T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA

DEPRESYON HASTALARINDA ÖZKIYIM DAVRANIŞI VE OLUMSUZ YAŞAMSAL OLAYLARIN MERKEZİLİĞİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ecem AKTİN

EDİRNE-2023

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA

DEPRESYON HASTALARINDA ÖZKIYIM DAVRANIŞI VE OLUMSUZ YAŞAMSAL OLAYLARIN MERKEZİLİĞİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ecem AKTİN

EDİRNE-2023

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimim, yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi, tecrübe, beceri, deneyim ve sevgisiyle her zaman yanımda olan ve ben bıraksam da elimden tutup bana inancıyla güç veren saygıdeğer danışmanım, hayat hocam Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA'ya,

Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim elemanlarına, çalışmamı yürüttüğüm Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Klinikleri hemşirelerine ve hekimlerine,

Çalışmaya katılmayı kabul eden değerli hastalarımıza,

Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

DEPRESYONUN TANIMI VE TARİHÇESİ 3

DEPRESYONUN KLİNİK BELİRTİLERİ 4

DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ 5

DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİ 5

MAJÖR DEPRESİF EPİZOD İÇİN DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ 8

ÖZKIYIM 9

ÖZKIYIMIN EPİDEMİYOLOJİSİ 9

ÖZKIYIMIN ETİYOLOJİSİ 9

ÖZKIYIM RİSK FAKTÖRLERİ 11

DEPRESYON VE ÖZKIYIM 12

OLUMSUZ YAŞAMSAL OLAYLAR 13

OLAYLARIN MERKEZİLİĞİ 14

ÖZKIYIM DÜŞÜNCESİ OLAN DEPRESYON HASTALARINA PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ 14

GEREÇ VE YÖNTEMLER 16

BULGULAR 21

TARTIŞMA 33
SONUÇLAR 40
ÖZET 43
SUMMARY 45
KAYNAKLAR 47
ÖZGEÇMİŞ 57

SİMGE VE KISALTMALAR

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIAA: Hidroksiindolasetik Asit

TDK: Türk Dil Kurumu

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, toplumda sık görülen, yeti yitimine neden olan, yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen tekrarlayıcı bir hastalıktır. Hastalıkla ortaya çıkan semptomlar, depresif bozukluk ile mücadele eden bireyleri fiziksel olarak kısıtlamasıyla birlikte psikososyal işlevsellikte bozulmaya neden olarak hastaların yaşam kalitelerini düşürmektedir (1). Dünya nüfusunun %4.4'ünün depresyon hastalığından etkilendiği tahmin edilirken, hastalığın yaşam boyu prevelansı %2.6-5.9 arasında olduğu belirtilmektedir (2).

Depresyon tüm dünyada ciddi sağlık problemlerinin başında gelen yaygın bir hastalıktır. Depresyon; duygulanım alanında çökkünlük, düşünme, konuşma ve hareketlerde belirgin bir yavaşlama, değersizlik, ilgisizlik, karamsarlık, zevk alamama, yaşam enerjisinin azalması gibi belirtiler gösteren bir sendromdur (3). Depresif bozuklukların bireyler üzerindeki tüm olumsuz etkilerine ek olarak en korkutucu ve istenmeyen etkisi ise özkıyımdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) özkıyımı, kişinin kasıtlı olarak başlattığı ve uyguladığı, ölümcül sonuçlarının tam bilgi ve beklentisiyle bireylerin kendisini öldürme eylemi olarak tanımlamıştır (2,4). Özkıyım tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemiz içinde önemli bir sağlık sorunudur (3). 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerinde ise ölümle sonuçlanan intihar sayısı 3 bin 161 kişi olarak belirtilmiştir (5). Özkıyım ve özkıyım girişimlerinde bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, ruhsal hastalık varlığı, mevsimler gibi birden fazla risk faktörü etkilidir (3,6). Kişisel

yaşantılarda stres verici olumsuz anıların bireylerin benliğinde, kişiliğinde, hayat hikâyesinin merkezinde yoğun duygularla hatırlanmasının ve algılanmasının ruminasyonlara, otomatik olumsuz düşüncelere, kaygılara neden olduğu ve geleceğe yönelik plan ve davranışların şekillenmesinde oldukça önemli bir konumda yer aldığı belirtilmektedir (7,8). Bu amaçla bireylerin hayatlarındaki olumsuz yaşam olaylarında özkıyım girişimlerine neden olan önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir (6). Literatürde özkıyım sonucu ölen bireylerin %25'inin ölmeden önce ruh sağlığı servisleriyle ilişkisinin olduğu vurgulanmaktadır (9). Ancak literatür incelendiğinde depresyon hastalarının özkıyım davranışını arttıran olumsuz yaşamsal olayların merkezilik düzeylerini belirleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu bağlamda; psikiyatri kliniklerinde ayaktan ya da yatarak tedavi gören depresyon tanısına sahip hastaların özkıyım davranışlarının ve olumsuz yaşamsal olaylarının merkeziliğinin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma kapsamında, depresyon tanısına sahip hastaların özkıyım davranışı ve olumsuz yaşamsal olayların merkezilik düzeylerinin tanımlanması ve olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğinin özkıyım davranışını ne düzeyde etkilediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hemşirelerin özkıyımı önleme ile ilgili rolleri arasında, çevre güvenliğinin değerlendirilmesi, protokoller, politikalar ve uygulamalar gibi sistemsel düzeydeki girişimler ve özkıyım riskini değerlendirme, riskli hastaları izleme, denetleme ve psikoterapötik müdahaleleri uygulama gibi birey düzeyindeki girişimler yer almaktadır (9). Bu çalışma ile uzun vadede ulaşılmak istenen amaç, depresyonlu hastalarda olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğini psikososyal müdahalelerle azaltarak, özkıyım davranışlarını en aza indirmektir.

GENEL BİLGİLER

DEPRESYONUN TANIMI VE TARİHÇESİ

Sağlıklı olmak ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan üç alanda tam iyilik halinde olmak olarak tanımlanmaktadır (10). Depresyonla ortaya çıkan sonuçlar bireylerin, fiziksel ve sosyal alanlarında bozulmalara yol açarak üç alanda da iyilik hallerini engellemektedir. Böylelikle depresyon hem bireysel hem de toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyon kelime olarak Latince bastırmak olarak belirtilen deprimere sözcüğünden gelmektedir (11). Depresyon, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ise bunalım olarak belirtmektedir (12).

Gün içinde üzgün olma, keyifsizlik, yetersizlik gibi duyguların ifadesinde de depresyon kelimesi zaman zaman kullanılmaktadır. Depresyon bilinen en eski psikiyatrik bozukluklardandır ve Homerous'un ünlü destanı İlyada'da Bellerofun'un depresyonu konu edilmişir (3). Hipokrates depresyonun fizyolojik olduğunu belirtmiş ve kara safra ile ilişkilendirdiği depresif duygudurumu melankoli olarak adlandırmıştır (13). Melankoliyi üzüntü, iritabilite, korku, bağımlılık, yorgunluk, iştah kaybı ve uykusuzluk belirtilerinin olduğu ruhsal bir bozukluk olarak tanımlamıştır (14). Krepelin (1921) depresyonun bilişsel alanda ve fonksiyellikte bozulma ile kronikleşen, döngüsel özellikleri olan erken bunama (dementia praecox) kavramından ayırmıştır (3).

DEPRESYONUN KLİNİK BELİRTİLERİ

Depresyonda Ruhsal Belirtiler

Depresyon tanısı alan bireylerde duygulanımda hüzün ve mutsuzluk ifadesi bulunmaktadır. Çoğu hasta çökkün görünümdedir ve kederli bir duygu bu duruma eşlik etmektedir (15). Hastaların çoğu güne sıkıntılı ve bunaltılı başlamaktadır ve günün çoğu bu şekilde devam etmektedir. Depresyonlu bireyler, geçmişte keyif aldığı eylemlerden keyif alamazlar ve ilgilerini yitirebilirler. Anhedoni olarak tanımlanan bu durum depresyonun başlıca belirtilerindendir. Depresif bireylerde bunaltı hissi sıklıkla görülür. Gerginlik, tahamülsüzlük, sinirlilik hali de görülebilir. Hastaların bilinçleri açıktır, oryante ve kooperedirler. Akut dönemde şiddetli semptom gösteren hastalarda bilinç bulanıklığı görülebilir. Düşünce sürecinde görülen yavaşlama nedeniyle dikkatte bozulma, unutkanlık görülür ve bazen yöneltilen sorulara yanıt vermede zorluk yaşayabilirler. Depresyon hastalarının çoğunda değersizlik, küçüklük düşünceleri, pişmanlıklar, suçluluklar, geçmişi düşünme, acı veren hatıraları tekrar tekrar irdeleme görülmektedir. Geleceğe yönelik sürekli olumsuz düşünceleri olan hastaların gelecek hakkında düşünmekten de vazgeçtikleri olur. Benlik saygılarının azalması nedeniyle yetersizlik duyguları yoğun bir şekilde yaşanmaktadır ve özkıyım düşünceleri olabilmektedir (3,9,15).

Depresyonda Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Depresyon hastalarının çökkün duygudurumuna bağlı olarak hastaların başları aşağıdadır, omuzları çökmüştür ve göz temasından kaçınmaktadırlar. Kimi bireyler hafif bir ses tonu ile yavaş biçimde konuşurken, kimileri de hiç konuşmaz ve hiç konuşmayan bireyle iletişim çok zor bir durum haline gelmektedir. Shreeve (16), 1991 yılında bir çalışmasında seçiçi konuşmazlığın depresyonun bir belirtisi olduğunu belirtmiştir. Birey jest ve mimikleriyle karamsar iç dünyasını yansıtabilir. Çoğu depresyon hastasında enerji azlığı belirgindir. Bu enerji azlığı hastaların hayatını idame ettirmesini, işlerini yapabilmesini engeller ve işlevselliğini etkiler. Bazı hastalarda iştah azalması ve buna bağlı kilo kaybı görülürken bazılarında iştah artışına bağlı kilo alımı görülebilmektedir. Depresyonda insomnia, hipersomnia, sirkadiyen ritimde düzensizlikler görülebilir (15). Hastaların cinsel istekleri azalmıştır ve tedavi amacıyla kullanılan psikofarmakolojik ajanlar da bu tablonun oluşmasına neden olabilir (3).

Depresyonda Davranışsal Belirtiler

Genç depresyon hastalarında ve melankolik özellik gösteren depresyonlarda psikomotor retardasyon daha sık görülür ve toplumsal geri çekilmeler olabilmektedir. Bunaltılı hastalarda ise genellikle yerinde duramama ile psikomotor ajitasyon görülür ve bu hastalar özkıyım girişimleri açısından riskli bir durumdadır (15,17).

DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Depresyon tüm dünya ülkelerinde ciddi sağlık problemlerinin başında gelen, en yaygın görülen ruhsal hastalıklardan biridir (3,18). Dünyada 350 milyon insanın depresyon ile mücadele ettiği düşünülmektedir (19). Her beş kişiden biri, yaşamlarının bir döneminde depresyon geçirmektedir (3). Dünya genelinde yaşam boyu görülme sıklığı %2-21 arasında değişkenlik göstermekle birlikte en yüksek oranlar Avrupa ülkelerinde ve en düşük oranlar bazı Asya ülkelerinde görülmektedir (20). Depresyon hayatın herhangi bir döneminde herhangi bir aşamada veya yaşta ortaya çıkabilmektedir. Genellikle 20-50 yaş arasında başlamakta ve ortalama başlangıç yaşı ise 40 olarak belirtilmektedir. Cinsiyete göre yaygınlığı değerlendirildiğinde, kadınların erkeklere göre depresyonu iki kat daha fazla deneyimlediği ve erkek cinsiyette yaşam boyu riski %8-12, kadın cinsiyette %20-26 olduğu belirtilmektedir (3,21,22). Evli bireylerde depresyon görülme sıklığının, hiç evlenmeyen ya da boşanan, eşi vefat eden bireylere göre daha az olduğu ve düşük gelir düzeyine sahip kişilerde ise daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (23). Herhangi bir tıbbi tanı nedeniyle hastanede tedavi gören bireylerin %14'ünden fazlasında ise majör depresyon görüldüğü belirtilmektedir (3). Ülkemizde geniş örneklemlere dayalı epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği, farklı ölçüm araçlarıyla yapılan değerlendirmelerin bulunması gibi nedenlerden dolayı, depresyon görülme sıklığı hakkında net bir bilgi bulunmamaktadır (9).

DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİ

Depresyonun etiyolojisi kesin bir patofizyolojiye dayandırılmamakta ve çoklu nedenlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

Bunlar;

- Biyolojik faktörler
- Psikososyal etmenler

Biyolojik Faktörler

Biyokimyasal faktörler: Depresyon için tanımlanmış en eski etiyolojik faktör biyolojik faktörlerdir. Depresyonun oluşumunda beyinde önemli işlevleri olan nörotransmiterlerin bozukluğunun etkisi olduğu belirtilmektedir. Depresyonla en fazla ilişkili olduğu düşünülen biyolojik aminler, serotonin, norepinefrin ve dopamindir. Serotonin ve serotonerjik sistem beyindeki en geniş nörotransmitter ağını oluşturur (9,17). Seratonin; dikkat, anksiyete, uyanıklık, agresyon, ağrı, iştah, uyku, yaşam enerjisinin düzenlenmesi gibi pek çok psikobiyolojik işlevde rolü olan biyolojik bir amindir. Noradrenalin çeşitli vücut fonksiyonlarında görev alır. Dikkat ve davranışı düzenlemektedir. Stresli durumlarda uyarılarak, aşırı kullanılmakta ve bir süre sonra norepinefrin eksikliği gelişerek nörotransimiterler arasında dengesizliklere yol açmaktadır. Bu durum bireylerde apati, tepkisel yanıtlarda azalma ve psikomotor aktivitede yavaşlama gelişmektedir (3,24). Dopaminin depresyon etiyolojisine etkisi incelendiğinde ise, depresyon belirtileri olan anhedoni ve psikomotor retardasyonun, dopaminerjik sistem patolojisi nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (14).

Genetik: Depresyonu olan bireylerin birinci derece akrabalarında 2-4 kat daha fazla depresyon gelişme olasılığı bulunmaktadır. İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde depresyon görülme oranı %23-67 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %14-43 olarak belirtilmektedir. Depresyon tanısı ebeveynlere erken yaşlarda konuldu ise çocuklarda görülme riski artmaktadır. Tek ebeveyn depresyon hastalığına sahipse çocuklarda görülme oranı 2 kat iken, her iki ebeveyn depresyon tanılı ise çocuklarda görülme oranı 4 kat artmaktadır (9).

