T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DEPRESYONDA KENDİNİ DAMGALAMA VE İNTİHAR BİLİŞLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Burcu BUZKAN SARIKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DEPRESYONDA KENDİNİ DAMGALAMA VE İNTİHAR BİLİŞLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Burcu BUZKAN SARIKAYA

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Psikiyatri ihtisasına başladığım ilk günden bu yana daima yol gösterici olan, varlığını ve desteğini her daim hissettiğim, bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan başta klinik şefim ve tez danışmanım Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER olmak üzere saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN ve Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY'a,

Nöroloji rotasyonum süresince mesleki gelişimime katkıda bulunan Doç. Dr. Ali Rıza SONKAYA hocama,

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonum süresince bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan Prof. Dr. M. Ayhan CÖNGÖLOĞLU hocama,

Tecrübelerini her zaman benimle paylaşan, asistanlık eğitimime katkılarının yanı sıra destek ve sevgilerini esirgemeyen kliniğimizin değerli uzman hekimlerine,

Kliniğe adım attığım ilk günden son güne kadar beraber çalışmaktan keyif aldığım ve beraber yol aldığımız asistan hekim arkadaşlarıma,

Dört yıl boyunca beraber çalıştığımız kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri ve personellerine,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim hastalarıma,

Hayattaki tüm seçimlerimde, iyi ve zor günlerimde yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiğim ve hissedeceğimden emin olduğum ve bana doğru yoldan ayrılmamayı öğreten canım anneme, babama ve kardeşlerime,

Varlığından güç aldığım, hayatın her alanında bana yoldaş olan ve kendisinden çok şey öğrendiğim canım eşim İbrahim'e

Sonsuz teşekkürlerimle…

Dr. Burcu BUZKAN SARIKAYA

Ankara, 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ v
ÖZET vi
ABSTRACT viii
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 4
2.1.3. Etiyoloji 5
2.1.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular 10
2.2. İNTİHAR VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI 11
2.2.1. Tanım ve Tarihçe 11
2.2.2. Epidemiyoloji 14
2.2.3. Risk Faktörleri 15
2.3.4. Koruyucu Faktörler 19
2.2.5. Kullanılan Yöntemler 19
2.2.6. İntihar Riskinin Değerlendirilmesi 20
2.3. RUHSAL HASTALIKLARDA DAMGALANMA VE KENDİNİ DAMGALAMA 21
2.3.1. Damgalanma (Stigmatizasyon) 21
2.3.2. Kendini Damgalama (Self Stigmatizasyon) 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25
3.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ 25
3.2. ETİK KURUL ONAYI 25
3.3. VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARAÇLARI 26
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Veri Formu 26
3.3.2. Yaşam Olayları Sorgulama Listesi (YOSL) 26

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE) 26
3.3.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) 26
3.3.5. İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ) 27
3.3.6. Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ) 27
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 28
4. BULGULAR 29
5. TARTIŞMA 48
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI 48
5.2. PSİKOMETRİK BULGULARIN TARTIŞILMASI 50
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 53
6.1. SONUÇLAR 53
6.2. ÖNERİLER 53
7. ÇIKAR ÇATIŞMASI 55
8. KAYNAKLAR 56
9. ÖZGEÇMİŞ 64
10. EKLER 65
EK-1: TEZ KONUSU ONAYI 65
EK-2: EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK) ONAYI 67
EK-3: ETİK KURUL ONAYI 68
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 69
EK-5: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLER VERİ FORMU 74
EK-6: YAŞAM OLAYLARI SORGULAMA LİSTESİ (YOSL) 76
EK-7: BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE) 80
EK-8: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ) 84
EK-9: İNTİHAR BİLİŞLERİ ÖLÇEĞİ (İBÖ) 86
EK-10: DEPRESYONDA KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (DKDÖ) 88

KISALTMALAR

BDE **:** Beck Depresyon Envanteri

BDNF **:** Brain derived neurotrophic factor

BUÖ **:** Beck Umutsuzluk Ölçeği

CRF **:** Corticotrophin releasing factor

DKDÖ **:** Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

DSM **:** Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

GABA **:** Gaba amino bütirik asit

HHB **:** Hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi

İBÖ **:** İntihar Bilişleri Ölçeği

İG **:** İntihar girişimi

MAO-A **:** Monoamin oksidaz A

MDB **:** Majör depresif bozukluk

TSH **:** Tiroid stimülan hormon

YOSL **:** Yaşam Olayları Sorgulama Listesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri..... 30
Tablo 4.2. Hastaların özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri 32
Tablo 4.3. Hastaların ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri..... 33
Tablo 4.4. Hastaların İBÖ-Toplam ve alt boyut puanları ile yaşam olayları sayısı, yaşları, BDÖ, BUÖ, DKDÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyonlar..... 35
Tablo 4.5. Hastaların DKDÖ-Toplam ve alt boyut puanları ile yaşam olayları sayısı arasındaki korelasyonlar 36
Tablo 4.6. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması 37
Tablo 4.7. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile İBÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması 38
Tablo 4.8. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 39
Tablo 4.9. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 40
Tablo 4.10. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 41
Tablo 4.11. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 42
Tablo 4.12. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 43
Tablo 4.13. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 44
Tablo 4.14. İBÖ-Toplam Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları 45
Tablo 4.15. İBÖ-Sevilemezlik Alt Ölçeği Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları 46
Tablo 4.16. İBÖ-Çözülemezlik Alt Ölçeği Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları 47
Tablo 4.17. İBÖ-Dayanamazlık Alt Ölçeği Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları 47

ÖZET

Burcu Buzkan Sarıkaya, Depresyonda Kendini Damgalama ve İntihar Bilişleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara, 2023.

Amaç: Depresyon, tüm dünyada en sık görülen ruhsal hastalık olup çok büyük kitleleri etkilemektedir. Depresyondaki kişinin kendisiyle ilgili değersizlik, yetersizlik düşünceleri, geçmişe yönelik pişmanlık ve geleceğe yönelik umutsuzluk, karamsarlık düşünceleri vardır. Bu düşünceler süreklidir, kişinin günlük yaşantısı ile sosyal ve mesleki işlevselliğini etkiler ve bazen o kadar şiddetlidir ki; suçluluk duygularından kurtulamayan ve gelecekten bir beklentisi olmayan kişiyi intihara sürükleyebilir. Ruhsal hastalığa sahip olan ve psikiyatrik tedavi gören bireyler; toplum tarafından ne yapacağı belli olmayan ve tehlikeli bireyler olarak algılanmakta ve bunun neticesinde hayatın birçok alanında damgalanmaya maruz kalmaktadırlar. Sosyal ve mesleki alanlarda damgalanan, dışlanan bireyler bir süre sonra içe kapanmakta ve kendi kendilerini damgalamaya meyilli olabilmektedirler.

Literatür incelendiğinde; daha çok genel popülasyonda psikolojik yardım alma ve damgalanma ilişkisinin incelendiği, kendini damgalamanın ise daha çok şizofreni ve benzeri bozukluklarda araştırıldığı görülmektedir. Bu araştırma ile depresyon tanısı alan bireylerde yaşam olayları, intihar bilişleri ve kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tasarıma sahip araştırmanın örneklemini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvurarak majör depresif bozukluk tanısı almış 18-65 yaş aralığındaki 73 hasta oluşturmuştur. Görüşme esnasında sosyodemografik özelliklere ilişkin veriler kaydedildikten sonra hastalara Yaşam Olayları Sorgulama Listesi (YOSL), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ) ve Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ) uygulanmıştır. Elde edilen verilen uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 35,75±12,79 olarak hesaplandı ve hastaların %76,7'si (n=56) kadındı. Hastaların %74'ünün (n=54) çalışmadığı, %47,5'inin (n=35) aylık gelirinin 8500 Türk lirasının altında olduğu saptandı. Araştırmadan elde edilen veriler incelendiğinde, depresyon hastalarının İBÖ-

Toplam puanları ile BDE puanları (r=0.812 p<0.001) ve BUÖ puanları (r=0.635 p<0.001) arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptandı. Hastaların intihar bilişleri ile self stigmatizasyonları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, kendilerini damgalama oranları arttıkça, intihar bilişlerinin de arttığı sonucuna varıldı (r=0.299 p<0.05). Geçmişte kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve intihar girişimi sebebiyle hastanede yatış öyküsü olan hastaların intihar bilişlerinin daha fazla olduğu görüldü (p<0.05). Hastaların son bir yıl içerisindeki deneyimledikleri yaşam olayı sayısı arttıkça, İBÖ alt ölçeklerinden olan "Çözülemezlik" puanlarının arttığı (r=0.261 p<0.05) belirlenmiştir.

Sonuç: Depresyon halihazırda en sık görülen ruhsal bozukluktur ve intihar ile yakından ilişkilidir. Depresyon hastalarının intihar bilişleri ile kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada, hastaların kendilerini damgalama oranları arttıkça intihar bilişlerinin de arttığı saptanmıştır. Self stigmatizasyon hastalar açıkça ifade etmedikleri zaman gözden kaçabilmekte, hastaların tedavi arayışına ket vurabilmekte, sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyerek depresyonda sürdürücü bir faktör olarak rol oynayabilmektedir. İntihar için risk faktörlerinin belirlenmesi, önlenmesi ve erken müdahalesi için araştırma sonuçları önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, intihar, kendine zarar verme davranışı, kendini damgalama, umutsuzluk

ABSTRACT

Burcu Buzkan Sarıkaya, Examining the Relationship Between Self-Stigmatization and Suicidal Cognitions in Depression. Ankara, 2023.

Objective: Depression is the most common mental illness worldwide and affects large numbers of people. People with depression have thoughts of self-worthlessness, inadequacy, regret about the past and hopelessness and pessimism about the future. These thoughts are persistent, affect the person's daily life, social and professional functionality, and are sometimes so severe that they can drive a person who cannot get rid of feelings of guilt and has no expectations for the future to suicide. Individuals with mental illness and those undergoing psychiatric treatment are perceived by society as unpredictable and dangerous individuals, and as a result, they are subjected to stigmatization in many areas of life. Individuals who are stigmatized and ostracized in social and professional areas become withdrawn after a while and may tend to stigmatize themselves. When the literature is examined, it is seen that the relationship between receiving psychological help and stigmatization is mostly examined in the general population, while self-stigmatization is mostly investigated in schizophrenia and similar disorders. Based on this; we designed this study to investigate life events, suicidal cognitions and self-stigmatization in individuals diagnosed with depression.

Materials and Methods: The sample of the cross-sectional study consisted of 73 patients between the ages of 18-65 who were diagnosed with major depressive disorder at the Psychiatry Clinic of Gülhane Training and Research Hospital. After recording data on sociodemographic characteristics during the interview, the patients were administered the Life Events Questionnaire List (LOSL), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Suicide Cognitions Scale (SCS) and Self-Stigmatization Scale for Depression (SBSD). The obtained data were analyzed using suitable statistical techniques.

Results: The mean age of the patients who participated in the study was 35.75±12.79 years and 76.7% (n=56) of the patients were female. It was determined that 74% (n=54) of the patients were not working and 47.5% (n=35) had a monthly income of less than 8500 Turkish Liras. When the data obtained from the study were

analyzed, it was found that there was a positive correlation between the IPS-Total scores of the patients with depression and their BDI scores ($r=0.812$ $p<0.001$) and IPS scores ($r=0.635$ $p<0.001$). It was concluded that there was a positive correlation between suicidal cognitions and self-stigmatization, and as the rate of self-stigmatization increased, suicidal cognitions also increased ($r=0.299$ $p<0.05$). Patients with a history of self-harming behavior, suicide attempt and hospitalization due to suicide attempt had higher suicidal cognitions ($p<0.05$). It was determined that as the number of life events experienced by the patients in the last year increased, the scores of "Unresolvability", one of the subscales of ICQ, increased ($r=0.261$ $p<0.05$).

Conclusion: Depression is currently the most common mental disorder and is closely associated with suicide. In this study examining the relationship between suicidal cognitions and self-stigmatization in patients with depression, it was found that as the rate of self-stigmatization increased, suicidal cognitions also increased. Self-stigmatization may be overlooked when patients do not express it openly, may hinder patients' treatment seeking, and may play a role as a sustaining factor in depression by negatively affecting social functioning. Research results are important for the identification, prevention and early intervention of risk factors for suicide.

Keywords: depression, suicide, self-harming behavior, self stigmatization, hopelessness

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Majör depresif bozukluk (MDB); psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülen, relapslarla seyreden, işlevsellik ve yeti yitimine neden olan ruhsal bir hastalıktır. Çökkün bir duygudurumla birlikte yaşamdan keyif alamama, konuşma, düşünce ve hareketlerde yavaşlama, uyku ve iştah gibi fizyolojik işlevlerde değişiklik, dikkat ve odaklanma gibi bilişsel yetilerde zayıflama belirtileri ile seyreden bir sendromdur (1–3).

Depresyondaki kişinin kendisiyle ilgili değersizlik, yetersizlik düşünceleri, geçmişe yönelik pişmanlık ve geleceğe yönelik umutsuzluk, karamsarlık düşünceleri vardır. Bu düşünceler kişinin günlük yaşantısı ile sosyal ve mesleki işlevselliğini etkiler ve bazen o kadar şiddetlidir ki; suçluluk düşüncelerinden kurtulamayan ve gelecekten bir beklentisi olmayan kişi intiharı bir çıkış yolu olarak görebilir.

Depresyonu olan hastaların yaklaşık %15'i intihar girişiminde bulunmaktadır (4). İntiharı öngörmek ve önlemek tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Depresyonu olan kişilerde intihar riskini artıran etkenler erkek cinsiyet, ailede ruhsal hastalık öyküsü, umutsuzluk duygusu, madde ve alkol kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ek tanılarıdır (5).

Ruhsal hastalıklarda damgalama, "bir ruhsal bozukluk tanısı konmuş insanlar hakkındaki olumsuz düşünce kalıplarının sebep olduğu bir statü kaybı ve dışlanma" şeklinde tanımlanmaktadır. Hastalığı olan bir bireye tanı konması aslında bir isimlendirmedir ve işlevseldir, ancak bazı durumlarda bireyin veya grubun aleyhine işleyecek düzeye ulaşabilir. Hastalığın ismi bir etikettir, hastaların ve yakınlarının hastalıklarını tanımasına, uygun tedavi arayışlarında bulunmasına, gelecekleri hakkında öngörüde bulunmasına ve plan yapmasına olanak sağlar (6). Birçok hastalık için bu isimlendirme sadece bir etiketleme düzeyinde kalırken, bazılarında (şizofreni, veba, verem, AIDS gibi) damgalama düzeyine geçer.

Damgalamada önce hastalarla ilgili kalıplaşmış düşünceler yerleşir (Örneğin; ruh hastaları tehlikelidir, ruh hastalarının ne zaman ne yapacakları belli olmaz, ruh hastaları yetersiz kişilerdir), ardından bu kalıplar güçlenerek önyargı haline gelir ve birlikte olumsuz duygular (Örneğin; ruh hastalarından korkulur) ortaya çıkar, sonra da

dışlama (Örneğin; ruh hastasına iş verilmez, ruh hastası olan biriyle komşu olmak istemem) gerçekleşir. Başkalarını damgalamada güç dengesi önemlidir. Damgalama genellikle güçlü olan kesimden güçsüz olan tarafa doğru olur (7,8).

Kendini damgalamada da benzer sıralama gerçekleşir. Kendisi ve kendisi gibi olanlarla ilgili kalıplaşmış düşünceler (Benim hastalığımdan olan kişiler yetersizdir, tehlikelidir, zayıf karakterlidir), arkasından önyargılar ve olumsuz duygular (işe yaramazlık düşüncesi, benlik saygısında azalma) gelir ve sonunda kişi kendini toplumdan soyutlar (İşini sürdüremez, yardım aramaz). Kendini damgalama bir çeşit başkalarının damgalamasını içselleştirme olarak da kabul edilebilir (8).

Literatür incelendiğinde; daha çok genel popülasyonda psikolojik yardım alma ve damgalanma ilişkisinin incelendiği, kendini damgalamanın ise daha çok şizofreni ve benzeri bozukluklarda araştırıldığı görülmektedir. Bu araştırma ile depresyon tanısı alan bireylerde kendini damgalama düzeyi ve bunun yaşam olayları, umutsuzluk düşüncesi ve intihar bilişleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Depresyon tanısı alan hastalar bir ruhsal hastalığa sahip oldukları ve psikiyatrik tedavi gördükleri için kendilerini damgalama eğilimindedirler.
2. Kendini damgalama eğiliminde olan depresyon tanılı hastaların intihar bilişleri daha fazladır.
3. Son bir yıl içerisinde olumlu ya da olumsuz yaşam olayı tarifleyen hastaların kendini damgalama oranları daha fazladır.
4. Son bir yıl içerisinde olumlu ya da olumsuz yaşam olayları tarifleyen hastaların intihar bilişleri ölçeğinden aldıkları puan daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Depresyon DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre; iki hafta süre boyunca günün büyük bir bölümünde çökkün duygudurum ya da keyifsizlik belirtilerinden en az biri ile beraber neredeyse tüm etkinliklere karşı belirgin olarak ilgi kaybı ya da keyif alamama, kilo verme çabası olmaksızın kilo kaybı ya da iştah değişiklikleri, uykuda azalma ya da aşırı uyuma, ajitasyon ya da psikodevinimsel yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, dikkatini toplamakta, sürdürmekte ve karar vermede güçlük ile beraber intihar düşünceleri, intihar planı ya da girişiminin olması olarak tanımlanmıştır (9).

Depresyonun ilk kez tanımlanması milattan önceki yüzyıllarda Hipokrat'a dayanmaktadır. Hipokrat o dönemde "siyah safra" anlamına gelen "melankoli" terimini kullanmış ve vücutta biriken kara safranın beyin işlevlerini olumsuz etkileyerek bozukluğa yol açtığını iddia etmiştir. Tarihsel süreç boyunca Galen, İbn-i Sina, Timothy Bright, Robert Burton gibi birçok bilim insanı melankoli ile ilgili farklı tanımlamalar ve teoriler ortaya koymuştur. Emil Kraepelin ise yirminci yüzyılın başında depresyonun duygusal, fiziksel ve zihinsel süreçlerle ilgili bir bozukluk olduğunu ve melankolinin depresyonun ancak bir semptomu olduğunu ileri sürmüştür (10).

Depresyon oldukça sık görülen bir ruhsal bozukluk olması, sebep olduğu işlev kaybı ve beraberinde getirdiği maddi kayıplar ve sağlık maliyetleri nedeniyle ciddiye alınması gereken bir halk sağlığı sorunudur.

Depresyonun bedensel rahatsızlıklar için de başlatıcı ya da sürdürücü bir risk faktörü olabileceği, prognoza olumsuz katkı sağlayabildiği ve mortaliteyi yükselttiği bilinmektedir (11). Avrupa Birliği'nde, ilerleyen süreçte en fazla işlev kaybına sebep olan ve tüm beyin hastalıkları içinde maliyet yükünün en fazla olan hastalığın depresyon olacağı düşünülmektedir (12).

Türkiye'de Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yapılan ve 2004 yılında yayınlanan Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi final raporu ile de depresyonun hastalık yükü açısından dördüncü sırada olduğu ortaya konmuş ve işlev kaybına en çok sebep olan hastalık olduğu gösterilmiştir (13).

2.1.2. Epidemiyoloji

Araştırmalar majör depresif bozukluğun tüm ruhsal hastalıklar içinde prevalansı en yüksek olan hastalık olduğunu ortaya koymuştur (14). Dünya üzerinde yaklaşık 322 milyon kişinin depresyondan muzdarip olduğu ve her yıl yaklaşık 800 bin kişinin intihar ile yaşamına son verdiği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bildirilmektedir (15).

Majör depresif bozukluk için yaşam boyu yaygınlığın %5-17 olduğu bildirilmiştir (14). Türkiye'de 1998 yılında yapılan Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık depresyon sıklığının genel nüfusta %4, kadın cinsiyette %5,4, erkek cinsiyette %2,3 olduğu saptanmıştır (16).

