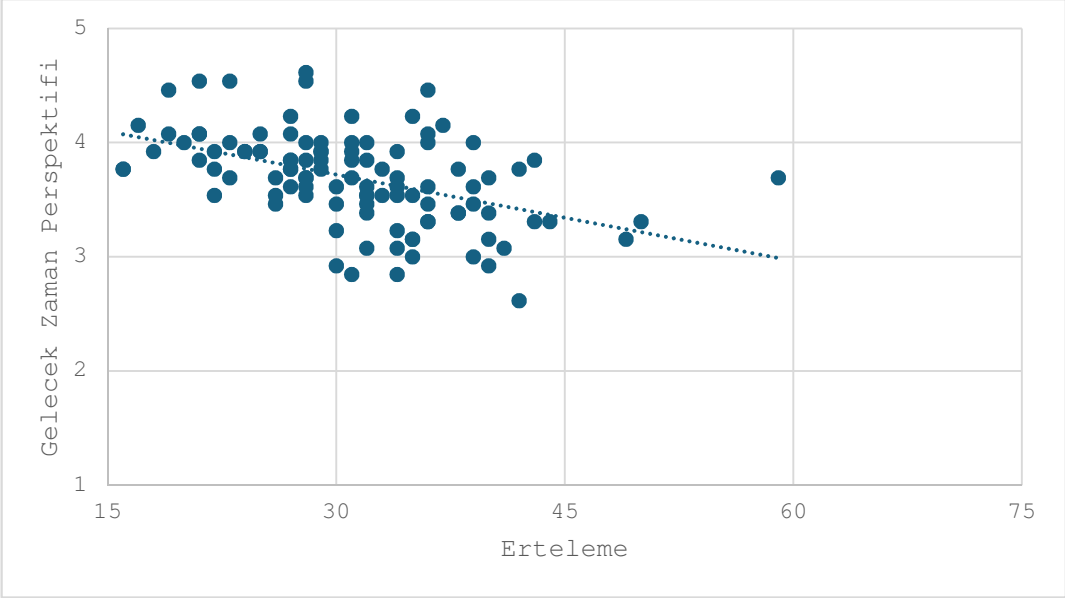
Şekil 4.6: MDB grubunda erteleme ile gelecek zaman perspektifi arasındaki ilişki

Ancak erteleme ile diğer zaman perspektifleri ve DZPS arasında korelasyon bulunmadı. Ayrıca MDB grubunda depresyon, anksiyete ve stres düzeyleriyle erteleme arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerde DASÖ-21 alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puanları ile erteleme puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($p<0.05$). Yani sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyi arttıkça erteleme puanlarının da artmakta olduğu görüldü.

Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerde "geçmiş olumsuz" zaman perspektifi puanları ile erteleme puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.194$ $p<0.05$).

Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerde "gelecek" zaman perspektifi puanları ile erteleme puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı ($r=-0.513$ $p<0.001$). Bireylerin gelecek puanları arttıkça erteleme puanlarının azalmakta olduğu görüldü (Şekil 4.7).



Şekil 4.7: Sağlıklı kontrol grubunda erteleme ile gelecek zaman perspektifi arasındaki ilişki

Kontrol grubundaki bireylerde diğer zaman perspektifleri (geçmiş olumlu, şimdide kaderci, şimdide hazcı) ve DZPS puanı ile erteleme puanları arasında korelasyon bulunmadı (p>0.05).

4.4. TEK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ

Erteleme puanı için açıklayıcı değişkenlerle tek değişkenli doğrusal (univariate lineer) regresyon analizi sonuçları tablo 4.12'de sunulmuştur.

Tablo 4.12: YEE toplam puanı için açıklayıcı değişkenlerle tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonuçları

Parameter	B	Std.Error	95 % CI		p value
Yaş	-0.187	0.064	-0.314	-0.060	**0.004**
Tanı (Depresyon)	9.621	1.270	7.118	12.123	**<0.001**
Cinsiyet (erkek)	0.041	1.479	-2.873	2.955	0.978
Medeni durum					
Bekar	2.949	1.482	0.029	5.869	**0.048**
Boşanmış	0.511	2.808	-5.023	6.045	0.856
Eğitim süresi	-0.452	0.167	-0.781	-0.123	**0.007**
Çocuk	-2.238	1.424	-0.045	0.569	0.118
Düzenli iş	-5.325	1.395	-8.075	-2.575	**<0.001**
Fiziksel hastalık	0.988	1.816	-2.592	4.568	0.587
DASÖ-21 Depresyon	0.749	0.099	0.554	0.945	**<0.001**
DASÖ-21 Anksiyete	0.714	0.123	0.472	0.957	**<0.001**
DASÖ-21 Stres	0.666	0.123	0.423	0.909	**<0.001**
ZZPE-Geçmiş Olumsuz	5.191	0.827	3.561	6.821	**<0.001**
ZZPE-Geçmiş Olumlu	-4.086	0.919	-5.898	-2.275	**<0.001**
ZZPE-Şimdide Kaderci	4.428	1.174	2.115	6.742	**<0.001**
ZZPE-Şimdide Hazcı	-0.562	1.421	-3.362	2.239	0.693
ZZPE-Gelecek	-11.508	0.979	-13.437	-9.579	**<0.001**

Tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda "yaş, MDB tanısı, medeni durum, öğrenim süresi, düzenli işi olma" erteleme puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Yaşta 1 yıllık artış erteleme puanlarında 0.187 puanlık azalışa neden olmakta (p<0.01). MDB tanısı erteleme puanlarında 9.621 puanlık artışa neden olmakta (p<0.001). Bekar olma evli olanlara göre erteleme puanlarında 2.949 puanlık

artışa neden olmakta ($p<0.05$). Boşanmış olma YEE puanları için açıklayıcı faktör olarak bulunmadı. Öğrenim süresindeki 1 yıllık artış erteleme puanlarında 0.452 puanlık azalışa neden olmakta ($p<0.01$). Düzenli iş erteleme puanlarında 5.325 puanlık azalışa neden olmakta ($p<0.001$).

Tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda DASÖ-21'e göre "depresyon, anksiyete ve stres" puanları erteleme puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Depresyon puanlarında 1 puanlık artış erteleme puanlarında 0.749 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.001$). Anksiyete puanlarında 1 puanlık artış erteleme puanlarında 0.714 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.001$). Stres puanlarında 1 puanlık artış erteleme puanlarında 0.666 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.001$).

Tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda "geçmiş olumsuz, geçmiş olumlu, şimdide kaderci, gelecek" zaman perspektifi puanları erteleme puanları için açıklayıcı faktör olarak bulundu. Geçmiş olumsuz puanlarında 1 puanlık artış erteme puanlarında 5.191puanlık artışa neden olmakta ($p<0.001$). Geçmiş olumlu puanlarında 1 puanlık artış erteleme puanlarında 4.086 puanlık azalışa neden olmakta ($p<0.001$). Şimdide kaderci puanlarında 1 puanlık artış erteleme puanlarında 4.428 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.001$). Gelecek puanlarında 1 puanlık artış YEE puanlarında 11.508 puanlık azalışa neden olmakta ($p<0.001$).

Tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda "cinsiyet, çocuk, fiziksel hastalık, şimdide hazcı zaman perspektifi", erteleme puanları için açıklayıcı faktör olarak bulunmadı ($p>0.05$).

4.5. ÇOK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ

Bağımlı değişken YEE puanı; bağımsız değişkenlerin "yaş, tanı, öğrenim süresi, düzenli iş; depresyon, anksiyete, stres düzeyleri; geçmiş negatif, geçmiş pozitif, şimdide kaderci, gelecek zaman perspektifleri" olduğu regresyon analizinde YEE toplam puanları için belirleyici faktörlerin "MDB tanısı ve gelecek zaman perspektifi" olduğu saptandı (R^2 =0.507, F=14.480, p=0.000). YEE toplam puanı için açıklayıcı değişkenlerle çok değişkenli doğrusal (multivariate lineer) regresyon analizi sonuçları tablo 4.13'de sunulmuştur.

Tablo 4.13: YEE toplam puanı için açıklayıcı değişkenlerle çok değişkenli doğrusal regresyon analizi sonuçları

Parameter	B	Std.Error	95 % CI		p value
Yaş	-0.075	0.062	-0.197	0.048	0.230
Tanı (Depresyon)	4.602	1.944	0.770	8.434	**0.019**
Eğitim süresi	0.111	0.167	-0.218	0.441	0.507
Düzenli iş	0.695	1.368	-2.002	3.393	0.612
DASÖ-21 Depresyon	0.015	0.178	-0.335	0.365	0.933
DASÖ-21 Anksiyete	0.139	0.182	-0.220	0.798	0.446
DASÖ-21 Stres	0.126	0.197	-0.262	0.514	0.523
ZZPE-Geçmiş Olumsuz	1.156	1.043	-0.901	3.212	0.269
ZZPE-Geçmiş Olumlu	0.364	0.861	-1.334	2.062	0.673
ZZPE-Şimdide Kaderci	0.048	1.059	-2.039	2.135	0.964
ZZPE-Gelecek	-9.799	1.050	-11.869	-7.729	**<0.001**

MDB tanısı erteleme puanlarında 4.602 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.05$). Gelecek zaman perspektifi puanlarında 1 puanlık artış erteleme puanlarında 9.799 puanlık azalışa neden olmakta ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, öncelikli olarak MDB tanılı hastalarda erteleme davranışının zaman perspektifi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında MDB tanılı hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının erteleme davranışı, sosyodemografik özellikleri, zaman perspektifleri, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri karşılaştırılmıştır. Ayrıca erteleme davranışının sosyodemografik özellikler, zaman perspektifleri, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile ilişkisi de incelenmiştir. Araştırma sonucunda her iki grup arasında erteleme ve zaman perspektifleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu ayrıca zaman perspektiflerinin erteleme üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN YORUMU

Her iki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. MDB tanılı hasta grubunun yaş ortalaması 35,25 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, depresyonun orta yaş grubunda daha sık görüldüğü literatür bilgisi ile uyumludur (20).

Bu çalışmada MDB tanılı hasta grubunda kadın olma, boşanmış olma oranı sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar MDB'nin kadınlarda daha fazla görüldüğü, boşanmış kişilerde MDB riskinin arttığına dair olan literatür bilgileri ile uyumludur (12). Sosyokültürel özellikleri farklı olsa da birçok toplumda kadınlardaki MDB yaygınlığının erkeklere kıyasla daha yüksek olması biyolojik nedenleri ön plana çıkarmaktadır. Depresyon, genç kadınlarda erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat daha yaygındır ancak bu oran yaşla birlikte azalmaktadır (110).