Nöroendokrin etkiler: Adrenal ve tiroid eksenlerin depresyon üzerine etkileri günümüzde ele alınan konulardan biridir. Stresin sürekli deneyimlenmesi sonucu nörotransimiterlerin yetersiz salınması nedeniyle reseptör işlevlerinde patolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu modelde aşırı steroid üretimine neden olan hipotalamo hipofiz adrenal aksın (HPA) disinhibisyonundan ve tirotropin serbestleştirici hormona (TRH) yanıt olarak oluşan tiroid stimüle hormonun (TSH) küntleşmesinden bahsedilmektedir (9).

Psikososyal Etmenler

Psikoanalitik kuram: Psikanalitik modele göre birey sahip olduğu olumsuz duyguları kendisine yöneltir. Bu yöneltme sonucu birey kendisini sevmez ve bu durum ‘kendine karşı saldırganlık’ olarak tanımlanır. Freud kendine karşı saldırgan olan kişinin sevgi nesnesini cezalandırmayı amaçladığını belirtmiştir. Sevilen nesneye karşı saldırganlık ve suçluluk

düşünceleri oluşur. Nesneye karşı ambivalan duygular gelişir. Depresyonda yaşanan durum ego ve süperegonun çatışmasıdır ve ego kendisini bırakabilir. Bu çatışma sonucu değersizlik, suçluluk düşünceleri, benlik saygısında azalma, yaşamının bir değeri olmadığını hissetme gibi depresyon belirtileri bireyde ortaya çıkar. Tüm bu duyguların şiddetli yaşandığı durumlarda özkıyım davranışı gerçekleşebilir (25).

Benlik psikolojisi; insanların seven, sevilen, üstün, güçlü olma arzularından bahsetmektedir. Benliğin narsistik istekleri olarak tanımlanan bu arzuların gerçekleşmesi mümkün olmasa da ya da gerçekleşmesini engelleyen durumlar olsa da, kişinin benlik saygısında düşüş meydana gelir ve bu durum depresyona yol açar (9).

Kişilerarası ilişkiler kuram: Bu kuram, bireylerin yaşamında olumlu kişilerarası ilişkilerin ve destek sağlayacak kişilerin olmamasının depresyona yatkınlığı sağladığını savunmaktadır (9).

Bilişsel kuram: Bilişsel kurama göre, depresyon durumlara karşı işlevsel olmayan yorumlardan kaynaklı olarak ortaya çıkar. Depresyonun temelinde bilişsel bir bozukluk vardır ve bu bozukluk duyguları etkiler. İşlevsel olmayan yorumlar olumsuz otomatik düşünceleri oluşturur. Bu olumsuz otomatik düşünceler bilinçli olarak oluşturulmaz. Olumsuz otomatik düşünceler gerçekleri yansıtmaz, çarpıtılmış ve abartılmıştır. Depresif birey bu düşünceleri ile baş başa kalır ve depresyon ilerleyerek çıkmaz bir döngüye girer (25).

Öğrenme (davranışçı) kuram: Bu kurama göre depresyondaki bireyler geçmişte çaresiz durumlar yaşamıştır ve bu durumlardan kurtulamayacağına ve olayların sonuçları üzerinde etkisinin olmayacağına inanmıştır. Birey bu durumda sorunu çözemez ve yapabileceği hiçbir şey olmadığına inanır. Öğrenilmiş çaresizlik hissi yaşayan bireyler ne yaparsa yapsın faydasız olacağına inandıklarından, olaylar karşısında harekete geçmez, boş verir ya da erteleme davranışları geliştirir (9,25).

Yaşam olayları: Depresyona duyarlık, stress-diyatez modeli üzerinden açıklanmıştır. Genetik yapı ve erken yaşam olayları bireylerin depresyona duyarlılıklarını belirlemektedir. Genetik özellikler ve erken dönemlerde yaşanan olaylara karşı duyarlılık kazanan bireyler, yaşamın sonraki dönemlerinde karşılaşılan stres verici yaşam olaylarıyla baş etmede daha fazla zorluk yaşamaktadır ve depresyonun gelişmesine yol açmaktadır (9).

MAJÖR DEPRESİF EPİZOD İÇİN DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Aşağıda belirtilen maddelerden en az 5 tanesinin en az 15 gün süre ile gün boyu var olması (1. ve 2. kriterler mutlaka olmalıdır).

1. Depresif (Çökkün) duygudurum; neredeyse her günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir veya başkaları tarafından gözlenir. Önceki işlevselliğinde değişme vardır.

2. Anhedoni, ilgide azalma veya zevk almama; neredeyse bütün gün ya da günün büyük bir bölümünde bulunur. Kişinin kendisi bildirir veya başkaları tarafından gözlenir.

3. Kilo verme amacı taşımaksızın çok kilo verme ya da kilo alma (Örn. Bir ayda %5'inden daha çok olan kilo değişimi).

4. Uyku azalması ya da aşırı artması; neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon.

6. Enerji düşüklüğü; neredeyse her gün, bitkinlik veya içsel gücün kalmaması.

7. Suçluluk, değersizlik hissi; neredeyse her gün, değersizlik veya uygunsuz suçluluk duyguları.

8. Konsantrasyon güçlüğü; neredeyse her gün, düşünmekte, odaklanmakta güçlük çekme veya kararsızlık hissetme.

9. İntihar eğilimi; yineleyici kendini öldürme düşünceleri, kendini öldürme girişimi veya kendini öldürmeye yönelik özel bir eylem planlama.

B. İşlev kaybı vardır; depresyon belirtileri klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal veya diğer alanlarda düşmeye neden olur.

C. Semptomatoloji madde kullanımı veya başka bir sağlık durumuna bağlı değildir.

D. Başka ruhsal bozuklukla açıklanamaz (şizofreni, şizoduygulanımsal, şizofrenimsi sanrılı bozukluk veya psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklar).

E. Hiçbir zaman manik ya da hipomanik nöbet yoktur (3,25).

ÖZKIYIM

Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon insan özkıyım nedeniyle yaşamına son vermektedir (3). Özkıyım davranışı; çağımızda gün geçtikçe artan, bireyi ve toplumu çok yönlü etkileyen önemli bir toplumsal sorun olarak belirtilmektedir (26). Özkıyım (intihar), Arapça'da kurban anlamına gelen 'nahr' kelimesinden türetilmiştir (9). TDK'ya göre özkıyım (intihar); bireylerin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisiyle hayatlarını sonlandırmasıdır (27). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise özkıyımı "kişinin amaçlı ve bilinçli olarak ve değişik derecelerde ölümcül olarak kendine zarar vermesi" olarak tanımlamıştır (28). Özkıyım; özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimi ve ölümle sonuçlanan özkıyım olarak ele alınmaktadır. Özkıyım düşüncesinde eyleme dönüşme olmazken, özkıyım girişiminde eylem vardır (3).

ÖZKIYIMIN EPİDEMİYOLOJİSİ

DSÖ, her 40 saniyede bir kişinin özkıyım nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmiştir. Özkıyım nedeniyle hayata veda eden bir birey de olsa geride kalan bireyler ele alındığında bir özkıyım nedeniyle hayatı değişen, yardıma ihtiyacı olan birçok birey ortaya çıkar. Bu nedenle özkıyımın toplum içindeki önemi büyüktür. DSÖ 2019 yılında 703.000 kişinin özkıyım nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmiştir. Dünya genelinde standardize edilmiş intihar oranı her 100.000 kişide 9 dur. Bu oran erkeklerde 100.000 de 12.6, kadınlarda 100.000 de 5.4 bulunmuştur (29). Türkiye'de 2002-2019 yılları arasında 53,425 insanın özkıyım davranışıyla yaşamlarına son verdiği belirtilirken, genel olarak Türkiye'de ki kaba özkıyım hızının artma eğilimi gösterdiği vurgulanmaktadır (30). Özkıyım yöntemi tercihinde her iki cinsiyette de kendini asma yöntemi en fazla oranda kullanılmıştır. Yaş grubu ve cinsiyet oranlarına bakıldığında erkek cinsiyette 20-24 yaş grubu, kadın cinsiyette 15-19 yaş grubu aralığında en fazla görüldüğü belirtilmiştir (31). Genel olarak yaşlı erkeklerde özkıyım oranlarının yüksek olduğu belirtilirken, son yıllarda genç insanlarda da özkıyım oranlarının arttığı ve ciddi boyutlara ulaştığı belirtilmektedir. Ayrıca dünya genelinde erkeklerde tamamlanmış özkıyımların, kadınlarda ise özkıyım düşüncelerinin fazla olduğu vurgulanmıştır (3).

ÖZKIYIMIN ETİYOLOJİSİ

Özkıyımın etiyolojisinde biyolojik, psikodinamik, bilişsel ve sosyolojik kuramların rol oynadığı düşünülmektedir.

Biyolojik kuram: Özkıyımın etiyolojisinde cinsiyet, yaş, kilo, hormon işleyişi, nörotransmitterler ve genetik etkenler biyolojik etmenleri oluşturur. Seratonin eksikliği,

anksiyete ve depresyonla ilişkilendirildiği gibi özkıyım davranışında da etkili olduğu kanıtlanmıştır (32). Özkıyımda seratonin 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) düzeyinin düşüklüğünden bahsedilirken, genetik faktörlerinde etkili olduğu belirtilmektedir (3). Aile, ikiz, ve evlat edinme çalışmaları özkıyım davranışının genetik etiyolojisini açıklamaktadır. Genetik aktarımın gen aktarımı ile çevresel faktörlerin etkisinin birleşimi sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir (33). Ailesinde özkıyım öyküsü bulunan çocuklarda özkıyım girişimi riskinin 6 kat arttığı belirlenmiştir (34). Tek yumurta ikizlerinde çift yumurtalara göre konkordans daha yüksektir. Özkıyımda bulunan evlatlık olan bireylerin biyolojik akrabalarında özkıyım oranları da diğer bireylere göre yüksektir (3). Genetik aktarım olmayan ailesel öykü bulunan bireylerle yapılan çalışmalarda, nesiller boyunca olumsuz aile ortamının aktarımı, bozulmuş yas süreci, karmaşık ailesel ilişkiler gibi çevresel etkenlerin de etkisi ile özkıyım riskinin ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (35).

Psikodinamik kuram: Freud'a göre özkıyım depresyonla ilişkilidir ve bireyin öfkesini kendi benliğine yöneltmesi özkıyıma yol açmaktadır (36). Saldırganlığın kaynağı dışsal bir nesnedir ancak birey öfkesini kendisine yöneltmiştir (37). Özkıyım davranışı ölüm güdüsünü ifade etmenin bir şeklidir. Freud'a göre bireyin öfkesini kendisine yöneltmesine neden olan iki mekanizma vardır. Birincisi haz duygusuna dayanan içselleştirme mekanizmasıdır. Birey haz aldığı nesneyi içselleştirir ve nesneye bağlanır. Sonunda da bu nesneyi yok etmeyi amaçlayarak özkıyıma başvurur. İkici mekanizma ise kendinden kopmadır. Freud, özkıyımı gerçekleştirmek için bireyin kendinden kopmasının gerekliliğini savunmuştur. Ayrıca özkıyımın erken dönemde bastırılmış olan başkalarını öldürme isteğinin etkili olduğunu da belirtmektedir (3, 38). Adler'e göre yeterli sosyal destek bulamayan bireylerin aşağılık duygularının artmasıyla, Meninger'e göre insanlarda olan ölme, öldürme ve öldürülme arzularının birleşimiyle, Bibring'e göre ise hedeflerine ulaşamayan egonun güçsüz ve çaresiz hissetmesiyle özkıyımın meydana geldiği belirtilmiştir (3). Umutsuzluk, bireyleri özkıyım düşüncesi ve eylemine yönelik savunmasız bırakan duygulardan biridir. Connor ve arkadaşları umutsuzluğu, geçmiş yaşantıların etkisiyle geleceğe yönelik karamsar ve olumsuz beklentilerin bir sonucu olarak amaçsızlık, isteksizlik, bir işi başarıyla yapabileceğine yönelik inançsızlık olarak tanımlamıştır (39). Umutsuzluk duygusunun yoğunluğu ve özkıyım düşüncesi arasındaki ilişkiden de bahsedilmektedir (9).

Bilişsel kuram: Bilişsel kurama göre olaylar hakkındaki duyguları oluşturan olayın kendisi değil, bireylerin olay hakkındaki düşünceleridir. Bu düşünceler temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşüncelerdir. Hatalı şekilde işlenen bilgiler otomatik düşüncelere

dönüşerek özkıyım davranışı için tetikleyici ve riskli düşünceler haline gelir (40). Özkıyım davranışı gerçekleştiren bireylerin genellikle katı düşünme süreçlerine sahip olduğu, 'ya hep ya hiç' tarzında düşünme eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Yaşadığı bir problemi her zaman yaşıyormuş gibi yorumlayarak aşırı genelleme de yine özkıyım girişiminde bulunan bireylerde görülen bir diğer bilişsel çarpıtma çeşididir. Bireyler umutsuzluk duygusunu çok yüksek düzeyde yaşayarak içinde bulundukları durumdan asla kurtulamayacaklarını düşünürler ve bulunulan durumun hiçbir olumlu yanını gözetmeden sadece olumsuz kısımlarına odaklanırlar. Tüm olumsuz durumları sadece kendileri nedeniyle yaşadıklarına ve kendi kabiliyetsizlikleri nedeniyle çözemediklerine inanmaya eğilimleri bulunur. Bireyin kendisi ve yaşamı ile ilgili düşünceleri oldukça katıdır ve aradığı mükemmelliği yakalayamayınca tamamen yetersizlik ve. umutsuzluk duyguları ile baş edememe durumundadır Bu durumda sorunun çözümünün sadece özkıyımını gerçekleştirme ile sonuçlanacağına inanır (41). Bu kurama göre bireyi özkıyıma yönelten neden, düşünce ve davranış biçimlerindeki çarpıklık sonucu hayatını sonlandırmayı doğru bir seçenek olarak değerlendirmesidir (42).