Yakın zamanda yayınlanan ve 369 hastalık ve engellilik sebebinin araştırıldığı çalışmada, 25-49 yaş aralığında 6., tüm yaş grupları içerisinde 13. sırada depresif bozuklukların yer aldığı gösterilmiştir. 1990 yılındaki verilere göre depresif bozuklukların 25-49 yaş aralığında 8., tüm yaş grupları arasında 19. sırada yer aldığı dikkate alındığında, depresyonun küresel hastalık yüküne katkısının yıllar içerisinde arttığı söylenebilir (17). On iki ruhsal hastalık içerisinde de global hastalık yükü için en büyük pay depresif bozukluklara atfedilmiştir (18).

Depresyonun sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde, kadın cinsiyette ve bekar bireylerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (19,20).

Literatür MDB için incelendiği zaman, MDB'nin kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğüne dikkat çekilmektedir. Bu farklılığın; cinsiyetler arası hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, kadın ve erkekler için farklı psikososyal stres faktörlerinin söz konusu olmasından kaynaklandığı varsayılmaktadır. Bir ilişkisi olan bireylerle kıyaslandığında, yakın kişisel ilişkileri olmayan, partnerinden ayrılmış ya da boşanmış bireylerin depresyon açısından daha riskli olduğu düşünülmektedir (2).

2.1.3. Etiyoloji

Majör depresif bozukluğa yol açan etiyolojik faktörler incelendiğinde; genetik, nörobiyolojik ve psikolojik birçok faktörden söz edilebilir.

a. Genetik faktörler: Depresyon geçiren hastaların birinci derece akrabalarının da depresyona yakalanma oranları genel popülasyona göre 2-3 kat yüksektir. İkiz çalışmaları incelendiğinde, depresyonun genetik geçiş oranının %31-42 arasında olduğu gösterilmiş, tekrarlayan ve genç yaşta başlayan hastalık tablolarında genetik faktörler daha fazla sorumlu tutulmuştur (21).

Depresyonun patofizyolojisinde birden fazla gen ve bu genlerin çevre ile etkileşiminin beraber rol oynadığı düşünülmektedir. Glukokortikoid reseptör geni, monoamin oksidaz geni, beyin ilişkili nörotrofik faktör (BDNF) geni, glutamaterjik genler gibi birçok gendeki polimorfizmle depresyon arasında bağlantı ortaya konmuştur (22).

Depresyonun, diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha sık görülmesi ve poligenisitesinin yüksek olması genetik haritalama yapmayı güçleştirmektedir. Psikiyatri Genomik Konsorsiyumu, depresyonla ilişkili 100'den fazla genin olabileceğini ortaya koymuştur. Bu genlerin genellikle enflamasyon, sinaptik işlevler ve nöronal büyüme ile ilişkili genler olması dikkati çekmektedir (23). Spesifik olarak en güçlü bağlantılar ise nöronal büyüme ve sinaptik işlevler için Neuronal Growth Regulator 1 (NEGR1) ve inflamasyon için Olfactomedin 4 (OLFM4) genleri ile kurulmuştur (24).

Gen çalışmalarında depresyonun patofizyolojisinde ve tedavisinde etkinliği en iyi bilinen nörotransmitter olan serotoninin üzerinde durulmuştur. Serotonin reseptörleri ve taşıyıcılarını kodlayan genlerdeki değişikliklerin ve serotoninin sentezinde hız kısıtlayıcı enzim olan triptofan hidroksilaz enzimiyle ilişkili gen polimorfizminin de depresyonla ilişkili olabileceği belirlenmiştir (25).

Serotonin taşıyıcı genin uzun ve kısa allelleri vardır. Kısa allel bulunanlarda gen ekspresyonu ve serotonin taşınımı, uzun allel bulunanlara göre neredeyse %50 oranında daha düşüktür. Kısa allel taşıyıcısı olan bireylerin çocukluk çağında olumsuz yaşam olayları deneyimlemeleri durumunda yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde depresyon ve intihar riskleri artmaktadır. Olumsuz yaşantıların şiddeti ve iki kısa

allelin olması depresyon riskini bir miktar daha artırmaktadır. Bu risk artışı yalnızca ne genetik yapı ile ne de yaşam olayları ile açıklanabilir. Burada, genetik yapının çevresel faktörlerle etkileşiminden söz etmek mümkündür. Kısa allel taşıyıcılarının strese karşı duyarlılığının daha fazla olması, sağlıklı gönüllülerle yapılan araştırmalarla da desteklenmiştir. Uzun allel taşıyıcılarının ise serotonin geri alım inhibitörleri ile tedaviye daha iyi yanıt verdikleri ve daha az yan etki yaşadıkları gösterilmiştir (22).

b. Nörobiyolojik faktörler: Depresyonun etiyolojisinde rol oynayan nörobiyolojik faktörlere baktığımızda nörotransmitterlerden ve çeşitli hormonal değişikliklerden söz etmek mümkündür.

Araştırmalar depresyon için serotonin, noradrenalin, dopamin gibi monoaminlerin, GABA, P maddesi, BDNF, tiroid salıverici hormon (TRH), kortikotropin salıverici faktör (CRF), somatostatin, leptin, asetilkolin gibi nöroransmitterlerin rol oynayabildiğini ortaya koymuştur (26).

Serotoninin uyku uyanıklık döngüsü, iştah, libido, vücut ısısı gibi işlevlerde önemli düzenleyici görevi olduğu bilinmektedir. Depresyonda, beyin omurilik sıvısında serotoninin ana metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HİAA) düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Monoaminlerin yıkımında görevli monoamin oksidaz-A (MAO-A) enzim aktivitesinin depresyonda artması, postmortem çalışmalarda depresyondaki bireylerin beyin dokusunda serotonin-2 reseptör yoğunluğunda artışın saptanması, serumda serotonin öncülü olan L-triptofan molekülünün düşük olduğunun saptanması gibi veriler depresyonda serotoninin etkisini açıkça ortaya koymaktadır (27).

Noradrenerjik nöronlar beyin sapında lokus seruleusta bulunmakta ve uzantılarını korteks, limbik sistem, bazal gangliyonlar, talamus ve hipotalamusa göndermektedirler.

Noradrenalin düzeyini azaltan metildopa, propranolol, rezerpin gibi ilaçların depresyona neden olabilmesi, depresyondaki hastaların idrar ve beyin omurilik sıvıların noradrenalin metabolitinin düzeyinin çok düşük olması araştırmacıların dikkatini çekmiştir.

Depresyonda monoaminlerin yıkımında görevli MAO-A enziminin etkinliği artar. İntihar sonucu yaşamını kaybeden bireylerin postmortem beyin incelemelerinde kortekste beta adrenerjik reseptör yoğunluğunda artış saptanmıştır (27).

Depresyon hastalarının fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları ve postmortem çalışmalarda beyinde dopamin taşınımının azaldığı, beyin omurilik sıvısında dopamin metabolit düzeyinin düşük olduğu, dopamin taşınımını artıran ilaçların antidepresan etkilerinin olması depresyon sırasında dopamin metabolizmasında değişiklik olduğunu ortaya koymaktadır. Beyin dopamin düzeyinde azalma görülen Parkinson hastalığına sahip bireylerde depresyon sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (27).

Tiroid fonksiyon değişikliklerinde duygulanım değişiklikleri, kadınlarda premenstrual dönemde aşırı duyarlılığın oluşu, postpartum dönemde ciddi ruhsal bunalımların ortaya çıkmasının dikkati çekmesi gibi sebeplerle nöroendokrin sistem depresyon etiyolojisinde çalışmaya değer bir alan olmuştur. Nöroendokrin sistemler içerisinde en çok hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi (HHB) aksı önem kazanmıştır.

Stres sonucu HHB aksının etkinliğinin artması sonucu artan CRH ve kortizol düzeylerinin bunaltı, duygusal küntlük, sabahları kötü ruh hali, sirkadiyen ritim değişiklikleri, psikomotor devinimlerde değişiklik, libidoda azalma, bilişsel işlevlerde kötüleşme gibi belirtilerle ilişkili olduğu öne sürülmektedir (28,29).

Depresyonda bir diğer nöroendokrin çalışma alanı hipotalamus-hipofiz-tiroid bezi aksıdır. Depresyonda TRH'ya tiroid stimüle edici hormon (TSH) yanıtı azalır ve serum tiroksin (T4) düzeyleri yükselir. Antidepresan ilaçlarla tedaviye dirençli olan bazı depresyon hastalarında tedaviye triiyodotironin (T3) eklenmesi ile daha iyi sonuçlar alınabildiği görülmüştür (4).

c. Psikolojik faktörler:

- **Psikanalitik Kuram**

Depresyona psikanalitik açıklamayı ilk olarak 1912 yılında Karl Abraham yapmıştır. Yas süreci ve melankolik depresyonunun birbirine benzerliğinden hareketle, depresyonda kaybedilen objeye karşı duyulan öfke duygusunun içe atılması

olarak yorumlamıştır. Sigmund Freud (1917) "Yas ve Melankoli" başlıklı yazısında yas ve depresyonun her ikisinde de kayıp sonrası ortaya keder, isteksizlik, keyifsizlik, dünyayı bomboş algılama, uyku bozuklukları ortaya çıktığından, depresyonda bu belirtilere ilave olarak özsaygıda azalma ve yoğun suçluluk duygularına yönelik cezalandırılma düşüncelerinin olduğundan bahsetmiştir (25,30).

Yasta gerçek bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusuyken, depresyonda bu kayıp olabilir ya da olmayabilir. Gerçek bir sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir kayıp söz konusudur.

Kişiler arası ilişkilerinde ambivalans hâkim olan bireylerde, sevginin yanı sıra bilinçdışı bir nefretten söz edilir. Bu ambivalan duygular özellikle içe atılan sevgi nesnesine yöneliktir. Bu sevgi nesnesinin yitirildiği duygusu, ambivalan duyguları harekete geçirir. Cezalandırıcı olan süperego ise, kin ve nefret duygularını bireyin benliğine yöneltir. "Artık sevilmiyorum, sevilmeyi hak etmiyorum ve kötüyüm" duyguları ve bunlara bağlı benlik saygısı kaybı olur (31).

- **Davranışçı Kuram**

Davranışçı yaklaşıma göre depresyonda öğrenilmiş çaresizlik modelinden ve pekiştirme modelinden söz edilir. Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modelinde köpeklere elektrik akımı verilerek köpekler bir kaçma davranışına itilmiş, bir yandan da kaçmaları önlenmiştir. Koşullanma yolu ile köpeklerin bir süre sonra elektrik akımı verilmese dahi kaçma çabası göstermediği, teslim olduğu, üzüntülü ve durgun bir şekilde çaresizlik içerisine düştüğü gözlenmiştir. Köpeklerin bu ruh hali, insanlarda görülen depresyona benzetilmiştir. Özetle bu görüşe göre depresyon, çocukluk yıllarından beri olumsuz uyaranlara maruz kalan bireyler bunlardan kurtulmayı bilememekte ve öğrenilmiş bir çaresizlik yaşamaktadırlar (32).

Lewinsohn tarafından ortaya koyulan pekiştirme modeline göre ise yetersiz ödüllendirilme umutsuzluk, hak edilmeden verilen ödüller özsaygıda azalmaya yol açar. Sonuç olarak kişiler ödüllendirilmeye uygun davranışsal yanıtlar ortaya koyamazlar ve bunun tetiklediği yetersizlik duyguları depresyon gelişimini yordamaktadır (33).

- **Bilişsel Kuram**

Bilişsel kuram 1960'lı yıllarda A. T. Beck ve arkadaşları tarafından ortaya atılmış, depresyona yatkın olan bireylerde çeşitli bilişsel bozukluklar ve bunlara bağlı gelişen duygusal çökkünlük sonucunda depresyonun geliştiği savunulmuştur. Bu bireylerde küçük yaşlardan itibaren kendisine ve dış dünyaya karşı yerleşmiş olumsuz düşünceler vardır ve bu yerleşik kavramlara "şema" adı verilir. Bu olumsuz düşünceler zamanla olumsuz yargılara ve davranışlara yol açar. Birey deneyimlediği olaylarda önce olumsuz yönlere odaklanır. Bu olumsuz düşünceler kişinin birden aklına gelir, istemsizce ve otomatik olarak ortaya çıkar ve çoğunlukla çarpıtılmıştır. Doğrulukları, gerçekliğe uygunlukları sorgulanmaz ve akıldan çıkarılmaları zordur (34).

Depresif bilişlerin bir diğer özelliği de kişiye bu düşüncelerin inandırıcı gelmesi ve bu çarpık bilişe karşı ortaya çıkan duyguların ardından başka bilişsel çarpıtmaların inandırıcılığını da güçlendirmesidir (35). Bilişsel modele göre bu depresif bilişler MDB belirtilerine yol açar.

Olumsuz düşüncelerin bilgi işleme özelliklerine baktığımızda sıklıkla gördüklerimiz şunlardır: Yeterli kanıt olmadan bir sonuca varmak (keyfi çıkarsama), yalnızca bir olaydan genel sonuçlar çıkarmak (aşırı genelleme), diğer tüm yönleri göz ardı ederek yalnızca bir ayrıntıya odaklanmak (seçici soyutlama), olumluyu azımsama olumsuzu abartma, kendisiyle doğrudan ilişkisi olmayan olayları kendisine yönelik algılamak (kişiselleştirme), hep ya da hiç tarzı düşünme.

Bilişsel teoriye göre, MDB'de bilişsel ve emosyonel yanlılık vardır. Bu emosyonel yanlılık, olumsuz uyaranın öncelikle işlenmesine yatkınlıktır. MDB'ye sahip olan hastalarda emosyonel yüzlerin tanınmasında bir sorun olduğu, üzgün yüzlerin algılanmasının artarken, mutlu yüzlerin algılanmasının azaldığı araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu olumsuz emosyonlara olan yanlılık, beyin görüntüleme çalışmalarında amigdala ve ventral prefrontal kortekste aktivite artışı ile gösterilmiştir (36).

MDB'de görülen bir diğer bilişsel yanlılık ise şudur: Artmış ve süreğen kendine odaklanma. MDB'de bu artmış kendine odaklanma yüksek düzeyde ruminasyon ve kendini değerlendirme olarak karşımıza çıkar (37).

MDB hastaları kendilerini daha çok olumsuz değerlendirir ve özsaygıları genel olarak daha düşüktür. Aynı zamanda hayatlarıyla ilgili olumsuz olaylarda daha çok kendilerini suçlama eğilimindedirler. Olumsuz yaşantıları kendi ile bağdaştırma ve artmış kendine odaklanma, olumsuz duygudurumun pekişmesine ve sonuç olarak da sosyal içe çekilmeyi artırarak hastalık sürecinin gidişatına katkı sağlar (38).

- **Yaşam Olayları ve Çevresel Değişkenler**

Literatür incelendiğinde, depresif epizodun başlamasının öncesinde hastaların çoğunun stresli yaşam olayları bildirdiğine dair birçok araştırma olduğu görülür. Özellikle ilk epizoddan önce stresli yaşam olaylarının görülme ihtimali, nüks epizotlardan önce görülme ihtimalinden daha yüksektir. Stresli yaşam olaylarının depresif epizodlarda temel rolü olduğunu ve sınırlı bir etkiye sahip olduğunu savunan farklı görüşler mevcuttur. Depresyon gelişimi ile en yakın ilişki kurulan yaşam olayının, 11 yaşından önce ebeveyn kaybı olduğu belirlenmiştir. Depresif epizodun başlamasını en sık predikte eden yaşam olayının ise, eş kaybı olduğu bilinmektedir. Bunlar dışında, işsizliğin depresyon gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir. Göçün beraberinde getirdiği risk faktörlerinin yanında, kentlerde farklı stresörlerle karşılaşma olasılığının daha yüksek olması sebebiyle kentlerde depresyon oranlarının kırsal kesime göre daha fazla olduğundan söz etmek mümkündür (39).

- **Hastalık Öncesi Kişilik**

Depresyona yatkın olan bireylerin genel olarak herkesi memnun etmeye ve kimseyi kırmamaya çalışan, yardımsever, sorumluluk duyguları güçlü, değer verdiği kişilere aşırı bağlı ve hem kendisinden hem de onlardan beklentilerini yüksek tutan, dışsal uyaranlardan kolayca etkilenen bireyler olduğu düşünülmektedir. Hayatın olağan akışı içerisinde "erdem" olarak tanımlanabilecek bu özellikler, zorlayıcı yaşam olayları karşısında birey için mevcut durumu daha da zorlaştırıcı hale gelebilir ve kişi kendini başarısız, yenik biri olarak algılamaya başlar (40).

2.1.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular

Depresyon hastalarında detaylı bir anamnez ve ruhsal durum muayenesi neticesinde çok çeşitli belirtiler saptanabilir. Ancak çökkün duygudurum ve ilgi-istek

azlığı ya da anhedoni en temel belirtilerdir. Bu temel belirtiler dışında hastalar bilişsel belirtiler, davranışsal belirtiler, vejetatif belirtilerden nesnel ve öznel yargılamanın bozulduğu psikotik belirtilere kadar çok geniş bir spektrumda karşımıza gelebilir.

Hastalarda çökkün duygudurum çoğunlukla mutsuzluk, çaresizlik, değersizlik duyguları, sıkıntılı ruh hali ile karşımıza çıkabilmektedir. Öncesinde keyif alınarak yapılan aktivitelere karşı ilgi ve istek kaybı ya da bu aktivitelerden eski zevki alamama görülebilir.

Hastaların bilişsel muayenelerine bakıldığında konuşma hızının azaldığı, sorulan sorulara yanıt süresinin uzadığı, bazen bloklar bazen ise mutizm tablosunun olabildiği, odaklanma ve dikkati sürdürme becerilerinin azaldığı, sıklıkla unutkanlıktan yakındıkları görülmektedir.

Düşünce içerikleri incelendiğinde suçluluk, değersizlik, yetersizlik, beceriksizlik temalarının yoğun olduğu, bu düşüncelerin bazen sanrı düzeyinde olabildiği ve çok yoğun olduğu zamanlar intihar düşüncelerini tetikleyebildiği bilinmektedir.

Vejetatif belirtilere bakıldığında çoğunlukla enerji azlığı, kolayca yorulma, iştahsızlık ve yemek yememe ile buna bağlı kilo kaybı, libidoda azalma, uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük, uyku kalitesinde azalma görülür. Sıklıkla uyku ve iştahta azalma görülmesine rağmen atipik depresyon olgularında tam tersi uyku ve iştahta artış görülebilmektedir.

Psikomotor yavaşlama ile hastaların jest ve mimiklerinde de azalma, daha kısık sesle konuşma görülür. Hastaların bunaltılı ruh hali özellikle kadın ve yaşlı hastalarda psikomotor ajitasyon olarak tabir edilen huzursuzluk, yerinde duramama olarak karşımıza çıkabilmektedir (41).

2.2. İNTİHAR VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

"İntihar" kelimesinin kökenine bakıldığında Arapça "nahr" kelimesinden köken aldığı ve Arapçadan Türkçeye geçtiği görülür. "Nahr", "boğazın alt kısmındaki çukur" anlamına gelirken, "intihar" etimolojik olarak "kendini boğazlamak" anlamına

gelir (42,43). Latincede “Sui” (kendi) ve cedere (öldürmek) köklerinden türetilmiş “suicide” sözcüğü ile ifade edilmektedir (44). Türkçe karşılığı “özkıyım”dır. Günümüzde ise intihar; yöntem fark etmeksizin kendini öldürme davranışlarının tümü için kullanılır. Kişinin kasıtlı olarak kendi yaşamına son vermesi olarak tanımlanır ve tüm dünyayı yakından ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur.

Emile Durkheim bir toplumbilimcidir ve kuramsal bakış açısı ile intihara yaklaşan ilk bilim insanı olmuştur. 1897 yılında “Le Suicide: Etude Sociologique” adlı eseri basılmış ve 1986 yılında Özer Ozankaya tarafından “İntihar: Toplumbilimsel İnceleme” adı ile Türkçeye çevrilmiştir. Artık bir klasik sayılan bu esere göre intiharın tanımı şöyledir: “Ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir. İntihar girişimi ise, bu biçimde tanımlanan ancak ölüm sonucu doğmadan durdurulan edime denir.” (45).