Bu çalışmada, hasta grubunda düzenli işi olma oranının ve eğitim sürelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Psikiyatri başvurularında güncel eğilimlerin, günümüz sağlık sistemi koşullarında, sosyoekonomik düzey yükseldikçe daha çok özel kliniklerin tercih edildiği yönünde olduğu bilinmektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin sağlık sistemi içerisindeki konumu ve bununla ilişkili olarak hasta popülasyonunun sosyoekonomik düzeyi, düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir. Ayrıca literatürdeki birçok çalışmaya göre, yüksek eğitim seviyesine sahip kişilere kıyasla daha düşük eğitim seviyesine sahip kişiler arasında daha yüksek depresyon

oranları görülmektedir. Düşük eğitim seviyesi bireyleri depresyona karşı daha savunmasız bırakmakta; eğitim düzeyi sağlık hizmetlerine erişimi, özellikle öz bildirim olan psikometrik testlerin güvenilirliğini ve dolayısıyla hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmelerini etkileyebilmektedir. Ayrıca sosyoekonomik durumun, eğitim ve depresyon arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiğine dair çalışmalar mevcuttur (111–113). İşsizliğin birçok psikopatoloji ile ilişkili olduğu bilinmektedir ve işsizlik ile MDB arasında iki yönlü bir ilişkiden söz etmek mümkündür. MDB tanılı hastalarda işsizlik yaygınlığı daha fazladır. İşsizlik ekonomik problemlerin yanı sıra sosyal temasın, günlük planlılığın, amaç ve hedeflerin kaybı nedeniyle de depresif belirtilere neden olmaktadır. İşsiz kalmak depresyon riskini artırırken, iş sahibi olmanın depresyon riskini azalttığına, mevcut depresif belirtilerde düzelmeyi sağladığına yönelik çalışmalar mevcuttur (114).

Bu çalışmada MDB tanılı hasta grubunda çocuk sahibi olma oranı daha fazla bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmaların çoğunun depresyonun çocuk sahibi olma üzerindeki olumsuz etkileri ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki bulguların sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi ve kültürel etmenlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Örneğin bir çalışmada orta ve üst düzey eğitim gruplarındaki kadın ve erkekler arasında depresyon, çocuk sahibi olma olasılığının azalması ve daha az çocuk sahibi olma ile ilişkilendirilmişken; düşük eğitim seviyesine sahip kadınlar arasında depresyon, daha yüksek çocuk sahibi olma olasılığı ve daha fazla çocuk sahibi olma ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada da MDB tanılı hasta grubunun sosyokültürel yapısı ve bununla ilişkili olarak eğitim düzeyinin daha düşük olduğu göz önüne alındığında bulgular literatür ile uyumlu olarak değerlendirilebilir (115).

Araştırmalar, depresyonun fiziksel hastalık riskinde artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. MDB'nin kronik tıbbi hastalıklarla komorbiditesi, düşük yaşam kalitesine, artan tıbbi semptom yüküne, artmış ilaç kullanımına, öz bakımda ve işlevsellikte azalmaya, artan morbidite ve mortalite riskine neden olmaktadır. Ayrıca MDB ile fiziksel hastalıklar arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Fiziksel hastalıklar da depresif belirti geliştirme riskini artırır (116–118). Bu çalışmada, literatür ile uyumlu olarak MDB tanılı hasta grubunda kronik fiziksel hastalığa sahip olma ve düzenli ilaç kullanma oranı sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

Çalışmalar depresif semptom ve bozuklukların daha yüksek düzeyde sigara kullanımıyla ve sigarayı bırakmakta daha fazla zorluk ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca depresyon ile sigara içme arasındaki ilişkinin karşılıklı olduğu, sigara tüketiminin de artmış depresyon riski ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. MDB ve sigara kullanımı arasındaki bu ilişki self-medikasyon, ortak genetik altyapı ve psikososyal stresörler gibi ortak risk faktörleri ile açıklanabilmektedir (119,120). Bu çalışmada MDB tanılı hastalarda sigara kullanma oranının daha fazla bulunması literatür ile uyumludur. Ayrıca her iki grupta günlük ortalama içilen sigara miktarı anlamlı farklılık göstermese de hasta grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır.

Her ne kadar literatürde MDB ile alkol ve madde kullanımı arasında ilişki gösterilmiş olsa da bu çalışmada gruplar arasında alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (121). Bu durumun toplumsal önyargılar nedeniyle bireylerin alkol ve madde kullanımını bildirmeye ilişkin çekincelerinden, örneklemin büyüklüğünden ve sosyokültürel özelliklerinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca alkol ve madde kullanımının erkeklerde daha fazla görüldüğü literatür bilgisi göz önüne alındığında örneklemin cinsiyet ve sosyokültürel dağılımı ile ilişkili olarak alkol ve madde kullanımına az rastlanması da beklenen bir bulgudur (122).

Literatüre göre MDB hastaları, sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek intihar eğilimi (intihar düşüncesi, planı, girişimi ve tamamlanmış intihar) riski altındadır (45). Bu çalışmada da MDB tanılı hasta grubu tarafından bildirilen intihar girişimi öyküsü oranı sağlıklı kontrollere göre daha fazla bulunmuştur.

Araştırmalarda başta depresyon olmak üzere daha önce geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsünün ileride MDB gelişimi için potansiyel bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (123). Bu araştırmada da MDB tanılı hasta grubunda geçmiş psikiyatrik tanı ve psikiyatrik nedenlerle hastanede yatarak tedavi görme oranı sağlıklı kontrollere göre fazla bulunmuştur.

Araştırmalara göre küresel nüfusun yarısından fazlası şu anda şehirlerde yaşamakta ve şehirleşme eğilimi giderek artmaktadır. Araştırmalar şehirlerde yaşamanın, artan nüfus yoğunluğu, trafik ve çevre kirliliği gibi olumsuz etkilerine

odaklanmakta ve tüm bunların psikopatoloji gelişimi için risk oluşturduğunu göstermektedir. Ancak kentsel yaşam aynı zamanda eğitim, istihdam, sosyalleşme ve sağlık hizmetlerine erişim fırsatlarının artması yoluyla ruh sağlığına büyük faydalar sağlayabilmektedir (124,125). Bu çalışmada geçmişte ve halen beraber yaşadıkları bireyler ile geçmişte yaşadıkları yerleşim birimleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak MDB tanılı hasta grubunda halen ilçede yaşama oranının daha fazla bulunmasının, söz konusu şehrin ve ilçenin sosyoekonomik düzeyi ve imkânları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

5.2. GRUPLAR ARASINDA ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmada MDB tanılı hasta grubunun erteleme puanlarının ortalamasının sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek bulunması, depresyon ile erteleme arasındaki karşılıklı ilişki göz önüne alındığında literatür ile uyumludur (65). Araştırmalar, ertelemenin düşük özgüven, öz saygı, öz farkındalık, depresyon, sosyal kaygı, dürtüsellik, davranışsal katılık ve enerji eksikliği gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermiştir (104,126).

MDB grubunun beklendiği üzere depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri sağlıklı kontrollere kıyasla yüksek bulunmuştur. Çalışmalar MDB tanılı hastaların %40-60'ında anksiyete semptomlarının da olduğunu göstermektedir. MDB hastalarında anksiyete belirtilerinin görülmesi kronikleşme, artmış hastalık şiddeti, işlevsellikte azalma, artmış özkıyım girişimi ve kötü tedavi yanıtı ile ilişkilidir (127,128). Stres, depresif belirtiler ve majör depresif bozuklukla ilişkilendirilmiştir. Psikososyal stresörleri olan kişilerin yaklaşık %20-25'inde depresyon gelişmektedir. Stres aynı zamanda depresyonun klinik seyrini ve tedavi yanıtını da etkilemektedir (129–131).

Bu çalışmada MDB grubu ile sağlıklı kontrollerin zaman perspektifi alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. MDB grubunun sağlıklı kontrol grubuna kıyasla geçmiş olumsuz ve şimdide kaderci zaman perspektifi puanları yüksek; geçmiş olumlu, şimdide hazcı ve gelecek zaman perspektifi puanları düşük bulunmuştur. MDB tanılı hastaların zaman perspektifi profillerine ilişkin az sayıda çalışma vardır. Bir çalışmada MDB, zaman perspektifinin tüm alt boyutlarıyla ilişkili

bulunmuştur. Bu da zaman perspektiflerinin depresyonlu kişilerde tespit edilmesinin önemli olabileceğini göstermektedir (132).

MDB grubunda yüksek saptanan geçmiş olumsuz zaman perspektifi diğer çalışmalarda da anksiyete, depresyon, mutsuzluk, düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur. Şimdide kaderci zaman perspektifi ise kişinin hayatının önceden belirlenmiş olduğu ve bireysel eylemlerinin yaşamı üzerinde hiçbir etkisi olmadığı görüşünün hakimiyeti nedeniyle benzer bir şekilde depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur. Depresif bireyler geçmişlerine dair pişmanlık, suçluluk, kayıp ve başarısızlık gibi duygular içinde olabilirler. Geçmişe dair bu hisler, kişinin şimdiye ve geleceğe olan bakışını da olumsuz yönde etkileyebilir. Bugüne kadar hayatının hep kötü gittiğine ikna olmuş biri geleceğe yönelik de umutsuzluk duygusu içinde olabilir. Bu düşünceden hareket ile geçmiş olumsuz ve şimdide kaderci zaman perspektiflerine odaklanma eğilimi depresif belirtilerin göstergesi olabilir. Aksine geçmiş olumlu ve gelecek zaman perspektifleri ise depresif belirtilere karşı koruyucu olabilir. Şimdide hazcı zaman perspektifine odaklanmanın azalmış olması, depresyondaki bireylerin zevk alamama ve ilgi kaybı belirtileri ile uyumludur. Geçmişe olumsuz bir biçimde odaklanmanın, depresif hastaları şimdiki anın tadını çıkaramayacak duruma getirdiği varsayılabilir (6,9,102).

Araştırmacılar, "dengeli zaman perspektifinin" ideal bir zaman perspektifi olmasına yönelik çeşitli yöntemler geliştirmeye çalışmışlardır. DZPS puanının yüksek olması, zaman perspektifi alt boyutlarının optimal değerlerinden uzaklaştığı anlamına gelmekteyken düşük olması ise ruhsal iyilik hali ile ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada ise MDB grubunun DZPS puanı sağlıklı kontrol grubuna göre düşük bulunması beklenenin aksine bir sonuç ortaya çıkarmıştır. DZPS'nin her zaman ZZPE alt ölçekleri kadar güçlü bir yordayıcı olmadığı başka çalışmalarda da gösterilmiştir. Bu nedenle, DZPS puanının psikososyal işlevsellik, ruhsal iyilik hali gibi sonuçları anlamada ZZPE'nin alt boyutlarından daha yararlı bir ölçüm olup olmadığı ve ne kadar gerekli olduğu konusunda ek çalışmalara ihtiyaç olduğu ileri sürülmektedir (99,100,133). Ayrıca MDB tanılı hasta grubundaki bireylerin sosyokültürel düzeyi ile paralel olarak, uygulanan ölçeklerdeki maddeleri anlama, anlamlandırma ve puanlama aracılığıyla kendilerini ifade etmede güçlük yaşamış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin ZZPE alt boyutlarında

aldıkları puanların ortalamalarının DZPS formülündeki ideal puanlardan uzak olması; çalışmanın yapıldığı dönemde ülkenin içinde bulunduğu sosyoekonomik değişkenler ve riskler gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin de rolü olabileceğini düşündürmüştür.