Sosyolojik kuram: Durkheim, bireylerin çevresiyle olan etkileşimlerinin özkıyıma neden olduğunu belirtmiştir. Bireylerin yaşadıkları ortamlara yönelik gelişen aidiyet duygularının özkıyım oranlarını düşürdüğünü vurgulamıştır. Aynı zamanda Durkheim insanların toplumla etkileşimleri ve özkıyımla arasındaki ilişki üzerine çalışmıştır. Birbirine bağlı, aidiyet duygularına sahip toplumlarda özkıyım oranının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Kuramında üç sosyal kategoriden bahsetmiştir (3).

1. Egoistik İntihar: Toplumla kaynaşmamış ve kendilerini bir gruba dahil hissetmeyen bireylerin tepki olarak gerçekleştirdikleri özkıyım şeklidir.

2. Alturistik İntihar: Egoistik intiharın tam tersidir. Bireyler gruba dahildir ve o gruba kendilerini sımsıkı bağlı hissederek kendilerini kurban ederler.

3. Anomik İntihar: Grupla bağlılık duygularına zarar veren iş kaybı, boşanma, gibi durumlar yaşayan bireyler tepki olarak anomik intihar gerçekleştirir (3).

ÖZKIYIM RİSK FAKTÖRLERİ

Cinsiyet; erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre daha fazla tamamlanmış özkıyım eylemi bulunduğu, özkıyım girişimleri incelendiğinde ise kadınların daha fazla girişimde bulunduğu

belirtilmektedir (43,44). Homeseksüel tercihlerde bulunan bireylerin heteroseksüel bireylere oranla daha fazka özkıyım riski bulunmaktadır (45).

Yaş; tamamlanmış özkıyımların her iki cinsiyette 35-44 yaşları arasında gerçekleştiği ve ergenlik, genç erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinin riskli olduğu belirlenmiştir (46).

Medeni durum; Evli olmanın koruyucu etkisi olduğu bulunmuştur. Evli olmanın yanında çocuk sahibi olmanın da özkıyım riskini azalttığı bulgular arasındadır. Bekar bireylerin evli bireylere göre 2 kat daha fazla özkıyım eylemine başvurduğu bilinmektedir. Bekarlığın yanında boşanmış ve dul olmak da özkıyım davranışı için risk oluşturmaktadır (47).

Ruhsal hastalıklar; Özkıyımda en önemli risk faktörü psikopatoloji varlığıdır. Psikiyatrik tanısı bulunan bireylerin tanısı bulunmayan bireylere göre 3-12 kat daha fazla risk altında olduğu belirlenmiştir (45). Özkıyım ile en ilişkili psikopatoloji ise depresif bozukluklardır. Majör depresyon tanısı almış bireyler topluma göre özkıyım açısından 30 kat daha fazla risk taşımaktadırlar (48). Özkıyım riskinin yüksek olduğu diğer psikopatolojiler ise kişilik bozuklukları, özellikle antisosyal ve sınırda kişilik bozuklukları ve alkol madde kullanımı bozukluklarıdır.

Yalnızlık ve umutsuzluk duyguları; yalnızlık düzeyi arttıkça özkıyım düşüncelerinin arttığı, umutsuzluk belirtilerinin kontrol edilemediği durumlarda da özkıyım riskinin devam ettiği belirtilmektedir (49,50).

Özkıyım riski oluşturan diğer etmenler ise; aile öyküsünde özkıyım girişimi olan veya tamamlanmış özkıyım davranışı bulunan bireylerin varlığı, düşük eğitim düzeyi, gecekonduda yaşama, bazı mesleklere sahip olma (anestezi uzmanlığı, polislik, avukatlık, diş hekimliği gibi) olarak sıralanabilir. Yapılan bir araştırma, olumsuz erken yaşam olaylarının psikopatoloji varlığı olmasa bile özkıyım riskini arttığını göstermiştir. Olumsuz erken yaşam olayı ve çocukluk çağı travmaları, psikopatolojik hastalıklara yatkınlık oluşturduğu için yine özkıyım riskini arttıran bir faktör olarak değerlendirilir (51).

DEPRESYON VE ÖZKIYIM

Depresyon hastalığı özkıyım riskini en fazla arttırdığı bilinen psikiyatrik tanıdır. Depresyonun en istenmeyen komplikasyonu özkıyımdır. Depresyon tanısı almış bireylerin özkıyım girişimini en fazla depresif atağın başında veya sonunda gerçekleştirdiği bilinmektedir.

Depresyon hastalarının özkıyım riski açısından iyi değerlendirilmesi gerektiği, hastaların genellikle özkıyım düşüncesini açıkladığı ve özkıyım riski açısından yüksek risk taşıyan hastaların takip ve tedavilerinin yapıldığında özkıyım riskinin azaldığı ve bu davranışın önüne geçilebileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (52). Depresyon hastalarında psikososyal stresörler de özkıyım riskini arttırır. Depresyon hastalarında tamamlanmış özkıyım davranışının incelendiği bir çalışmada özkıyımların yarısı yakın dönemde yaşanan yaşam olayı ile ilişkilendirilmiştir (53).

Depresyon hastalarında özkıyım davranışında risk faktörü olan diğer etmenler; umutsuzluk düşüncesinin fazla olması, aile öyküsü, çocukluk çağı travmaları, sosyal desteğin eksikliği, madde kullanım öyküsü, depresif bozukluk, kişilik bozuklukları ve anksiyete tanılarının varlığı, psikopatoloji şiddetinin yüksek olması olarak bildirilmiştir (54-57).

OLUMSUZ YAŞAMSAL OLAYLAR

Olumsuz yaşam olayları, bireylerin rutin hayatlarında sıklıkla karşılaşmadıkları, yaşamında psikolojik, fizyolojik, ekonomik değişikliklere neden olan, uzun süre devam eden, zorlayıcı ve önemli etkilere neden olan olaylardır (58,59). Fiziksel ve psikolojik hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olan faktörler araştırılırken olumsuz yaşamsal olayların etki ettiği fikirleri ilk kez Cannon'ın araştırmaları ile ortaya çıkmaya başlamıştır. Adolph Meyer bu konuda ilk en büyük araştırmayı yapmıştır. 5000 birey ile yürüttüğü araştırmada bireylerin hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce yaşadıkları olayları sorgulayıp bunları yaşam çizelgesine kaydetmiştir. Olumsuz yaşamsal olayların fiziksel ve psikolojik hastalıkların ortaya çıkışındaki etkisi de böylelikle ortaya çıkmıştır. İlerleyen yıllarda Meyer'in elde ettiği veriler incelenerek yaşam çizelgesi ilerletilip daha sistematik hale getirilmiştir. Hawkins, Davies ve Holmes 'Schedule of Recent Experiences' adını verdikleri yaşam olayları listesini oluşturmuşlardır (58). Olumsuz yaşam olayı deneyimlemek fiziksel veya psikolojik bir hastalığın tek başına ortaya çıkışında etkili değildir. Olumsuz yaşam olaydan etkilenme düzeyinin birçok faktöre bağlı olduğu yapılan araştırmalarda bulgulanmıştır (60). Bireysel farklılıklar olumsuz yaşamsal olayın algılanmasını etkiler. Kişilik yapısı, sosyal desteklerin varlığı, özsaygı, problem çözme ve stresle baş etme becerileri, olay özellikleri (olayın sayısı, sıklığı, zamanı, tahmin edilebilirliği) bireylerin etkilenme derecesinde etkili olan faktörler arasında sayılabilir (61-65).

OLAYLARIN MERKEZİLİĞİ

Özkıyım, bazı insanların olumsuz yaşam olayları karşısında baş etmede kullandıkları yöntemlerden biridir (3). Olumsuz yaşam olayını hayatının ve kişiliğinin merkezinde algılayan bireylerde algılanan bu merkeziliğin gerçek dışı kaygılar ve ruminasyona neden olacağı öne sürülmüştür. Olumsuz yaşam olaylarının algılanma durumu ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir (66). Literatürde olumsuz yaşam olayları hakkında yapılan araştırmalarda iki karşıt görüş olduğu görülmektedir. İlk görüşe göre olumsuz yaşam olayları, bastırma gibi savunma mekanizmalarının devreye girmesi ile daha silik şekilde hatırlanır, birey bunu tanımlamada anımsamada güçlük çeker, tutarlı şekilde anlatamaz. Diğer görüş ise, olumsuz yaşam olaylarının hatıralardaki izleri sayesinde daha kolay hatırlandığı, tekrar yaşıyormuşçasına hissettirdiği, ince ayrıntılarına kadar anlatılabildiğidir (67). Şiddet içeren bir toplumda büyüyen çocuklar üzerinde yapılan bir araştırmada, olumsuz yaşam deneyimini anlatan çocukların duygu ve düşünceleri hakkında daha fazla bilgiye yer verdiği, bu deneyimleri daha tutarlı şekilde anlatabildiği görülmüştür (68). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir diğer çalışmada olumsuz yaşam olaylarının olumlu anılara göre önemli düzeyde daha fazla ayrıntı ve duygusal bilgi içerdiği bulgulanmıştır. Çalışmada olumsuz yaşam olaylarının daha az duyusal bileşene sahip olduğu da elde edilen veriler arasındadır. Birçok katılımcı yaşanılan olumsuz deneyimin kısa süreli olarak unutulduğu ancak sonraki süreçte detaylı anlatacak düzeyde iyi şekilde hatırladıklarını belirtmiştir. Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç da olumsuz yaşam olaylarının parçalanmaya uygun olmadığıdır (69).

ÖZKIYIM DÜŞÜNCESİ OLAN DEPRESYON HASTALARINA PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Özkıyım düşüncesi olan depresyon hastalarının tedavisinde farmakolojik ve psikososyal girişimlerin birlikte kullanımı önerilmektedir. Psikososyal girişimler, psikolojik ve sosyal girişimleri içerir. Bu girişimler sosyal destek ve psikoeğitimler ile sağlanmaktadır (70). Depresyon tedavisinde uygulanan psikososyal girişimlerin birçok çeşidi bulunur. Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikodinamik Terapi, Hümanistik-Varoluşçu Terapi, Farkındalık Eğitimi, Aile ve Çift Terapisi, psikoeğitim gibi müdahaleler olarak sıralanabilir. Psikiyatri hemşireleri, tedavi sırasında, özellikle yatarak tedavi gören bireyleri en yakından gözlemleyen sağlık ekibi üyesidir. Bu nedenle hasta bireylerin psikolojik, fiziksel her türlü belirtisini ilk önce fark edecek kişilerdir. Hasta bireyi bütüncül bir yaklaşımla ele alıp, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda bakımını planlamak, hemşirelik girişimlerini uygulamak ve sonuçları değerlendirmek psikiyatri

hemşirelerinin girişimlerini oluşturmaktır. Hastanın tedaviye uyumunu sağlama konusunda yine hastaya en yakın ekip üyesi olan hemşireler etkili bir değerlendirme ile tedavi uyumunu arttırabilir. Depresyon hastasının bakımında öncelikli amaç bireyin güvenliğini sağlamak ve hastayı destekleyerek iyilik halini sürdürmesine yardımcı olmaktır. Özkıyım düşüncesi olan hastaların güvenliğini sağlamada öncelikli olarak hemşireler hastaların her türlü özkıyım düşüncesini ve davranışını ciddiye almalı ve hasta bireyler şimdi burada ilkesine uygun bir şekilde anlaşılmaya çalışılmalıdır. Bunu yaparken hastalar için terapötik ortamın oluşturulması, ruhsal durumlarının değerlendirilmesi ve bakım sürecinde özkıyım risk düzeyinin belirlenmesi oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların ruhsal durumunun değerlendirilmesi, özkıyımın altında yatan düşünce, duygu ve davranışların belirlenmesini sağlamaktadır. Bu bağlamda hastaların yakın zamanda yaşamlarındaki stresli durumları, sorunları, kayıpları değerlendirilmelidir. Hastaların deneyimleri konuşulurken şu anda hissettiği duyguları ifade etmesi konusunda desteklenmelidir. Tedavi ve bakım sürecinde hastaların kendilerini ifade etmeleri desteklendikçe, hastaya karşı dürüst, empatik ve saygılı davranıldıkça aynı zamanda hemşirelerin psikososyal müdahaleleriyle birlikte hastaların yaşamlarındaki olumsuz olaylara yükledikleri anlamlar değişerek, duygularında ve düşüncelerde değişimler dönüşümler gerçekleşecektir. Psikiyatri hemşirelerinin, psikoterapi tekniklerini ve psikososyal müdahaleleri kullanarak hastaların olumsuz yaşamsal olaylara karşı baş etme becerilerini geliştirebileceği, tedavi uyumunu artırabileceği ve hastanın davranışlarını olumlu yönde düzenleyebileceği unutulmamalıdır (3,71-76).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak tasarlanan bu çalışma depresyon tanısı konulmuş hastalarda özkıyım davranışı ve olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE SÜRESİ

Çalışma Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalar ile yüz yüze görüşme metodu ile gerçekleştirilmiştir.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Depresyon hastalarında özkıyım davranışı ve olumsuz yaşamsal olayların merkezilik düzeyleri nedir?
- Depresyon hastalarında özkıyım davranışını etkileyen kişisel ve klinik özellikler nelerdir?
- Depresyon hastalarında olumsuz yaşamsal olayların merkezilik düzeyini etkileyen kişisel ve klinik özellikler nelerdir?

- Depresyon hastalarında olumsuz yaşamsal olayların merkeziliği özkıyım davranışını etkiler mi?

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde ayaktan veya yatarak tedavi gören, araştırmaya katılma kriterlerini taşıyan depresyon tanılı hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü belirlenirken çift yönlü etki büyüklüğü %0.4, α hata =% 5, güç (1 - β)=% 95 olarak hesaplama yapılmıştır. G * Power 3.1.9.4 programı ile örnekleme alınması gereken en az kişi sayısı 84 olarak belirlenmiştir (77).