Osmanlı Devleti’nde intihar sayı ve hızının pek yüksek olmadığı, 19. yüzyıldan sonra artış gösterdiği belirtilir. Bu bilgi doğrudur, ancak veri yetersizliğini de göz önünde bulundurmak gerekir. İntihar vakalarına ait düzenli istatistikler Osmanlı Devleti’nde 1911 yılında başlamış ve 1918 yılında İstanbul’un işgaline kadar devam etmiştir (46).

Cumhuriyet döneminde modernleşme ve toplumsal yapıdaki köklü değişimlerle beraber intihar hızı kadınlar lehine değişmiştir. Özellikle kadınları etkileyen Medeni Kanun’da yapılan yenilikler, kadınlara seçme ve seçilme hakkının verilmesi, kadınların eğitim, iş yaşamına katılması gibi değişikler yapılmış ancak toplum buna aynı hızda adaptasyon gösterememiştir. Kadının toplum içindeki rolü ve görevleri devam etmekteydi (47). Bununla beraber neredeyse “intihar salgını” olarak tanımlanabilecek düzeyde intihar hızında artış görülmeye başladı. Bu intiharları sosyolojik açıdan ilk inceleyen isim Max Bonnafaus olmuştur. 1916-1926 yılları arasında İstanbul’da meydana gelen 1161 intihar olgusunu incelemiş ve 1927 yılı itibariyle bulgularını yayımlamıştır. Bonnafaus’un elde ettiği verilere göre; 1922’den sonra intihar hızında belirgin bir artış söz konusuydu ve intihar edenler için cinnet, bunalım, akıl hastalığı gibi sıklıkla suçlanan sebepler bu intiharlar için geçerli değildi. Artış yalnızca Türk ve Müslüman genç kadınlarda söz konusuydu, yani cinsiyet olarak

da bir şeyler tersine dönmüştü. Üstelik semt bazında incelendiğinde, Eyüp'te bir artış gözlenmezken, Kadıköy ve Üsküdar gibi değişime en açık bölgelerde intihar oranları çok daha yüksekti (46).

Dünya Sağlık Örgütü intihar davranışını; intiharı düşünme, intiharı planlama, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar başlıkları altında değerlendirmektedir (48).

İntihar düşüncesi: Bireyin kendini öldürmeyle ilişkili istek ve niyetin olduğu ölüm düşünceleridir. İntihar eylemi eşlik etmez.

İntihar planı: Bireyin kendisini öldürme amacıyla bir yöntem planlamasıdır.

İntihar girişimi: Bireyin ölme amacıyla yaptığı ancak ölüm ile sonuçlanmayan eylemlerdir.

Tamamlanmış intihar: Bireyin ölme amacıyla yaptığı eylemlerin sonucunda ölümünün gerçekleşmesidir (49–51).

Amerikan Psikiyatri Derneği ise bu tanımlardan farklı olarak intihar niyeti, tamamlanmamış intihar girişimi, intihar girişiminin ölümcüllüğü ve kasıtlı kendine zarar verme tanımlamaları yapmıştır:

İntihar niyeti: Bireyin ölmek için kendine zarar verme isteğidir.

Tamamlanmamış intihar girişimi: Bireyin ölmeyi amaçladığı, ancak fiziksel bir hasar oluşmadan eyleme son verdiği kendine zarar verme potansiyeli içeren eylemlerdir.

İntihar girişiminin ölümcüllüğü: İntihar eylemi sonucunda ortaya çıkan objektif hayati tehlikedir.

Kasıtlı kendine zarar verme: Bireyin ölme niyeti olmaksızın, kendi iradesi ile acı veren ya da yaralayıcı davranışta bulunmasıdır (52).

Kasıtlı kendine zarar verme davranışında kişi genellikle duygudurum regülasyonunu sağlamak ve boşluk hissini gidermek amacıyla eyleme geçer. İntihar davranışı ile intihar olmayan kendini yaralama davranışı, davranışa ölüm niyetinin eşlik edip etmemesi ile birbirinden ayrılır (49,53,54).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl ortalama 800 bin kişinin intihar sonucunu yaşamını kaybettiği belirlenmiştir. 2019 yılı verilerine göre ise 15-29 yaş arasında intihar dördüncü ölüm nedeni olmuştur. Tamamlanmış intihar girişimlerinin yaklaşık 20 katı kadar tamamlanmamış intihar girişimi olduğu tahmin edilmektedir (55).

Psikiyatri pratiğinde intihar aile için de hekim için de tecrübe edilebilecek en zor olaylardan biridir. Bölgeler arası intihar oranlarına bakıldığında; intihar oranlarının Orta Doğu dahil olmak üzere Doğu Akdeniz bölgesinde en düşük olduğu, Avrupa bölgesinde ise en yüksek olduğu belirtilmektedir. Bölgeler arasındaki bu farklılıkların; intiharın sınıflandırılmasındaki ayrımlar, intihara toplumsal bakış, intihar araçlarına ulaşım olanakları ve psikiyatrik bozuklukların tedavisindeki yeterlilik ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (56). İntiharın oldukça kompleks sosyoekonomik, dini, etnik ve kültürel yönleri mevcuttur.

İntiharlarla ilgili araştırmalarda; intihar girişiminde bulunan kişilerin %90'ından fazlasında psikiyatrik bir rahatsızlık olduğu, tamamlanmış intiharlarda ise bu oranın %95 olduğu saptanmıştır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin intihar riski, olmayan bireylere kıyasla 3-12 kat yüksektir (1).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 yılı verilerine göre kaba intihar hızı yüz binde 4,88 olarak hesaplanmıştır. 4146 kişi intihar ve kasıtlı kendine zarar verme sebebiyle yaşamını kaybetmiş, bu bireylerin 3111'inin erkek, 1035'inin kadın olduğu rapor edilmiştir. İntihar eden bireylerin %41,2'sinin (1709) hiç evlenmediği, %44'ünün (1824) evli olduğu, %4,4'ünün (182) eşinin öldüğü, %10,2'sinin ise boşanmış olduğu görülmüştür. İntihar eden bireylerin medeni durumları geçmiş yıllarla kıyaslandığında, boşanmış bireylerin oranının genel olarak artış gösterdiği dikkati çekmektedir.

Neden ve cinsiyete göre intihar oranlarına bakıldığında; intihar eden bireylerin %26,8'inin hastalık, %4,6'sının aile geçimsizliği, %7,2'sinin geçim zorluğu sebebiyle intihar ettiği bildirilmiştir. Hastalık ve aile geçimsizliği sebebiyle intihar kadın cinsiyette daha yüksek orandayken, geçim zorluğu sebebiyle intihar erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre yaklaşık 5 kat daha yüksek bulunmuştur.

Şekline ve cinsiyete göre intihar oranlarına bakıldığında; bireylerin %46,8'inin kendini asarak, %25'inin ateşli silah kullanarak, %13,6'sının yüksekten atlayarak, %8,5'inin kimyevi madde ile intihar ettiği belirlenmiştir. Erkek cinsiyette ası ve ateşli silah yöntemleri öne çıkarken, kadın cinsiyette ası, yüksekten atlama ve kimyevi madde kullanma yöntemlerinin öne çıktığı görülmüştür (57).

2.2.3. Risk Faktörleri

İntihar düşüncesi, planı ve davranışı psikiyatrik aciller arasındadır. Bir hastanın intihar düşüncesinin ya da planının olup olmadığını ya da intihar düşüncesi olan bir hastanın girişimde bulunup bulunmayacağını öngörmek oldukça zordur. Bu nedenle ayrıntılı bir ruhsal durum muayenesi ve risk faktörlerinin detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir.

İntihar her zaman olmasa da önlenebilir ölüm sebeplerinden biridir. İntihar davranışı ile ilgili birçok risk faktörü mevcuttur ve bu risk faktörlerinin yönetimi ile intiharı büyük oranda önlemek mümkündür.

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşam olayları, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve madde kullanımı, fiziksel hastalıklar, daha önce intihar girişimi, aile öyküsü, sosyal izolasyon, göç intihar için risk faktörleri arasında sayılabilir. DSÖ bu risk faktörlerini gruplamış ve beş ayrı grupta değerlendirmiştir:

1. Bireysel faktörler: Genetik yatkınlık, psikiyatrik hastalıklar, intihar girişimi öyküsü, ailede intihar öyküsü, ekonomik kayıplar, umutsuzluk, alkol kullanım bozukluğu, kronik ağrı.
2. İlişkisel faktörler: İlişki problemleri, anlaşmazlık, ayrılık, sosyal yalıtılmışlık, sosyal desteğin zayıf olması ya da hiç olmaması.
3. Yaşanan çevreyle ilgili faktörler: Travma, istismar, ayrımcılık, göç, doğal afetler, savaş.
4. Toplumsal faktörler: İntihar araçlarına erişimin kolay olması, medya organlarında intiharın uygunsuz şekilde sunumu, yardım arama çabasının toplum tarafından etiketlenme sonucu ketlenmesi.
5. Sağlık sistemiyle ilgili faktörler: Sağlık hizmetlerine erişimde güçlük.

Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarına göre, her ne kadar bölgesel farklılıklar görülse de intihar hızı gençlerde ve ileri yaştakilerde daha yüksektir (48). Ergenler oldukça hızlı değişen biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerden geçmekte ve bu süreçte dışsal zorlayıcılara daha duyarlı hale gelmektedirler. Bununla beraber bireyselleşme isteklerinin de artması sonucunda sosyal destekleri azalmaktadır (58). Bu dönemde sorun çözme becerilerinin yetersiz olması da onları risk altında yapmaktadır.

İleri yaşta ise fiziksel ve metabolik hastalıklar artmaktadır. Yaşlı bireylerin düşünce tarzlarının daha katı olduğu, sosyal olarak yalıtılmış oldukları ve ölme konusunda gençlere göre daha kararlı oldukları bildirilmiştir (59). Kendilerini işe yaramaz ve gereksiz hissedebilir, yaşamak için bir neden bulamayabilirler. Bu yaş grubunda ayrıca hayati ilaçlarını kullanmama ya da yeme-içmeyi bırakma şeklinde pasif intihar girişimleri de görülebilir (60).

İntihar düşüncelerinin oluşması ile ilgili pek çok kuram ortaya koyulmuş ve bu kuramların çoğu da umutsuzluk ve bilişsel yapılanmalar üzerinde durmuştur. Bu kuramların ilki ve belki de en temeli, 1996 yılında Beck tarafından ortaya koyulan bilişsel kuramdır. Bilişsel modele göre tüm psikolojik bozuklukların temelinde bilişler yer almaktadır ve umutsuzluk, depresyon ve intihar eğilimi arasında bir ilişki vardır. Beck ilerleyen yıllarda bu kuramı geliştirmiş ve intiharı açıklarken şemalar ve modları kullanmıştır. Şemalar hayatın erken dönemlerinde gelişir ancak etkinleşmeleri için tetikleyici bir olaya ihtiyaç vardır. Modlar ise karakterin temel sistemlerini oluşturan ve bireyin kendine özgü şemalarından oluşan bilişsel altyapılardır. Beck'in ortaya attığı bu kuram ilerleyen yıllarda çeşitli araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Abramson ve arkadaşları 2000 yılında "intihara yönelik umutsuzluk kuramı"nı ortaya koymuşlardır. Bu kurama göre eğer bir bireyin olumsuz bilişlere yatkınlığı var ise, olumsuz yaşam olayları karşısında umutsuzluk yaşamaya daha meyilli olacaklar ve buna paralel olarak da intihar eğilimleri ortaya çıkacaktır.

Rudd ise 2006 yılında bazı bireylerin intihar davranışlarına daha yatkın olduğunu ifade eden "akıcı yatkınlık kuramı"nı ortaya koymuştur. Bu yatkınlığı Beck'in tanımladığı "intihar yönelimli mod"un bilişsel parçası olan "intihar inanç sistemi" belirlemektedir. İntihar inanç sistemi bireyin kendisine, çevresine, dış

dünyaya ve geleceğe yönelik şemalarının ve işlevsel olmayan inançlarının bir bileşimidir ve bireylerin intihara yatkınlıklarını belirler. Rudd'a göre dört temel inanç intiharla ilgili bilişsel inançlar sistemini oluşturur: Sevilemezlik, çaresizlik ve sıkıntı, toleransın düşük olması ve algılanan yük. Bu bilişler intihar düşüncelerinden farklılık göstermektedir. İntihar düşünceleri intihar planı gibi düşünceleri içerirken, intihar bilişleri hem akut hem kronik dönemde genel bir intihara yönelimi kapsamaktadır. Rudd'un ortaya koyduğu akıcı yatkınlık kuramına göre bireyin intihara yatkınlığı zaman zaman artıp azalan bir değişkendir ve bireyin intihar inanç sistemi değişmedikçe intihar riski ortadan kalkmayacaktır (61).

Birçok bilimsel araştırmada daha önce intihar girişiminin olmasının, tamamlanmış intihar riskini 10-60 kat artırdığı gösterilmiştir (62).

İntihar sonucu hayatını kaybeden bireylerin %50'sinin daha önce en az bir kez, %25'inin ise son bir yıl içerisinde intihar girişiminde bulunduğu araştırmalarla ortaya konmuş ve tamamlanmış intihar için en büyük risk faktörünün daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak olduğu belirlenmiştir (59,63,64).

Daha önce intihar girişimi olan bireylerde yaşam boyu intihar riskinin %10-15 olduğu bildirilmiştir (65).

Kişilik bozukluğu, intihar girişimi olan bireylerin birçoğunda tespit edilmiştir. İntihar girişimi olanların %55'inde, tamamlanmış intiharların ise %9-28'inde kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (66). Kadın cinsiyette sınır kişilik bozukluğu, erkek cinsiyette ise antisosyal kişilik bozukluğu bu anlamda öne çıkmaktadır (67). Sınır kişilik bozukluğu büyük oranda işlevsellikte azalmaya yol açmaktadır. Bu grup bireylerde intihar hızı neredeyse %10 gibi yüksek bir orandadır. 2015 yılında yapılan, intihar niyetinin şiddeti ve kişilik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada dürtüsellik, agresyon ve düşmanca tutum gibi kişilik özelliklerinin intihar niyetinde önemli öngördürücüler olduğu ortaya konmuştur (68). Özellikle kişilik bozukluğu olan bireylerde görülen kendine zarar verme davranışlarının intihar için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Bu bireylerin daha depresif ve daha umutsuz oldukları, agresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha uzun süre intihar düşüncelerinin olduğu ve intihar girişimlerinin sonuçlarını öngöremedikleri belirlenmiştir. Birçok çalışmada, kendine zarar verme davranışlarının intihar için risk faktörü olabileceği sonucuna

varılmıştır (69,70). Bununla beraber, kendine zarar verme davranışının hafif bir intihar girişimi olduğu ve kişiyi disosiyasyondan çıkararak intihardan koruyucu olduğunu belirten daha az sayıda çalışma da vardır (71).

Bazı kişilik özelliklerinin de intihar riski üzerine önemli etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında agresyon, dürtüsellik, öfke, düşmanlık, umutsuzluk, sorun çözme becerilerinde yetersizlik, mükemmeliyetçilik gibi özellikler bunlar arasında sayılabilir.

Sorun çözme becerileri gelişmiş olan bireyler, zorlayıcı yaşam olayları karşısında daha az sıkıntı yaşar, sorunun çözümü için gereken mekanizmaları daha kolay harekete geçirirler. Sorun çözme becerilerinin yeterince gelişmediği erişkin bireylerde ve ergenlerde, intihar için risk söz konusudur (59). Ergenlerin, sorunlar karşısında daha az çözüm yolu bulabildikleri ve çözümden ziyade soruna odaklı oldukları saptanmıştır (72).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde hem intihar davranışı hem de kendine zarar verme davranışı oranları normal popülasyona göre daha yüksektir (73). Uzun dönem izlem çalışmalarına (20 yıl ve üzeri) bakıldığında, psikiyatrik tedavi gören hastaların intihar hızlarının %1-4 olduğu saptanmıştır (74). Pek çok psikiyatrik hastalık intihar davranışı ile ilişkili olabilir. Psikiyatrik hastalıklar ve intihar davranışı için risk faktörleri ve koruyucu faktörler birbiri ile örtüşmektedir. Gerçeği değerlendirme yetisi, sorun çözme becerileri, yargılama, sosyal, mesleki ve boş zaman işlevselliği psikiyatrik hastalıklarda etkilenmektedir. Hayatın çeşitli alanlarında kayıplar yaşayan, sosyal olarak yalıtılmış, baş etme becerileri uyuma yönelik olmayan, aile ve toplum içerisinde eski rolünü devam ettiremeyen psikiyatri hastalarının intihar riski daha yüksektir (59).

Geçmeyen ağrılar sonucu umutsuzluk ve sonrasında depresyon gelişebilir ve depresyon ağrıyı daha da arttırır. Kronik ağrının hiç geçmeyeceği ve kişinin bundan ölüm yoluyla kurtulabileceği yönünde düşünceleri olabilir ve bu da ölüm ile ilgili doğal korkuyu ortadan kaldırabilir (75).

2.3.4. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler kişinin yaşamın getirdiği güçlüklerle baş etme yetisini artırarak, intihar davranışını ve riskini azaltan faktörlerdir. Bireyin hayata devam etmek için nedenlerinin olması önemli bir koruyucu faktördür. Bireyin ait olduğu kültürün, mensubu olduğu dinin intihara karşı olumsuz olması, kişisel olarak intihara yönelik olumsuz düşüncelere sahip olması, aile desteğinin ve sosyal desteğin güçlü olması, değer verdiklerine karşı hissettiği sorumluluk ve onları üzme konusunda duyacağı suçluluk hissi intihardan koruyucu faktörler arasında sayılabilir (59,76).

Ayrıca sorun çözme becerilerinin gelişmiş olması, dürtü denetiminin sağlanabiliyor olması, kendini kontrol edebildiğini düşünme, benlik saygısının yüksek olması, hayatta bir amacı olduğunu düşünme, gelecekten bir beklentisinin olması, riskli davranışlardan ve acıdan çekinme, fiziksel sağlığın yerinde olması, inançların güçlü olması ve dayanıklı olmak da koruyucu faktörler arasında sayılabilir (59).

2.2.5. Kullanılan Yöntemler

İntihar için yüzlerce farklı yöntem sıralanabilir. Bu yöntemler genel olarak şiddet içeren ve şiddet içermeyen yöntemler olarak ikiye ayrılabilir. Şiddet içeren yöntemlere ası, yüksekten atlama, ateşli silah, derin kesiler örnek verilebilirken; şiddet içermeyen yöntemlere yüksek doz ilaç ve kimyasal madde alımı ile yüzeyel kesiler örnek verilebilir (77).

İntihar için kullanılan yöntem bireysel özellikler ve intihar anındaki çevresel imkanlara göre değişkenlik gösterebilir. Örneğin erkek cinsiyette ateşli silah, ası ve yüksekten atlama girişimleri daha sıkken, kadın cinsiyette ilaç ya da zehir içme girişimlerinin daha sık olduğu, kadınların daha az acı veren yöntemler seçerken, erkeklerde şiddet içeren yöntemlerin daha çok tercih edildiği saptanmıştır. Türkiye'de cinsiyete göre kullanılan intihar yöntemlerine bakıldığında, 2006-2015 yılları arasında ateşli silah kullanımının erkek cinsiyette, kadın cinsiyete göre 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Aynı zamanda şiddet içeren yöntemlerin seçiminin dürtüsellik ve şiddete meyil ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Kırsal kesimde tarım ilaçları ile intihar dikkati çekerken, büyük şehirlerde yüksekten atlama girişimlerinin ön plana çıktığı saptanmıştır (78,79).

Türkiye'de 1990 yılında ateşli silah bulundurma ve taşıma ruhsatı almaya yönelik prosedürler kolaylaştırılmaya başlamıştır. Bunu takip eden dönemde, 1989-1998 yılları arasında tamamlanmış intiharların erkeklerde %56, kadınlarda %41 oranında arttığı belirlenmiştir. Bunun tam tersi olarak, intihar araçlarına erişilebilirlik azaltıldığında intihar hızının da düştüğü belirlenmiştir. Örneğin ateşli silahların ulaşılabilirliğinin azaltılması ile intihar girişimlerinin toplam sayısı azalmasa da intihar sonucu ölümlerin azaltılabileceği söylenebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ateşli silah kullanımının kanunlarla sıkı kontrolünün yapıldığı eyaletlerde intihar hızının daha düşük olduğu görülmüştür (80).