5.3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ERTELEME

Bu çalışma, literatürdeki diğer birçok çalışma ile uyumlu olarak MDB grubunda yaş ve erteleme arasında negatif korelasyon olduğunu göstermiştir. Araştırmalar, erteleme davranışının genç yetişkinlerde yaşlılara kıyasla daha yaygın görüldüğünü ve yaşam süresi boyunca erteleme davranışında bir azalma olduğunu göstermektedir (65,134). Örneğin 14-94 yaş arasındaki 2527 kişi ile yapılan bir çalışmada ertelemenin 14-29 yaş arasında daha sık olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bekarlar, işsizler ve öğrenciler arasında erteleme eğilimi daha yüksek bulunmuş olup erteleme stres, depresiflik, kaygı, yorgunluk ve azalmış yaşam memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca regresyon analizlerinde; yaş, işsizlik, depresyon, algılanan stres ve yorgunluk ertelemenin bir belirleyicisi olarak saptanmıştır. Ancak erteleme ile eğitim düzeyi, cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (135). Erteleme ve yaş arasındaki bu negatif ilişki kişiliğin gelişimi, başa çıkma stratejileri ve zamanı algılamadaki değişim ile açıklanabilir.

Cinsiyet ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilere dair yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar gözlemlenmiştir. Ertelemenin sosyodemografik özelliklerini araştırmayı amaçlayan bir çalışmada, erkeklerin erteleme eğiliminin kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Buna karşın sosyoekonomik durum, kültür, etnik köken, aile büyüklüğü ve eğitim düzeyi ile ilgili farklılıklarının erteleme eğilimleri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (136). Bununla birlikte erteleme ile cinsiyetin anlamlı bir ilişkisinin olmadığına dair çalışmalar da mevcuttur (137). Erteleme ve zaman perspektifleri ile ilgili bir başka çalışma cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı veya eğitim düzeyi açısından ne erteleme ne de ZZPE ölçümlerinde önemli bir demografik farklılık olmadığını göstermiştir (126). Bu çalışmada da MDB grubunda eğitim süresi ile erteleme arasında korelasyon bulunmamıştır.

MDB grubunda sosyodemografik özellikler ile erteleme arasındaki ilişkilere bakıldığında sadece çocuk sahibi olanların erteleme puanlarının daha düşük olduğu

saptanmış olup cinsiyet, medeni durum, iş sahibi olma vb. diğer sosyodemografik özellikler ile erteleme arasında ilişki saptanmamıştır. Ulaşılabildiği kadarıyla literatürde çocuk sahibi olmak ile erteleme ilişkisine dair veri bulunmamaktadır. Çocuk sahibi olanların daha az erteliyor olması; artan sorumluluklar nedeniyle daha iyi zaman yönetimi gereksinimi, çocuk sahibi olmanın bir amaç duygusu ve motivasyon sağlayabilmesi ayrıca hayata bağlayıcı bir faktör olabilmesi ile açıklanabilir. Ayrıca yaş ile erteleme arasındaki negatif korelasyon göz önüne alındığında, daha ileri yaşlarda artan çocuk sahibi olma sıklığının bu ilişkiyi etkilemesi mümkündür.

Sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerine göre erteleme puanının değişimlerine bakıldığında, hasta grubuna benzer şekilde yaş ve erteleme arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca çocuk sahibi olanların erteleme puanları daha düşük saptanmıştır. Eğitim süresi, cinsiyet, medeni durum, iş sahibi olma gibi diğer sosyodemografik özellikler ile erteleme arasında ilişki saptanmamıştır.

Sosyodemografik özellikler ile erteleme arasındaki ilişkiye yönelik yapılan çalışmaların genelde tutarsız sonuçlar vermesi bu özelliklerin birbirlerinden ve kültürel etmenler gibi diğer değişkenlerden çok fazla etkileniyor olabileceğini düşündürmektedir.

5.4. ERTELEME İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES DÜZEYLERİ VE ZAMAN PERSPEKTİFLERİ ARASINDAKİ KORELASYONLAR

Bu çalışmada hem MDB grubunda hem de sağlıklı kontrol grubunda gelecek zaman perspektifi ile erteleme arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. Erteleme ile zaman perspektiflerinin ilişkisine dair yapılmış birçok çalışma, ZZPE'nin gelecek alt boyut puanlarındaki artışın erteleme puanlarında azalmayla ilişkili olduğunu göstermiştir (10,11,104). Bu bağlamda gelecek zamana odaklanmanın erteleme için koruyucu olduğu söylenebilir. Bu çalışmada MDB grubunda diğer zaman perspektifleri ile erteleme arasında korelasyon saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise geçmiş olumsuz zaman perspektifi ile erteleme arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç, geçmiş olaylarla ilgili tekrarlayan olumsuz

düşüncelerin varlığının kişileri ertelemeye karşı daha savunmasız bırakabileceğini göstermektedir.

MDB tanılı hastalarda depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve zaman perspektifleri ile erteleme arasındaki ilişkiye yönelik literatürde net bir bilgiye rastlanmamıştır. Bu çalışmada MDB grubunda depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile erteleme arasında korelasyon saptanmaması, MDB grubunda semptom şiddetinden bağımsız olarak hastalığın etkisiyle ertelemenin zaten yüksek olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Sağlıklı kontrol grubunda ise ertelemenin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile pozitif yönlü korelasyon göstermesi; MDB tanı kriterlerinin karşılanmadığı durumlarda, daha çok kişilik özellikleri, sosyal roller, psikososyal stresörler doğrultusunda gözlenebilen eşik altı belirtilerin şiddetinin erteleme davranışını etkilediği düşünülmüştür. Araştırmalar kaygılı kişilerin özellikle belirsiz durumlarda karar vermede zorlandığını ayrıca hata yapma, başarısızlık ve olumsuz değerlendirilme korkusu nedeniyle daha çok erteleditklerini göstermektedir. Buna ek olarak, erteleme ve mükemmeliyetçilik hem anksiyete hem de depresyon ile anlamlı ilişkiler göstermektedir (138).

5.5. TEK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ

Araştırmanın bu aşamasında tüm örneklemde ertelemenin açıklayıcı faktörlerini belirleyebilmek için değişkenlerin ayrı ayrı değerlendirildiği tek değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre sosyodemografik özelliklerden yaş, medeni durum, öğrenim süresi, düzenli iş sahibi olma erteleme için açıklayıcı faktörler olarak bulunmuştur. Erteleme davranışının yetişkin yaşam süresi boyunca azaldığı gösterilmiştir. Bir aracılık analizi, yaş ve erteleme arasındaki ilişkiye başarısızlık korkusunun aracılık ettiğini göstermiştir. Genç yaşlarda daha yüksek saptanan başarısızlık korkusu seviyeleri daha fazla erteleme davranışı ile ilişkilendirilmiştir (139). Başka bir çalışmada ise gençlerde baskın olan şimdiki zaman perspektifinin yerini yaş ilerledikçe gelecek zaman perspektifine bırakmasıyla planlama yeteneklerinin geliştiği gösterilmiştir (140). Erteleme ile ilgili 16413 katılımcı ile

yürütülmüş epidemiyolojik bir çalışmada erteleme eğilimleri en çok cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve etnik köken ile ilişkili bulunmuştur. Buna göre genç, bekar, daha az eğitimli olmak erteleyicilerin özelliklerindendir (134).

Bu çalışmada MDB tanısı almak ve artmış depresyon, anksiyete, stres düzeyleri erteleme için açıklayıcı faktörler olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ertelemenin yaşam stresi, kaygı ve depresyon ile tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kaygı ve depresyon düzeyleri kontrol edildikten sonra bile ertelemenin devam edebileceğini gösteren bulgular mevcuttur (141).

Bu çalışmada ZZPE'ye göre geçmiş olumsuz, geçmiş olumlu, şimdide kaderci ve gelecek zaman perspektifleri de erteleme için açıklayıcı olarak bulunmuştur.

Bir çalışmada bu bulgulara benzer olarak geçmiş olumsuz ve şimdide kaderci zaman perspektiflerinin akademik ertelemeyi pozitif yönde yordadığı, bununla birlikte gelecek zaman perspektifinin ise akademik ertelemeyi negatif yönde yordadığı ortaya konmuştur (142). Başka bir çalışmada ise geçmişe yönelik olumsuz tutumun, şimdide kaderci algının ve geleceğe yönelik yönelim eksikliğinin yüksek düzeyde ertelemeyi öngören faktörler olduğu ortaya konmuştur. Buna göre; erteleme düzeyi yüksek olan kişilerin gelecek planlarına, hedeflerine ve beklentilerine daha az odaklandıkları ayrıca geleceklerinin önceden belirlenmiş olduğuna, bireysel eylemlerden etkilenemeyeceğine, ertelemenin onlar için kaçınılmaz bir süreç olduğuna inandıkları düşünülmektedir (11).

Tek değişkenli analiz, her bir değişkenin katkısını diğer belirleyicilerin varlığını dikkate almadan belirlemeye olanak tanır. Bu, her bir değişkenin erteleme üzerindeki tek başına etkisini anlamak için faydalı olabilir. Ayrıca erteleme ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösteren değişkenleri belirleyerek çok değişkenli analizlerde hangi değişkenlerin daha fazla araştırılması gerektiğine karar vermede rehberlik etmiş olmaktadır.

5.6. ÇOK DEĞİŞKENLİ DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ

Araştırmada bağımlı değişkeni etkileyen birden fazla bağımsız değişken olduğundan, ertelemenin belirleyici faktörlerinin bulunması için çok değişkenli doğrusal regresyon analizine ihtiyaç duyulmuştur.

Örneklemdeki diğer tüm bağımsız değişkenler sabit tutularak, yani modeldeki diğer değişkenlerin potansiyel etkisini dikkate alarak erteleme değerlendirildiğinde "MDB tanısı almış olmak" ve "gelecek zaman perspektifine odaklanma düzeyi" ertelemenin birer belirleyicisi olmuştur.

Tek değişkenli analizde anlamlı olan değişkenlerin, çok değişkenli modelde değerlendirildiğinde anlamsız hale gelmesi, tek değişkenli analizde gözlemlenen anlamlılığın modeldeki başka değişkenlerin varlığından etkilenmiş olabileceğini göstermektedir. Çok değişkenli analiz bütünsel bir anlayış sağlamakta, birden fazla değişkeni aynı anda değerlendirmeye olanak tanıyıp karıştırıcı faktörleri kontrol altına alarak çeşitli faktörlerin erteleme davranışını nasıl etkilediğine dair daha kapsamlı bir anlayış sağlamaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizlerde depresyonun ve gelecek zaman perspektifinin erteleme davranışının tutarlı bir şekilde önemli yordayıcıları olduğu sonucuna varılmıştır.

Literatürde erteleme ve depresyon ilişkisi ile alakalı birçok çalışma mevcuttur. Bunların birçoğu akademik ertelemeye odaklanmıştır. Araştırma bulguları, öğrencilerin %30-60'ının ders çalışmak, ödev yapmak gibi görevlerini tamamlamayı sıklıkla erteleditklerini ve erteleme ile depresyonun pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir (143–145). Erteleme; depresyon, anksiyete gibi olumsuz duygulardan kaçınma yöntemi olarak görülebilir. Bu duyguları yaşayan bireyler, kısa vadeli bir duygudurum düzenleme stratejisi olarak uzun vadeli hedeflere yönelik yapılması gerekenleri erteleyebilmektedirler (73). Ayrıca depresyonun, kaygı belirtilerinden bağımsız olarak da erteleme ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu ilişki depresyonun semptomatolojisi ile açıklanabilir (65,146). MDB'de görülmesi beklenen zevk alamama, ilgi kaybı, yorgunluk, bitkinlik ve odaklanma güçlükleri kişinin eylemleri başlatmasını ve tamamlamasını zorlaştırabilir. Örneğin çalışmalar öğrencilerin erteleme nedeni olarak sıklıkla yorgunluk ve odaklanma problemlerini bildirdiğini göstermiştir (147). Ayrıca ruminasyonun, şemaların depresyon ve erteleme arasındaki ilişkiye aracılık ettiğine yönelik çalışmalar mevcuttur (144,148,149).