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde ayaktan/yatarak tedavi gören ve DSM-5 tanı kriterlerine göre depresyon tanısına sahip olan,
- 18-65 yaş arasında olan,
- Ruhsal yönden yaşamda en az bir tane olumsuz ve rahatsız edici bir olaya maruz kalan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Ölçeklerin uygulanmasına engel (okuma yazması olmayanlar vb.) bir durumu olan,
- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olan,
- Ruhsal yönden yaşamda olumsuz ve rahatsız edici bir olaya maruz kalmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan bireyler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız Değişkenler

Kişisel bilgi formunda yer alan; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, sigara alkol kullanma durumu, hastanın tanı yaşı, hastalık tanı süresi, hastaneye yatış bilgileri, başka hastalık durumu, ailede depresyon öyküsü, daha önce psikolojik destek/psikoterapi alma durumu, psikiyatrik ilacı kullanım durumu, özkıyım girişim durumu, yaşamdaki riskli durumlar ve etki düzeyleri soruları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımlı Değişkenler

Olayların Merkeziliği Ölçeği puanı ve İntihar Davranışı Ölçeği puanı araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

KULLANILACAK ARAÇ, GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden depresyon tanısına sahip hastalara, kişisel tanıtıcı bilgilerin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu, Olayların Merkeziliği Ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği uygulanmıştır. Kişisel bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Kişisel Bilgi Formu

Depresyon tanısına sahip hastaların tanımlayıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu 18 sorudan oluşmaktadır (Ek I). Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, sigara alkol kullanma durumu, hastanın tanı yaşı, hastalık tanı süresi, hastaneye yatış bilgileri, başka hastalık durumu, ailede depresyon öyküsü, daha önce psikolojik destek/psikoterapi alma durumu, psikiyatrik ilacı kullanım durumu, özkıyım girişim durumu, yaşamdaki riskli durumlar ve etki düzeyleri soruları yer almaktadır.

Olayların Merkeziliği Ölçeği (OMÖ)

Berntsen ve Rubin (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Boyacıoğlu ve Aktaş tarafından 2016 yılında yapılmıştır (6,7) (Ek II). Yaşanmış

stresli olayların bireyin yaşamının merkezinde ne derece algılandığını ölçen bu ölçekte toplam 20 madde bulunmaktadır ve 5'li Likert ile (1=Hiç katılmıyorum ve 5=Tamamen katılıyorum) derecelendirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan, yaşanan olaya ilişkin travmatik stres belirtilerinin daha yoğun olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri (α) 0,94 olarak rapor edilmiştir (7). Çalışmamızda hesaplanan cronbach alfa (α) değeri ise 0,79'dur.

İntihar Davranış Ölçeği

1981 yılında Linehan ve ark. tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin geçerliliği ve güvenirliği 1995 yılında Bayam, Dilbaz ve ark. tarafından yapılmıştır (78,79) (Ek III). Özkıyım davranışı kavramı 4 madde içermekte ve likert tipleri değişmektedir. Bunlar; "özkıyım planı ve girişimi- Likert tipi 0-5 puan arasında", "son bir yıl içinde kişinin yaşamını sona erdirme düşüncesinin sıklığı-0-4 arası Likert tipi" "özkıyım tehtidi - Hayır 0, evet yanıtı ise 1" ve "özkıyımın tekrar edilebilirliği-Likert tipi 0-4"dür. Özkıyım davranışı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 14 olup puanlar aritmetik olarak toplanarak toplam puan hesaplanmaktadır. Puan arttıkça özkıyım davranışının ciddiyet derecesi de artmaktadır. Ayrıca her madde kendi içinde değerlendirilerek davranışın 4 farklı unsuru da ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Ölçeğin ölçeğin tümü için cronbach alfa değeri (α) 0,73 olarak belirtilmiştir (79). Çalışmamızda hesaplanan cronbach alfa (α) değeri ise 0,68'dir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın verileri depresyon tanılı 84 hasta bireyden oluşmaktadır. Çalışmada istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle incelendi. İstatistiksel yöntem ile sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normalliğini test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanıldı. Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları belirlenmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) yanı sıra, nicel verilerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile; ikiden fazla grup karşılaştırmaları Kruskal Wallis-H testi ile yapıldı. İkiden fazla grup karşılaştırmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni testi kullanıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyine Spearman korelasyon testi ile bakıldı. Araştırmada bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisinin ölçülmesinde Çoklu

Linear Regresyon modellemesinden yararlanıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p<0,05$ altında değerlendirildi.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma ve Etik Kurulu'ndan 29.11.2021 tarih ve TÜTF-BAEK 2021/380 protokol kodlu (Ek I) etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın verilerinin toplandığı Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi için gerekli olan yazılı izin Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek II) alınmıştır. Çalışma öncesi ölçek kullanım izni (Ek IV) ve İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm hastalardan kişisel bilgi ve gizlilikleri korunarak ve araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onam (Ek V) alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya depresyon tanısı bulunan 84 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 39,27±12,78 yıl (aralık 19-65) ve %54,8'i 36 yaş ve üzeri gruptaydı. Hastaların %59,5'i kadın, %41,7'sinin bekar, %54,8'inin çocuk sahibi olduğu, %34,5'inin ise üniversite mezunu olduğu belirlendi. Hastaların %69'unun gelirinin giderlerinden az olduğu, %75'inin aktif olarak bir işte çalıştığı, %42,9'unun eş veya çocuklarıyla yaşadığı saptandı. Ayrıca, yapılan değerlendirmede hastaların %35,7'sinin alkol veya zararlı bir madde alışkanlığı olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı (n=84)

Değişkenler	**n (%)**
Yaş, Ort.±SS	39,27±12,78
Yaş grup	
18-35	38 (45,2)
≥36	46 (54,8)
Cinsiyet	
Kadın	50 (59,5)
Erkek	34 (40,5)
Medeni durum	
Evli	33 (39,3)
Bekar	35 (41,7)
Boşanmış	16 (19,0)
Çocuk	
Evet	46 (54,8)
Hayır	38 (45,2)
Eğitim düzeyi	
İlkokul	18 (21,4)
Ortaokul	10 (11,9)
Lise	27 (32,1)
Üniversite	29 (34,5)
Ekonomik durum	
Gelir giderden az	58 (69,0)
Gelir gidere denk	23 (27,4)
Gelir giderden fazla	3 (3,6)
Çalışma durumu	
Evet	63 (75,0)
Hayır	21 (25,0)
Birlikte yaşam durumu	
Yalnız	25 (29,8)
Eş veya çocuk	36 (42,9)
Anne ve baba	23 (27,4)
Alkol/madde kullanımı	
Evet	30 (35,7)
Hayır	54 (64,3)

Ort: Ortalama, **SS:** Standart sapma

Hastaların tanı yaşı ortalama 29,31±11,19 yıl, %41,7'sinin 19-35 yaş aralığında depresyon tanısı aldıkları ve %75'inin 10 yıl ve daha az süredir depresyon hastası olduğu belirlendi. Hastaların %46,4'ünün daha önce depresyon tanısıyla hastaneye yattığı ve hastaneye yatan hastaların %7,1'inin ise 2 defa ve daha fazla kez hastaneye yattığı saptandı. Hastaların %32,1'inin depresyon dışında başka hastalığının bulunduğu, %33,3'ünün ailesinde depresyon öyküsünün olduğu, %27,4'ünün daha önce profesyonel bir psikolojik destek/psikoterapi aldığı,

%38,1'inin daha önce intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Depresyon tanısı alan hastaların tamamına medikal tedavi uygulanırken; hastaların %60,7'sinin ilaçlarını düzenli, %39,3'ünün ilaçlarını düzensiz kullandığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri (n=84)

Değişkenler	**n (%)**
Tanı yaşı, Ort.±SS	29,31±11,19
Tanı yaşı grup	
≤18	22 (26,2)
19-35	35 (41,7)
≥36	27 (32,1)
Hastalık tanı süresi (yıl)	
1-5	35 (41,7)
6-10	28 (33,3)
≥11	21 (25,0)
Depresyon tanısıyla hastaneye yatma	
Evet	39 (46,4)
Hayır	45 (53,6)
Hastaneye yatış sayısı	
1 defa	33 (39,3)
2 ve daha fazla	6 (7,1)
Depresyon dışında bir hastalık tanısı	
Evet	27 (32,1)
Hayır	57 (67,9)
Ailede depresyon öyküsü	
Evet	28 (33,3)
Hayır	56 (66,7)
Daha önce psikolojik destek/psikoterapi alma	
Evet	23 (27,4)
Hayır	61 (72,6)
Daha önce özkıyım girişiminde bulunma	
Evet	32 (38,1)
Hayır	52 (61,9)
Psikiyatrik ilacını kullanım şekli	
Düzenli	51 (60,7)
Düzensiz	33 (39,3)

Ort: Ortalama, **SS:** Standart sapma

Tablo 3'te hastaların geçmişte hayatını etkileyen olumsuz ve rahatsız edici bir olay yaşama durumu incelendi. Hastaların 1'inin (%1,2) doğal afet yaşadığı, 24'ünün (%28,6) sevdiği birinin ölümüne tanık olduğu, 5'inin (%6) ciddi bir kaza geçirdiği, 10'unun (%11,9) yaşamı tehdit eden hastalık veya ameliyat geçirdiği, 3'ünün (%3,6) küçük yaşta zorla evlendirildiği, 14'ünün (%16,7) eşinden boşandığı, 4'ünün (%4,8) anne babasının boşandığı,

10'unun (%11,9) aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal ihmale uğradığı, 11'inin (%13,1) aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal istismara uğradığı, 7'sinin (%8,3) aile ya da diğer insanlar tarafından fiziksel istismara uğradığı, 5'inin (%6) aile ya da diğer insanlar tarafından cinsel tacize uğradığı saptandı. Hastaların çoğunlukla olayları kendileri yaşadığı ve olaylardan yüksek derecede etkilendiği belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların geçmişte hayatını etkileyen olumsuz ve rahatsız edici bir olay yaşama durumu (n=84)

		Etkileme düzeyi			Olayı yaşayan	
	Sıklık	Düşük	Orta	Yüksek	Kendi	Tanık olma
Yaşanan olay	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Doğal afet(deprem, sel vb.)	1(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)	0(0,0)
Sevdiği birinin ölümü	24(28,6)	0(0,0)	1(4,2)	23(95,8)	23(95,8)	1(4,2)
Ciddi bir kaza geçirme, yaralanma	5(6,0)	0(0,0)	3(60,0)	2(40,0)	4(80,0)	1(20,0)
Yaşamı tehdit eden hastalık, ameliyat vb.	10(11,9)	0(0,0)	2(20,0)	8(80,0)	10(100,0)	0(0,0)
Küçük yaşta zorla evlendirilme	3(3,6)	0(0,0)	1(33,3)	2(66,7)	3(100,0)	0(0,0)
Eşinden boşanma	14(16,7)	1(7,1)	5(35,7)	8(57,1)	14(100,0)	0(0,0)
Anne baba boşanması	4(4,8)	0(0,0)	3(75,0)	1(25,0)	4(100,0)	0(0,0)
Aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal ihmale uğrama	10(11,9)	0(0,0)	3(30,0)	7(70,0)	10(100,0)	0(0,0)
Aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal istismara uğrama	11(13,1)	0(0,0)	2(18,2)	9(81,8)	11(100,0)	0(0,0)
Aile ya da diğer insanlar tarafından fiziksel istismara uğrama	7(8,3)	0(0,0)	1(14,3)	6(85,7)	7(100,0)	0(0,0)
Aile ya da diğer insanlar tarafından cinsel tacize maruz kalma	5(6,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(100,0)	5(100,0)	0(0,0)

Hastaların OMÖ toplam puan ortalaması 100 puan üzerinden 81,98±8,96 puan olduğu saptanırken; İDÖ toplam puan ortalaması 14 puan üzerinden 9,27±2,44 puan olduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Olayların Merkeziliği Ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği puan ortalamaları (n=84)

Ölçekler	Ort.±SS	En az-En çok
OMÖ	81,98±8,96	49-96
İDÖ	9,27±2,44	5-14

Ort: Ortalama, **SS:**Standart Sapma, **OMÖ:** Olayların Merkeziliği Ölçeği, **İDÖ:** İntihar Davranış Ölçeği.

Tablo 5'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre OMÖ ve İDÖ puan ortalamaları incelendi. 36 yaş altı hasta grubuna göre 36 yaş ve üzeri grupta olan hastaların OMÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Z=-2,267; p=0,023). Bu bulgudan 36 yaş ve üzeri olan hastaların yaşadığı olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Medeni duruma göre hastaların OMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($KW_{\chi 2}$=11,355; p=0,003). Yapılan alt grup analizlerinde bu farklılığın eşinden boşanmış hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Eşinden boşanmış hastaların yaşadığı olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Çocuğu olmayan hastalara göre çocuk sahibi olan hastaların OMÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Z=-2,070; p=0,038). Bu bulgudan çocuğu olan hastaların yaşadığı olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum, aktif olarak bir işte çalışma durumu, birlikte yaşama durumu ve alkol/madde kullanımına göre OMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, ekonomik durum, aktif olarak bir işte çalışma durumu, birlikte yaşama durumu ve alkol/madde kullanımı) göre İDÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 5. Kişisel özelliklerine göre hastaların OMÖ ve İDÖ puan ortalamaları (n=84)

		OMÖ			İDÖ		
Değişkenler	**n**	**Ort. ±SS**	***Z*/ KW$_{\chi 2}$**	***p*-değeri**	**Ort. ±SS**	***Z*/ KW$_{\chi 2}$**	***p*-değeri**
Yaş grup			**-2,267[a]**	**0,023***		-1,252[a]	0,211
18-35	38	79,82±9,04			9,68±2,05		
≥36	46	83,76±8,59			8,93±2,69		
Cinsiyet			-1,255[a]	0,210		-1,237[a]	0,216
Kadın	50	82,94±8,95			8,98±2,35		
Erkek	34	80,56±8,92			9,71±2,54		
Medeni durum			**11,355[b]**	**0,003***		4,230[b]	0,121
Evli[1]	33	81,42±9,11	*f**=3>1,2*		8,52±2,45		
Bekar[2]	35	79,71±9,25			9,77±2,22		
Boşanmış[3]	16	88,06±4,63			9,75±2,62		
Çocuk			**-2,070[a]**	**0,038***		-1,664[a]	0,096
Evet	46	83,65±8,64			8,83±2,65		
Hayır	38	79,95±9,03			9,82±2,06		
Eğitim düzeyi			2,772[b]	0,428		5,333[b]	0,149
İlkokul	18	82,61±11,06			8,11±2,59		
Ortaokul	10	84,40±9,65			9,50±2,92		
Lise	27	82,70±6,32			9,30±2,15		
Üniversite	29	80,07±9,49			9,90±2,30		
Ekonomik durum			-0,417[a]	0,677		-0,898[a]	0,369
Gelir giderden az	58	81,55±9,59			9,10±2,45		
Gelir gidere denk/fazla	26	82,92±7,46			9,65±2,42		
Çalışma durumu			-0,248[a]	0,804		-0,735[a]	0,462
Evet	63	82,03±9,12			9,40±2,44		
Hayır	21	81,81±8,67			8,90±2,47		
Birlikte yaşam durumu			2,439[b]	0,295		1,806[b]	0,405
Yalnız	25	80,92±11,61			9,60±2,48		
Eş ve çocuk	36	83,44±8,27			8,83±2,47		
Anne ve baba	23	80,83±6,41			9,61±2,35		
Alkol/madde kullanımı			-1,841[a]	0,066		-1,305[a]	0,192
Evet	30	79,47±9,91			9,80±2,44		
Hayır	54	83,37±8,16			8,98±2,41		

:**p<0,05; **a(Z):** Mann-Whitney U testi, **b(KW$_{\chi 2}$):** Kruskal Wallis-H testi, ***:Bonferroni testi, **Ort.**=Ortalama, **SS**=Standart sapma **OMÖ:** Olayların Merkeziliği Ölçeği, **İDÖ:** İntihar Davranışı Ölçeği

Tablo 6'da klinik özelliklere göre hastaların OMÖ ve İDÖ puan ortalamaları incelendi. Tanı yaş gruplarına göre hastaların OMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (KW$_{\chi 2}$=9,484; p=0,009). Yapılan alt grup analizlerinde bu farklılığın 18 yaş ve

altı hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. 18 yaş ve altında hastalık tanısı koyulan hastaların yaşadığı olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi.