2.2.6. İntihar Riskinin Değerlendirilmesi

İntihar ile ilgilenen bilim insanlarının genel kanısı ve araştırmaların gösterdiği objektif sonuçlara göre, kimin intihar düşüncesine sahip olduğu, kimin bir intihar girişiminde bulunacağı ve kimin kendini öldüreceğinin önceden tahmin edilmesi neredeyse imkansızdır. 2017 yılında yapılan ve 365 bilimsel araştırmayı içeren bir metaanaliz çalışmasına göre, intihar davranışının öngörülebilmesi halen %50 oranındadır (81).

İntihar risk değerlendirmesi yaparken izlenen yöntemler genel olarak iki ana gruba ayrılabilir. Birincisi, klinisyenin yüz yüze görüşme ile bireyin intihar ve intihar girişiminde bulunma olasılığını ölçmeye çalıştığı risk değerlendirmesidir. Klinisyen bunu yaparken kendi görüşme yöntemlerini kullanabileceği gibi, yapılandırılmış görüşme formlarından da yararlanabilir. İkinci yöntem ise öz bildirime dayanan ölçek ve testlerin bireye doldurtulmasıdır (82). Her iki yöntemin de avantaj ve dezavantajlarından söz etmek mümkündür. Yüz yüze yapılan klinik görüşmede elde edilen bilgilerin zenginliği, öz bildirim ölçeklerinde yoktur. Bununla beraber, öz bildirim ölçeklerinde kişi kimliğini gizleyerek intihar düşüncelerinden daha rahat bahsedebilir. Aynı zamanda bu ölçekler hastalar arası değerlendirmede klinisyene bir standardizasyon sağlar (83,84).

İntihar riski değerlendirirken mutlaka gözden geçirilmesi gereken faktörler vardır. Bunları özetleyecek olursak;

1. Bireyin intihar için risk oluşturabilecek psikiyatrik hastalıklardan birine sahip olup olmadığı gözden geçirilmelidir.
2. Depresyon, anksiyete, ümitsizlik, öfke, uyku bozukluğu gibi özgül belirtiler araştırılmalıdır.
3. Bireyde içe kapanma, ölümden söz etme, öz bakımda azalma gibi davranış değişiklikleri olup olmadığı araştırılmalıdır.
4. Bireyin problemlerle baş etme becerileri, dürtüsellik düzeyi, öfke düzeyi, acıya dayanma kapasitesi araştırılmalıdır.
5. Bireyin psikiyatrik özgeçmişi detaylı sorgulanmalıdır.
6. Yaşam olayları, maddi ve manevi kayıplar, sağlık sorunları sorgulanmalıdır.
7. İntihar düşüncesinin özellikleri sorgulanmalıdır (plan, yöntem, ölümcüllük vs.).
8. Ölüm için hazırlık yapılıp yapılmadığı soruşturulmalıdır (vasiyet yazma, değerli eşyaları başkalarına verme vb.).
9. İntihar düşüncesinin güdüleyicisi araştırılmalıdır.
10. İntihar araçlarının ulaşılabilirliği araştırılmalıdır.
11. Hastanın intiharı gerçekleştirme yeteneği ve dürtüselliği soruşturulmalıdır.
12. Ailesel risk faktörleri soruşturulmalıdır.
13. Tedavi ve yardım alma güdüleyicisi değerlendirilmelidir.
14. Koruyucu faktörler soruşturulmalıdır (bireysel ve çevresel kaynaklar, sosyal destek, yaşama bağlayıcı nedenler vb.) (82).

2.3. RUHSAL HASTALIKLARDA DAMGALANMA VE KENDİNİ DAMGALAMA

2.3.1. Damgalanma (Stigmatizasyon)

Latince “stigmat” kelimesinden türeyen stigma kelimesi; etiketleme, damgalama, işaretleme gibi birçok anlamda kullanılmaktadır. İngilizce sözlüklerde

“kişiyi ötekilerden ayıran bedensel, ruhsal veya sosyal dezavantaj oluşturan özellikleri sebebiyle sosyal olarak kabul görmeme durumu” olarak tanımlanmıştır (86).

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ise damgalanmak; “Bir şeyin üzerine damga ile işaret yapmak, bir kimseye gerçeğe dayanmadan herhangi bir özellik, nitelik veya yüz kızartıcı bir suç yüklemek” anlamındaki damgalama işine konu olmak anlamına gelmektedir (85).

İlk olarak Amerikan sosyolog Goffmann tarafından “toplum tarafından kabul görmüş diğer insanlarca farklı özellikleri olduğu düşünülen ve farklı muamele gören” olarak tanımlanmıştır (86). Goffmann’ın bu tanımındaki stigmatize kişi toplumun diğer “normal” bireyleri tarafından ayrımcılığa uğrar. Durkheim; normal ve anormal birey arasındaki farkı açıklamaya çalışmıştır ve ona göre stigmatizasyonun temelinde, sosyal bir topluluktaki birlik duygusu yatmaktadır. Topluluğun birliğini tehdit eden bireyler stigmatize edilirler (87).

Goffmann’a göre stigma 3 türdür:

1. Bedenin fiziksel deformasyonları
2. İrade zayıflığı, sapkınlıklar, ahlaksızlık olarak algılanan kişilik bozuklukları. Örneğin ruhsal hastalıklar, mahkûmiyet, alkol ve madde bağımlılıkları, eşcinsellik, işsizlik, intihar girişimleri gibi.
3. Irk, millet ve din gibi etnolojik damgalar. Bunlar üst soy yoluyla aktarılır ve ailenin tüm bireylerini etkileyebilir.

Stigmatize edilen birey, buna sebep olan özelliğini düzeltmeye çalışır. Fiziksel deformasyon yaşayan birinin estetik müdahale yaptırması, gözleri görmeyen birinin tedavi görmesi, okuryazar olmayan birinin okuma yazma öğrenmeye çalışması bu duruma verilebilecek örneklerdendir. Tam bir onarımın sağlanabildiği hallerde dahi, stigmatize edilen kişi toplum nezdinde tam anlamıyla “normal” bir statüye sahip olamaz. Çünkü defoya sahip benlik, defosu düzeltilmiş bir benliğe dönüşür. Birey ise kendi bozulmuş benlik imajından sıyrılamaz (86).

Damgalanma ve intihar arasındaki en güçlü ilişkiyi ruhsal bozukluklarda görürüz. İntihar kimi zaman hastalar tarafından damgalamadan kaçmanın bir yolu olarak görülmektedir (88,89).

Yakın zamanda 25 Avrupa Birliği ülkesinden alınan veriler de damgalamanın intihar riskini artırdığı ve farklı uluslardaki farklı intihar oranlarını açıklamaya katkı sağlayabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Damgalama hastalar için bir stres faktörü ve bir sosyal izolasyon nedeni olabilir (90).

2.3.2. Kendini Damgalama (Self Stigmatizasyon)

Kendini damgalama (self stigmatizasyon), bireyin kendiyle ilgili algıları ve düşüncelerine dayanarak kendini yargıladığı bir süreçtir. Self stigmatizasyon gelişimindeki ilk basamak, kişideki farklılığın toplum tarafından fark edilmesi sonucu o kişiye karşı önyargıların aktive olmasıdır. Kişideki farklılık toplum tarafından algılandığında, toplumsal basmakalıp düşünceler açığa çıkar ve bu da beraberinde ayrımcılığı ve dışlamayı getirir (91). Kişi bu fikirlere tamamen katılmasa dahi, bunun hastalığından dolayı olduğunu fark etmeye başlar ve maruz kaldığı düşünce ve davranışları bir süre sonra içselleştirir (92).

Self stigma benlik saygısında azalma, utanç, değersizlik, sosyal fobi, depresyon, kaygı bozukluklarına yol açabilir. Aynı zamanda bireyin sahip olduğu hastalığa yönelik kaygılarının artmasına sebep olarak tedavi sürecine ket vurabilir. Depresif bozukluk varlığında bireyin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri aktifleşir ve bu, damgalanma algısının artmasına sebep olur. Depresyonun şiddeti arttıkça damgalanma algısının da arttığı, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça depresif belirtilerin şiddetinin arttığı saptanmıştır (93).

Ruhsal hastalıklara sahip olan bireylerde utanç, değersizlik duyguları daha fazla görülmekte, benlik saygısı azalmaktadır. Bu da beraberinde, kaybedilen benlik saygısının yasını getirmekte ve bu süreç ilerledikçe içselleştirilmiş damgalanma artmakta, artan içselleştirilmiş damgalanma ise depresyonun artmasına ve devam etmesine katkı sağlamaktadır. Artan depresif belirtiler benlik saygısının daha da düşmesine yol açmakta, sonuç olarak bir kısır döngü ortaya çıkmaktadır. Bu kısır döngü, depresif belirtiler ve içselleştirilmiş damgalanma arasında da söz konusudur (94).

Kendini "akıl hastası" olarak etiketleme intihar eğilimi ile ilişkili olabilir ve buna doğrudan ya da dolaylı olarak düşük benlik saygısı ve beraberinde getirdiği

sosyal izolasyon eşlik edebilir (95). Hem damgalanma hem de kendini damgalama, yardım arama davranışını olumsuz yönde etkileyebilir ve bu vesileyle artan intihar eğilimlerine ve girişimlerine yol açabilir (96). Ruhsal bozukluğu olan kişilerin %70'inden fazlası önyargı korkusu ve ayrımcılığa uğrama beklentileri nedeniyle psikolojik yardım aramamakta ya da çok geç aramaktadır (97). İntihar oranlarının oldukça düşük olduğu bilinen Hollanda'da yapılan bir çalışmada; utanç duygusunun daha az olduğu, psikolojik sorunların olması durumunda yardım arayışlarına daha açık olunduğu ve bireylerde damgalanma korkusunun daha az olduğu gösterilmiştir (98).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Bu kesitsel araştırmaya; 01.05.2023-01.08.2023 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve yatarak takip ve tedavi gören, DSM-V Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV) ile yapılan klinik değerlendirme sonucunda DSM-V tanı kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı almış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 73 hasta alındı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak şunlar belirlendi:

- 18-65 yaş aralığında olma,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olma,
- DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısı almış olma.

Araştırmadan dışlanma kriterleri olarak ise şunlar belirlendi:

- Araştırmaya katılmayı engelleyecek düzeyde mental retardasyona sahip olma,
- Bilişsel bozukluk veya genel tıbbi durumunda bozukluk olması,
- Türkçe okuma ve yazma bilmeme,
- DSM-5'e göre tanı kriterlerini karşılayan alkol veya madde kullanım bozukluğunun olması,
- Halihazırda psikotik belirtilere sahip olma.

3.2. ETİK KURUL ONAYI

Bu araştırma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'nun (EPK) 09.02.2023 tarih ve 2 no'lu toplantısında E-50687469-799-209118326 sayılı EPK onayı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.04.2023 tarih ve 2023-114 Sayılı kararı ile onaylanmıştır. Tez konusu onayı, EPK ve etik kurul onayları sırasıyla EK-1, EK-2 ve EK-3'te sunulmuştur. Ayrıca bilgilendirilmiş gönüllü olur formu EK-4'tedir.

3.3. VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Veri Formu

Araştırmaya dahil edilen hastaların muayenesi sırasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik ve klinik değişkenler veri formu doldurulmuştur. Veri formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyleri, geçmiş psikiyatrik öyküsü, kendine zarar verme davranışı ve intihar öyküsü, intihar girişimi sebebi ile hastanede yatış, ailesindeki psikiyatrik hastalık, intihar girişimi ve intihar sebebi ile yaşamını kaybeden bireylerin sorgulandığı bölümler mevcuttur. Sosyodemografik veri formunun örneği EK-5'te sunulmuştur.

3.3.2. Yaşam Olayları Sorgulama Listesi (YOSL)

Soli Salaman Sorias tarafından 1982 yılında geliştirilen Yaşam Olayları Listesi 107 maddeden oluşmaktadır. Kabakçı tarafından 2001 yılında üniversite öğrencileri için uyarlanmış olan "Yaşam Olayları Listesi" ise 87 maddeden oluşmaktadır. Başlıca ekonomik durum, tıbbi durum, eğitim, iş, aile ve akraba ilişkileri, cinsel yaşam, kayıplar, yer değişikliği gibi olaylardan oluşmaktadır. Listenin güncel hali 2011 yılında Ece Ataman tarafından oluşturulmuş olup, 93 maddeden oluşmaktadır.

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Aaron T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir ve depresyonun varlığını ve düzeyini ölçmek amacıyla kullanılır. Bireyin son 1 hafta içerisinde kendisini nasıl hissettiği ile ilgili toplam 21 sorudan oluşan, cevapların 0-3 arasında puanlandığı, 4 seçenekten oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Ölçekten alınan puan, depresif semptomların şiddeti ile doğru orantılıdır. 1989 yılında Nesrin Hisli tarafından Türkçe formu geliştirilmiştir (94).

3.3.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aaron T. Beck ve Arlene Weissman tarafından 1974 yılında geliştirilen, bireyin geleceğe dair olumsuz düşüncelerinin puanlandığı, toplam 20 sorudan oluşan ve her

bir soru için “evet” veya “hayır” olmak üzere iki yanıttan birinin işaretlendiği bir öz bildirim ölçeğidir. Bireyler ölçekten aldıkları puana göre 0-3 puan minimal, 4-8 puan hafif, 9-14 puan orta ve >15 puan şiddetli umutsuzluk düzeyinde kabul edilir. Ölçeğin ilk Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Gülten Seber tarafından 37 hasta üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmadaki örneklemin küçüklüğü ve kronik/fiziksel rahatsızlıklar ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastaların örneklemin dışında tutulması sebebiyle Ayşegül Durak ve arkadaşları tarafından 1994 yılında, 271’i çalışma ve 172’si kontrol grubu olmak üzere 373 kişi üzerinde yapılmıştır (99).

3.3.5. İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ)

Rudd ve arkadaşları tarafından (2010); genelde intihar bilişlerini belirlemek, özelde kişiyi intihar davranışına götüren umutsuzluk ve çaresizliği ölçmek için 18 maddeli olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında İbrahim Yiğit ve Melike Guzey tarafından 18-28 yaş aralığında 293 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. Çalışmada İBÖ’nün iki faktörlü (sevilemezlik ve dayanamazlık) ve üç faktörlü yapısı (sevilemezlik, çözülemezlik, dayanamazlık) doğrulayıcı faktör analizi ile ayrı ayrı test edilmiş, hangi modelin daha iyi uyuma sahip olduğu Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve üç faktörlü modelin daha iyi uyuma sahip olduğu saptanmıştır ($\Delta\chi^2(1)= 31.329, p < .05$]. İç tutarlılık güvenirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları şu şekildedir: İBÖ-Toplam için 0.91, sevilemezlik alt boyutu için 0.81, çözülemezlik alt boyutu için 0.79, dayanamazlık alt boyutu için 0.88 (61).

3.3.6. Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ)

Barney ve arkadaşları tarafından 2010 yılında depresyonla ilişkili kendini damgalamayı değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Kendini damgalamayı utanma, suçlanma/kendini kınama, sosyal yetersizlik ve tedavi aramanın ketlenmesi alanlarında değerlendirir. Kişinin kendisine yönelik damgalayıcı tema ve davranışlarını ölçen 16 maddeli beşli likert tipi bir ölçektir. Her bir madde için “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” olmak üzere 1-5 arası puanlanan beş yanıt seçeneği bulunmakta ve ölçekten alınan toplam puan 16 ve 80 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Gülsüm Zuhal Kamış ve

arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada DKDÖ-Toplam için iç tutarlılık değerlendirmesinde Cronbach alfa katsayısı ölçeğin özgün formunun Cronbach alfa katsayı değerine (0.87) oldukça yakın olarak 0.847 bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayı değerleri ise şu şekildedir: Utanç için 0.854, suçlanma/kendini kınama için 0.637, sosyal yetersizlik için 0.822, tedavi aramanın ketlenmesi için 0.686 (100).

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmaya başlamadan önce literatür verilerine dayanılarak güç analizi yapılmış, %80 güç ve 0.05 yanılma düzeyinde en az 68 hasta alınması gerektiği hesaplanmıştır. Hesaplamada G*Power 3.1.9.2 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya dahil olan hastaların verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 programı ile analiz edilerek yorumlanmıştır. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testinden yararlanılmış, ölçek puanlarının iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman’s Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir.

İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ) puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi ile incelenmiştir.

Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya toplam 73 majör depresif bozukluk hastası alınmıştır. Katılan hastaların %76,7'si (n=56) kadın, %23,3'ü (n=17) erkeklerden oluşmaktadır.

Araştırmaya dahil olan 73 hastanın minimum yaşı 19, maksimum yaşı 65 olup hastaların yaş ortalaması 35,75±12,79 yıl olarak hesaplanmıştır.

Veriler incelendiğinde; hastaların %43,8'inin (n=32) evli olduğu, %84,9'unun (n=62) ailesiyle beraber yaşadığı, %74'ünün (n=54) çalışmadığı, %47,5'inin (n=35) ise aylık gelirinin 8500 Türk lirasının altında olduğu saptandı.

Hastaların %58,9'unun (n=30) sigara, %13,7'sinin (n=10) alkol kullandığı ve %39,7'sinin psikiyatrik hastalık dışında ek bir tıbbi rahatsızlığa sahip olduğu belirlendi.

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	
Yaş (yıl)	35.75±12.79 34 (19-65)	
	n	**%**
Cinsiyet		
Kadın	56	76.7
Erkek	17	23.3
Eğitim		
İlköğretim	23	31.5
Lise	24	32.9
Üniversite	26	35.6
Medeni durum		
Evli	32	43.8
Bekar	29	39.8
Boşanmış/Dul	12	16.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	19	26.0
Çalışmıyor	54	74.0
Kimle yaşıyor		
Aile	62	84.9
Yalnız	11	15.1
Aylık gelir		
<8500 TL	35	47.9
8500-15000 TL	23	31.5
>15000 TL	15	20.5
Sigara		
Hayır	30	41.1
Evet	43	58.9
Alkol		
Hayır	63	86.3
Evet	10	13.7
Tıbbi hastalık		
Yok	44	60.3
Var	29	39.7

Araştırmaya dahil olan hastaların %45,2'sinin ilk başvurusu idi. Hastaların %68,5'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Katılımcıların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Hastaların %35,6'sında geçmişte kendine zarar verme davranışı olduğu, bunların %69,6'sının bir yerlere yumruk, kafa atma gibi künt travmalar şeklinde, %39,1'inin ise kesici alet ile olduğu saptandı.

Hastaların %28,8'inin daha önce intihar girişiminin olduğu belirlendi. İntihar yöntemleri sorgulandığında, hastaların %71,9'unun ilaç içme yoluyla, %14,3'ünün ası ile, %9,5'inin ateşli silah ile, %4,8'inin ise yüksekten atlama şeklinde intihar girişiminde bulunduğu belirlendi. Daha önce intihar girişimi olduğu beyan eden 21 hastanın yalnızca 7'sinin intihar sebebiyle hastane yatış öyküsünün olduğu belirlendi.

Hastaların %13,7'sinde (n=10) ailede intihar girişimi ve %6,8'inde (n=5) ailede intihar nedeniyle hayatını kaybeden birey olduğu saptandı.