Ertelemenin depresyon başta olmak üzere çeşitli ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Fakat bu ilişkide hangisinin neden, hangisinin sonuç olduğu veya ilişkinin iki yönlü olup olmadığı tartışma konusudur. Bazı çalışmalar ertelemenin aslında ruh sağlığı sorunlarından önce geldiğini ve bu sorunlar için risk oluşturduğunu göstermektedir. Örneğin ertelemenin incelendiği boylamsal çalışmalarda, erteleyen öğrencilerin ertelemeyenlere kıyasla dönem başında daha düşük stres ve daha az hastalık bildirdiği, ancak dönem sonunda daha yüksek stres ve daha fazla hastalık bildirdiği, daha düşük notlar aldığı saptanmıştır. Dönemin başında ve sonundaki toplam stres ve hastalık, erteleyenlerde ertelemeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle erteleme; kısa vadede fayda sağlayan, uzun vadede zarar veren bir davranış biçimi gibi görünmektedir (150). Erteleyicilerin gruplandırıldığı bir çalışmada erteleyenlerin yalnızca %11,55'inin depresyonla ilişkili olarak erteleme gerçekleştirdiği ve bu ertelemenin tipik ertelemeden farklı olarak MDB semptomatolojisi ile ilişkili olduğu ayrıca şiddetli ertelemeye ikincil olarak kaygı, depresyon gibi ruhsal sıkıntılar gelişebileceği belirtilmektedir (146).

Ertelemenin "şimdideki" ve "gelecekteki benlik" arasındaki kopukluktan kaynaklanan bir öz düzenleme bozukluğu olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca geleceğe daha az odaklanan bu kişilerin olumsuz ruh hallerini düzenlerken verilen görevleri ertelediği ve böylece görevi tamamlama sorumluluğunu "gelecekteki benliğe" yüklemiş oldukları düşünülmektedir (73).

Erteleme ve zaman perspektifleri arasındaki ilişkiliye yönelik ZZPE'nin kullanıldığı çalışmaların bir kısmında; ertelemenin şimdide hazcı zaman perspektifi ile pozitif, gelecek zaman perspektifi ile negatif ilişkili olduğunu bulmuştur (126,142). ZZPE'nin kısa bir versiyonunun kullanıldığı başka bir çalışmada ise ertelemenin gelecek zaman yönelimi ile negatif ilişkili olduğu, ancak şimdide hazcı zaman perspektifi ile ilişkisiz olduğu bulunmuştur (151). Bu araştırmalar birlikte ele alındığında erteleme ile düşük gelecek zaman perspektifi seviyeleri arasında daha tutarlı bir bağlantı olduğunu göstermektedir (10). Çalışmalar arasındaki farklılıkların ise araştırmanın yapıldığı örneklemin özelliklerinden, ele alınan ertelemenin türünden (genel erteleme, akademik erteleme, karar vermeyi erteleme gibi) ve ertelemenin ölçüm yöntemindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ertelemenin bireyin kendisine ve dünyaya yönelik temel tutumlarından biri olan zamanı algılama ve yorumlama biçimi ile ilişkili olduğunu varsaydık. Dolayısıyla, bu çalışmanın amacı, zaman perspektifinin ertelemenin bir belirleyicisi olup olmadığının tespit edilmesi ve böylece ertelemenin azaltılmasına yönelik yeni yöntemlerin araştırılmasıdır. Zimbardo ve Boyd, kişilerin zaman perspektiflerini değiştirmek için kullanabilecek teknikler olduğunu belirtmiştir. "Time Cure" olarak isimlendirilen zaman perspektifi terapisinin hedefleri geçmişte yaşanmış olumsuz olayları olumlu bir ışık altında yeniden yapılandırarak geçmiş olumlu ve gelecek zaman perspektiflerini güçlendirmektir. Bu terapi yönteminin başta travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere alkol veya madde kullanım bozukluğu, depresyon, anksiyete gibi bozuklukların tedavisinde kullanılabileceği düşünülmektedir (152,153). Dengeli bir zaman perspektifinin psikososyal işlevsellik ve iyilik hali ile ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda zaman perspektifleri üzerinden yapılandırılmış terapilerin erteleme sorunu üzerine de etkili olabileceği düşünülmektedir (100). Erteleme; bireylerin işlevselliğini azaltan, uyum bozucu davranış örüntülerine sebep olan, ruh sağlığını olumsuz etkileyen, üretkenliği azaltan, ekonomik kayıplara ve borçlara neden olan, gecikmiş tıbbi tedavilere yol açan çok boyutlu bir problem olarak değerlendirilmektedir. Ertelemenin bireysel ve toplumsal sorunlarla bağlantısı göz önüne alındığında, risk faktörlerinin ve risk altındaki nüfusun belirlenmesi, önleyici ve tedavi edici yöntemlerin araştırılması ve uygulanması önem taşımaktadır.

5.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmada kullanılan kesitsel yöntem, zaman perspektifinin erteleme üzerindeki nedenselliğine ilişkin sonuçlar çıkarmamıza izin vermemektedir. Boylamsal çalışmalar, zaman perspektifi ile erteleme arasındaki dinamikleri ve nedensel ilişkiyi daha iyi açıklamaya yardımcı olabilir. Ancak bu çalışma, erteleme mekanizmalarına ilişkin anlayışımızı genişletmemize katkıda bulunmakta ve zaman perspektifinin erteleme üzerindeki potansiyel rolünü vurgulamaktadır. Bu çalışmada kullanılan verilerin öz bildirimle sınırlı olması çalışmanın diğer bir kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Ayrıca örneklemin tek bir merkeze başvuran kişilerden seçilmiş

olması ve örneklemin büyüklüğü nedeniyle sonuçların tüm evreni temsil edemeyeceği de bir kısıtlılık olarak kabul edilmelidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışma öncesi kurulan ve aşağıda belirtilen hipotezlerin çalışma sonuçları değerlendirildiğinde doğrulandığı saptanmıştır:

1. Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre erteleme davranışı anlamlı olarak daha fazladır.
    1.a. MDB tanılı hasta grubunda erteleme puanları ile belirti şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır.
    1.b. Sağlıklı kontrol grubunda erteleme puanları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
2. Majör depresif bozukluk tanılı hastaların zaman perspektifi profilleri sağlıklı kontrollerden farklıdır.
3. Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda erteleme davranışı ile zaman perspektifleri arasında ilişki vardır.

Bu sonuçlar dışında çalışmadan elde edilen diğer sonuçlar ise aşağıda sıralanmıştır:

1. MDB tanılı hasta grubunun sağlıklı kontrol grubuna kıyasla eğitim düzeyi ve düzenli bir işte çalışıyor olma oranının daha düşük olduğu saptanmıştır.
2. Hasta grubunda boşanmış olma ve çocuk sahibi olma oranları daha yüksek saptanmış olup bu durum düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkilendirilmiştir.
3. MDB tanılı hastaların eşlik eden fiziksel hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma, daha önce de psikiyatrik bir tanı alma, özkıyım girişimi öyküsü ve psikiyatrik nedenlerle hastanede yatarak tedavi görme oranlarının sağlıklılara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.
4. MDB tanılı hastaların sağlıklılara göre geçmiş olumsuz, şimdide kaderci zaman perspektiflerine yönelimlerinin daha fazla, geçmiş olumlu, şimdide hazcı ve gelecek zaman perspektiflerine yönelimlerinin ise daha az olduğu saptanmıştır.

5. Her iki grupta yaş ve gelecek zaman perspektifinin erteleme ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte sağlıklı kontrol grubunda ertelemenin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve geçmiş olumsuz zaman perspektifi ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.
6. Tek değişkenli regresyon analizine göre tüm örneklemde genç yaşta olma, depresyon tanısı alma, bekâr olma, eğitim seviyesinde düşüklük, düzenli bir işte çalışmama, yüksek depresyon-anksiyete-stres düzeylerine sahip olma, yüksek geçmiş olumsuz ve şimdide kaderci zaman perspektifine sahip olma, düşük geçmiş olumlu ve gelecek zaman perspektifine sahip olma ertelemede açıklayıcı faktör olarak saptanmıştır.
7. Çok değişkenli regresyon analizine göre tüm örneklemde depresyon tanısı almanın ve düşük gelecek zaman perspektifine sahip olmanın ertelemeyi yordadığı saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

1. İleride yapılacak çalışmalarda ertelemenin zaman perspektifleri ve depresyon ile ilişkisinin daha geniş örneklemlerde boylamsal çalışmalarla değerlendirilmesi önerilir.
2. MDB'nin tanısal değerlendirilmesinde ve tedavisinde erteleme probleminin ve zaman perspektiflerinin göz önünde bulundurulması önerilir.
3. MDB ve erteleme arasındaki ilişkide aracıların belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilir.
4. Zaman perspektifleri ve erteleme arasındaki bağlantının altında yatan mekanizmaları açıklamaya yönelik çalışmalar yapılması önerilir.

6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Uzmanlık tezi kapsamında yürütülen bu çalışmaya katkıda bulunan, tez danışmanı olan, tezi yazan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isimlerinin yer alacağı kişiler arasında karar verme sürecini olumsuz etkileyebilecek maddi veya manevi herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Çalışma sürecinde herhangi bir firmadan maddi destek alınmamıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. Türkiye Klinikleri. 2012;5(2):34–8.
2. Thase ME. The Multifactorial Presentation of Depression in Acute Care. J Clin Psychiatry [Internet]. 2013 Oct 15 [cited 2024 Feb 17];74(2):3–8. Available from: https://www.psychiatrist.com/jcp/multifactorial-presentation-depression-acute-care-2
3. Ferrari JR, Johnson JL, McCown WG. Procrastination and Task Avoidance: Theory, Research, and Treatment. Snyder CR, editor. Vol. 1. New York: Plenum Press; 1995.
4. Lay CH. At Last, My Research Article on Procrastination. J Res Pers. 1986;20:474–95.
5. Rothblum ED, Solomon LJ, Murakami J. Affective, Cognitive, and Behavioral Differences Between High and Low Procrastinators. Journal of Counseling Psychology. 1986;33:387–94.
6. Zimbardo PG, Boyd JN. Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. J Pers Soc Psychol. 1999;77(6):1271–88.
7. Zimbardo PG. Just think about it: Time to take our time. Psychol Today [Internet]. 2002 Mar [cited 2024 Jan 5];35(1):62. Available from: https://www.psychologytoday.com/intl/articles/200203/time-take-our-time
8. Stolarski M, Bitner J, Zimbardo PG. Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. http://dx.doi.org/101177/0961463X11414296 [Internet]. 2011 Dec 8 [cited 2024 Jan 10];20(3):346–63. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961463x11414296
9. Kaya Lefèvre H, Mirabel-Sarron C, Docteur A, Leclerc V, Laszcz A, Gorwood P, et al. Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms. J Affect Disord. 2019 Mar 1;246:320–6.
10. Sirois FM. Out of Sight, Out of Time? A Meta–Analytic Investigation of Procrastination and Time Perspective. https://doi.org/101002/per1947 [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2024 Jan 10];28(5):511–20. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1002/per.1947
11. Zabelina E, Chestyunina Yu, Trushina I, Vedeneyeva E. Time Perspective as a Predictor of Procrastination. Procedia Soc Behav Sci. 2018 Jan 1;238:87–93.
12. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51–66.
13. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Vol. 16. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2020. 264–296 p.