Daha önce özkıyım girişiminde bulunan hastaların OMÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Z=-2,555; p=0,011). Bu bulgudan daha önce özkıyım girişiminde bulunan hastaların yaşadığı olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalık tanı süresi, depresyon tanısıyla hastaneye yatma durumu, depresyon dışında bir hastalık tanısı alma durumu, ailede depresyon öyküsü olma durumu, daha önce daha önce psikolojik destek/psikoterapi alma durumu ve psikiyatrik ilacı kullanım şekline göre hastaların OMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Daha önce depresyon tanısıyla hastaneye yatan hastaların İntihar Davranış Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Z=-4,417; p<0,001). Bu bulgudan daha önce depresyon tanısıyla hastaneye yatan hastaların özkıyım davranış düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Daha önce özkıyım girişiminde bulunan hastaların İDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Z=-6,800; p<0,001). Bu bulgudan daha önce özkıyım girişiminde bulunan hastaların özkıyım davranış düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Tanı yaşı, hastalık tanı süresi, depresyon dışında bir hastalık tanısı alma durumu, ailede depresyon öyküsü olma durumu, daha önce daha önce psikolojik destek/psikoterapi alma durumu ve psikiyatrik ilacı kullanım şekline göre hastaların İDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 6. Klinik özelliklerine göre hastaların OMÖ ve İDÖ puan ortalamaları

		OMÖ			**İDÖ**		
Değişkenler	**n**	**Ort.±SS**	***Z*/ KW$_{\chi 2}$**	***p*-değeri**	**Ort.±SS**	***Z*/ KW$_{\chi 2}$**	***p*-değeri**
Tanı yaşı grup			**9,484**	**0,009***		0,061	0,970
≤18[1]	22	77,50±9,60	***f**=1<2,3*	9,41±2,11			
19-35[2]	35	82,83±7,85			9,37±2,50		
≥36[3]	27	84,52±8,76			9,04±2,68		
Hastalık tanı süresi (yıl)			0,741	0,690		4,888	0,087
1-5	35	81,54±10,25			9,71±2,24		
6-10	28	81,96±6,94			9,50±2,74		
≥11	21	82,71±9,42			8,24±2,12		
Depresyon tanısıyla hastaneye yatma			-1,688	0,091		**-4,417**	**<0,001***
Evet	39	83,72±8,39			10,49±2,28		
Hayır	45	80,47±9,26			8,22±2,08		
Depresyon dışında bir hastalık tanısı			-1,175	0,240		-0,686	0,493
Evet	27	83,89±7,56			8,96±2,65		
Hayır	57	81,07±9,48			9,42±2,34		
Ailede depresyon öyküsü			-0,204	0,838		-1,685	0,092
Evet	28	80,36±11,74			8,61±2,23		
Hayır	56	82,79±7,18			9,61±2,49		
Daha önce psikolojik destek/psikoterapi alma			-0,035	0,972		-0,167	0,867
Evet	23	81,65±9,20			9,17±2,15		
Hayır	61	82,10±8,94			9,31±2,56		
Psikiyatrik ilacı kullanım şekli			-1,320	0,187		-0,772	0,440
Düzenli	51	83,49±7,13			9,10±2,29		
Düzensiz	33	79,64±10,94			9,55±2,67		
Daha önce özkıyım girişiminde bulunma			**-2,555**	**0,011***		**-6,800**	**<0,001***
Evet	32	84,59±9,66			11,53±1,46		
Hayır	52	80,37±8,19			7,88±1,80		

:**p<0,05; **a(Z):** Mann-Whitney U testi, **b(KW$_{\chi 2}$):** Kruskal Wallis-H testi, *:**Bonferroni testi, **Ort.**=Ortalama, **SS**=Standart sapma

Tablo 7'de sürekli değişkenler arasındaki ilişki düzeyi incelendi. Hastaların yaşı ve hastalık tanı yaşı ile OMÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı (yaş: r=0,223; p=0,042 ve tanı yaşı: r=0.253; p=0,020). Hastaların OMÖ puanları ile İDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı (r=0,272; p=0,012). Bu bulgudan hastaların yaşadığı bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyi arttıkça özkıyım davranış eğilim düzeyinin de arttığı belirlendi.

Tablo 7. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki düzeyi

	OMÖ		**İDÖ**	
Değişken	r^s	***p*-değeri**	r^s	***p*-değeri**
OMÖ	UD	UD		
İDÖ	0,272	**0,012***		
Yaş	0,223	**0,042***	-0,193	0,079
Tanı yaşı	0,253	**0,020***	-0,038	0,729

***:**p<0,05; r^s=Spearman korelasyon testi, **UD**=Uygun değil **OMÖ**: Olayların Merkeziliği Ölçeği, **İDÖ**: İntihar Davranış Ölçeği

Tek değişkenli analiz sonuçlarında, istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler (medeni durum, yaş, tanı yaşı, daha önce özkıyım girişimi ve çocuk varlığı) kullanılarak hastaların bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin belirlenmek amacıyla çoklu linear regresyon modeli analizi uygulandı ($F_{(2\text{-}81)}$=8,582 p<0.001)**.** Bağımsız değişkenlerin birbirleri ile bağlantılı olmadığını belirlemede ise Variance inflation factors for the independent variables (WIF) testi kullanılmıştır. Değişkenlerin VIF değerleri 10'dan küçük ve ortalama VIF değeri ise 5'ten küçüktür. Modelde çoklu doğrusal bağlantı sorunu yoktur. Otokorelasyon olup olmadığı incelemede Durbin Watson uygulanmıştır. Testin sonucuna göre Durbin Watson test değeri 1,9 olarak hesaplanmıştır. Bu değer 1.5 ile 2.5 arasında olduğundan modelde otokorelasyon sorunu yoktur. Sonuç olarak temel varsayımlar test edilip, modelin uygulanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, model belirleme katsayısı R^2=0,18'dir. Buna göre bağımlı değişkendeki varyansın %18'inin bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Modelde (p=0.000<0.05) p değeri *a* değerinden küçüktür. Modelin %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir. Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin, eşten boşanmış olma durumu [B=6,81 (%95 GA:2,22;11,40),

pr^2=0,31; p=0,004] ve tanı yaşı [B=3,01(%95 GA: 0,64;5,37) pr^2=0,27; p=0,013] olduğu saptandı. Bu bulgulardan eşten boşanma durumu ve tanı yaşının artması hastaların bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyini arttırdığı belirlendi. Modelde partial correlations square analiz sonuçları incelendiğinde hastaların bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyi ile ilişki düzeyi en yüksek olan değişkenin eşinden boşanma durumu (pr^2=0,31) olduğu görüldü (Tablo 8).

Tablo 8. Olayların merkeziliği ile ilişki bağımsız değişkenler (çok değişkenli linear regresyon analiz sonuçları) (n=84)

Değişkenler[(model 2)]	**B**[#]	**SE**	**%95 GA**	***t***	***p***	***pr²***	**VIF**
(Constant)	74,49	2,60	(69,32;79,66)	28,686	<0,001		
Medeni durum *(1=boşanmış; 0=evli/bekar)*	6,81	2,31	(2,22;11,40)	2,953	**0,004***	0,31	1,02
Tanı yaşı *(0=≤18; 1=19-35; 2=≥36)*	3,01	1,19	(0,64;5,37)	2,526	**0,013***	0,27	1,02
Model özeti	***R²***		0,18				
	F *(2-81)*		8,582				
	p-değeri		<0,001				
	DW		1,90				
	Method		Forward				

:p<0,05**; Çoklu Linear Regresyon analizi, **SH**=Standart hata, **#**: Unstandardized coefficients, **GA:**Güven aralığı, ***pr²= Partial Correlations Square, **Bağımlı değişken:** Olayların merkeziliği, **VIF:** Variance Inflation Factor, **DW**: Durbin Watson testi, **Modelden dışlanan değişkenler:** Yaş (p=0,788), çocuk varlığı (p=0,649), özkıyım girişimi (p=0.072)

Tablo 9'da intihar davranışı ile ilişki bağımsız değişkenler, çoklu linear regresyon modeliyle değerlendirildi. Tek değişkenli analiz sonuçlarında, istatistiksel olarak anlamlı ve anlamlılığa yakın bulunan değişkenler (daha önce intihar girişimi, çocuk varlığı, olayların merkeziliği düzeyi, daha önce depresyon tanısıyla bir hastaneye yatma durumu ve tanı üzerinden geçen zaman) kullanılarak hastaların özkıyım davranış eğilim düzeyi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde çoklu linear regresyon modeli analizi kullanıldı ($F_{(3-80)}$=40,714; p<0.001)**.** Bağımsız değişkenlerin birbirleri ile bağlantılı olup olmama durumu Variance inflation factors for the independent variables (WIF) testiyle değerlendirildi. Değişkenlerin VIF değerleri 10'dan küçük ve ortalama VIF değeri 5'ten küçüktür. Modelde

çoklu doğrusal bağlantı sorunu saptanmamıştır. Otokorelasyon olup olmadığı incelemede Durbin Watson testi kullanılmıştır. Durbin Watson test değeri 2,15 olarak hesaplanmıştır. Bu değer 1.5 ile 2.5 arasında olduğundan modelde otokorelasyon sorunu yoktur. Sonuç olarak temel varsayımlar test edilip, modelin uygulanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, model belirleme katsayısı R^2=0,59'dur. Buna göre bağımlı değişkendeki varyansın %59'unun bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Modelde (p=0.000<0.05) p değeri *a* değerinden küçüktür. Modelin %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir. Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların özkıyım davranış eğilim düzeyine etki eden bağımsız değişkenlerin, hastanın daha önce özkıyım davranışı [B=3,49 (%95 GA:2,77;4,21), pr^2=0,73; p<0,001], çocuk varlığı [B=-1,23 (%95 GA:-1,93;-0,53), pr^2=-0,37; p=0,001] ve hastanın bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyi [B=0,04(%95 GA:0,00;0,08), pr^2=0,24; p=0,033] olduğu saptandı. Bu bulgulardan hastanın daha önce özkıyım davranışı ve bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyi özkıyım davranış eğilimini arttırdığı; çocuk sahibi olmasının ise özkıyım davranış eğilimini azalttığı belirlendi. Modelde partial correlations square analiz sonuçları incelendiğinde hastaların özkıyım davranışı eğilimi ile ilişki düzeyi en yüksek olan değişkenin daha önce özkıyım girişiminde bulunma durumu (pr^2=0,73) olduğu görüldü (Tablo 9).

Tablo 9. İntihar davranışı ile ilişki bağımsız değişkenler (çok değişkenli linear regresyon analiz sonuçları) (n=84)

Değişkenler[(model 3)]	**B**[#]	**SE**	**%95 GA**	***t***	***p***	***pr*²**	**VIF**
(Constant)	5,04	1,60	(1,85;8,23)	3,142	0,002		
İntihar girişimi *(1=evet; 0=hayır)*	3,49	0,36	(2,77;4,21)	9,663	**<0,001***	0,73	1,06
Çocuk varlığı *(1=evet; 0=hayır)*	-1,23	0,35	(-1,93;-0,53)	-3,512	**0,001***	-0,37	1,05
Olayların merkeziliği düzeyi	0,04	0,02	(0,00;0,08)	2,169	**0,033***	0,24	1,10
Model özeti	***R*²**		0,59				
	***F*(3-80)**		40,714				
	p-değeri		<0,001				
	DW		2,15				
	Method		Forward				

***:p<0,05**; Çoklu Linear Regresyon analizi, **SH**=Standart hata, **#**: Unstandardized coefficients, **GA:**Güven aralığı, ***pr*²**=Partial Correlations Square, **Bağımlı değişken:** İntihar davranışı, **VIF:** Variance Inflation Factor, **DW**: Durbin Watson testi, **Modelden dışlanan değişkenler:** Daha önce depresyon tanısıyla hastaneye yatma durumu (p=0,489), hastalık tanısı üzerinden geçen zaman (p=0,087)

TARTIŞMA

Depresyon genel toplumda sık görülen, yeti yitimine neden olan, bireyler üzerinde birçok istenmeyen etkiye yol açan bir toplum sağlığı sorunudur. Depresyonun neden olduğu en istenmeyen etki özkıyım davranışıdır. Özkıyım, dünyadaki tüm ölümlerin %2'sini oluşturmaktadır. Özkıyım ve özkıyım girişimleri için risk faktörleri incelendiğinde olumsuz yaşam olaylarının da bu risk faktörleri arasında bulunduğu belirtilmiştir (2-7).