Tablo 4.2. Hastaların özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri

	n	%
İlk başvuru		
İlk başvuru	33	45.2
Tekrar başvuru	40	54.8
Düzenli ilaç		
Yok	39	53.4
Var	34	46.6
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		
Yok	50	68.5
Var	23	31.5
Ailede Depresyon öyküsü		
Yok	62	84.9
Var	11	15.1
Geçmişte kendine zarar verme		
Hayır	47	64.4
Evet	26	35.6
Kesici aletle zarar verme (n=23)		
Yok	14	60.9
Var	9	39.1
Yumruk/Kafa vurma (n=23)		
Yok	7	30.4
Var	16	69.6
Geçmişte intihar girişimi		
Hayır	52	71.2
Evet	21	28.8
İntihar şekli (n=21)		
Ateşli silah	2	9.5
İlaç içme	15	71.4
Yüksekten atlama	1	4.8
Ası	3	14.3
İntihar girişimi nedeniyle hastane yatışı		
Yok	66	90.4
Var	7	9.6
Ailede intihar girişimi		
Yok	63	86.3
Var	10	13.7
Ailede intihar nedeniyle ex		
Yok	68	93.2
Var	5	6.8

Araştırmaya dahil olan hastaların ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Hastaların ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)
Yaşam olayı sayısı	10.08±7.32	8 (1-35)
BDE	26.64±12.47	25 (2-51)
BUÖ	10.81±5.61	11 (0-20)
İBÖ		
İBÖ-Toplam	43.66±19.20	41 (18-90)
İBÖ-Sevilemezlik	13.49±6.32	12 (6-30)
İBÖ-Çözülemezlik	13.10±6.83	11 (6-30)
İBÖ-Dayanamazlık	17.07±7.73	16 (6-30)
DKDÖ	±	
DKDÖ-Toplam	45.93±10.40	48 (25-71)
DKDÖ-Utanç	11.24±4.30	11 (4-20)
DKDÖ-Suçlanma/Kendini Kınama	14.62±3.04	15 (6-20)
DKDÖ-Sosyal Yetersizlik	10.21±3.32	11 (3-15)
DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi	10.06±3.77	10 (4-19)

Hastaların İBÖ-Toplam puanları ile BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Hastaların BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları arttıkça İBÖ-Toplam puanları da artmaktadır.

Hastaların İBÖ-Toplam puanları ile yaşam olayı sayısı ve DKDÖ-Suçlanma/ Kendini Kınama alt ölçeği puanları ve yaşları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanları ile BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik,

DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları arttıkça İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanları da artmaktadır.

Hastaların İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanları ile yaşam olayı sayısı ve DKDÖ-Suçlanma/Kendini Kınama alt ölçeği puanları ve yaşları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanları ile BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi ölçek puanları ve yaşam olayı sayısı arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi ölçek puanları ve yaşam olayı sayısı arttıkça İBÖ-Çözülemezlik alt ölçek puanları da artmaktadır.

Hastaların İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanları ile DKDÖ-Suçlanma/ Kendini kınama alt ölçeği puanları ve hastaların yaşları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanları ile BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları arttıkça İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanları da artmaktadır.

Hastaların İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanları ile yaşam olayı sayısı ve DKDÖ-Suçlanma/ Kendini Kınama alt ölçek puanları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya dahil olan hastaların İBÖ-Toplam ve alt boyut puanları ile yaşam olayları sayısı, yaşları, BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Hastaların İBÖ-Toplam ve alt boyut puanları ile yaşam olayları sayısı, yaşları, BDÖ, BUÖ, DKDÖ-Toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyonlar

		İBÖ Toplam	İBÖ Sevilemezlik	İBÖ Çözülemezlik	İBÖ Dayanamazlık
Yaşam olayı sayısı	r*	0.199	0.222	**0.261**	0.128
	p	0.092	0.060	**0.026**	0.280
BDE	r*	**0.812**	**0.743**	**0.785**	**0.748**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
BUÖ	r*	**0.635**	**0.623**	**0.623**	**0.547**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
DKDÖ-Toplam	r*	**0.299**	**0.314**	**0.342**	**0.259**
	p	**0.011**	**0.008**	**0.003**	**0.029**
DKDÖ-Utanç	r*	**0.294**	**0.328**	**0.326**	**0.252**
	p	**0.013**	**0.005**	**0.006**	**0.034**
DKDÖ-Suçlanma/ Kendini kınama	r*	-0.173	-0.091	-0.142	-0.168
	p	0.149	0.449	0.237	0.160
DKDÖ-Sosyal Yetersizlik	r*	**0.400**	**0.322**	**0.389**	**0.399**
	p	**0.001**	**0.006**	**0.001**	**0.001**
DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi	r*	**0.300**	**0.315**	**0.346**	**0.245**
	p	**0.011**	**0.007**	**0.003**	**0.039**
Yaş	r*	-0.161	-0.195	-0.130	-0.109
	p	0.172	0.098	0.272	0.358

***** Spearman's Korelasyon katsayısı

Hastaların DKDÖ-Toplam ve alt boyut puanları ile yaşam olayları sayısı puanları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuçlar Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Hastaların DKDÖ-Toplam ve alt boyut puanları ile yaşam olayları sayısı arasındaki korelasyonlar

,		**Yaşam olayı sayısı**
DKDÖ-Toplam	r*	0.111
	p	0.356
DKDÖ-Utanç	r*	0.169
	p	0.159
DKDÖ-Suçlanma/ Kendini Kınama	r*	-0.108
	p	0.371
DKDÖ-Sosyal Yetersizlik	r*	0.136
	p	0.257
DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi	r*	-0.034
	p	0.779

* Spearman's Korelasyon katsayısı

Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, çalışıp çalışmama durumu, kimle yaşadığı, aylık maddi gelirleri, eğitim durumları ile sigara ve alkol tüketimi olup olmaması ile İBÖ-Toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuçlar Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması

	n	İBÖ-Toplam Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet					
Kadın	56	45.23±19.69	42 (18-90)	U=385.5	0.237
Erkek	17	38.47±16.99	34 (18-82)		
Medeni durum					
Bekar	32	43.97±18.14	44 (19-82)	KW=0.388	0.823
Evli	29	44.14±19.94	40 (20-90)		
Boşanmış	12	41.67±21.62	35.5 (18-73)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	19	42.21±17.78	40 (19-82)	U=494.5	0.816
Çalışmıyor	54	44.17±19.80	41 (18-90)		
Kimle yaşıyor					
Aile	62	43.74±19.43	40.5 (18-90)	U=339.0	0.975
Yalnız	11	43.18±18.73	41 (23-77)		
Aylık gelir					
<8500 TL	35	46.26±20.22	43 (18-90)	KW=3.581	0.167
8500-15000 TL	23	44.30±17.09	45 (23-77)		
>15000 TL	15	38.60±19.29	27 (19-82)		
Eğitim					
İlköğretim	23	48.61±18.03	52 (18-73)	KW=2.519	0.284
Lise	24	42.67±21.25	39.5 (18-90)		
Üniversite	26	40.19±18.00	36 (19-77)		
Sigara					
Hayır	30	41.43±18.56	38.5 (21-90)	U=575.0	0.432
Evet	43	45.21±19.69	44 (18-82)		
Alkol					
Hayır	63	43.51±19.45	41 (18-90)	U=301.0	0.822
Evet	10	44.60±18.46	42 (20-77)		

U: Mann Whitney U test

KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Hastaların ilk ya da tekrarlayan psikiyatrik başvurusu olması, tıbbi bir hastalığı olup olmaması, düzenli ilaç kullanım durumu, ailede psikiyatrik hastalık ve depresyon öyküsü bulunup bulunmaması, ailede intihar girişimi ve intihar sonucu yaşamını kaybeden birey olup olmaması ile İBÖ-Toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Geçmişte kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve intihar girişimi nedeniyle hastanede yatış öyküsü ile İBÖ-Toplam puanları arasında pozitif korelasyon

saptanmıştır (p<0.001). Geçmişte kendine zarar verme davranışı olan, intihar girişim öyküsü ve intihar girişimi nedeniyle hastanede yatış öyküsü olan hastaların İBÖ-Toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile İBÖ-Toplam puanlarının karşılaştırılması

	İBÖ-Toplam			**Test İstatisliği**	**p**
	n	**Ort ± SS**	**Medyan (Min-Maks)**		
İlk başvuru					
İlk başvuru	33	42.09±18.65	40 (19-82)	U=612.5	0.598
Tekrar başvuru	40	44.95±19.77	41 (18-90)		
Tıbbi hastalık					
Yok	44	43.23±19.81	40.5 (19-90)	U=611.5	0.765
Var	29	44.31±18.54	41 (18-77)		
Düzenli ilaç					
Yok	39	44.67±20.06	44 (18-90)	U=631.0	0.723
Var	34	42.50±18.39	39.5 (18-77)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Yok	50	44.72±19.86	42 (18-90)	U=522.0	0.529
Var	23	41.35±17.86	40 (18-77)		
Ailede Depresyon öyküsü					
Yok	62	43.98±19.93	40 (18-90)	U=340.5	0.994
Var	11	41.82±14.99	46 (19-68)		
Geçmişte kendine zarar verme					
Hayır	47	37.06±13.92	36 (18-70)	U=308.0	**<0.001**
Evet	26	55.58±21.80	60.5 (18-90)		
Geçmişte intihar girişimi					
Hayır	52	39.21±16.20	37.5 (18-82)	U=326.5	**0.007**
Evet	21	54.67±21.87	59 (18-90)		
İntihar girişimi nedeniyle hastane yatışı					
Yok	66	41.63±17.89	39.5 (18-82)	U=106.0	**0.019**
Var	7	63.00±21.74	66 (23-90)		
Ailede intihar girişimi					
Yok	63	42.06±18.21	40 (18-82)	U=210.5	0.093
Var	10	53.70±23.12	55.5 (26-90)		
Ailede intihar nedeniyle ex					
Yok	68	43.24±19.29	40.5 (18-90)	U=129.5	0.388
Var	5	49.40±18.88	45 (28-70)		

U: Mann Whitney U test

Hastaların cinsiyet, medeni durumu, çalışıp çalışmama durumu, kimle yaşadığı, aylık maddi gelirleri, eğitim durumları ile sigara ve alkol tüketimi olup olmaması ile İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Sonuçlar Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	İBÖ-Sevilemezlik			Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
Cinsiyet					
Kadın	56	13.91±6.58	13 (6-30)	U=412.5	0.406
Erkek	17	12.12±5.36	11 (6-25)		
Medeni durum					
Bekar	32	13.72±6.42	11.5 (6-27)	KW=1.210	0.546
Evli	29	13.79±6.19	13 (6-30)		
Boşanmış	12	12.17±6.76	10 (6-23)		
Çalışma					
Çalışıyor	19	13.05±5.87	13 (6-25)	U=500.0	0.870
Çalışmıyor	54	13.65±6.52	11.5 (6-30)		
Kimle yaşıyor					
Aile	62	13.45±6.55	11.5 (6-30)	U=315.5	0.693
Yalnız	11	13.73±5.15	13 (6-22)		
Aylık gelir					
<8500 TL	35	14.74±6.46	15 (6-30)	KW=3.536	0.171
8500-15000 TL	23	13.22±6.27	12 (6-27)		
>15000 TL	15	11.00±5.65	9 (6-25)		
Eğitim					
İlköğretim	23	14.83±5.85	16 (6-23)	KW=2.235	0.327
Lise	24	12.96±7.66	10 (6-30)		
Üniversite	26	12.81±5.35	13 (6-24)		
Sigara					
Hayır	30	12.77±6.02	12.5 (6-30)	U=577.5	0.448
Evet	43	14.00±6.55	12 (6-27)		
Alkol					
Hayır	63	13.32±6.40	11 (6-30)	U=268.0	0.449
Evet	10	14.60±6.05	14.5 (6-24)		

U: Mann Whitney U test
KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Hastaların ilk ya da tekrarlayan psikiyatrik başvurusu olması, tıbbi bir hastalığı olup olmaması, düzenli ilaç kullanım durumu, ailede psikiyatrik hastalık ve depresyon öyküsü bulunup bulunmaması, ailede intihar girişimi ve intihar sonucu yaşamını

kaybeden birey olup olmaması ile İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Geçmişte kendine zarar verme davranışı olan, intihar girişiminde bulunan ve intihar girişimi sebebiyle hastanede yatış öyküsü olan hastaların İBÖ-Sevilemezlik alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		İBÖ-Sevilemezlik		**Test İstatistiği**	**p**
	n	**Ort ± SS**	**Medyan (Min-Maks)**		
İlk başvuru					
İlk başvuru	33	13.33±6.46	13 (6-27)	U=635.0	0.781
Tekrar başvuru	40	13.63±6.29	12 (6-30)		
Tıbbi hastalık					
Yok	44	13.77±6.99	12 (6-30)	U=630.5	0.932
Var	29	13.07±5.25	13 (6-23)		
Düzenli ilaç					
Yok	39	14.23±6.94	13 (6-30)	U=587.0	0.399
Var	34	12.65±5.52	11 (6-27)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Yok	50	13.86±6.56	13 (6-30)	U=522.5	0.532
Var	23	12.70±5.84	11 (6-24)		
Ailede Depresyon öyküsü					
Yok	62	13.62±6.42	13 (6-30)	U=316.0	0.699
Var	11	12.73±6.01	11 (6-23)		
Geçmişte kendine zarar verme					
Hayır	47	11.68±5.12	11 (6-23)	U=353.0	**0.003**
Evet	26	16.77±7.04	18 (6-30)		
Geçmişte intihar girişimi					
Hayır	52	12.13±5.52	11 (6-25)	U=336.5	**0.010**
Evet	21	16.86±7.04	18 (6-30)		
İntihar girişimi nedeniyle hastane yatışı					
Yok	66	12.94±5.96	11.5 (6-27)	U=125.5	**0.047**
Var	7	18.71±7.74	18 (9-30)		
Ailede intihar girişimi					
Yok	63	13.00±5.95	12 (6-27)	U=225.5	0.147
Var	10	16.60±7.97	15.5 (7-30)		
Ailede intihar nedeniyle ex					
Yok	68	13.43±6.37	12.5 (6-30)	U=148.5	0.648
Var	5	14.40±6.34	12 (8-23)		

U: Mann Whitney U test

Hastaların cinsiyet, medeni durumu, çalışıp çalışmama durumu, kimle yaşadığı, aylık maddi gelirleri, eğitim durumları ile sigara ve alkol tüketimi olup olmaması ile İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Sonuçlar Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	İBÖ-Çözülemezlik			Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
Cinsiyet					
Kadın	56	13.57±7.10	11 (6-30)	U=405.0	0.352
Erkek	17	11.53±5.72	10 (6-27)		
Medeni durum					
Bekar	32	13.03±5.95	12 (6-27)	KW=0.605	0.739
Evli	29	13.41±7.53	11 (6-30)		
Boşanmış	12	15.50±7.75	9 (6-29)		
Çalışma					
Çalışıyor	19	11.89±6.19	8 (6-27)	U=439.5	0.354
Çalışmıyor	54	13.52±7.04	11 (6-30)		
Kimle yaşıyor					
Aile	62	13.23±6.91	11 (6-30)	U=328.0	0.841
Yalnız	11	12.36±6.60	10 (6-27)		
Aylık gelir					
<8500 TL	35	14.23±7.46	11 (6-30)	KW=2.582	0.275
8500-15000 TL	23	12.61±6.14	12 (6-26)		
>15000 TL	15	11.20±6.14	9 (6-27)		
Eğitim					
İlköğretim	23	14.91±6.31	16 (6-29)	KW=3.754	0.153
Lise	24	12.42±7.28	9.5 (6-30)		
Üniversite	26	12.12±6.77	10 (6-29)		
Sigara					
Hayır	30	12.17±6.96	9 (6-30)	U=536.5	0.222
Evet	43	13.74±6.73	12 (6-29)		
Alkol					
Hayır	63	13.02±6.92	11 (6-30)	U=288.5	0.670
Evet	10	13.60±6.51	12.5 (6-27)		

U: Mann Whitney U test
KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Hastaların ilk ya da tekrarlayan psikiyatrik başvurusu olması, tıbbi bir hastalığı olup olmaması, düzenli ilaç kullanım durumu, ailede psikiyatrik hastalık ve depresyon öyküsü bulunup bulunmaması, ailede intihar girişimi ve intihar sonucu yaşamını

kaybeden birey olup olmaması ile İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Geçmişte kendine zarar verme davranışı olan, intihar girişiminde bulunan ve intihar girişimi sebebiyle hastanede yatış öyküsü olan hastaların İBÖ-Çözülemezlik alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	İBÖ-Çözülemezlik			Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
İlk başvuru					
İlk başvuru	33	11.97±6.44	9 (6-27)	U=537.5	0.173
Tekrar başvuru	40	14.03±7.07	12 (6-30)		
Tıbbi hastalık					
Yok	44	13.05±6.81	10.5 (6-30)	U=633.0	0.955
Var	29	13.17±6.98	11 (6-29)		
Düzenli ilaç					
Yok	39	13.49±7.05	11 (6-30)	U=625.0	0.673
Var	34	12.65±6.63	10.5 (6-29)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Yok	50	13.28±7.12	10.5 (6-30)	U=573.0	0.981
Var	23	12.70±6.26	11 (6-29)		
Ailede Depresyon öyküsü					
Yok	62	13.32±7.14	11 (6-30)	U=322.5	0.775
Var	11	11.82±4.77	12 (6-20)		
Geçmişte kendine zarar verme					
Hayır	47	10.40±4.31	9 (6-21)	U=266.0	**<0.001**
Evet	26	17.96±7.86	18 (6-30)		
Geçmişte intihar girişimi					
Hayır	52	11.35±5.38	10 (6-27)	U=315.5	**0.005**
Evet	21	17.43±8.14	16 (6-30)		
İG nedeniyle hastane yatışı					
Yok	66	12.26±6.20	10 (6-29)	U=106.0	**0.007**
Var	7	21.00±7.89	20 (8-30)		
Ailede intihar girişimi					
Yok	63	12.49±6.37	10 (6-29)	U=220.5	0.128
Var	10	16.90±8.63	15.5 (6-30)		
Ailede intihar nedeniyle ex					
Yok	68	12.91±6.80	10.5 (6-30)	U=129.5	0.364
Var	5	15.60±7.43	13 (7-26)		

U: Mann Whitney U test

Hastaların cinsiyet, medeni durumu, çalışıp çalışmama durumu, kimle yaşadığı, aylık maddi gelirleri, eğitim durumları ile sigara ve alkol tüketimi olup olmaması ile İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Sonuçlar Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	İBÖ-Dayanamazlık			Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
Cinsiyet					
Kadın	56	17.75±7.81	16.5 (6-30)	U=379.0	0.205
Erkek	17	14.82±7.22	14 (6-36)		
Medeni durum					
Bekar	32	17.22±7.16	17.5 (6-30)	KW=0.094	0.954
Evli	29	16.93±8.38	16 (6-30)		
Boşanmış	12	17.00±8.25	15.5 (6-30)		
Çalışma					
Çalışıyor	19	17.26±7.41	17 (6-30)	U=488.0	0.753
Çalışmıyor	54	17.00±7.91	16 (6-30)		
Kimle yaşıyor					
Aile	62	17.06±7.71	16 (6-30)	U=340.0	0.988
Yalnız	11	17.09±7.90	16 (6-30)		
Aylık gelir					
<8500 TL	35	17.29±7.90	16(6-30)	KW=3.139	0.208
8500-15000 TL	23	18.48±6.42	17 (9-30)		
>15000 TL	15	14.40±8.95	10 (6-30)		
Eğitim					
İlköğretim	23	18.87±7.38	20 (6-30)	KW=2.692	0.260
Lise	24	17.29±8.15	16.5 (6-30)		
Üniversite	26	15.27±7.53	13 (6-30)		
Sigara					
Hayır	30	16.50±7.61	16 (6-30)	U=606.5	0.665
Evet	43	17.47±7.88	16 (6-30)		
Alkol					
Hayır	63	17.17±7.79	16 (6-30)	U=304.0	0.860
Evet	10	16.40±7.69	16.5 (6-30)		

U: Mann Whitney U test
KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Hastaların ilk ya da tekrarlayan psikiyatrik başvurusu olması, tıbbi bir hastalığı olup olmaması, düzenli ilaç kullanım durumu, ailede psikiyatrik hastalık ve depresyon öyküsü bulunup bulunmaması, ailede intihar girişimi ve intihar sonucu yaşamını

kaybeden birey olup olmaması ile İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Geçmişte kendine zarar verme davranışı olan, intihar girişiminde bulunan ve intihar girişimi sebebiyle hastanede yatış öyküsü olan hastaların İBÖ-Dayanamazlık alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	İBÖ-Dayanamazlık			Test İstatistiği	p
	n	Ort ± SS	Medyan (Min-Maks)		
İlk başvuru					
İlk başvuru	33	16.79±7.04	16 (6-30)	U=645.0	0.868
Tekrar başvuru	40	17.30±8.34	16 (6-30)		
Tıbbi hastalık					
Yok	44	16.41±7.53	16 (6-30)	U=565.0	0.410
Var	29	18.07±8.05	19(6-30)		
Düzenli ilaç					
Yok	39	16.95±7.60	16 (6-30)	U=655.5	0.934
Var	34	17.21±7.99	16 (6-30)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Yok	50	17.58±7.69	16 (6-30)	U=506.0	0.412
Var	23	15.96±7.87	17 (6-28)		
Ailede Depresyon öyküsü					
Yok	62	17.03±7.88	16 (6-30)	U=325.0	0.805
Var	11	17.27±7.17	19 (6-28)		
Geçmişte kendine zarar verme					
Hayır	47	14.98±6.52	14 (6-30)	U=359.0	**0.004**
Evet	26	20.85±8.41	24.5 (6-30)		
Geçmişte intihar girişimi					
Hayır	52	15.73±7.11	14.5 (6-30)	U=370.5	**0.032**
Evet	21	20.38±8.38	24 (6-30)		
İntihar girişimi nedeniyle hastane yatışı					
Yok	66	16.41±7.44	16 (6-30)	U=118.5	**0.035**
Var	7	23.29±8.26	26 (6-30)		
Ailede intihar girişimi					
Yok	63	16.57±7.72	16 (6-30)	U=231.0	0.177
Var	10	20.20±7.42	23.5 (9-30)		
Ailede intihar nedeniyle ex					
Yok	68	16.90±7.83	16 (6-30)	U=137.5	0.489
Var	5	19.40±6.42	22 (12-25)		

U: Mann Whitney U test

Bağımlı değişken olan İBÖ-Toplam puanı; bağımsız değişkenler olan BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları, geçmişte kendine zarar verme davranışı ve geçmişte intihar girişiminin incelendiği regresyon analizinde İBÖ-Toplam puanı için belirleyici faktörlerin; BUÖ puanları ve geçmişte kendine zarar verme davranışı olduğu saptandı (R^2 =0.611, F=14.134, p=0.000).