14. Kılıç C, Uluğ ÖŞ. Türkiye'de depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. Türkiye Klinikleri. 2021;Depresyon(1):1–7.

15. Göğcegöz Gül I, Karlıdağ R. Dünden Bugüne Depresyon. Türkiye Klinikleri. 2012;5(2).

16. Gruenberg AM, Goldstein RD, Pincus HA. Classification of Depression: Research and Diagnostic Criteria: DSM-IV and ICD-10. In: Licinio J, Wong L, editors. Biology of Depression. 2005. p. 1–12.

17. Institute of Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 4]. Global Health Data Exchange (GHDx). Available from: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

18. Lee B, Wang Y, Carlson SA, Greenlund KJ, Lu H, Liu Y, et al. National, State-Level, and County-Level Prevalence Estimates of Adults Aged ≥18 Years Self-Reporting a Lifetime Diagnosis of Depression - United States, 2020 [Internet]. Vol. 72, Rep. 2023 Jun. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt20.pdf

19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 5]. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-annual-national-report

20. Yalvaç HD. Depresyonun Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri. 2012;5(2):7–13.

21. Fries GR, Saldana VA, Finnstein J, Rein T. Molecular pathways of major depressive disorder converge on the synapse. Mol Psychiatry. 2023;28:284–97.

22. National Research Council (U.S.). Committee on Depression PP. Depression in parents, parenting, and children : opportunities to improve identification, treatment, and prevention. In: England MJ, Sim LJ, editors. Washington: National Academies Press; 2009. p. 470.

23. Miozzo R, Eaton WW, Joseph Bienvenu O, Samuels J, Nestadt G. The Serotonin Transporter Gene Polymorphism (SLC6A4) and Risk for Psychiatric Morbidity and Comorbidity in the Baltimore ECA Follow-Up Study. Compr Psychiatry [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Dec 8];102:152199. Available from: /pmc/articles/PMC8442947/

24. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th ed. New York: Cambridge University Press; 2013.

25. Şengül AC, Herken H. Depresyonun Genetiği. Türkiye Klinikleri. 2012;5(2).

26. Balaban ÖD. Depresyonun Nörobiyolojisi. Türkiye Klinikleri. 2021;1:8–17.

27. Dwyer JB, Aftab A, Widge A, Rodriguez CI, Carpenter LL, Nemeroff CB, et al. Hormonal treatments for major depressive disorder: State of the art. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2023 Dec 7];177(8):686–705. Available from: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.19080848

28. Nandam SL, Brazel M, Zhou M, Jhaveri DJ. Cortisol and Major Depressive Disorder-Translating Findings From Humans to Animal Models and Back. Front Psychiatry [Internet]. 2020;10. Available from: www.frontiersin.org

29. Nuguru S, Rachakonda S, Sripathi S, Khan M, Patel N, Meda R. Hypothyroidism and Depression: A Narrative Review. Cureus. 2022 Aug 20;14(8).

30. Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Perel JM, Brent DA, Axelson DA, et al. Growth Hormone Secretion in Children and Adolescents at High Risk for Major Depressive Disorder. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2000 Sep 1 [cited 2023 Dec 7];57(9):867–72. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205792

31. Uyar Demir A, Gönül AS. Depresyonda Beyindeki Ağların İşlevleri ve Belirtilerle İlişkisi. Türkiye Klinikleri. 2021;18–24.

32. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 23rd ed. Metis Yayınları; 2018.

33. Emül M. Depresyon ve Psikososyal Kuramlar. Türkiye klinikleri. 2012;

34. Bibring E. The mechanism of depression. Affective disorders; psychoanalytic contributions to their study [Internet]. 1953 [cited 2023 Dec 12];13–48. Available from: https://psycnet.apa.org/record/1955-01239-001

35. Yığman F, Özdel K. Depresyonun Bilişsel Davranışçı Teorisi ve Terapisi. Türkiye Klinikleri. 2021;1:45–52.

36. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Gier-Lonsway S, Jencius S. The cognitive attentional syndrome: Examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. Psychiatry Res. 2013 Nov 30;210(1):215–9.

37. Wells A. Guilford Press. 2011 [cited 2023 Dec 13]. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2008-15953-000

38. Normann N, Van Emmerik AAP, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. Depress Anxiety [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 13];31(5):402–11. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24756930/

39. Kılıç F. Sosyal Boyutuyla Depresyon. In: Kuzugüdenlioğlu UD, editor. Türkiye Klinikleri; Ruh Sağlığının Sosyal Boyutu. Ankara; 2018. p. 54–8.

40. Bains N, Abdijadid S. StatPearls. StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Dec 14]. Major Depressive Disorder. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/

41. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013. In.

42. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(3):368–86.

43. Annagür BB, Savaş HA. Depresyonda ekhastalık, ekhastalık olarak depresyon: Türkiye'de yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi. Journal of Mood Disorders [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2023 Dec 20];1(2):87–94. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/moodis/issue/10487/128359

44. Thomson W. Long term follow up of suicide in a clinically depressed community sample. J Affect Disord. 2012 Jun 1;139(1):52–5.

45. Zhong BL, Lu S, X-m X, J-x L, Cai H, Xie XM, et al. Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. Psychiatry [Internet]. 2021;12:690130. Available from: www.frontiersin.org

46. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva; 2021.

47. TÜİK. Veri Portalı. [cited 2023 Dec 20]. İntihar İstatistikleri, 2010-2022. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar

48. Kır Y, Devrimci Özgüven H. Depresyonun Farmakoterapi ve Diğer Somatik Yöntemlerle Tedavisi. In: Türkiye Klinikleri. Ankara; 2021. p. 25–44.

49. Depression in adults: treatment and management. In: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 [cited 2023 Dec 21]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583074/

50. John Rush A, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. Am J Psychiatry [Internet]. 2006 [cited 2023 Dec 21];163(11):1905–17. Available from: www.star-d.org

51. Picardi A, Gaetano P. Psychotherapy of Mood Disorders. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. 2014;10:140–58.

52. Knaus WJ. Do it now! Break the procrastination habit. Revised Edition. New York: John Wiley & Sons; 1998. 3 p.

53. Ferrari JR. Procrastinators and Perfect Behavior: An Exploratory Factor Analysis of Self-Presentation, Self-Awareness, and Self-Handicapping Components. J Res Pers. 1992;26:75–84.

54. Karas D, Spada MM. Brief cognitive-behavioural coaching for procrastination: a case series. Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice. 2009 Mar;2(1):44–53.

55. Blunt AK, Pychyl TA. Task aversiveness and procrastination: a multi-dimensional approach to task aversiveness across stages of personal projects [Internet]. Vol. 28, Personality and Individual Dierences. 2000. Available from: www.elsevier.com/locate/paid

56. Uzun B, Demir A. Erteleme: Türleri, Bileşenleri, Demografik Etkenler ve Kültürel Farklılıklar. Ege Eğitim Dergisi. 2015;1(16):106–21.

57. Milgram N, Tenne R. Personality Correlates of Decisional and Task Avoidant Procrastination.

58. Solomon LJ, Rothblum ED, Kelly JA, Ellen Portini M, Sol-omon LJ. Academic Procrastination: Frequency and Cognitive-Behavioral Correlates Requests for reprints should be sent to. Vol. 31, Journal of Counseling Psychology. 1984.

59. Harriott J, Ferrari JR. Prevalence of procrastination among samples of adults. Psychol Rep. 1996;78(2):611–6.

60. Effert B, Ferrari J. Decisional Procrastination: Examining Personality Correlates. J Soc Behav Pers. 1989;4:151–61.

61. Ferrari JR. Compulsive Procrastination: Some Self-Reported Characteristics. Vol. 68, O Psychological Reports. 1991.

62. Ferrari JR. Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. Pers Individ Dif. 1994 Nov 1;17(5):673–9.

63. Chu C, Hsin A, Choi JN. Rethinking procrastination: Positive effects of “active” procrastination behavior on attitudes and performance. Journal of Social Psychology. 2005 Jun 1;145(3):245–64.

64. DeSimone P. Linguistic assumptions in scientific language. Contemporary Psychodynamics: Theory, Research & Application. 1993;1:8–17.

65. Steel P. The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. Vol. 133, Psychological Bulletin. 2007. p. 65–94.

66. Birner L. Procrastination: its role in transference and countertransference. Psychoanal Rev. 1993;80(4):541–58.

67. Stark MI. Work inhibition: A self-psychological perspective. Contemp Psychoanal. 1989;25(1):135–58.

68. Kernberg O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Aronson J, editor. New York: Rowman & Littlefield; 1975.

69. Blatt SJ, Quinlan P. Punctual and procrastinating students: a study of temporal parameters. Journal ol Consulting Psychology. 1967;31(2):169–74.

70. Fernie BA, Bharucha Z, Nikčević A V., Marino C, Spada MM. A Metacognitive model of procrastination. J Affect Disord. 2017 Mar 1;210:196–203.

71. Rabin LA, Fogel J, Nutter-Upham KE. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology Academic procrastination in college students: The role of self-reported executive function. J Clin Exp Neuropsychol [Internet]. 2010;33(3):344–57. Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ncen20

72. Ellis A, Knaus WJ. Overcoming Procrastination. New York: Signet Books; 1977.

73. Sirois F, Pychyl T. Procrastination and the Priority of Short-Term Mood Regulation: Consequences for Future Self. Soc Personal Psychol Compass. 2013 Feb;7(2):115–27.

74. Lay C, Silverman S. Trait procrastination, anxiety, and dilatory behavior. Pers Individ Dif. 1996 Jul 1;21(1):61–7.

75. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük [Internet]. [cited 2023 Dec 28]. Available from: https://sozluk.gov.tr/

76. Smith JE. Time, Times, and the "Right Time"; 'Chronos' and 'Kairos.' Monist [Internet]. 1969 [cited 2023 Dec 29];53(1):1–13. Available from: https://www.jstor.org/stable/27902109

77. Kirk GS. Natural Change in Heraclitus. Mind [Internet]. 1951 [cited 2023 Dec 29];60(237):35–42. Available from: http://www.jstor.org/stable/2251397

78. Ilievski V. Eternity and Time in Plato's Timaeus. Živa Antika [Internet]. 2015 [cited 2023 Dec 29];65(1–2):5–22. Available from: https://www.academia.edu/26974638/Eternity_and_Time_in_Platos_Timaeus

79. Janiak A. Kant's Views on Space and Time. The Stanford Encyclopedia of Philosophy [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 27]; Available from: https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/kant-spacetime/

80. Nehamas A. The Eternal Recurrence. Philos Rev. 1980 Jul;89(3):331–56.

81. Carus C. Heidegger's Concept of Time in Logic: The Question of Truth. Phänomenologische Forschungen [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 24]; Available from: https://philpapers.org/rec/CARHCO-5

82. Heidegger M. Varlık ve Zaman. çeviri. Ökten KH, editor. Alfa Yayıncılık; 2018.

83. Lawlor L, Moulard-Leonard V. Henri Bergson. The Stanford Encyclopedia of Philosophy [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 27]; Available from: https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/bergson/

84. Khalil O. Time Concept and the Center of the Universe. The International Journal of Physics [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 24];5(5):154–6. Available from: http://pubs.sciepub.com/ijp/5/5/2