Bu araştırma depresyon tanısı konulmuş hastaların özkıyım davranışı ve olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Bu konuda gelecekte yapılacak olan araştırmalara kaynak olması amacıyla çalışmanın bulguları ulusal ve uluslararası literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışma bölümünde aşağıdaki bölümler sırasıyla ele alınmıştır:

- Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların geçmişteki yaşamlarını etkileyen olumsuz ve rahatsız edici olay deneyimlerinin tartışılması
- OMÖ ve İDÖ puan ortalama dağılımlarının tartışılması
- Hastaların kişisel ve klinik özelliklerine göre OMÖ ve İDÖ puanlarındaki farklılıklarının tartışılması

- Hastaların OMÖ ve İDÖ puanları arasındaki ilişkinin tartışılması

Gençlerde depresyon oranlarının son on yıl içinde keskin bir şekilde arttığı belirtilmektedir (80). 2015'ten 2020'ye Amerika Birleşik Devletleri'nin depresyon yaygınlığındaki eğilimlerini ele alan bir çalışmada, zaman içindeki en yüksek depresyon prevalansının ergenler (12-17 yaş) ve genç yetişkinler (18-25 yaş) arasında olduğu belirtilmiştir (81). Villarroel ve Terlizzi (2020) yaptıkları araştırmada herhangi bir depresyon semptomu yaşayan erişkinlerin %21'inin 18-29 yaş, %18,4'ünün 45-64 yaş, % 18,4'ünün 65 yaş ve üstü ve son olarak %16,8'inin 30-44 yaş grubunda olduğunu saptamıştır (81). Flesch ve ark (2020) 21-23 yaş arası bireylerin, 18 yaşındaki bireylere göre %24 daha fazla majör depresyon riski taşıdığını saptamıştır (83). Araştırmamızda hastaların %41,7'sine 19-35 yaş aralığında depresyon tanısı koyulduğu, %46,4'ünün daha önce depresyon tanısıyla hastaneye yattığı ve %38,1'inin daha önce özkıyım girişiminde bulunduğu saptandı. Genç yaşlarda depresyon tanısına sahip olmanın, depresyonun tekrarlaması, diğer psikiyatrik bozuklukların oluşması, kişilerarası, sosyal, eğitimsel ve mesleki işlevsellikte uzun süreli bozukluklar yaşanması gibi yaşamla ilgili birçok olumsuz sonuçlar meydana getireceği unutulmamalıdır (80).

Depresyon; kanser, kardiyovasküler, metabolik, inflamatuar ve nörolojik bozukluklar dahil olmak üzere birçok kronik tıbbi hastalığın en yaygın komorbiditelerinden biri olarak belirtilmektedir (84). Araştırmamıza katılan hastaların %32,1'inin depresyon dışında başka hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Medeni ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların dörtte birinde, olmayanların ise yedide birinde depresyon belirtileri olduğunu belirtmiş ve depresyon belirtilerinin kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 1,94 kez daha fazla olduğunu vurgulamıştır (85). Benzer olarak Brezilya'da yapılan bir çalışmada depresyon belirtileri kronik hastalığı olanlarda, olmayanlara göre daha fazla saptanmıştır (86). Araştırma sonuçlarının buluştuğu ortak paydaya ve araştırmamıza dayanarak kronik hastalığa sahip olmanın depresyon için bir risk faktörü oluşturduğu söylenebilir.

Araştırmamızda hastaların %33,3'ünün ailesinde depresyon öyküsü olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada major depresyon tanısı olan ebeveynlerin çocuklarının depresyon hastası olma ihtimalinin yüksek olduğu ve çocuklarında depresyon görülme olasılıklarının ise %40 olduğu bildirilmiştir (87). Bir başka çalışmada ise ailesinde depresyon öyküsü olanlar arasında majör depresyon gelişme riski %27 olarak belirtilmiştir (83). Hekim ve ark.'ının (2019) majör depresif bozukluk tanılı ergenlerle yaptıkları çalışmada ergenlerin %33,8'inin birinci derece yakınında en az bir psikiyatrik rahatsızlık tanısının olduğu bulunmuştur (88). Aile, evlat edinme

ve ikiz çalışmaları, depresyona yatkınlıkta genlerin rolü olduğunu gösterirken, aynı zamanda ebeveynlerde psikiyatrik bozukluğun bulunmasının çocuklarda davranışsal ve duygusal sorunlar yaşanmasına yol açtığı belirtilmektedir (89,90).

Depresyon oldukça heterojen yapısı olan bir hastalıktır. Bu nedenle depresyonun tedavisi, kısa psikososyal müdahalelerle başlayıp, ardından spesifik bir psikolojik terapi ve antidepresan ilaç tedavisiyle aşamalı bir yaklaşımla devam etmektedir (80). Türkiye'de depresyon hastalarının tedaviye uyumunu inceleyen bir çalışmada hastaların %73,2'sinin tedavi uyumunun bulunduğu saptanmıştır (91). Araştırmamızda hastaların tamamına depresyon hastalığına yönelik medikal tedavi uygulandığı ve %60,7'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı ve %27,4'ünün daha önce profesyonel bir psikolojik destek/psikoterapi aldığı belirlendi. Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise majör depresyonu olduğu kabul edilen hastaların %51'inden %43'ünün 1 veya daha fazla antidepresan ilaç kullandığı, %6,7'sinin ise 12 aylık bir süre içinde 4 veya daha fazla psikoterapi seansı aldığı belirlenmiştir (92). Ülkemizde majör depresyon tanılı ergenlerle yapılan çalışmada ise hastaların %81,7'sinin ilaç tedavisi aldığı, %15,1'inin ise yalnızca psikoterapi desteği aldığı saptanmıştır (88).

Psikososyal faktörlerin, depresif hastalığı sürdürmede ve tetiklemede önemli bir rolü olduğu ve en sık etkileyen psikososyal faktörün ise travmatik/stresli yaşam olayları olduğu belirtilmektedir (93). Bireylerde depresif belirtilerin oluşumunda etkili olan travmatik/stresli yaşam olayları arasında çocukluk istismarı veya ihmali, travmatik olaylar (doğal afetler dahil), sevilen birinin veya romantik ilişkinin kaybı, aile çatışması vb. bulunmaktadır (94). Çalışmamıza katılan depresyon hastalarının geçmişteki yaşamlarını etkileyen olumsuz ve rahatsız edici olay deneyimleri incelendiğinde; %1,2 doğal bir afet yaşadığı, % 28,6 sının sevdiği birinin ölümünü deneyimlediği, %6'sının ciddi bir kaza geçirdiği, %11,9'unun yaşamı tehdit eden hastalık veya ameliyat geçirdiği, % 3,6'sının küçük yaşta zorla evlendirildiği, % 16,7 sinin eşinden boşandığı, % 4,8'inin anne babasının boşandığı, %11,9'unun aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal ihmale, %13,1'inin duygusal istismara, %8,3'ünün fiziksel istismara ve % 6'sının cinsel tacize uğradığı bulgulanmıştır. Literatürde diğer çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde depresif hastaların aile bireylerinin kaybı ve kişilerarası sorunların daha ön planda olduğu bulunmuştur (95). Depresyon tanılı bireylerin yaşamına devam etmesini engelleyen anıların içeriği sorulan bir çalışmada %46'sında sevdiği bir kişinin kaybı, %14'ünde kişisel hastalıklar, %24'ünde istismara uğrama, %14'ünde kişilerarası

ilişkilerde sorunlar yaşanmasına dair anıların varlığı ön plana çıkmıştır. Katılımcıların bu anıları daha net şekilde anlattığı elde edilen bulgular arasındadır (96).

Yaşamı değiştiren olaylar depresyonla ilişkilendirilmektedir (97). Geçmiş yıllarda depresyon hastaları ile yapılan bir araştırmada, hastaların olumsuz yaşam olayları arttıkça depresyon düzeylerinde de bir artış olduğu saptanmıştır (98). Olay merkeziliği, kişinin deneyimlediği stresli travmatik bir olayın anısını kişisel kimliğinin merkezinde hissetmesi ve yaşamındaki diğer deneyimlere anlam atfetmesi olarak ifade edilmektedir (99,100). Araştırmamızda depresyon hastalarının geçmişte yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarını merkezi algılama düzeyleri (81,98±8,96) yüksek olarak bulunmuştur. Öğrenilmiş çaresizlik teorisi, depresyonu kontrol edilemeyen yaşamsal olaylar deneyimi ile ilişkilendirirken, bilişsel teoriye göre depresyon ise bilişsel çarpıtmaların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (89).

Depresyon, özkıyım davranışına giden ana kapı olarak betimlenmekte ve özkıyım sonucu ölen kişilerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (101,102). Araştırmada depresyon hastalarının özkıyım davranış düzeyleri (9,27±2,44) yüksek olarak bulunmuştur. Li ve ark.'ın (2022) Çinli tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve özkıyım davranışı riski arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında, depresyonu olan katılımcıların özkıyım davranış riskinin yüksek olduğunu ve özkıyım davranış riskinin depresyon semptomlarının şiddeti ile arttığını saptamıştır (103). Çalışma bulgumuzun literatürle benzerlik gösterdiği saptanmıştır. İntihar davranışının depresif belirtilere bağlı olarak geliştiği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan hastaların kişisel ve klinik özelliklerine göre OMÖ ilişkilendirildiğinde yaşın, medeni durumun, çocuk sahibi olma durumunun, hastalığın ortaya çıktığı yaşın ve daha önce özkıyım girişiminde bulunma durumunun etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırmamızda 36 yaş ve üzerindeki hastaların OMÖ puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yaşlanmayla birlikte bireylerde daha yüksek öz-uyum gerçekleşmekte ve geçmiş olaylar bireyler tarafından daha iyi entegre olabilmektedir (100,104). Bu durum yaşa bağlı pozitiflik etkisi yani yaşamlarındaki olumsuz deneyimlerin daha olumlu bir şekilde yeniden değerlendirilmesi olarak belirtilmiştir (105). Chukwuorji ve ark. (2017) da yaşlı yetişkinlerin stresli bir olayı kimliğin merkezi olarak yorumlamaya daha az eğilimli olduklarını belirtmiştir (106). Bu bağlamda, araştırma sonucumuz beklenmedik bir sonuç

olarak yorumlanırken, araştırma sonucumuzla benzerlik gösteren çalışmalarda literatürde mevcuttur. Farklı yaş gruplarından Suriyeli mülteciler ile yapılan bir çalışmada, yaş arttıkça olumsuz yaşam olayının merkezi algılama düzeyinin de arttığı bulgulanmıştır (107). Vermeulen ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada yaştaki artışın daha yüksek olay merkeziliği ile ilişkili olduğu saptanmıştır (100). Partner şiddeti deneyimleyen kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada genç yaştaki katılımcıların yaşadıkları şiddet deneyimini yaşamlarının daha az merkezinde görerek ve kendi kimlikleri ile daha az ilişkilendirerek şiddete daha az tolerans gösterdiği ve ilişkilerini bitirerek kendilerini koruduğu belirtilmiştir (108).

Araştırmamızda eşinden boşanmış olan hastaların OMÖ puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Evliliğin sona ermesinin bireylerde kriz durumuna yol açtığı ve boşanmanın gerçekleşme zamanına görede psikolojik stres seviyesinin değiştiği ve özkıyım riskinin bireylerde arttığı belirtilmektedir (109). Literatür incelendiğinde benzer şekilde evliliğinde bozulma yaşayan bireylerin yaşadığı olumsuz yaşam deneyimlerini görmekteyiz. Evlilik yolu ile bireylerin elde ettiği sosyal destek, başa çıkma ve sorun çözmeyi kolaylaştıran kaynaklar boşanma ile yitirilebilir. Tüm bu olumsuz deneyimlere ek olarak boşanma süreci de bireyleri psikolojik anlamda oldukça zorlayabilen bir deneyimdir. Bu nedenle boşanma deneyimini yaşayan katılımcıların OMÖ puanının yüksek olması literatür ile uyumludur (109,110).

Araştırmamızda çocuk sahibi olan hastaların OMÖ puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Evlenmek, çocuk sahibi olmak, doğal afetten kurtulmak gibi yaşam olayları Singer (1995) tarafından yaşamı değiştirir nitelikleri olan ‘kendini tanımlayan anılar’ olarak adlandırılmıştır. Çocuk sahibi olan katılımcıların OMÖ puanlarının yüksek olması bu tanımla ilişkilendirilebilir (111). Çalışmamızda çocuk sahibi olan hastaların özkıyım davranış eğiliminin istatiksel anlamlılığa yakın bulunduğu ve yapılan çoklu regresyon analizinde çocuk sahibi olmanın özkıyım davranış eğilimini azalttığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olan katılımcıların özkıyım riskinin daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Küçük çocuk sahibi olmak, anne olmak özkıyım riski için koruyuculuk oluşturmaktadır (112). Çocukları olan ebeveynlerin özkıyım riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir ve bu durum ebeveynlerin çocuklarının ihtiyaçlarına odaklanarak kendi problemlerini daha az düşünme durumu ile ilişkilendirmiştir (113). Danimarka’da özkıyımları inceleyen geniş çaplı bir araştırmada da erkek katılımcılarda küçük çocuk varlığının özkıyım riskini azalttığı bulunmuştur (114).

18 yaş ve altında depresyon tanısı koyulan hastaların olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bireyin erken yaşta tanı almış olması genetik faktörlerin ve erken olumsuz yaşam olaylarının varlığı ile ilişkilendirilebilir. Olayların merkeziliği otobiyografik bellek ile ilişkilidir (7). Bu nedenle bireyin anılarını hatırlamadığı ve bu nedenle olayları kişiliğinin merkezinde düşük düzeyde algıladığını düşünüyoruz.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde özkıyım girişiminde bulunmuş hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %48,4'ünde majör depresyon tanısı ve %48,2 sinde olumsuz yaşam olayı deneyimlediği bulguları elde edilmiştir (115). Bireyler olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında etkin çözümler geliştirip, kendi kişilik gelişimleri için olumlu bir durum oluşturabilirken, başa çıkma becerileri yetersiz olan bireylerde ise ruhsal sorunlar gelişebilmekte ve özkıyım girişimleri olabilmektedir (116). Yapılan bir çalışmada olumsuz yaşam olayları daha yüksek düzeyde özkıyım düşüncesi ve girişimleriyle ilişkilendirilmiştir (117). Araştırmamızda özkıyım girişiminde bulunan hastaların olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Olumsuz yaşam olaylarının psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak özkıyım girişimleri için risk faktörü olduğu bilinmektedir (118). Olumsuz yaşamsal olaylar, kişinin kendi deneyimlediği geçmiş yaşam olaylarına ilişkin belleğinin (otobiyografik bellek), benlik işlevine etki ederek olayların merkeziliğini arttırıcı rol oynadığı söylenebilir. Özkıyım girişimi öyküsü ve OMÖ ilişkisi otobiyografik bellek özellikleri ile açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan hastaların kişisel ve klinik özelliklerine göre İDÖ ilişkilendirildiğinde ise daha önce depresyon tanısıyla hastanede yatma durumunun ve daha önce özkıyım girişiminde bulunma durumunun etkileyen faktörler olduğu görüldü ($p<0,05$).