BUÖ puanlarında 1 puanlık artış İBÖ-Toplam puanlarında 1.875 puanlık artışa neden olmaktadır (p<0.001).

Geçmişte kendine zarar verme davranışının olması İBÖ-Toplam puanlarında 10.333 puanlık artışa neden olmaktadır (p<0.01).

Sonuçlar Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Tablo 4.14. İBÖ-Toplam Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Parametre	**B**	**Std.Error**	**95 % CI**		**p value**
BUÖ	1.875	0.287	1.302	2.448	**<0.001**
DKDÖ-Toplam	-0.498	0.538	-1.572	0.576	0.358
DKDÖ-Utanç	1.197	0.839	-0.480	2.287	0.159
DKDÖ-Sosyal Yetersizlik	0.918	0.737	-0.555	2.391	0.218
DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi	0.594	0.743	-0.892	2.080	0.427
Geçmişte kendine zarar verme davranışı	10.333	3.681	2.977	17.690	**0.007**
Geçmişte intihar girişimi	5.233	3.860	-2.480	12.947	0.180

Bağımlı değişken olan İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanı; bağımsız değişkenler olan BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları, geçmişte kendine zarar verme davranışı ve geçmişte intihar girişiminin incelendiği regresyon analizinde İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanı için belirleyici faktörlerin; BUÖ puanları ve geçmişte kendine zarar verme davranışı olduğu saptanmıştır (R^2 =0.544, F=10.758, p=0.000).

BUÖ puanlarında 1 puanlık artış İBÖ-Sevilemezlik ölçeği puanlarında 0.626 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Geçmişte kendine zarar verme davranışının olması İBÖ-Sevilemezlik alt ölçeği puanlarında 3.040 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.15. İBÖ-Sevilemezlik Alt Ölçeği Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Parametre	**B**	**Std.Error**	**95 % CI**		**p value**
BUÖ	0.626	0.102	0.422	0.830	**<0.001**
DKDÖ-Toplam	-0.075	0.191	-0.457	0.307	0.697
DKDÖ-Utanç	0.368	0.298	-0.229	0.964	0.222
DKDÖ-Sosyal Yetersizlik	0.020	0.262	-0.504	0.543	0.940
DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi	0.149	0.264	-0.379	0.677	0.575
Geçmişte kendine zarar verme davranışı	3.040	1.309	0.425	5.655	**0.023**
Geçmişte intihar girişimi	1.707	1.372	-1.035	4.449	0.218

Bağımlı değişken olan İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanı; bağımsız değişkenler olan BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları, geçmişte kendine zarar verme davranışı ve geçmişte intihar girişiminin incelendiği regresyon analizinde İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanı için belirleyici faktörlerin; BUÖ puanları ve geçmişte kendine zarar verme davranışı olduğu saptanmıştır (R^2 =0.630, F=15.293, p=0.000).

BUÖ puanlarında 1 puanlık artış İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeği puanlarında 0.613 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.001$).

Geçmişte kendine zarar verme davranışının olması İBÖ-Çözülemezlik puanlarında 4.594 puanlık artışa neden olmaktadır ($p<0.01$).

Tablo 4.16. İBÖ-Çözülemezlik Alt Ölçeği Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Parametre	**B**	**Std.Error**	**95 % CI**		**p value**
BUÖ	0.613	0.100	0.413	0.813	**<0.001**
DKDÖ-Toplam	-0.248	0.188	-0.623	0.127	0.191
DKDÖ-Utanç	0.461	0.293	-0.124	1.046	0.121
DKDÖ-Sosyal Yetersizlik	0.345	0.257	-0.169	0.859	0.185
DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi	0.314	0.259	-0.205	0.832	0.231
Geçmişte kendine zarar verme davranışı	4.594	1.284	2.028	7.161	**0.001**
Geçmişte intihar girişimi	2.441	1.347	-0.250	5.132	0.075

Bağımlı değişken olan İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanı; bağımsız değişkenler olan BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik, DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi puanları, geçmişte kendine zarar verme davranışı ve geçmişte intihar girişiminin incelendiği regresyon analizinde İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanı için belirleyici faktörün; BUÖ puanları olduğu saptanmıştır (R^2 =0.432, F=6.858, p=0.000).

BUÖ puanlarında 1 puanlık artış İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği puanlarında 0.639 puanlık artışa neden olmaktadır (p<0.001).

Tablo 4.17. İBÖ-Dayanamazlık Alt Ölçeği Puanı İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Parametre	**B**	**Std.Error**	**95 % CI**		**p value**
BUÖ	0.639	0.138	0.359	0.913	**<0.001**
DKDÖ-Toplam	-0.175	0.259	-0.694	0.343	0.501
DKDÖ-Utanç	0.369	0.405	-0.440	1.178	0.366
DKDÖ-Sosyal Yetersizlik	0.553	0.359	-0.158	1.264	0.125
DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi	0.131	0.359	-0.586	0.848	0.715
Geçmişte kendine zarar verme davranışı	2.699	1.777	-0.851	0.848	0.134
Geçmişte intihar girişimi	1.085	1.863	-2.638	4.808	0.562

5. TARTIŞMA

Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda kendini damgalama ve intihar bilişleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada, kendini damgalamanın intihar bilişleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Ek olarak geçmişte kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve intihar girişimi sebebiyle hastanede yatış öyküsü olan hastaların halihazırda intihar bilişlerinin olmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışma ile klinisyenlere; depresyon hastalarında self stigmatizasyonun intihar riskini artıran bir faktör olduğu ve erken müdahale için hastaların klinik değerlendirmelerinde self stigmatizasyon açısından da değerlendirilmelerinin önemini göstermek hedeflenmiştir.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan majör depresif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %76,7'sinin kadın, %23,3'ünün erkek olduğu görülmektedir. Bu sonucun; literatürde yer alan, majör depresif bozukluğun kadın cinsiyette daha fazla görüldüğü bilgisi ile uyumlu olduğu görülmektedir (16,19,20).

Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında; ilköğretim (n=23), lise (n=24) ve üniversite (n=26) mezunu olmaları açısından eşit dağılıma sahip oldukları görülmüştür. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde depresyonun daha fazla görüldüğü bilinmektedir (19,20). Bu araştırmada her üç eğitim düzeyinden birbirine yakın oranlarda katılımcının olması, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin bir Tıp Fakültesi hastanesi dolayısıyla üçüncü basamak bir hastane olması ve hastane personeli ve öğrencilerinden de hatırı sayılır oranda kliniğe başvuru olması, hastanenin konumunun kent merkezinde olması ile açıklanabilir.

Örneklemin oluşturulduğu tarih aralığında araştırmanın yürütüldüğü Türkiye Cumhuriyeti'nde asgari ücretin 8500 TL olması referans alınarak gelir dağılım aralıkları 8500 TL'den az, 8500-15000 TL ve 15000 TL'den fazla olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil olan hastaların %56,2'sinin bekar ya da boşanmış/dul

olduğu, %74'ünün çalışmadığı ve %78,4'ünün aylık gelirinin 15000 TL'nin altında olduğu görülmektedir. Depresyonun sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde ve bekar bireylerde daha fazla görüldüğü bilinmektedir ve araştırmadan çıkan sonuçlar literatür verilerine paralellik göstermektedir (19,20).

Hastaların %58,9'unun sigara kullandığı görülmektedir. MDB, şizofreni ve bipolar duygulanım bozukluğu hastalarının dahil edildiği ve Türkiye'de yapılan bir araştırmada, bu hasta gruplarında sigara kullanma prevalansının %70 olduğu görülmüştür ve araştırmadan çıkan sonuçlar, bu veriler ile uyumludur (101).

Araştırmaya dahil olan hastaların %55,2'sinin yalnız olmasına rağmen %84,9'unun ailesi ile yaşıyor olmasını, örneklemin büyük bir kısmının aylık gelirinin 15000 TL altında olması ile ilişkilendirmek mümkündür.

Araştırmaya dahil olan hastanın %68,5'inin aile bireylerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı belirtilmiştir. İkiz çalışmalarına bakıldığında majör depresif bozukluğun %31-42 oranında ailesel geçiş oranı olduğu bilinmesine rağmen çalışmadan çıkan sonuç literatür verileri ile çelişmektedir. Bu; toplum tarafından psikiyatrik yardım arayışında olan bireylerin toplumsal ve içsel damgalanma yaşayabilmesi, bu nedenle tedavi arayışının ketlenebilmesi ve tanı oranlarının normalden daha düşük hesaplanması ile açıklanabilir (21). Aynı zamanda araştırmanın yürütüldüğü hastanenin merkezi konumu ve örneklemin küçük olması sebebiyle dengeli dağılım gösterememesi ve bu sebeple toplumun geneli yansıtamıyor oluşuyla da ilgili olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların %35,6'sında geçmişte kendine zarar verme davranışı, %28,8'inin ise daha önce intihar girişiminin olduğu saptanmıştır. Her iki verinin oranlarının birbirine yakınlığı göz önünde bulundurulduğunda; kendine zarar verme davranışının intihar için bir öngördürücü olduğu sonucuna ulaşılabilir. Literatürde birçok araştırma ile kendine zarar verme davranışının intihar için bir risk faktörü olduğu ortaya koyulmuştur (70).

Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların intihar yöntemleri sorgulandığında, %71,9'unun ilaç içme yoluyla, %14,3'ünün ası ile, %9,5'inin ateşli silah ile, %4,8'inin ise yüksekten atlama şeklinde intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. İntihar için seçilen yöntemin bireysel özelliklere ve intihar anındaki

çevresel koşullara göre değişkenlik gösterdiği ve yöntemlerin kabaca şiddet içeren ve içermeyen yöntemler olarak ikiye ayrıldığı bilinmektedir. Kadınların daha az acı veren ilaç/zehir içme gibi yöntemler tercih etmesi ve örneklemdeki hastaların %76,7'sinin kadın olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hastaların büyük çoğunluğunun intihar yöntemi olarak ilaç/zehir içme yöntemini seçmesi beklenen bir sonuçtur (78).

5.2. PSİKOMETRİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan hastaların BUÖ puanları arttıkça, İBÖ-Toplam puanlarının da arttığı bulunmuştur. Umutsuzluk ve intihar arasındaki pozitif korelasyon birçok çalışma ile gösterilmiş, hatta depresyondaki hastalarda intihar riskinin temel olarak umutsuzluk ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Araştırmadan çıkan bu sonucun literatür verileri ile paralellik gösterdiğini söylemek mümkündür (102).

İBÖ-Toplam puanı ile İBÖ-Sevilemezlik ve İBÖ-Dayanamazlık alt ölçek puanları arttıkça; BDE, BUÖ, DKDÖ-Toplam, DKDÖ-Utanç, DKDÖ-Sosyal Yetersizlik ve DKDÖ-Tedavi Aramanın Ketlenmesi alt ölçek puanları da artmaktadır. Psikiyatrik hastalıklarda kendini damgalama ve intihar riskinin araştırıldığı 222 hastanın incelendiği uzunlamasına bir çalışmada, kendini damgalamanın intihar için bir öngördürücü olduğu ve bu risk artışının uzun dönemde de devam ettiği sonucu bulunmuştur. Kendini damgalamanın kişide benlik saygısında azalmaya, utanca, sosyal olarak içe çekilmeye yol açtığı, yardım arayışı için bir bariyer görevi yaptığı söylenebilir (103).

İBÖ-Toplam puanı, İBÖ-Sevilemezlik ve İBÖ-Dayanamazlık alt ölçek puanları ile, DKDÖ-Suçlanma/Kendini Kınama alt ölçeği puanı arasında bir korelasyon bulunmamıştır. Aslında, intihar düşünceleri ile kendini suçlama arasında çoğu zaman pozitif yönlü bir korelasyon olduğu, bunun temelinde aşırı genelleme, kişiselleştirme ve felaketleştirme gibi bilişsel çarpıtmaların yattığı düşünülür. Aynı şekilde deneyimlenen yaşam olaylarının da depresyonda yatkınlaştırıcı, başlatıcı ya da sürdürücü faktör olarak rol oynayabileceği söylenmektedir. Tüm bunların yanında öfke ve nefret duygularının her zaman kişinin kendisine değil bazen de karşıya yöneltildiği bilinmektedir ve bu bazı kültürlerde daha yaygın olarak görülebilir. Türkiye'de 171 katılımcı ile yürütülen, depresif olan ve olmayan bireylerin öfke tarzlarının incelendiği bir araştırmada, katılımcıların depresyon puanları arttıkça

sürekli öfke düzeylerinin arttığı, öfke düzeyi yükseldikçe öfkenin kontrolünün zorlaştığı, öfke içte puanları olduğu kadar öfke dışta puanının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Öfke içte puanı öfkenin bastırıldığı, öfke dışta puanı ise öfkenin kolay ifade edildiği anlamlarına gelmektedir (104). Araştırmadan çıkan aksi sonuçları da toplumun genel sosyokültürel yapısı, olayları algılama ve yorumlama şekilleri ve öğrenilmiş baş etme becerilerinin farklılığı ile açıklamak mümkündür.

Literatürde zorlayıcı yaşam olayları sonrası intihar girişimleri olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (105). Bu araştırmada yaşam olayları ile İBÖ'nün Sevilemezlik ve Dayanamazlık alt ölçekleri arasında korelasyon bulunmamıştır. İBÖ yapısı incelendiğinde, 93 sorudan oluştuğu ve listede hem olumlu hem de olumsuz olarak nitelendirilebilecek yaşam olaylarının olduğu görülmektedir. Bu yaşam olayları ölçek puanlamasında ayrı ayrı sınıflandırılmamış olsalar da bakıldığında hastaların çoğunlukla olumsuz yaşam olaylarını bildirdiği, olumlu yaşam olaylarını pek bildirmedikleri görülmüştür. Bu durum, depresyonda görülen olumsuzu abartma olumluyu azımsama bilişsel çarpıtması ve hastaların olumsuz yaşam olaylarına artan seçici algıları ve dolayısıyla bildirilen yaşam olayı sayılarının düşük olması ile açıklanabilir.

İBÖ-Çözülemezlik puanları ile yaşam olayları sayısı arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Bu pozitif korelasyon, depresyonda görülen aşırı genelleme, kişiselleştirme ve felaketleştirme gibi bilişsel çarpıtmalar ile açıklanabilir. Depresyondaki kişi; tüm olumsuzlukların kendisini bulduğu ve bundan sonra hiçbir şeyin yoluna girmeyeceği ve çözüme kavuşmayacağı şeklinde düşüncelere sahip olabilir. Bu bilişsel çarpıtmalar beraberinde karamsarlık, geleceğe yönelik umutsuzluk, sorunları çözmek için gerekli olan içsel enerji ve motivasyonun kaybını getirebilir ve hasta kendisini bir kısır döngü içerisinde bulabilir. Kendisini çıkmazda hisseden kişi, intiharı sorunlardan kaçma ve kurtuluş yolu olarak görebilir.

Hastaların cinsiyet, medeni durumu, çalışıp çalışmama durumu, kimle yaşadığı, aylık maddi gelirleri, eğitim durumları ile sigara ve alkol tüketimi olup olmaması, ilk ya da tekrarlayan psikiyatrik başvurusu olması, tıbbi bir hastalığı olup olmaması, düzenli ilaç kullanım durumu, ailede psikiyatrik hastalık ve depresyon öyküsü bulunup bulunmaması, ailede intihar girişimi ve intihar sonucu yaşamını

kaybeden birey olup olmaması ile İBÖ-Toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakıldığı zaman, araştırmadan çıkan bu sonuç literatür verileri ile farklılık göstermektedir. İntiharı yordayan birçok genetik, bireysel, çevresel, toplumsal risk faktöründen söz etmek mümkünken araştırmadan çıkan bu sonuç, örneklemin küçük olması, dengeli dağılım gösterememesi ve neticede toplumun genelini temsil edemiyor oluşuyla ilgili olabilir.

Geçmişte kendine zarar verme davranışı olan, intihar girişiminde bulunan ve intihar girişimi nedeniyle hastane yatış öyküsü olan hastaların İBÖ-Toplam puanları ile İBÖ-Sevilemezlik, İBÖ-Çözülemezlik, İBÖ-Dayanamazlık alt ölçek puanları, olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki birçok çalışmada daha önce hem kendine zarar verme davranışının hem de intihar girişiminin intihar riskini artırdığı gösterilmiştir (60,70).

Çalışmada bağımlı değişken olarak alınan İBÖ-Toplam, İBÖ-Sevilemezlik ve İBÖ-Çözülemezlik alt ölçeklerinin puanları için belirleyici faktörlerin BUÖ puanları ve geçmişte kendine zarar verme davranışı olduğu, İBÖ-Dayanamazlık alt ölçeği için ise yalnızca BUÖ puanları olduğu belirlenmiştir. Literatürde pek çok çalışmada umutsuzluk ile intihar eğilimi ve riski arasında güçlü bir bağlantı olduğu ortaya koyulmuştur (102,106). İntiharı açıklamaya çalışan tüm kuramlarda da umutsuzluğun intihar düşüncelerinin merkezinde olduğu ifade edilmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

1) Hastaların depresyon ve umutsuzluk düzeyi ile intihar bilişleri arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.
2) "Sevilemezlik", "Çözülemezlik" ve "Dayanamazlık" bilişleri yüksek olan depresyon hastalarının, daha çok kendilerini damgaladıkları ve buna utanç, sosyal yetersizlik düşüncelerinin ve tedavi aramada ketlenmenin eşlik ettiği belirlenmiştir.
3) "Sevilemezlik", "Çözülemezlik" ve "Dayanamazlık" bilişleri ile kendini suçlama arasında bir ilişki bulunmamıştır.
4) Hastaların deneyimledikleri yaşam olayı sayısı ile İBÖ-Toplam skoru ve "Sevilemezlik" ve "Dayanamazlık" alt boyutları arasında bir ilişki bulunmamıştır.
5) Hastaların deneyimledikleri yaşam olayı sayısı ile "Çözülemezlik" bilişleri arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.
6) Hastaların deneyimledikleri yaşam olayı sayısı ile kendini damgalamaları arasında bir korelasyon saptanmamıştır.
7) İntihar bilişleri ile geçmişte kendine zarar verme davranışı, geçmişte intihar girişimi ve intihar girişimi sebebiyle hastane yatış öyküsü arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

1) Depresyon hastalarının halen düzenli bir psikiyatrik tedavi alan ve tedavi almayan hastalar olarak ayrılarak araştırılması literatüre daha geniş katkılar sağlayacaktır.
2) Stigmatizasyon ve self stigmatizasyonun yardım arayışını ketleyebildiği göz önünde bulundurulduğunda, benzer bir araştırmanın hastane dışında

toplum tabanlı örneklemlerde yürütülmesi ile literatüre farklı katkılar sağlanabilir.