85. Wearden J. The psychology of time perception. The Psychology of Time Perception. 2016 Jan 1;1–261.

86. Bschor T, Ising M, Bauer M, Lewitzka U, Skerstupeit M, Müller-Oerlinghausen B, et al. Time experience and time judgment in major depression, mania and healthy subjects. A controlled study of 93 subjects. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2004 Mar [cited 2023 Dec 27];109(3):222–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14984395/

87. Valko L, Schneider G, Doehnert M, Müller U, Brandeis D, Steinhausen HC, et al. Time processing in children and adults with ADHD. J Neural Transm [Internet]. 2010 Oct 7 [cited 2023 Dec 28];117(10):1213–28. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-010-0473-9

88. Field RW. William James and The Epochal Theory of Time. Process Studies [Internet]. 1983 [cited 2023 Dec 29];13(4):260–74. Available from: https://philpapers.org/rec/FIEWJA

89. Noel-Smith K. Freud on Time and Timelessness. Freud on Time and Timelessness. London: Palgrave Macmillan; 2016.

90. Arlow JA. Psychoanalysis and time. J Am Psychoanal Assoc [Internet]. 1986 [cited 2023 Dec 29];34(3):507–28. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3760442/

91. Bonaparte M. Time and the Unconscious. The International Journal of Psychoanalysis [Internet]. 1940 [cited 2023 Dec 29];21:427–68. Available from: https://psycnet.apa.org/record/1941-01712-001

92. Lippitz W. The Child's Understanding of Time. Phenomenology + Pedagogy [Internet]. 1983 Jan 1 [cited 2023 Dec 29];172–80. Available from: https://journals.library.ualberta.ca/pandp/index.php/pandp/article/view/14873

93. Levine R. A Geography of Time [Internet]. 1997 [cited 2023 Dec 29]. Available from: https://psycnet.apa.org/record/1997-08528-000

94. Zimbardo P, Boyd J. The Time Paradox: The New Psychology of Time That Will Change Your Life [Internet]. 2008 [cited 2024 Jan 5]. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2009-10567-000

95. Bernstein MJ, Benfield JA. Past Perspective Is Related to Present Relationships: Past-Positive and Negative Time Perspectives Differentially Predict Rejection Sensitivity. Psychol Rec. 2013 Jul 10;63(3):615–28.

96. Mooney A, Earl JK, Mooney CH, Bateman H. Using Balanced Time Perspective to Explain Well-Being and Planning in Retirement. Front Psychol [Internet]. 2017 Oct 13;8:1781. Available from: http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.01781/full

97. Sobol-Kwapinska M, Jankowski T, Przepiorka A, Oinyshi I, Sorokowski P, Zimbardo P. What is the structure of time? A study on time perspective in the United States, Poland, and Nigeria. Front Psychol [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2024 Jan 4];9(2078). Available from: /pmc/articles/PMC6221929/

98. Stolarski M, Fieulaine N, Van Beek W. Time perspective theory: The introduction. Time Perspective Theory; Review, Research and Application: Essays in Honor of Philip G Zimbardo. 2015 Jan 1;1–13.

99. Jankowski KS, Zajenkowski M, Stolarski M. What Are the Optimal Levels of Time Perspectives? Deviation from the Balanced Time Perspective-Revisited (DBTP-r). Psychol Belg [Internet]. 2020 Jun 25 [cited 2024 Jan 6];60(1):164–83. Available from: https://psychologicabelgica.com/articles/10.5334/pb.487

100. Boniwell I, Zimbardo PG. Balancing Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning. Positive Psychology in Practice [Internet]. 2015 Jun 30 [cited 2024 Jan 7];223–36. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118996874.ch13

101. Beek W van, Berghuis H, Kerkhof A, Beekman A. Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. Time Soc [Internet]. 2011 [cited 2024 Jan 7];20(3):364–74. Available from: https://www.academia.edu/22945971/Time_perspective_personality_and_psychopathology_Zimbardos_time_perspective_inventory_in_psychiatry

102. Oyanadel C, Buela-Casal G. Time perception and psychopathology: Influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2014 [cited 2024 Jan 7];42:99–107. Available from: https://www.researchgate.net/publication/262534476_Time_perception_and_psychopathology_Influence_of_time_perspective_on_quality_of_life_of_severe_mental_illness

103. Beck AT. Cognitive Therapy of Depression. Guilford press; 1979.

104. Díaz-Morales JF, Ferrari JR. More time to procrastinators: The role of time perspective. In: Time Perspective Theory; Review, Research and Application: Essays in Honor of Philip G Zimbardo. Springer International Publishing; 2015. p. 305–21.

105. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy. 1995 Mar 1;33(3):335–43.

106. SARIÇAM H. The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in Community and Clinical Samples. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research. 2018;21(March):1.

107. Ferrari JR. Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. Pers Individ Dif. 1994 Nov 1;17(5):673–9.

108. Uzun B. Psychometric Properties of Adult Inventory of Procrastination in a Turkish Sample.

109. Akirmak U. The validity and reliability of the Zimbardo time perspective inventory in a Turkish sample. Available from: https://doi.org/10.1007/s12144-019-0153-3

110. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? J Psychiatry Neurosci [Internet]. 2015;40(4):219–21. Available from: www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014006

111. Cohen AK, Nussbaum J, Weintraub MLR, Nichols CR, Yen IH. Association of Adult Depression With Educational Attainment, Aspirations, and Expectations. Prev Chronic Dis. 2020;17.

112. Bauldry S. Variation in the Protective Effect of Higher Education Against Depression. Soc Ment Health. 2015 Jul;5(2):145–61.

113. Taple BJ, Chapman R, Schalet BD, Brower R, Griffith JW. The Impact of Education on Depression Assessment: Differential Item Functioning Analysis. Assessment. 2022 Mar;29(2):272–84.

114. Jefferis BJ, Nazareth I, Marston L, Moreno-Kustner B, Bellón J ángel, Svab I, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort). Soc Sci Med. 2011 Dec 1;73(11):1627–34.

115. Golovina K, Elovainio M, Hakulinen C. Association between depression and the likelihood of having children: a nationwide register study in Finland. Am J Obstet Gynecol. 2023 Feb 1;228(2):211.e1-211.e11.

116. Frank P, Batty GD, Pentti J, Jokela M, Poole L, Ervasti J, et al. Association Between Depression and Physical Conditions Requiring Hospitalization. JAMA Psychiatry [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2024 Jan 20];80(7):690–9. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2804269

117. Almeida SS, Zizzi FB, Cattaneo A, Comandini A, Di Dato G, Lubrano E, et al. Management and Treatment of Patients With Major Depressive Disorder and Chronic Diseases: A Multidisciplinary Approach. Front Psychol. 2020 Sep 24;11:542444.

118. Goodwin GM. Depression and associated physical diseases and symptoms. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2006 [cited 2024 Jan 20];8(2):259. Available from: /pmc/articles/PMC3181771/

119. Weinberger AH, Kashan RS, Shpigel DM, Esan H, Taha F, Lee CJ, et al. Depression and cigarette smoking behavior: A critical review of population-based studies. The American Journal of Drug and Alcohol Abus [Internet]. 2017 Jul [cited 2024 Jan 20];43(4):416–31. Available from: http://dx.doi.org/10.3109/00952990.2016.1171327

120. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. Br J Psychiatry [Internet]. 2010 Jun;196(6):440–6. Available from: https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065912

121. Quello SB, Kathleen Brady BT, Sonne SC. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. Sci Pract Perspect. 2005;3(1):13–21.

122. NIDA [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 16]. Sex and Gender Differences in Substance Use. Available from: https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use

123. Wilson S, Vaidyanathan U, Miller MB, McGue M, Iacono WG. Premorbid Risk Factors for Major Depressive Disorder: Are They Associated With Early Onset and Recurrent Course? Dev Psychopathol. 2009;26(0):1477–93.

124. Cutrona CE, Wallace G, Wesner KA. Neighborhood Characteristics and Depression: An Examination of Stress Processes. Curr Dir Psychol Sci [Internet]. 2006 Aug [cited 2024 Jan 21];15(4):188–92. Available from: /pmc/articles/PMC2186297/

125. Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and Mental Health. Dtsch Arztebl Int. 2017 Feb;114(8):121–7.

126. Ferrari JR, Díaz-Morales JF. Procrastination: Different time orientations reflect different motives. J Res Pers. 2007 Jun 1;41(3):707–14.

127. Ge F, Jiang J, Wang Y, Zhang WM. Mapping the Presence of Anxiety Symptoms in Adults With Major Depressive Disorder. Front Psychiatry [Internet]. 2021 May;12(595418). Available from: www.frontiersin.org

128. Goldberg D, Fawcett J. The importance of anxiety in both major depression and bipolar disorder. Depress Anxiety [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2024 Jan 22];29(6):471–8. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.21939

129. Hammen C. Stress and Depression. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2005 [cited 2024 Jan 22];1:293–319. Available from: www.annualreviews.org

130. Richter-Levin G, Xu L. How could stress lead to major depressive disorder? IBRO Rep. 2018 Jun 1;4:38–43.

131. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological Stress and Disease. JAMA [Internet]. 2007;298(14):1685–7. Available from: http://jama.jamanetwork.com/

132. Pluck G, Lee KH, Lauder HE, Fox JM, Spence SA, Parks RW. Time perspective, depression, and substance misuse among the homeless. Journal of Psychology [Internet]. 2008 [cited 2024 Feb 7];142(2):159–68. Available from: http://eprints.whiterose.ac.uk/10335http://dx.doi.org/10.3200/JRLP.142.2.159-168

133. McKay MichaelT, Worrell FrankC, Zivkovic U, Temple E, Mello ZenaR, Musil B, et al. A balanced time perspective: Is it an exercise in empiricism, and does it relate meaningfully to health and well-being outcomes? International Journal of Psychology. 2019 Dec 11;54(6):775–85.

134. Steel P, Ferrari J. Sex, Education and Procrastination: An Epidemiological Study of Procrastinators' Characteristics from a Global Sample. Eur J Pers. 2013 Jan;27(1):51–8.

135. Beutel ME, Klein EM, Aufenanger S, Brähler E, Dreier M, Müller KW, et al. Procrastination, Distress and Life Satisfaction across the Age Range - A German Representative Community Study. PLoS One11. 2016 Feb;11(2).

136. Lu D, He Y, Tan Y. Gender, Socioeconomic Status, Cultural Differences, Education, Family Size and Procrastination: A Sociodemographic Meta-Analysis. Front Psychol. 2022 Jan 5;12.

137. Ajayi OS. Academic Self-Efficacy, Gender And Academic Procrastination. Epiphany [Internet]. 2020 Feb 6 [cited 2024 Jan 24];13(1). Available from: http://epiphany.ius.edu.ba/index.php/epiphany/article/view/324

138. Stö Ber J, Joormann J. Worry, Procrastination, and Perfectionism: Differentiating Amount of Worry, Pathological Worry, Anxiety, and Depression. Vol. 25, Cognitive Therapy and Research. 2001.

139. Danne V, Gers B, Altgassen M. Is the Association of Procrastination and Age Mediated by Fear of Failure? Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy [Internet]. 2023; Available from: https://doi.org/10.1007/s10942-023-00527-w

140. Brenlla ME, Fernández Da Lama RG, Rodríguez Marengo I, Saint Cricq E. Future Time Perspective, Procrastinationand Academic Motivation in Argentinian College Students during the Pandemic. Psychological Thought. 2022 Apr 30;15(1):215–41.