Çalışmamızda daha önce depresyon tanısıyla hastanede yatan ve daha önce özkıyım girişiminde bulunan hastaların İDÖ puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Özkıyım düşüncesi, tezimizde de bahsedildiği gibi depresif bozuklukla ilişkilidir. Bir psikiyatri kliniğinde yatan ve özkıyım girişimi öyküsü bulunan hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada, hastaların %49,5'i girişim sonrası majör depresyon tanısı almıştır (115). Özer ve ark. (2015) depresyon hastalarında yaptığı bir çalışmada depresyon nedeniyle hastaneye yatışı olan hastaların yatışı olmayan hastalara göre özkıyım girişimi oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (119). Karamustafaoğlu ve ark. (2010) özkıyım girişimi ve genel sağlık problemi nedeniyle tedavi edilen iki grup arasında yaptığı bir çalışmada, özkıyım girişimi olan grubun psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik tedavi alma oranının diğer gruba göre anlamlı derecede

yüksek olduğunu bulmuştur (120). Araştırma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir ve bu sonuç beklenen bir sonuçtur. Majör depresif bozukluk tanısı alan kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada özkıyım düşüncesinin olumsuz yaşam olayıyla, depresif semptomlarla, erken başlangıç yaşı ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (121).

Bireylerin olumsuz ya da travmatik bir olayı kimliğinin merkezinde tuttuğunda depresif belirtilerin şiddeti artmaktadır (122). Araştırmamızda depresyon hastalarının yaşadığı bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyi arttıkça özkıyım davranış eğilim düzeyinin de arttığı belirlendi. Literatüre bakıldığında hastaların yaşamlarındaki olayların merkezilik düzeyleri ile özkıyım davranışları arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda araştırmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Majör bir depresif epizod sırasında en çarpıcı klinik özellik, hastaların geçmişlerinden bahsederken kullandıkları yaygın olumsuz düşünceleridir (123). Aynı zamanda depresif bir kişi olumsuz bir olay yaşadığında eğer olumsuz olayı kimliğini tanımlayan "Her şey benim yüzümden" gibi görürse ve diğer olaylara anlam yüklemek için bu durumu "Bir daha asla eskisi gibi olmayacak" gibi kullanırsa gelecek için de sağlıksız bir döngü içinde olacaktır (124). Depresif belirtileri daha yüksek olan kişilerin, yaşamı boyunca etkisi altında kaldığı olumsuz olaylar hakkında düşünme olasılığının artması bireylerin daha fazla olumsuz duygulanım yaşamalarına neden olmaktadır (125). Secundino-Guadarrama ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada, özkıyım düşüncesiyle depresyon ve otomatik olumsuz düşünceler arasında ilişki olduğunu saptamıştır (126). Howarth ve ark. (2020) ise stresli yaşam olayları yaşayan bireylerin bir süre sonra özkıyım düşüncesi ve davranışlarına karşı savunmasız kaldıklarını ve stresli yaşam olaylarının özkıyım düşünce ve davranış riskini artırdığını vurgulamıştır (127). Araştırmamızda ve diğer araştırmaların bulgularında da bireylerin yaşadıkları olaylardan etkilenme düzeylerinin bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını etkilediği ve özkıyım davranış eğilimleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

SONUÇLAR

Depresyon tanısı konulmuş hastalarda özkıyım davranışı ve olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğinin incelenmesi ve gelecekte yapılacak olan çalışmalara katkı sağlamak amacıyla planlanan amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların yaş ortalamasının 39,27±12,78, %59,5'inin kadın, %41,7'sinin bekar, %54,8'inin çocuk sahibi olduğu, %34,5'inin üniversite mezunu olduğu, %42,9'unun eş veya çocuklarıyla yaşadığı, %75'inin aktif olarak bir işte çalıştığı, %69'unun gelirinin giderlerinden az olduğu ve %35,7'sinin alkol veya zararlı bir madde alışkanlığı olduğu saptanmıştır.
- Hastaların tanı yaşı ortalamasının 29,31±11,19 olduğu, %41,7'sine 19-35 yaş aralığında depresyon tanısı koyulduğu ve %75'inin 10 yıl ve daha az süredir depresyon hastası olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %46,4'ünün daha önce depresyon tanısıyla hastaneye yattığı, %32,1'inin depresyon dışında başka hastalığının bulunduğu, %33,3'ünün ailesinde depresyon öyküsünün olduğu, %27,4'ünün daha önce profesyonel bir psikolojik destek/psikoterapi aldığı, %60,7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı ve %38,1'inin daha önce özkıyım girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.
- Hastaların geçmişte hayatını etkileyen olumsuz ve rahatsız edici bir olay yaşama durumu incelendiğinde, %1,2 doğal bir afet yaşadığı, %28,6 sının sevdiği birinin ölümünü

deneyimlediği, % 6'sının ciddi bir kaza geçirdiği, %11,9'unun yaşamı tehdit eden hastalık veya ameliyat geçirdiği, % 3,6'sının küçük yaşta zorla evlendirildiği, %16,7 sinin eşinden boşandığı, %4,8'inin anne babasının boşandığı, %11,9'unun aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal ihmale, %13,1'inin duygusal istismara, %8,3'ünün fiziksel istismara ve %6'sının cinsel tacize uğradığı saptanmıştır ve bu olaylardan yüksek derecede etkilendikleri görülmüştür.

- Hastaların OMÖ toplam puan ortalaması 100 puan üzerinden 81,98±8,96, İDÖ toplam puan ortalaması ise 14 puan üzerinden 9,27±2,44 olduğu saptanmıştır.
- 36 yaş ve üzeri grupta olan, eşinden boşanmış olan, çocuk sahibi olan, depresyon tanısı ileri yaşta koyulan ve daha önce özkıyım girişiminde bulunan hastaların yaşadıkları olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeyi ile ilişki düzeyi en yüksek olan değişkenin ise eşinden boşanma durumu olduğu görülmüştür.
- Daha önce depresyon tanısıyla hastaneye yatan hastaların ve özkıyım girişiminde bulunan hastaların özkıyım davranış eğilim düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların daha önce özkıyım girişiminde bulunma davranışlarının ve bir olayı kişiliğinin merkezinde algılama düzeylerinin özkıyım davranış eğilimini arttırdığı; çocuk sahibi olma durumunun ise özkıyım davranış eğilimini azalttığı saptanmıştır.
- Hastaların özkıyım davranış eğilimi ile ilişki düzeyi en yüksek olan değişkenin, daha önce özkıyım girişiminde bulunma durumu olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların yaşadıkları olayları kişiliklerinin merkezinde algılama düzeyleri arttıkça özkıyım davranış eğilim düzeylerinin arttığı görülmüştür.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Depresyon hastalarının özkıyım riski değerlendirmelerinin, psikiyatri hemşireleri tarafından geçerli ve güvenilir ölçeklerle belirlenmesi ve kayıt edilmesi,
- Klinik özkıyım riski değerlendirmelerinde, olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğinin de incelenmesi,
- Özkıyım riski açısından yüksek risk taşıyan bireylerin yakından takip edilmesinde yaş, medeni durum, çocuk sayısı, hastalık tanı yaşı, daha önce özkıyım davranışında bulunma gibi psikososyal risk faktörlerinin de göz önünde bulundurulması,

- Olayların merkeziliği düzeyinin azaltılmasına yönelik depresyon hastalarında uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Özkıyım müdahale stratejilerinin geliştirilmesinde hastaların özkıyım riski ile olayların merkeziliği arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik daha fazla çalışmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak tasarlanan bu araştırma depresyon tanısı konulmuş hastalarda özkıyım davranışı ve olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğinin incelenmesi amacıyla planlandı.

Araştırma Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında, Trakya bölgesinde bulunan bir devlet hastanesinin psikiyatri kliniğinde ayaktan veya yatarak tedavi gören depresyon tanısı bulunan 84 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri kişisel bilgi formu, Olayların Merkeziliği Ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis-H testi, Spearman korelasyon testi ve Çoklu Linear Regresyon modellemesinden yararlanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların geçmişte yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarını kişiliklerinin merkezinde algılama düzeylerinin ve özkıyım davranış düzeylerinin yüksek seviyede olduğu saptandı. Olayların Merkeziliği Ölçeği toplam puanlarının yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hastalık tanı yaşı ve daha önce özkıyım girişiminde bulunma durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$). İntihar Davranış Ölçeği toplam puanlarının depresyon tanısıyla hastaneye yatma durumu ve özkıyım girişiminde bulunma durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$). Araştırmaya

katılan hastaların Olayların Merkeziliği Ölçeği puanları ile İntihar Davranış Ölçeği puanları arasında istatiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptandı ($p<0,05$).

Sonuç olarak hastaların yaşadıkları olayları kişiliklerinin merkezinde algılama düzeyleri arttıkça özkıyım davranış eğilim düzeylerinin arttığı, kişisel tanıtıcı özelliklerin ve klinik özelliklerinin olayların merkeziliği ve özkıyım davranışı üzerinde etkileri olduğu belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin depresyon tanılı hastaların kişisel ve klinik özelliklerini dikkate alarak geçmişte yaşadıkları olumsuz yaşam olayları ve özkıyım davranış düzeylerini tanılaması ve stresli yaşam olaylarına karşı psikoterapötik müdahalelerle hastaların özkıyım davranışlarını en aza indirmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: depresyon, intihar, intihar düşüncesi, olayların merkeziliği

INVESTIGATION OF THE SUICIDAL BEHAVIOR AND THE CENTRALITY OF NEGATIVE LIFE EVENTS IN PATIENTS WITH DEPRESSION

SUMMARY

This cross-sectional and descriptive study was planned to examine the centrality of suicidal behavior and negative life events in patients diagnosed with depression.

The research was carried out with 84 patients diagnosed with depression who were treated as outpatients or inpatients in the psychiatry clinic of a state hospital in the Thrace region between January 2022 and December 2022. Research data were collected using the personal information form, the Centrality of Events Scale, and the Suicidal Behavior Scale. Number, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis-H test, Spearman correlation test and Multiple Linear Regression modeling were used to evaluate the data.

It was determined that the patients participating in the study had a high level of perception of the negative life events they had experienced in the past at the center of their personalities and suicidal behavior levels. It was determined that the total scores of the

Centrality of Events Scale differed according to the variables of age, marital status, having a child, age at diagnosis of the disease and having attempted suicide before ($p<0.05$). It was determined that the total scores of the Suicide Behavior Scale differed according to the variables of hospitalization with the diagnosis of depression and suicide attempt ($p<0.05$). A statistically significant and positive correlation was found between the Centrality of Events Scale scores and the Suicide Behavior Scale scores of the patients participating in the study ($p<0.05$).

As a result, it was determined that as the level of perception of the events experienced by the patients in the center of their personality increased, the suicidal behavior tendency levels increased, and the personal descriptive features and clinical characteristics had effects on the centrality of the events and suicidal behavior. In line with these results; It can be recommended that nurses diagnose negative life events and suicidal behavior levels in the past, taking into account the personal and clinical characteristics of patients with depression, and minimize the suicidal behavior of patients with psychotherapeutic interventions against stressful life events.

Keywords: depression, centrality of events, suicide, suicidal ideation

KAYNAKLAR

1. Tangül Özcan C, Gürhan N. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi;2016.

2. World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global health estimates 2017. https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610 Erişim Tarihi: 06.03.2023

3. Çam O, Engin E. Ruh sağılığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri;2021.

4. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised no menclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, andmethodology. Suicide Life Threat Behav 2007;37(3):248-63.

5. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Ölüm istatistikleri, 2018. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2018-30701 Erişim Tarihi: 26.03.2023

6. Berntsen D, Rubin DC. The Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. Behav Res Ther 2006;44:219-31.

7. Boyacıoğlu İ, Aktaş Ç. Olayların Merkeziliği Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psiyatri Derg 2018;21(41):17-26.

8. Blair West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Life time suicide risk in major depression: sex and age determinants. J Affect Disord 1999;55(2-3):171-8.

9. Oflaz F, Yıldırım N. Psikiyatri hemşireliği sertifika konuları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi;2020.

10. World Health Organization. Constitution, 2017. https://www.who.int/about/governance/constitution Erişim Tarihi: 20.04.2023

11. Gilbert P. Depresyon. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık;2018.

12. Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlükleri. Genel Türkçe Sözlük, 2023. https://sozluk.gov.tr/ Erişim tarihi 10.09.2022

13. Oral T. Karasevda'dan depresyona hüznün tarihi. Başka Psikiyatri ve Düşünce Derg 2009;1:1-10.

14. Soyan Ç. Majör depresif bozukluklu bireylerde intihar davranışı, erken uyumsuz şemalar ve sosyal bilişsel işlevler ilişkisinin incelenmesi (tez). Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

15. Batmaz M, Gezgin Yazıcı H. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2021.

16. Shreeve DF. Elective mutism: Origins in stranger anxiety and selective attention. Bull Menninger Clin 1991;55(4): 491-504.

17. Helvacıoğlu Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. J Contemporary Med Derg 2016;6(1):51-66.

18. Cimilli C. Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Ankara:Çizgi Tıp Yayınevi;2001.

19. Sortorius N. Depression and diabetes. Dialogues Clin. Neurosci 2018;20(1):47-52.

20. Gutierrez-Rojas L, Parros Segovia A, Dunne H, Andrade Gonzalez N, Cervilla C. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Braz J Psychiatry 2020;42(6):657-72.

21. Özcan B. Majör depresif bozuklukta ışık tedavisinin nörotrofinler üzerine etkileri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi;2017.

22. İmert M. DSM-5 kriterine göre majör depresyon tanısı alan hastalarda bağlanma stillerine göre öfkeyi ifade etme tarzlarındaki ilişkinin incelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2018.

23. Horwath E, Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M (Eds.). Textbook in psychiatric epidemiology; 2002. p. 389-426.