3) Hastaların intihar bilişleri ile self stigmatizasyonları arasındaki ilişki tedavi öncesi ve tedavi sonrası olmak üzere bir izlem çalışması ile incelenerek karşılaştırılabilir.

7. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Tezi yazan, tez danışmanı, tez yazım sürecine katkıda bulunan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken ismi yer alacak kişiler arasında yazı ile ilgili karar vermelerini uygunsuz biçimde etkileyebilecek maddi veya manevi herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Yazı için herhangi bir firma veya kuruluştan destek alınmamıştır. Çalışma, tıpta uzmanlık tezi kapsamında yürütülmüştür.

8. KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15th ed. Ankara; 2018. p. 276–7.

2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. In: Bozkurt A, editor. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 11th ed. Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p. 349–349.

3. Malhi GS, Mann JJ. Depression. The Lancet. 2019;392(10161):2299–312.

4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. In: Bozkurt A, editor. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 11th ed. 2016. p. 350–350.

5. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. J Affect Disord. 2013 May 1;147(1–3):17–28.

6. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Psychiatr Scand. 2003 Oct 1;108(4):304–9.

7. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002 Feb;1(1):16.

8. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. 2005;20(8):529–39.

9. Köroğlu E, editor. Depresyon Bozuklukları. In: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). 5th ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. p. 91–112.

10. Kafes AY. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. Humanistic Perspective. 2021 Feb 22;3(1):186–94.

11. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and the Risk of Stroke Morbidity and Mortality: A Meta-analysis and Systematic Review. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2011 Sep 9;306(11):1241.

12. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):851–8.

13. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi Final Raporu. Ankara; 2004.

14. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. In: Bozkurt A, editor. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 11th ed. Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p. 348–348.

15. Bahadır G. Depresyon ve Bilişsel Davranışçı Terapi. In: Bahadır G, Ertekin E, editors. Farklı Tanı Gruplarında Bilişsel Davranışçı Terapiler. 1st ed. 2019. p. 9–14.

16. Kılıç C, Erol N, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara; 1998.

17. Murray CJL, Afshin A, Alam T, Ashbaugh C, Barthelemy C, Biehl M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1204–22.

18. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022 Feb 1;9(2):137–50.

19. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Kohn R, Keller M, Kessler RC. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 12(1).

20. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. Soc Sci Med. 2010 Jul 1;71(2):305–13.

21. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele D. Recent developments and current controversies in depression. www.thelancet.com. 2006;367:153.

22. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. Lancet. 2012;379(9820):1045–55.

23. Kendall KM, Van Assche E, Andlauer TFM, Choi KW, Luykx JJ, Schulte EC, et al. The genetic basis of major depression. Psychol Med. 2021;51(13):2217–30.

24. Howard DM, Adams MJ, Clarke TK, Hafferty JD, Gibson J, Shirali M, et al. Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. Maciej Trzaskowski. 13:21.

25. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal of Contemporary Medicine. 2016;51–66.

26. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16th ed. Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 279–82.

27. Saveanu R V., Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. Psychiatric Clinics of North America. 2012 Mar;35(1):51–71.

28. Antonijevic IA. Depressive disorders-is it time to endorse different pathophysiologies?

29. Lamers F, Vogelzangs N, Merikangas KR, De Jonge P, Beekman ATF, Penninx BWJH. Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. Molecular Psychiatry 2013 18:6. 2012 Oct 23;18(6):692–9.

30. Oğuz TF. Depresyonun Psikodinamik Teorisi ve Terapisi. Türkiye Klinikleri. 2021;53–63.

31. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16th ed. Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 284–6.

32. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16th ed. Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 287–8.

33. Lewinsohn P. A Behavioral approach to depression. In: Essential Papers on Depression. 1974. p. 150–72.

34. Tuğrul C, Sayılgan MA. Depresyonla Başa Çıkma Yolları. In Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.

35. Işık E, Işık U, editors. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. In Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık; 2013.

36. Cusi AM, Nazarov A, Holshausen K, Macqueen GM, Mckinnon MC. Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. J Psychiatry Neurosci. 2012;37(3).

37. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol. 2000;109(3):504–11.

38. Fossati P, Hinfray S. Majör Depresif Bozuklukta Sosyal Biliş ve Emosyonel İşlemleme. In: Bayram E, editor. Majör Depresif Bozuklukta Bilişsel Bozulma. ADA Basın Yayın Ltd. Şti.; 2018. p. 107–8.

39. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. In: Bozkurt A, editor. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 11th ed. 2016. p. 354–354.

40. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. In: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 288–288.

41. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. Türkiye Klinikleri. 2012;34–8.

42. https://www.nisanyansozluk.com/kelime/intihar [Internet]. 2023. İntihar.

43. Eskin M. İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. In Ankara; 2012.

44. Köroğlu E, Güleç C, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. In: 2nd ed. Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 556–60.

45. Emile Durkheim. İntihar. 4th ed. Özankaya Ö, editor. İstanbul: Cem Yayınevi; 2017.

46. Maksudyan N. Erken Cumhuriyet Döneminde Kadın İntiharları: Islah, İnkar ve İskat. Toplumsal Tarih. 2009;60–6.

47. Toprak Z. Genç Kız ve Kadın İntiharları II, Cumhuriyet Erkeğinin Kadın İmgesi. Toplumsal Tarih. 2002;99:15–9.

48. Preventing suicide: A Global Imperative. 2014.

49. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. Clin Psychol Rev. 2011;31(7):1133–44.

50. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133–54.

51. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE, Leo D, et al. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):264–77.

52. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Practice Guideline for the Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. [Internet]. 2010 [cited 2023 Dec 2]. Available from: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

53. Posner K, Oquendo MAM, Gould MPHB, Stanley M, Davies MPH. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Vol. 164, Am J Psychiatry. 2007.

54. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006;47(3–4):372–94.

55. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 2]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1

56. Fazel S, Runeson B. Suicide. Ropper AH, editor. N Engl J Med. 2020 Jan 1;382(3):266.

57. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592 [Internet]. TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2022.

58. Çetin F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivantürk B, et al. İntihar Davranışı. In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1st ed. 2008. p. 503–12.

59. Chehil S, Kutcher S. Suicide Risk Management. Suicide Risk Management. Wiley; 2011.

60. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016;387(10024):1227–39.

61. Yigit I. İntihar Bilişleri Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Nesne Psikoloji Dergisi. 2017;5(11):363–83.

62. Bridge JA, Greenhouse JB, Sheftall AH, Fabio AD, Campo J V, Kelleher KJ. Changes in Suicide Rates by Hanging and/or Suffocation and Firearms Among Young Persons Aged 10-24 Years in the United States: 1992-2006. Journal of Adolescent Health. 2010;46(5):503–5.

63. Gunnell D, Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: Implications for prevention. Vol. 187, British Journal of Psychiatry. 2005. p. 206–8.

64. Onishi K. Risk Factors and Social Background Associated with Suicide in Japan: A Review. Jpn Hosp. 2015 Jul 1;(34):35–50.

65. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed Suicide after a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. American Journal of Psychiatry. 2004 Mar 1;161(3):562–3.

66. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. https://doi.org/101176/ajp15191316. 2006 Apr 1;151(9):1316–23.

67. Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazi{dotless} klinik değişkenler. Anadolu Psikiyatri Derg. 2014;15(1):24–30.

68. Menon V, Sarkar S, Kattimani S, Mathan K. Do personality traits such as impulsivity and hostility-aggressiveness predict severity of intent in attempted suicide? Findings from a record based study in South India. Indian J Psychol Med. 2015 Oct 1;37(4):393–8.

69. Persett PS, Grimholt TK, Ekeberg O, Jacobsen D, Myhren H. Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate self-poisoning -a study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior. BMC Psychiatry. 2018 Jan 24;18(1):1–10.

70. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? American Journal of Psychiatry. 2001 Mar 1;158(3):427–32.

71. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. Encephale. 2008 Oct 1;34(5):452–8.

72. Rotheram-Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC, Shrout PE. Cognitive Style and Pleasant Activities Among Female Adolescent Suicide Attempters. J Consult Clin Psychol. 1990;58(5):554–61.

73. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. BMJ. 2015 Nov 9;351.

74. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol. 2000;68(3):371–7.

75. Öncü B. İntihar davranışı: tanım, epidemiyoloji ve risk etmenleri. In: İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap. 1st ed. 2019. p. 93–110.

76. Devrimci Özgüven H. İntihar Girişimlerinde Krize Müdahale. Kriz Dergisi. 2003 Mar 1;11(1):025–34.

77. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method Choice, Intent, and Gender in Completed Suicide. Suicide Life Threat Behav. 2000 Sep 1;30(3):282–8.

78. Dumais A, Lesage A, Alda MpM, Rouleau G, Dumont M, Chawky RN, et al. Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. Am J Psychiatry. 2005;162(11):2116–24.

79. http://www.tuik.gov.tr/ [Internet]. TÜİK 2015 İntihar İstatistikleri.

80. Hocaoğlu Ç. İntihar. In: Karamustafalıoğlu KO, editor. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri; 2018. p. 909–25.

81. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull. 2017 Feb 1;143(2):187–232.

82. Devrimci HÖ, Eskin M. İntihar Riskinin Değerlendirilmesi. In: İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap. 1st ed. Ankara; 2019. p. 180–98.

83. Erdman HP, Greist JH, Gustafson DH, Taves JE, Klein MH. Suicide risk prediction by computer interview: a prospective study. J Clin Psychiatry. 1987;48(12):464–7.

84. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP. Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. Acta Psychiatr Scand. 1989 Sep 1;80(3):216–20.

85. https://sozluk.gov.tr/. 2023.

86. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled of identity. 2009.

87. Durkheim E. What is a social fact? In: The rules of sociological method. 1964. p. 52–6.

88. Eagles JM, Carson DP, Begg A, Naji SA. Suicide prevention: a study of patients' views. British Journal of Psychiatry. 2003;261–5.

89. Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Stigma as a cause of suicide. British Journal of Psychiatry. 2003;183(2):173–4.

90. Schomerus G, Evans-Lacko S, Rüsch N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015;24(2):166–71.

91. Johnstone MJ. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: challenging the status quo. Aust N Z J Ment Health Nurs. 2001;10(4):200–9.

92. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. J Soc Clin Psychol. 2006 Oct;25(8):875–84.

93. Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, Fortney JC, Edlund M, Sullivan G. Relationship between Perceived Stigma and Depression Severity. Journal of Nervous and Mental Disease. 2004 Apr;192(4):278–83.

94. Aydemir C, Berksun OE. Majör Depresyonlu Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlişkili Olduğu Faktörler ve İşlevsellik Üzerine Olan Etkisi. Kriz Dergisi. 2018;26(3):1–1.

95. Xu Z, Müller M, Heekeren K, Theodoridou A, Metzler S, Dvorsky D, et al. Pathways between stigma and suicidal ideation among people at risk of psychosis. Schizophr Res. 2016 Apr 1;172(1–3):184–8.

96. Carpiniello B, Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. Front Psychiatry. 2017 Mar 8;8:1.

97. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help-seeking, and public health problems. Am J Public Health. 2013;103(5):777–80.

98. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;231–9.

99. Durak A, Palabıyıkoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. Kriz Dergisi. 1994 Jun 1;2(2):311–9.

100. Kamis GZ, Erden Aki SO, Yildiz MI, Dogan Varan H, Dolgun AB. The validity and the reliability of Turkish version of the self-stigma of depression scale. Turk Psikiyatri Dergisi. 2019;30(3).

101. Tanrıöver Ö, Karamustafalıoğlu N, Tezvaran Z, Kaplan A, Tomruk N. Cigarette Smoking Among Psychiatric Inpatients Evaluated by the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013;14(1):579–82.

102. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. Kriz Dergisi. 1993;1(3).

103. Martinotti G, Munshi T, Serafini G, Carpiniello B, Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. Article [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 29];8:1. Available from: www.frontiersin.org

104. Köksal F, Gençdoğan B. Depresif Olanlar İle Olmayanların Suçluluk, Utanç ve Öfke Tarzlarının İncelenmesi. Journal of Graduate School of Social Sciences. 2007;9(1):163–75.

105. Atay İM, Gündoğar D. İntihar Davranışında Risk Faktörleri: Bir Gözden Geçirme. Kriz Dergisi. 2004;12(3):39–52.

106. Durak Batıgün A. İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16:29–39.

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Burcu BUZKAN SARIKAYA
Unvanı : Doktor
Uzmanlık Alanı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Görev Yeri : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

II- Eğitim Bilgileri

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi (2011-2017)

III- İş Tecrübesine Ait Bilgiler

1. Mersin Tarsus Devlet Hastanesi, Acil Servis, Pratisyen Hekim (2017-2018)
2. Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesi, Acil Servis, Pratisyen Hekim (2019-2019)
3. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (2019-Halen)

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği
Türk Uyku Tıbbı Derneği

10. EKLER

EK-1: TEZ KONUSU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.03.2023-221057

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--221057 07.03.2023
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 06.03.2023 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 42 (kırk 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
Rektör a.
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum 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 :*BSV5P8Y7YB* Pin Kodu :20482 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.

19	Dr. Elif Gamze OĞUZ	Ankara Sağlık SUAM	Yoğun bakımda takip edilen hastalarda optik sinir kılıf çap ölçümleri ile serum amonyak düzeyi ve sistemik hastalıklar arasındaki ilişki	Kabul edildi.
20	Dr. Ayşe Ece ÖZDEMİR	Ankara Şehir SUAM	Prediyabetik Hastalarda Koroner Arter Kalsiyum Skoru	Kabul edildi.
21	Dr. Caner ÖZMUTAF	Ankara Şehir SUAM	Tip 1 Mide Nöroendokrin Tümörlü ve Kronik Atrofik Gastritli Hastaların Serum Ghrelin Seviyelerinin Karşılaştırılması	Kabul edilmedi: Birden fazla tez danışmanı görevlendirilmesi uygun bulunmamıştır.
22	Dr. Sadi YILDIRIM	Ankara Şehir SUAM	Akut Kolanjit Tanılı Hastalarda Tiyol Disülfit Dengesinin İncelenmesi ve Hastalığın Şiddeti ve Klinik Prognoz ile İlişkisi	Kabul edildi.
23	Dr. Halenur SARIBAŞ	Ankara Şehir SUAM	Atriyal Taşikardi Kateter Ablasyonu Planı ile İşlem Öncesi Transözefagial Ekokardiyografi Yapılan Hastalarda Sol Atriyal Trombüs Araştırılması	Kabul edildi.
24	Dr. Ayşegül CALP	Ankara Şehir SUAM	Akut özofagus varis kanaması olan hastalarda endoskopi zamanı ile mortalite arasındaki ilişki'	Kabul edildi.
25	Dr. Büşra KULULAR	Ankara Şehir SUAM	Anhidroamnios tanılı gebeliklerde antenatal süreç izlemi, gelişim ve komplikasyonları	Kabul edildi.
26	Dr. Can ÇAMOĞLU	Ankara Şehir SUAM	Tibia pilon kırıkları nedeniyle opere edilen hastaların ayak bileği ve diz fonksiyonlarının klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi, yürüme analizi ve ayak basınç dağılımının incelenmesidir.	Kabul edildi.
27	Dr. Ruveyda Nur ELÇİ	Ankara Sağlık SUAM	Postmenopazal dönemdeki kadınlarda beden algısı ve depresif duygudurumun menopazal semptomlarla ilişkisinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
28	Dr.Ahmet KAMBUROĞLU	GTF Genel Cerr. AD.Bşk.lığı	Mide adenokarsinomu nedeniyle küratif amaçlı gastrektomi yapılan hastarın preoperatif dönemde bilgisayarlı tomografi ile ölçülen iskelet kas kütlesinin postoperatif hasta sonuçlarına etkisi	Kabul edildi.
29	Dr.Beri Canan AKSOYDAN	GTF Çocuk Sağ ve Hst AD.Bşk.lığı	Besin alerjisi tanısı alan çocuklarda tanı anında vitamin B12 ve ferritin düzeylerinin incelenmesi	Kabul edildi.
30	Dr. Burcu BUZKAN	GTF Ruh sağ ve Hst AD.Bşk.lığı	Depresyonda Kendini Damgalama ve intihar bilişleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	Kabul edildi.
31	Dr.Şerife BOZDAŞ	Ankara Sağlık SUAM	Akut pankreatitli hastalarda şiddet ve prognoz indexlerinin trigliserid seviyelerine göre değerlendirilmesi	Kabul edildi.
32	Dr.Alp KARAÇOBAN	Ankara Sağlık SUAM	55 yaş üzerindeki kadın distal Radius kırıklarında konservatif takip edilen ve cerrahi yapılan hastaların radyolojik ve fonksiyonel sonuçlarının karşılaştırılması	Kabul edildi.
33	Dr.Şadiye Ayça YILMAZ	Ankara Sağlık SUAM	Metabolik tümör yükünün Beyin F18 FDG biyodistribüsyonuna etkisi	Kabul edildi.
34	Dr. Ertan Andaç AL	Ankara Şehir SUAM	Kardiyak Amiloidozlu Olgularda Sol Ventrikül Fonksiyonlarına Dair İleri Ekokardiyografik Parametrelerin İncelenmesi	Kabul edildi.
35	Dr.Nur BETON	Ankara Şehir SUAM	Primer Koruma İmplante Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör olan Hastalarda Betabloker Dozunun Ventriküler Taşiaritmi nedenli şoklama üzerindeki etkisi	Kabul edildi.
36	Dr. Baran YÜKSEKKAYA	Ankara Şehir SUAM	NonObstruktif Koroner Arter Hastalığı olan miyokard infarktüsü hastalarında serum Galectin-3 düzeyinin kardiyak MR ile saptanan miyokardiyal fibrozis ve hastaların eşlik eden kardiyovasküler risk faktörleri ve hastane içi istenmeyen olaylar ile ilişkisi"	Kabul edildi.
37	Dr. Beyza Nur YAKIŞIKLI ARSLAN	Ankara Şehir SUAM	Ailevi Akdeniz Ateşi olan hastalarda diyet ile hastalık şiddeti ve kolşisin direnci arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul edilmedi: Birden fazla tez danışmanı görevlendirilmesi uygun bulunmamıştır.
38	Dr. Hatice TURGUT	Ankara Şehir SUAM	Kronik Miyeloproliferatif Hastalarda JAK2 Allel Yükünün Klinik Sonuçlarla İlişkisi'	Kabul edildi.

EK-2: EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK) ONAYI

GÜLHANE EAH BAŞHEKİM YARDIMCILIĞI (ÖMER FARUK TANER)
GÜLHANE EAH ARGE BİRİMİ
10.02.2023 14:22:30 E-50687469-799-209118326
209118326

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

Sayı : E-50687469-799-209118326 10.02.2023
Konu : Araştırma İzni (Dr. Burcu BUZKAN)

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

"Depresyonda Kendini Damgalama ve İntihar Bilişleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulunun 09.02.2023 tarih ve 2 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: 29BCDAEF-B809-4DB7-9EA4-0A06C608B125 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: Dilek MENAY
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.
Telefon No: 03123046105

EK-3: ETİK KURUL ONAYI

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

Sayı : 46418926 11.04.2023
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 11.04.2023
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2023/04
PROJE/ KARAR NO : 2023-114 (Değerlendirilme Tarihi: 11.04.2023)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENER'in sorumlu araştırmacı, Dr. Burcu BUZKAN'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 2023/114 kayıt numaralı, **"Depresyonda Kendini Damgalama ve İntihar Bilişleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** başlıklı tıpta 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
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız önemlidir. Bu bilgilendirilmiş gönüllü olur formu sizin çalışmaya katılmaya karar verebilmeniz için hazırlanmıştır. Bu çalışmada depresyonda kendini damgalama ve intihar bilişleri arasındaki ilişki araştırılmaktadır. Doktorunuz sizinle görüşme yapacak ve sizden bazı anketleri doldurmanız için yaklaşık 30 dakika zaman ayırmanız istenecektir.