141. Flett GL, Blankstein KR, Martin TR. Procrastination, Negative Self-Evaluation, and Stress in Depression and Anxiety. In: Procrastination and Task Avoidance. Boston, MA: Springer US; 1995. p. 137–67.

142. Jackson T, Fritch A, Nagasaka T, Pope L. Procrastination and Perceptions of Past, Present, and Future. Individual Differences Research. 2003;1(1):17–28.

143. Spada MM, Hiou K, Nikcevic A V. Metacognitions, emotions, and procrastination. J Cogn Psychother. 2006;20(3):319–26.

144. Constantin K, English MM, Mazmanian D. Anxiety, Depression, and Procrastination Among Students: Rumination Plays a Larger Mediating Role than Worry. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy [Internet]. 2018;36:15–27. Available from: https://doi.org/10.1007/s10942-017-0271-5

145. Fernie BA, Bharucha Z, Nikčević A V., Marino C, Spada MM. A Metacognitive model of procrastination. J Affect Disord. 2017 Mar 1;210:196–203.

146. Rozental A, Forsell E, Svensson A, Forsström D, Andersson G, Carlbring P. Differentiating Procrastinators from Each Other: A Cluster Analysis. Cogn Behav Ther [Internet]. 2015 Nov 2 [cited 2024 Jan 29];44(6):480–90. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16506073.2015.1059353

147. Strongman KT, Burt CDB. Taking breaks from work: An exploratory inquiry. Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied [Internet]. 2000 [cited 2024 Jan 29];134(3):229–42. Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=vjrl20

148. Flett AL, Haghbin M, Pychyl TA. Procrastination and Depression from a Cognitive Perspective: An Exploration of the Associations Among Procrastinatory Automatic Thoughts, Rumination, and Mindfulness. Behav Ther. 2016;34:169–86.

149. Aftab S, Klibert J, Holtzman N, Qadeer K, Aftab S. Schemas Mediate the Link Between Procrastination and Depression: Results from the United States and Pakistan. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy [Internet]. 2017;35:329–45. Available from: https://doi.org/10.1007/s10942-017-0263-5

150. Tice DM, Baumeister RF. Longitudinal Study of Procrastination, Performance, Stress, and Health: The Costs and Benefits of Dawdling. Psychol Sci [Internet]. 1997 [cited 2024 Feb 3];8(6):454–8. Available from: https://www.jstor.org/stable/40063233

151. Gupta R, Hershey DA, Gaur J. Time Perspective and Procrastination in the Workplace: An Empirical Investigation. Current Psychology. 2012 Jun 27;31(2):195–211.

152. The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy. [Internet]. [cited 2024 Feb 12]. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2012-29989-000

153. Sword RM, Sword RKM, Brunskill SR. Time Perspective Therapy: Transforming Zimbardo's Temporal Theory into Clinical Practice. In: Time Perspective Theory; Review, Research and Application. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 481–98.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Kübra YILMAZ DAĞ

Doğum yeri ve tarihi :

Uyruğu :

Medeni durumu :

İletişim :

Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi (2011-2017)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2019-Halen)

III- Mesleki Deneyimi

İzmit İlçe Sağlık Müdürlüğü (Toplum Sağlığı Merkezi 2017-2018)

Yahya Kaptan Cevat Çetin Aile Sağlığı Merkezi (2018-2019)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2019-Halen)

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

9. EKLER

EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 14.03.2023
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 14.03.2023
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2023/03
PROJE/ KARAR NO : 2023-75 (Değerlendirilme Tarihi: 14.03.2023)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in görevli sorumlu araştırmacı, Arş. Gör. Dr.Kübra YILMAZ DAĞ'ın yardımcı araştırmacı olduğu 2023/75 kayıt numaralı, **"Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Erteleme Davranışının Zaman Perspektifi ile İlişkisinin İncelenmesi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI	Üye	
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM	Üye	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI	Sekreter	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
13	Prof. Dr. Türkan YILDIRIM	Üye	
14	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
15	Prof. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye	
16	Doç. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY	Üye	
19	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2: EPK ONAY BELGESİ

GÜLHANE EAH BAŞHEKİM YARDIMCILIĞI (ÖMER FARUK TANER)
GÜLHANE EAH ARGE BİRİMİ
31.01.2023 16:15:33 E-50687469-799-208326688
208326688

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799-208326688 31.01.2023
Konu : Araştırma İzni (Dr. Kübra YILMAZ DAĞ)

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

"Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Erteleme Davranışının Zaman Perspektifi İle İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulunun 26.01.2023 tarih ve 01 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi Cem GÜL
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 9EF1DEB7-CD3D-4943-AAB4-AED0FA1EBE2B Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

General Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:1 06010 Etlik/Keçiören/Ankara 06010
Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Meral AYDIN
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.
Telefon No: 03123046106

EK-3: TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.01.2023-203170

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--203170 10.01.2023
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 05.01.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 102 (yüz iki) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Karar

Dağıtım:
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığına
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Anatomi Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSE5F825Y0* Pin Kodu :42042 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618 Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr
Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

72	Dr.Fatma YÖRÜK	GTF İç Hst AD.Bşk.lığı	Philadelphia kromozomu negatif myeloproliferatif neoplazilerde trombo riskini arttıran faktörlerin belirlenmesi ve tromboz riskini gösteren s sistemlerinin karşılaştırılması	Kabul Edildi.
73	Dr. Gardashkhan KARIMZADA	GTF Beyin ve Sinir Cerr.AD.Bşk.lığı	Kafatabanına transorbital klasik nöroendoskopik ve transtübüler nöroendoskopik yaklaşımların karşılaştırılması: Anatomik çalışma.	Kabul Edildi.
74	Dr. Şeyma ŞAHİN	Ankara Sağlık SUAM	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran kronik kas iskelet sistemi ağrısı şikayeti olan bireylerde ağrı şiddeti ağrı felaketleştirme ve ağrı öz yeterliliği arasında ilişki var mıdır?	Kabul Edildi.
75	Dr. Baran TUNCER	Ankara Şehir SUAM	Fibromiyaljili hastalardaki postür, denge ve yürüme bozukluklarının belirlenmesi ve hastalıkla ilgili parametrelerle arasındaki ilişkilerin araştırılması '	Kabul Edildi.
76	Dr. Büşra BALCI	Ankara Şehir SUAM	Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliğine Başvuran 18 Yaş Üstü Hastaların Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi"	Kabul Edildi
77	Dr. Pınar ÖZBİLGEHAN	Ankara Şehir SUAM	Osteokütan Radial Önkol Serbest Flebi ile Geniş Sert Damak Defektlerinin Rekonstrüksiyonu	Kabul Edildi.
78	Dr. Ali Yavuz KULULAR	Ankara Şehir SUAM	Elektif Genel Cerrahi Vakalarında Preoperatif Dönemde Laboratuvar Bulgularının Klinik Sonlanıma Etkisi	Kabul Edildi.
79	Dr. Sultan GÜLBAHÇE ORHAN	Ankara Sağlık SUAM	SARS CoV/İnfluenza A-B/RSV Multipleks PCR Tarama yaklaşımının Pediatrik hasta grubunda tanıya ve hasta yönetimine etkisinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
80	Dr.Vusal RZAYEV	GTF Üroloji AD Bşk.lığı	Robotik Radikal Prostatektomili Hastalarda Perinöral İnvazyonun Prognoz Üzerine Etkisi	Kabul Edildi.
81	Dr. Çiğdem Tuğçe KIRICI	Ankara Şehir SUAM	Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba Karşı Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Farkındalıkları Arasındaki İlişki	Kabul Edildi.
82	Dr. Kübra YILMAZ DAĞ	GFT Ruh Sağ ve Hst AD.Bşk.lığı	Major depresif bozukluk tanılı hastalarda erteleme davranışının zaman perspektifi ile ilişkisinin incelenmesi	Kabul Edildi.
83	Dr. Rukiye SAĞLAM	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Şaşılık ve anizometropiye bağlı ambliyopisi olan çocuk hastalarda tedavi öncesi ve sonrasında çekilen pakula miğment optik dansitesi MPOD retina sinir lifi kalınlığı RNFL ganglion hücre kompleksi GCCve makula kalınlığının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
84	Dr.Damla Nur DİNÇ	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Otogreftli Pterjium cerrahisi geçirmiş hastalarda Vogt palizatları ve konjoktiva değişikliklerinin optik koherans tomografi ve İn-vivo Konfokal mikroskopi ile araştırılması	Kabul Edildi.
85	Dr.Zuhal YILDIZ	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Katarakt hastalarında suni gözyaşı damlalarının keratometrik ölçümler ve yüksek sıralı aberasyonlar üzerine olan etkisi	Kabul Edildi.
86	Dr. Burcu YAY	Ankara Şehir SUAM	Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Grip Aşısı Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları "	Kabul Edildi.
87	Dr. Alp VAROL	Ankara Şehir SUAM	Subakut inmeli hastalarda alt ekstremite FES bisiklet eğitiminin klinik etkinliği araştırma konusu bilimsel açıdan güncel olup uygun bulunmuştur.'	Kabul Edildi.
88	Dr. Gizem ÖZBAŞ	Ankara Şehir SUAM	Tubal ektopik gebeliğinin metotreksat tedavisinde, başarı öngermede 1. 4. ve 7. gün beta hcg değerlerinin ve değişimlerinin rolü	Kabul Edildi.
89	Dr. Muhammed Beşir CİNGÖZ	Ankara Sağlık SUAM	40-45 yaş arası kişilerde kardiyavasküler hastalaık riski ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin incelenmesi	Kabul Edildi.
90	Dr. Uğur SELÇUK	Ankara Sağlık SUAM	18 yaş üzeri ebeveynlerin rutin periyodik çocuk muayeneleri ve çocuk gelişim basamakları hakkında bilgi düzeyinin ölçülmesi	Kabul Edildi.
91	Dr. Elif YURDAKUL	Ankara Sağlık SUAM	Anti Hbe Pozitif Kronik Hepatit B nedeniyle karaciğer biyopsisi yapılan hastaların Fibrosiz skorlarının noninvaziv fibrozis belirteçleri ile karşılaştırılması	Kabul Edildi.

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu bilgilendirilmiş gönüllü olur formu sizin çalışmaya katılmaya karar verebilmeniz için hazırlanmıştır. Bu çalışmada "Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Erteleme Davranışının Zaman Perspektifi ile İlişkisi" araştırılmaktadır. Doktorunuz sizinle görüşme yapacak ve sizden bazı anketleri doldurmanız için yaklaşık 30 dakika zaman ayırmanız istenecektir.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar (Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER ve Arş. Gör. Dr. Kübra YILMAZ DAĞ) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Erteleme Davranışının Zaman Perspektifi ile İlişkisinin İncelenmesi
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Erteleme Davranışının Zaman Perspektifi ile İlişkisi
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D
- **Araştırmanın amacı:** Bu çalışmanın amacı majör depresif bozukluk tanısı alan hastalar ile kontrol grubuna alınan sağlıklı bireylerin erteleme davranışlarını karşılaştırmak ve bu erteleme davranışı ile zaman perspektifi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek literatüre katkı sağlamaktır.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Uzmanlık Tez Çalışması olup anket çalışması olarak planlanmıştır.
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** Etik kurul onayı alındıktan sonra tahmini 6 ay içerisinde tamamlanacaktır.
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde yatan ve polikliniğe başvuran Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 75 hasta ile 75 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 150 kişi dahil edilmesi planlanmaktadır.
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:** Erteleme davranışının depresyon, anksiyete, stres düzeyleriyle ve zaman perspektifleriyle ilişkisinin incelenmesi
- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Araştırmanın sonucunda ulaşılan bilgiler ışığında planlanan uygun bireysel tedaviler ile hastaların erteleme davranışlarının azaltılarak işlevselliklerinin arttırılması amaçlanmaktadır.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Çalışmaya dahil olmayı kabul etmesi durumunda muayene sırasında hastalığı ve sosyal hayatı ilgili sorular sorulacaktır. Muayene sonrasında bazı anketleri doldurması istenecektir.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Çalışmaya dahil olma durumunda gönüllüleri herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Girişimsel bir işlem yapılmayacağı için herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Gönüllünün/Vasisinin imzası:

- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Uygulanabilecek herhangi bir alternatif yöntem bulunmamaktadır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Araştırma anket çalışması olup herhangi bir zarar beklenmemektedir. Olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Çalışmaya katılmakla gönüllüler parasal yük altına girmeyecek ve gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Gönüllünün çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi veya çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamaması
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Araştırma sonuçları ile ilgili bilgi katılımcının talebi olması durumunda verilecektir.
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:** Arş. Gör. Dr. Kübra YILMAZ DAĞ

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Gönüllünün/Vasisinin imzası:

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- ***Gönüllünün; (El yazısı ile)***

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

Gönüllünün/Vasisinin imzası:

EK-5: OLGU RAPOR FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. **Yaşınız: ……**

2. **Cinsiyetiniz:**
   a. Kadın b. Erkek

3. **Öğrenim sürenizi sene olarak belirtiniz.**
   ……yıl (Örneğin lise mezunu kişi 11 ya da 12 sene eğitim görmüştür)

4. **Medeni durumunuz:**
   a. Bekar b. Evli c. Boşanmış d. Dul e. Diğer(……)

5. **Çocuğunuz var mı?**
   a. Yok b. Var (sayısını belirtiniz…….)

6. **Son 6 aydır düzenli bir maddi gelir sağlayacak şeklide çalıştığınız bir işiniz var mı?**
   a. yok b. Var (belirtiniz……)

7. **Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? (Şeker, tansiyon, kalp yetmezliği vb.)**
   a. Yok b. Var (belirtiniz……..……..)

8. **Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?**
   a. Yok b. Var (belirtiniz……..……..)

9. **Düzenli sigara kullanıyor musunuz?**
   a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz…….…..)

10. **Düzenli alkol kullanıyor musunuz?**
    a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz…….…..)

11. **Düzenli madde kullanıyor musunuz?**
    a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz…….……..)

12. **Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?**
    a. Hayır b. Bir veya birden fazla kez

13. **Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?**
    a. Evet (ise belirtiniz……..……..…) b. Hayır

14. **Daha önce hiç psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatışınız oldu mu?**
    a. Evet b. Hayır

15. **Çocukluğunuzda hangi yerleşim biriminde yaşıyordunuz?**
    a. Şehir Merkezi b. İlçe c. Köy /Kasaba

16. **Çocukluğunuzda kimlerle yaşıyordunuz?**
    a. Anne, baba ve kardeşler b. Geniş aile (anne, baba, büyükanne, büyükbaba vs)
    c. Anne veya babadan biriyle d. Diğer (belirtiniz……..)

17. **Şu an hangi yerleşim biriminde yaşıyorsunuz?**
    a. Şehir Merkezi b. İlçe c. Köy /Kasaba

Yetişkin Erteleme Envanteri (YEE)

Aşağıdaki ifadeler, farklı durumlara ilişkin düşüncelerinizle ilgilidir. Her bir ifade bir diğerinden tamamen farklıdır, bu nedenle cevaplamadan önce lütfen her bir ifade üzerinde dikkatlice düşününüz. Aşağıda verilen derecelendirme ölçeğini kullanarak mümkün olduğunca içten cevaplar veriniz.

1) **Benim için doğru değil**
2) **Benim için genellikle doğru değil**
3) **Benim için bazen doğru bazen doğru değil**
4) **Benim için genellikle doğru**
5) **Benim için doğru**

	1	2	3	4	5
1. Faturalarımı vaktinde öderim.*					
2. Dakiğimdir ve randevularıma zamanında giderim.*					
3. Randevuma geç kalmamak için bir gece öncesinden kıyafetlerimi hazırlarım.*					
4. İstememe rağmen erteliyorum.					
5. İşleri zamanında yetiştiremem.					
6. Eğer biri "işleri zamanında yetiştirmek" üzerine bir kurs veriyor olsaydı, katılırdım.					
7. Arkadaşlarım ve ailem son dakikaya kadar beklediğimi düşünürler.					
8. Önemli işleri vaktinden önce bitiririm.*					
9. İşlerimi teslim tarihine yetiştirmek konusunda pek iyi değilimdir.					
10. Zamanında yetişmek için koşuşturup duruyorum.					
11. Doktor randevusu almam gerektiğinde, ertelemeden alırım.*					
12. Tanıdığım pek çok kişiden daha dakiğimdir.*					
13. Sahip olduğum şeylerin düzenli bakımını, yapmam gereken sıklıkta yaparım.*					
14. Belli bir saatte bir yerde bulunmam gerektiğinde, arkadaşlarım benim gecikeceğimi tahmin ederler.					
15. İşleri son dakikaya kadar ertelemek, geçmişte bana pahalıya mal oldu.					

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21)

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (*örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi*).	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda *(örneğin ellerimde)* titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim.	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19 A	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim *(kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)*.	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3

Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri (ZZPE)

Her maddeyi okuyunuz, ve her madde için olabildiğince dürüst bir şekilde "Sizin karakterinizi ne kadar yansıtıyor veya sizin için ne kadar doğru?" sorusunu cevaplayınız. Aşağıdaki ölçeği kullanarak uygun kutucuğu işaretleyiniz.

(1) Hiç doğru değil (2) Doğru değil (3) Ne doğru ne de yanlış (4) Doğru (5) Çok doğru

	1	2	3	4	5
1.Bir kutlama için arkadaşlarla bir araya gelmenin hayattaki en büyük zevklerden biri olduğuna inanırım.					
2. Çocukluğumu hatırlatan manzaralar, sesler ve kokular sıklıkla harika anıları geri getirir.					
3. Kader hayatımda birçok şeyi belirler.					
4. Sık sık hayatımda neleri farklı yapmalıydım diye düşünürüm.					
5. Kararlarım genellikle etrafımdaki şeylerin ve insanların etkisi altında kalır.					
6. Bir kişinin günü sabahtan planlamış olmalı.					
7. Geçmişim hakkında düşünmek bana keyif verir.					
8. Düşünmeden hareket ederim.					
9. İşlerin zamanında bitmemesi beni endişelendirmez.					
10. Bir şeyi başarmak istediğimde kendime hedefler belirlerim ve bu hedeflere ulaşmak için belirli yöntemler düşünürüm.					
11. Her şeyi göz önünde bulundurduğumda, geçmişimde hatırlanacak kötüden daha çok iyi şeyler bulunmaktadır.					
12. En sevdiğim şarkıyı dinlerken, genellikle zamanın nasıl geçtiğini anlamam.					
13. Yarının işlerini yetiştirmek ve diğer gerekli işleri yapmak, bu akşamın eğlencesinden önce gelir.					
14. Her şey olacağına varır, bu nedenle ne yaptığımın bir önemi yoktur.					
15. Geçmiş güzel günlerin nasıl olduğunu anlatan hikayeleri dinlemekten hoşlanırım.					
16. Acı veren geçmiş deneyimlerim, zihnimde sürekli canlanır					
17. Hayatımı mümkün olduğunca dolu dolu yaşamaya çalışırım; anı yaşarım.					
18. Randevulara geç kalmak keyfimi kaçırır.					
19. Tercihen, her günümü son günümmüş gibi yaşamak isterim.					
20. Güzel zamanlara ait mutlu anılar kolayca aklıma gelir.					
21. Arkadaş ve yetkililere karşı olan yükümlülükleri mi zamanında yerine getiririm.					
22. Geçmişten payıma düşen reddedilme ve kötü muameleden nasibimi aldım.					
23. Fevri kararlar veririm.					
24. Her günümü planlamaya çalışmak yerine, olduğu gibi yaşarım					
25. Geçmişimde, düşünmek istemediğim oldukça fazla tatsız anı var.					
26. Hayatıma heyecan katmak benim için önemlidir.					
27. Geçmişimde, geri alabilmeyi istediğim hatalar yaptım.					

28. Yaptığım işten keyif almanın işi zamanında bitirmekten daha önemli olduğunu düşünürüm.					
29. Çocukluğuma özlem duyarım.					
30. Bir karar vermeden önce, yarar ve zararları tartarım.					
31. Risk almak hayatımı sıkıcı olmaktan kurtarır.					
32. Bana göre, hayat yolculuğunun tadını çıkarmak, sadece varış noktasına odaklanmaktan daha önemlidir.					
33. Olaylar nadiren beklediğim gibi gelişir.					
34. Eskiye ait tatsız görüntüleri unutmak benim için zordur.					
35. Hedef, sonuç ve çıktıları düşünmem gerektiğinde, bu durum sürecin keyfini kaçırır ve faaliyetlerimin akışını bozar.					
36. Anın tadının çıkarırken bile, kendimi geçmişte yaşadığım benzer deneyimlerle kıyaslama yaparken bulurum.					
37. Her şey sürekli değiştiği için geleceğe dair plan yapamazsınız					
38. Hayatımın gidişatı benim etkileyemeyeceğim güçler tarafından kontrol edilir.					
39. Yapabileceğim bir şey olmadığı için, gelecek hakkında kaygılanmanın bir anlamı yoktur.					
40. İstikrarlı bir şekilde ilerleyerek projeleri zamanında tamamlarım.					
41. Ailem bir şeylerin eskiden nasıl olduğuyla ilgili konuşurken, kendimi bunları duymazdan gelirken bulurum.					
42. Hayatıma heyecan katmak için riskler alırım					
43. Yapılacaklar listesi hazırlarım.					
44. Genellikle, mantığımdan ziyade kalbimin sesini dinlerim.					
45. Yapılması gereken bir iş olduğunu bildiğimde, cezbedici diğer şeylere karşı koyabilirim.					
46. Kendimi anın heyecanına kapılırken bulurum.					
47. Günümüz hayatı fazla karmaşık; geçmişin daha basit hayatını tercih ederdim.					
48. Arkadaşlarımın öngörülebilir davranmalarındansa spontane davranmalarını tercih ederim.					
49. Düzenli olarak tekrarlanan aile ritüelleri ve geleneklerini severim.					
50. Geçmişte başıma gelen kötü şeyleri düşünürüm.					
51. Eğer benim ilerlememi sağlayacaksa, zor ve ilginç olmayan görevlerde çalışmaya devam ederim.					
52. Kazandıklarımı bugün keyif için harcamak, yarının güvencesi için biriktirmekten daha iyidir.					
53. Genellikle şans, sıkı çalışmaktan daha iyi sonuç getirir.					
54. Hayatta kaçırmış olduğum iyi şeyler hakkında düşünürüm.					
55. Yakın ilişkilerimin tutkulu olmasını severim					
56. İşlerimi yetiştirmek için her zaman vakit olacaktır					