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. Burcu BUZKAN) 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: Depresyonda Kendini Damgalama ve İntihar Bilişleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmanın anlaşılabilir basit adı: Depresyonda Kendini Damgalama ve İntihar Bilişleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri: Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Araştırmanın amacı: Bu çalışmanın amacı majör depresif bozukluk tanısı alan gönüllü hastaların kendini damgalama özellikleri ve intihar bilişleri arasındaki ilişkiyi ve bunların yaşam olayları ile olan ilişkisini araştırmaktır.

Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.): Tıpta uzmanlık tez çalışması olup, anket çalışması olarak planlanmıştır.

Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi: Etik kurul onayı alındıktan sonra tahmini 9 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 68 hastanın alınması planlanmaktadır.

Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni: Kendini damgalamanın intihar bilişleri ve yaşam olayları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar: Araştırma sonunda elde edilen veriler ışığında etkili terapötik müdahaleler geliştirilmesi

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: Araştırma bir anket çalışması olduğu için herhangi bir risk bulunmamaktadır.

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 katılımcıları herhangi bir zarar beklenmemektedir.

Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler: Çalışmaya katılmakla gönüllüler maddi 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. Burcu BUZKAN 0312 304 4520

- 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.
- 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 ve (telefon numarası):

İmzası:

Tarih:

EK-5: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLER VERİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı: …….

1. Yaş: …..
2. Cinsiyet: ◯ Kadın ◯ Erkek ◯ Diğer. Tanımlayınız: ……..
3. Medeni Durum: ◯ Bekar ◯ Evli ◯ Ayrılmış/Dul
4. Düzenli Olarak Bir İşte Çalışma Durumu: ◯ Çalışmıyor ◯ Çalışıyor
5. Çalışıyor ise işi/mesleği: ……
6. Birlikte İkamet Edilen Kişiler: ◯ Yok ◯ Varsa Kim Oldukları: .....
7. Aylık Gelir Bilgisi: ◯ 8.500 TL'den az ◯ 8.500-15.000 TL ◯ 15.000 TL'den fazla
8. Eğitim Durumu: ◯ Okuryazar değil ◯ Okuryazar ◯ İlköğretim ◯ Lise ◯ Üniversite
9. Sigara: ◯ Yok ◯ Var. Miktarı: ..... adet/gün
10. Alkol: ◯ Yok ◯ Var. Sıklığı: Haftada … gün
11. Madde: ◯ Yok ◯ Var. Sıklığı ve çeşidi: Haftada …….. gün …… maddesi
12. Psikiyatriye İlk Başvuru Yaşı ve Aldığı Tanı: ◯ Bu, ilk başvuru. ◯ Var. Tanı Adı ve Tanı Konulma Yaşı: .....
13. Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanımı ve Tedaviler : ◯ Yok ◯ Var. İlaç isimleri:.....
14. Sürekli Tıbbi Hastalık: ◯ Yok ◯ Var. İsmi: .....
15. Düzenli Kullanılan İlaç: ◯ Yok ◯ Var. İlaç isimleri: .....
16. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü : ◯ Yok ◯ Var. Kimde olduğu ve hastalık tanısı:.....
17. Geçmişte Kendine Zarar Verme Davranışı (Bileklerini kesme, faça atma, duvara/kapılara tekme ya da yumruk atma, bilerek kafayı duvara ya da kapıya vurma) Öyküsü:

    ◯ Yok ◯ Var. Sayısı ve hangi şekilde olduğu: ……

18. Geçmişte İntihar Girişimi Öyküsü: ◯ Yok.
◯ Var. Sayısı: ◯ 1 defa ◯ 2-5 defa
◯ 5'ten fazla
Ne şekilde olduğu:
◯ İlaç/zehir içme
◯ Kendini asma
◯ Ateşli silah/bıçakla kendini yaralama
◯ Yüksekten atlama
◯ Diğer
19. Daha Önce İntihar Girişimi Nedeni ile Hastane Yatış Öyküsü: ◯ Hayır ◯ Evet
20. Ailede İntihar Girişimi Öyküsü: ◯ Yok. ◯ Var. Kim ve ne şekilde olduğu: ……
21. Ailede İntihar Sonucu Yaşamını Kaybeden Kişi: ◯ Yok.
◯ Var. Kim ve ne şekilde olduğu: ……

EK-6: YAŞAM OLAYLARI SORGULAMA LİSTESİ (YOSL)

Yaşamları boyunca insanların başlarından değişik olaylar geçer. Bu olayların bir kısmı olumlu, bir kısmı olumsuz olabilir. Olayların bazıları kişi için çok büyük önem taşırken,bazıları nispeten daha az önemli olabilir. Örneğin, yeni bir okula kayıt yaptırmak, karşı cinsiyetten birisi ile arkadaşlığa başlamak, sağlık problemleri ile karşılaşmak gibi. Sizden istediğimiz, son bir yıl içinde, başınızdan geçen olumlu ya da olumsuz olayları aşağıdaki listede çarpı ile (X) işaretlemenizdir. Yardımınız için teşekkür ederiz.

1.Evlenme		15. Evde yaşlı ya da hasta akrabaya bakmak	
2. Hoca ya da okul arkadaşları ilegeçimsizlik		16.Eşin, nişanlı ya da sevgilinin hamilekalması	
3. Burs alamamak ya da bursunkesilmesi		17. Anne baba ile ciddi anlaşmazlık, anne babanın baskı yapması	
4. Tutuklanma veya hapse mahkumedilme		18.Ağır biçimde hastalanma, kazageçirme ya da yaralanma	
5. Eş, nişanlı veya sevgilinin ölümü		19. Az miktarda borçlanma	
6. Anne ya da babanın ölümü		20. İstenmeyen hamilelik	
7. Doğum yapma		21. Faturaları ödeyememek	
8. Büyük oranda borca girme		22. Yakın bir akraba ya da dostun ciddiailevi sorunu	
9. Yeme düzeninde büyük değişim(aşırı kilo kaybı, aşırı kiloalma)		23. Hakkındaki kötü söylentiler yüzünden çevre tarafından dışlanmak	
10. Yakın bir dostun ya da akrabanınciddi rahatsızlığı ya da ölümü		24. Akrabalarla birlikte oturmakzorunda kalmak	
11. Burs almaya başlamak		25. Olağan dışı kişisel başarılar	

12. Evlilik dışı hamile kalmak		26. Arkadaşlarla olan ilişkinin bozulması	
13. Eş, nişanlı ya da sevgili ile yenidenbarışma		27. Yeni bir işe girmek, yeni bir işkurmak	
14. Eş, nişanlı ya da sevgilinin ailesi ile önemli geçimsizlik durumu		28. Yurt dışına gitmek(çalışma, okuma, staj gibi nedenlerle)	
29. Terör nedeniyle güvensiz ortamdayaşamak		46. Hukuki anlaşmazlık sonucu birisiile mahkemelik olmak	
30. Eş, nişanlı ya da sevgili tarafındanaldatılmak		47. Eş, nişanlı ya da sevgili ile ciddianlaşmazlık	
31. Büyük parasal kayıp, ekonomiksıkıntı		48. Nişanlanmak	
32.Gözaltına alınmak ya da sorguyaçekilmek		49. İstenen hamilelik	
33. Ailenin ev yaptırması ya da evalması		50. Evde beslenen hayvanın hastalığıya da ölümü	
34. Okuldan atılmak		51. Eve değerli bir eşya alımı	
35. Değerli bir eşyanın kaybı ya dabozulması		52. Aileden birisinin ölüm yıldönümü	
36. İstenmeyen bir evlilik yapmak		53. Ailenin onayı dışında nişanlanmak	
37. Sevgili ya da nişanlıdan ayrılmak		54. Eş, nişanlı ya da sevgilinin ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesiya da yaralanması	
38. Eve hayvan almak		55. Anne ya da babanın çalışmak üzereuzağa gitmesi	
39. Askere gitmek		56. Çocuk aldırma (kürtaj)	
40. Anne baba geçimsizliği ya daayrılmaları		57. Kendi ailesi ile eş, nişanlı ya da sevgili arasında önemli geçimsizlik	

41.Sosyal faaliyetlerde, eğlence ve dinlenme miktar ve biçiminde büyükdeğişim		58. Okul değiştirmek	
42. Yaşam koşullarında büyük değişim		59. Hem okumak hem çalışmak	
43. Anne ya da babanın ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması		60. Kiracı olarak oturulan evdençıkarılmak	
44. Ailenin onayı dışında evlenmek		61. İşteki çalışma koşullarının bozulması	
45. Köyden kente gelmek		62. Eş, nişanlı ya da sevgili ile küçük çaplı tartışmalar	
63. Okul, iş gibi zorunlu nedenlerle anne babadan ayrı kalmak		79. Okula girmek	
64. Başka kente göç etmek		80. İstemediği bir işte çalışmak	
65. Dinsel alışkanlıklarda büyük Değişim		81. İstemediği bir okula girmek	
66. Okul bitirmek		82. Önemli bir sınava girmek	
67. Zor bir sınava hazırlanmak, ağırdersler		83. Anlaşmazlık dışında bir nedenle eşten, nişanlı ya da sevgiliden ayrı kalmak(askerlik çalışma, okuma gibi)	
68. İş bulamamak		84. Tatile çıkmak	
69. Ev değiştirmek, taşınmak		85. Ailenin girdiği borç ya da ipoteğinhaczedilmesi	
70. Ders saatlerinin değişmesi		86. Hafif bir biçimde hastalanma, kaza	

		geçirme ya da yaralanma	
71. Cinsel sorunlar		87. Küçük suçlar nedeniyle ceza görmek(trafik, belediye ya da vergicezası gibi)	
72. Ruhsal/psikolojik sorunlar		88. Evlilik dışı ilişkiye girmek	
73. İstenmeyen doğum		89. Bir yakının evlenmesi	
74. Birlikte yaşayan aile üyelerininsayısının değişmesi		90. Bir yakının askere gitmesi	
75. Yakın bir arkadaştan ayrı bir yerde yaşamaya başlamak		91. Bir yakının tutuklanması veya hapse mahkum edilmesi	
76. Yakın bir akraba ile önemli bir Geçimsizlik		92. Yeni bir ilişkiye başlama	
77. Okul başarısızlığı		93. Bir yakının bebek sahibi olması	
78. Okulu bırakmak			

Bunların dışında eklemek istediğiniz yaşam olaylarını lütfen aşağıya yazınız.

1…….

2…….

3…….

4…….

5……

EK-7: BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Daha sonra, ŞU AN DAHİL **SON 1 HAFTA** içindeki ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun gelen ifadeyi bulunuz ve yanındaki uygun yere **(X)** işareti koyunuz.

1.	( )	Kendimi üzgün hissetmiyorum
	( )	Kendimi üzgün hissediyorum
	( )	Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
	( )	Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2.	( )	Gelecekten umutsuz değilim
	( )	Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
	( )	Gelecekten beklediğim hiç bir şey yok
	( )	Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek

3.	( )	Kendimi başarısız görmüyorum
	( )	Çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızlıklarım oldu sayılır
	( )	Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum
	( )	Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

4.	( )	Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
	( )	Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
	( )	Artık hiç bir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
	( )	Bana zevk veren hiç bir şey yok, her şey çok sıkıcı

5.	( )	Kendimi suçlu hissetmiyorum
	( )	Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
	( )	Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
	( )	Kendimi her an için suçlu hissediyorum

6.	( )	Cezalandırıldığımı düşünmüyorum
	( )	Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum
	( )	Cezalandırılmayı bekliyorum
	( )	Cezalandırıldığımı hissediyorum

7.	( )	Kendimden hoşnutum
	( )	Kendimden pek hoşnut değilim
	( )	Kendimden hiç hoşlanmıyorum
	( )	Kendimden nefret ediyorum

8.	( )	Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum
	( )	Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
	( )	Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum
	( )	Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9.	( )	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
	( )	Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam
	( )	Kendimi öldürebilmeyi isterdim
	( )	Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm

10.	( )	Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum
	( )	Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum
	( )	Şu sıralarda her an ağlıyorum
	( )	Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum

11.	( )	Her zamankinden daha sinirli değilim
	( )	Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum
	( )	Çoğu zaman sinirliyim
	( )	Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum

12.	( )	Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
	( )	Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
	( )	Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
	( )	Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13.	( )	Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum
	( )	Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum
	( )	Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum
	( )	Artık hiç karar veremiyorum

14.	( )	Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
	( )	Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum
	( )	Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz
	( )	değişiklikler olduğunu hissediyorum
		Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15.	( )	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
	( )	Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam
	( )	gerekiyor
	( )	Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
		Hiç bir iş yapamıyorum

16.	( )	Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum
	( )	Şu sıralar eskisi kadar rahat uyuyamıyorum
	( )	Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk
	( )	çekiyorum
		Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17.	( )	Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
	( )	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
	( )	Şu sıralar neredeyse her şey beni yoruyor
	( )	Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum

18.	( )	İştahım eskisinden pek farklı değil
	( )	İştahım eskisi kadar iyi değil
	( )	Şu sıralar iştahım epey kötü
	( )	Artık hiç iştahım yok

19.	( )	Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum
	( )	Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim
	( )	Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim
	( )	Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim

20.	( )	Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
	( )	Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var
	( )	Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
	( )	Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık hiç bir şey düşünemiyorum

21.	( )	Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
	( )	Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum
	( )	Şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim
	( )	Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK-8: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "Evet", uygun değil ise "Hayır" ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

Sizin için uygun mu?

	EVET	**HAYIR**
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	( )	( )
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	( )	( )
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	( )	( )
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	( )	( )
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	( )	( )
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	( )	( )
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	( )	( )
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	( )	( )
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	( )	( )
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	( )	( )
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gözüküyor.	( )	( )
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	( )	( )
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	( )	( )

14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	( )	( )
15. Geleceğe büyük inancım var.	( )	( )
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	( )	( )
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	( )	( )
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	( )	( )
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	( )	( )
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	( )	( )

EK-9: İNTİHAR BİLİŞLERİ ÖLÇEĞİ (İBÖ)

Yönerge: Aşağıdaki 18 ifade, insanların kimi zaman yaşadıkları sorunlar hakkındaki inançlarını değerlendirmektedir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyin. Her bir maddeyi derecelendirerek, her madde için sadece bir sayıyı işaretleyin.

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1) Dünya bensiz daha iyi bir yer olurdu.	1	2	3	4	5
2) Yaşamı sonlandırmak, sorunlarımı çözmemin tek yoludur.	1	2	3	4	5
3) Bu acıya daha fazla katlanamıyorum.	1	2	3	4	5
4) Hiçbir zaman hiçbir şeyde başarılı olmadım.	1	2	3	4	5
5) Bu kadar üzüntüye daha fazla katlanamam.	1	2	3	4	5
6) Yaptığım hatalar için hiçbir zaman affedilemem.	1	2	3	4	5
7) Hiç kimse sorunlarımı çözmeme yardımcı olamaz.	1	2	3	4	5
8) Bu kadar üzülmek dayanılmaz geliyor.	1	2	3	4	5
9) Sevilmeyi kesinlikle hak etmiyorum.	1	2	3	4	5
10) Hiçbir şey, sorunlarımı çözmeme yardımcı olamaz.	1	2	3	4	5
11) Ne kadar kötü hissettiğimi tarif etmem imkânsız.	1	2	3	4	5
12) Sorunlarımla artık baş edemiyorum.	1	2	3	4	5

13) Kimsenin böyle bir acıyla baş edebileceğini düşünemiyorum.	1	2	3	4	5
14) Benim değer verilebilecek hiçbir yanım yok.	1	2	3	4	5
15) Yaşama son vermek, bu acıya son vermenin tek yoldur.	1	2	3	4	5
16) Fazladan bir saniye daha yaşamayı hak etmiyorum.	1	2	3	4	5
17) Bu dayanılmaz acıyı hissetmektense şu an ölmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
18) Benim kadar berbat biri olamaz.	1	2	3	4	5

EK-10: DEPRESYONDA KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (DKDÖ)

Aşağıda farklı şiddette depresyon yaşayan iki kişi örneği verilmiştir. Lütfen vaka öykülerini sonuna kadar dikkatle okuyunuz.

Birinci Örnek Vaka:

Mehmet 30 yaşında. Son birkaç haftadır üzgün ve mutsuz hissediyor, eskiden zevk aldığı etkinliklerden hiç zevk almıyordu. Daima yorgun hissetmesine rağmen, neredeyse her gece uykuya dalmakta güçlük çekiyordu.Bu sürede iştahı da kesilmiş ve kilo kaybetmişti. Hiçbir işe dikkatini veremiyor ve karar almayı erteliyordu. Her şey için büyük çaba gerektiğini düşünüyor, en basit gündelik işler bile gözünde büyüyordu. Çoğunlukla değersiz olduğunu hissediyordu. Mehmet bu şikâyetlerle doktoruna başvurdu, doktoru bu problemlere neden olacak bir fiziksel sorunu olmadığını, depresyona girmiş olduğunu söyledi.

İkinci Örnek Vaka:

Mehmet 30 yaşında. Son birkaç haftadır üzgün ve mutsuz hissediyor, eskiden zevk aldığı etkinliklerden hiç zevk almıyordu. Daima yorgun hissetmesine rağmen, neredeyse her gece uykuya dalmakta güçlük çekiyordu.Bu sürede iştahı da kesilmiş ve kilo kaybetmişti. Hiçbir işe dikkatini veremiyor ve karar almayı erteliyordu. Her şey için büyük çaba gerektiğini düşünüyor, en basit gündelik işler bile gözünde büyüyordu. Çoğunlukla değersiz olduğunu hissediyordu. Mehmet bu şikâyetlerle doktoruna başvurdu, doktoru bu problemlere neden olacak bir fiziksel sorunu olmadığını, Mehmet'in de düşündüğü gibi depresyona girmiş olduğunu söyledi.

Mehmet o kadar ümitsizdi ki hayatına son vermenin yollarını düşünüyordu ve yeniden hastaneye yatmasıgerekeceğinden endişeleniyordu.

Şimdi, bir dakikanızı ayırın ve yukarıda tarif edildiğine benzer şekilde depresyonda olduğunuzu farz edin. **Kendinizle ilgili olarak nasıl hissedebileceğinizi** düşünün ve aşağıdaki her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı işaretleyin.

Eğer depresyonda olsam:

1. Utanç duyardım.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
2. Mahcup hissederdim.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
3. Kendimi hayal kırıklığına uğrattığımıdüşünürdüm.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
4. Diğer insanlardan aşağı hissederdim.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
5. Kendimi toparlayabilmeliyim diye düşünürdüm.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
6. Olanlarla baş edebilmeliydim diye düşünürdüm.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
7. Daha güçlü olmalıydım diye düşünürdüm.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
8. Suçlanacak tek kişinin kendim olduğunu düşünürdüm.
   - ☐ Kesinlikle katılıyorum
   - ☐ Katılıyorum
   - ☐ Kararsızım
   - ☐ Katılmıyorum
   - ☐ Kesinlikle katılmıyorum

9. Diğer insanlara yük oluyor gibi hissederdim.

☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

10. Diğer insanların yanında yetersiz hissederdim.

☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

11. Topluma pek fazla katkıda bulunamayacağımı hissederdim.

☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

12. Baş edemediğimi insanların bilmesini istemezdim.

☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

13. Antidepresan ilaç kullansam kendimi zayıf biri olarak görürdüm.

☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

14. Depresyon için profesyonel yardım aramaktan utanırdım.

☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum

15. Depresyon için profesyonel yardım aradığımı başkalarının bilmesinden utanırdım.

☐ Kesinlikle katılıyorum
☐ Katılıyorum
☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle katılmıyorum