24. Tamam L, Zeren T. Depresyonda serotenerjik düzenekler. Klin Psikiyatr Derg 2002;4:11-8.

25. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara:Hekimler Yayın Birliği;2014.

26. Wikibooks: Özgür Kütüphane. Psikolojiye Giriş/İntihar, 2022. https://tr.wikibooks.org/wiki/Psikolojiye_Giri%C5%9F/%C4%B0ntihar Erişim Tarihi: 18.09.2022

27. Fırat S, Erk M, Kahya S. Özkıyım: Umut ışığını söndürmek. Lokman Hekim Derg 2020;10(3):415-24.

28. World Health Organization (WHO). Suicide prevention 2021. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3 Erişim Tarihi: 20.09.2022

29. World Health Organization (WHO). Suicide Worldwide in 2019: Global health estimates 2021. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3 Erişim Tarihi: 20.10.2022

30. Şahbaz H. Coğrafi bir bakış açısıyla 2002-2019 döneminde Türkiye'deki intiharlar. ETÜSBED 2022;64-103.

31. Uncu E. Üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının yordanması (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü;2020.

32. Yüksel N. İntiharın nörobiyolojisi. Klin Psikiyatr Derg 2001;4(1):5-15.

33. Özalp E. İntihar davranışının genetiği. Türk Psikiyatri Derg 2009;20:85-93.

34. Brent DA, Melhem NM, Oquendo M, Burke A, Birmaher B, Stanley B, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt. JAMA 2015;72(2):160-8.

35. Öncü B. İntihar ve intiharda risk etmenleri. Türkiye Klin J Psychiatry-Special Topics 2016;9:1-15.

36. Lees J, Stimpson Q. A psychodynamic approach to suicide: a critical and selective review. Br J Guid Counc 2002;30(4):341-52.

37. Hekimoğlu EC, Cantekin D. Eyleme dökme: İntihar girişiminde bulunan bireylerin deneyimlerinin incelenmesi üzerine nitel bir araştırma. AYNA 2021;8(1):44-64.

38. Canbolat F, Uçar S, Aydoğ S, Gençöz F. İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Lacan. İçinde H, Devrimci Özgüven H, Sercan M. (Eds.). İntiharı Anlama ve Müdahale: Temel Kitap. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği. 2019. s. 73-84.

39. Yalçın S, Açıkgöz İ. Sağlık bilimleri fakültesi son sınıf öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. HMKÜ SBED 2014;11(26):259-70.

40. Jekkel E, Tringer L. Suicide and cognitive distortions. Horizons of Psychology 2004;13:139-50.

41. Öncü B, Sakarya, A. Ergen özkıyımlarında bilişsel etmenler ve çarpıtmaların rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Derg 2013;5(2):232-45.

42. Alpay Ü. Benlik kurgularının intihar ve sorun çözme becerileriyle ilişkisi (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2015.

43. Johnson GR, Krug EG, Potter LB. Suicide among adolescent and young adults: a cross-national comparison of 34 countries. Suicide and Life-Threat Behav 2000;30(1):74-82.

44. Özgüven D. İntihar davranışı riskinin değerlendirilmesi. Türkiye Kinikleri Derg 2008;1(3):8-14.

45. World Health Organization (WHO). Mental Health Suicide 2017. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide Erişim Tarihi 24.05.2023

46. Bertolote JM, Fleschmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry 2002;1(1):181-5.

47. Milner A. Suicide by occupation: systematic review and metaanalysis. Br J Psychiatry 2013;20:409-16.

48. Atasoy N. Zonguldak il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı, sosyodemografik, klnik ve ailesel risk etkenleri. Zonguldak: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Yayıncılık, 2014.

49. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression and attempted suicide. Am J Psychiatry 1973;130(4):455-59.

50. Şahin N. İntihar olasılığı ölçeği: gözden geçirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klin Psikiyatr Derg 2018;2(2):52-64.

51. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood and offspring suicide attempts. J Clin Psychiatry 2008;69(4):584-96.

52. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK. Suicide in major depression Am J Psychiatry 1994;151(4): 530-6.

53. Isometsa E, Heikkinen M, Henrikson, M, Lonqvist HA. Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder. A comparasion with majör depressive suicides. J Affect Disord 1995;33(2):99-106.

54. Valenstein M, Kim HM, Ganoczy D, McCarthy JF, Zivin K, Austin KL, et al. Higher risk of periods for suicide among va patientes receiving depression treatment. J Affect Disord 2009;112(1-3):50-8.

55. Sarchiapo M, Carli V, Cuamo C, Roy A. Childhooh trauma and suicide attempt in patients with unipolar depression. Depress Anxiety 2007;24(4):268-72.

56. Hawton K, Saunders KE. Psychiatric service development and suicide. The Lancet 2009;373:99-100.

57. Kesebir S, Gülpek D, Noyan MA. Özkıyım girişimlerinin doğası. Anadolu Psikiyatri Derg 2002;3:88-96.

58. Paykel ES. The evalotion of life events resarch in psychiatry. J Affective Disorders 2002;62:141-9.

59. Tercanlı Metin G, Harma G, Gökçay M, Bahçivan G, Soydam R. Düşük sosyoekonomik düzeydeki ergenlerde olumsuz yaşam olayları, özdenetim becerisi ve problem davranışlar. Türk Psikoloji Derg 2017;32(79):1-14.

60. Tercanlı Metin G. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip ergenlerde olumsuz yaşam olayları ve duyusal davranışsal uyum ilişkisinde özdenetimin aracı rolü (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü;2013.

61. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardisiee WR. Characteristics of resilient youths living in powerty: the role of self regulatory processnes. Devo Psychopathol 2003;15:136-62.

62. Karabeyser M. Üniversite öğrencilerinin anne baba tutumu ve stresli yaşam olaylarına göre psikolojik iyi oluşu (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2013.

63. Garcia D, Sikstorm S. Quantifying the semantic representations of adolescents' memories of positive anf negative life events. J Happiness Stud 2013;14:1309-23.

64. Christiansen C. Adolf Meyer revisited: connections between lifestyles, resilience and illness. J Occuoational Science 2007;14(2):63-76.

65. Vaux A, Ruggier M. Stressful life chanhe and delinquent behaviour. Am J Community Psychology 2003;11(2):169-83.

66. Berntsen D, Rubin DC. The Centrality of Event Scale: a measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post traumatic stress disorder symptoms. Behav Ther 2006;44:219-31.

67. Moore SA, Zoellner LA. Overgeneral outobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. Psychol Bull 2007;133(3):419-37.

68. Fivush R, Hazzard A, Sales JM, Sarfati D. Creating cohorence out of chaos? childiren's narratives emotionally positive and negative events. J Appl Psychol 2003;17(1):1-19.

69. Porter S, Birth A. Is a traumatic memory special? A comparison of traumatic memory charesterictics with memory for other emotional life experiences. J Appl Psychol 2001;15(7):101-17.

70. Ganslev C, Storeb O, Callosen H, Kuddy R, Sagard U. Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2020;7(7):58-8.

71. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. Anadolu Psikiyari Derg 2007;8:132-9.

72. Oel TP, Dingle G. The effectiveness of group cohnitive behaviour theraps for unipolar depressive disorders. J Affect Disor 2008;107:5-21.

73. Culpepper L, Judd CR, Moller MD, Nemeroff CB, Rapaport MH, Ciraulo DA. Clinicians on the front line: active management of depression and anxiety in primary care. JAAPA 2006;22:4-21.

74. Aydemir C, Vedin VD, Göka E. Majör depresyon ve özkıyımda kognitif ve emosyonel faktörler. Türk Psikiyatri Derg 2002;13(1):33-9.

75. Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. Kriz Derg 2001;9:29-33.

76. Ertekin Pınar Ş, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Derg 2012;3(2):86-91.

77. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav. Res. Methods 2007;39 (2), 175–191.

78. Linehan MM, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. J Consult Clin Psychol 1981;49(5):773-5.

79. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlilik, güvenirlik çalışması. Kriz Derg 1995;3(1):223-5.

80. Thapar A, Eyre O, Patel V, Brent D. Depression in young people. The Lancet 2022;400(10352):617-31.

81. Goodwin RD, Dierker LC, Wu M, Galea S, Hoven CW, Weinberger AH. Trends in US depression prevalence from 2015 to 2020: the widening treatment gap. Am J Prev Med 2022;63(5):726-33.

82. Villarroel MA, Terlizzi EP. Symptoms of depression among adults: United States, 2019. NCHS Data Brief 2020;379:1-8.

83. Flesch BD, Houvèssou GM, Munhoz TN, Fassa AG. Major depressive episode among university students in Southern Brazil. Rev Saúde Pública 2020;54:11.

84. Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, et al. Comorbid depression in medical diseases. Nat Rev Dis Primers 2020;6(1):69.

85. Medeni İ, İlhan MN, Medeni V. Bir ilçede yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. Kriz Derg 2020;28(3):125-34.

86. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. Rev Saúde Pública 2012;46(4):617-23.

87. Maciejewski D, Hillegers M, Penninx B. Offspring of parents with mood disorders: time for more transgenerational research, screening and preventive intervention for this high-risk population. Curr Opin Psychiatry 2018;31:349-57.

88. Hekim Ö, Güner ST, Göker Z, Sekmen E, Üneri ÖŞ. Major Depresif bozukluk tanılı 350 ergen olgunun klinik özellikleri, hastalık şiddeti ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi: retrospektif kesitsel bir çalışma. Turk J Pediatr 2019;13(5):370-8.

89. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. StatPearls(Internet). 2023 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/

90. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. Lancet 2009;374(9690):646-53.

91. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri Derg 2003;6:5-11

92. Katon WJ, Simon G, Russo J, Von Korff M, Lin EH, Ludman E, et al. Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. Med Care 2004; 1222-9.

93. Razzak HA, Harbi A, Ahli S. Depression: prevalence and associated risk factors in the United Arab Emirates. Oman Med J 2019;34(4):274-82.

94. Siu AL. Screening for depression in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2016;164:360-6.

95. Brewin CR, Reynolds M, Tota P. Autobiographical memory processes and thecourse of depression. J Abnormal Psyhology 1999;108(3):511-7.

96. Patel T, Brewin CR, Wheatle J, Wells A, Myers S. Intrusive images and memories in öajor depression. Behav Ther 2007;45:2573-80.

97. Gronewold J, Duman EE, Engel M, Engels M, Siegrist J, Erbel R, et al. Association between life events and later depression in the population-based Heinz Nixdorf Recall study-The role of sex and optimism. Plos one 2022;17(7):e0271716.

98. Kuiper NA, Olinger LJ, Lyons LM. Global perceived stress level as a moderator of the relationship between negative life events and depression. J Human Stress 1986;12(4):149-53.

99. Gehrt TB, Berntsen D, Hoyle RH, Rubin DC. Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: A systematic review. Clin Psychol Rev 2018;65:57-80.

100. Vermeulen M, Smits D, Boelen PA, Claes L, Raes F, Krans, J. The Dutch version of the centrality of event scale (CES). Eur J Psychol Assess 2019;36:361-71.

101. Roca M, Del Amo ARL, Riera-Serra P, Pérez-Ara M, Castro A, Roman Juan J, et al. Suicidal risk and executive functions in major depressive disorder: a study protocol. BMC Psychiatry 2019;19(1):1-6.

102. Hawton K, ICC C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord 2013;147(1–3):17–28.

103. Li J, Zhang Y, Siu Man Chan B, Tan SN, Lu J, Luo X, et al. Associations between anxiety, depression, and risk of suicidal behaviors in Chinese medical college students. Front Psychiatry 2022;13,1012298.

104. Van Der Kaap-Deeder J, Vansteenkiste M, Van Petegem S, Raes F, Soenens B. On the ıntegration of need-related autobiographical memories among late adolescents and late adults: the role of depressive symptoms and self-congruence. Eur J Pers 2016;30(6):580-93.

105. Pociunaite J, Zimprich D, Wolf T. Centrality of positive and negative autobiographical memories across adult life span. App Cogn Psychology, 2022;36(3):623-35.

106. Chukwuorji JBC, Ifeagwazi CM, Eze JE. Event centrality influences posttraumatic stress disorder symptoms via core beliefs in internally displaced older adults. Aging Ment Health 2019;23(1):113-21.

107. Chung MC, AlQarni N, AlMazrouei M, Al Muhairi S, Shakra M, Mitchell B, et al. Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees of different ages: the role of trauma centrality. Psychiatr Q 2018;89:909-21.

108. Bakaitytė A, Kaniušonytė G, Žukauskienė R. Posttraumatic growth, centrality of event, trauma symptoms and resilience: profiles of women survivors of intimate partner violence. J Interpersonal Violence 2022;37:21-2.

109. Næss EO, Mehlum L, Qin P. Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. SSM Popul Health 2021;15:100853.

110. Mastekaasa, A. Marriage and psychological well-being: Some evidence on selection into marriage. J Marital Fam 1992;54(4): 901-11.

111. Singer JA. Affective responses to autobiographical memories and their relationship to long-term goals. J Pers 1995;58:535-63.

112. Harmancı P. Dünyadaki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences 1st National Health Sciences Congress Book Ankara, 2015.

113. Durkheim E. Extra-social factors. In: Simpson G. (Eds). Suicide: a:study in sociology. New york; 2005. p.53-54

114. Denney JT, Wadsworth T, Rogers R, Pampel F. Suicide in the city: do characteristics of place really influence risk? Soc Sci Q 2015;26(2):313-29.

115. Bozkurt Zincir S, Zincir S, Doğru Köşker S, Aydın Sünbül E, Etlik Aksoy A, Yeni Elbay R, et al. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girşiminin klinik özellikle ve sosydemografik değişkenlerle ilişkisi. J Mood Disord 2014;4(2):53-8.

116. Devrimci Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. Kriz Derg 2003;11(1);13-24.

117. Rowe CA, Walker KL, Britton PC, Hirsch JK. The relationship between negative life events and suicidal behavior. Crisis 2013;34(4):233-41.

118. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman'da intihar girişimleri. Anadolu Psikiyatri Derg 2006;7:150-6.

119. Özer Ü, Yıldırım EA, Erkoç ŞN. Majör depresyon olgularında intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ile ilişkisi. Arc Neuropsychiatr 2015;52:283-8.

120. Karamustafaoğlu O, Özçelik B, Bakım B, Cengiz Ceylan Y, Göksan Yavuz B, Güven T, et al. İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. Düşünen Adam - Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Derg 2010;23:151-7.

121. Zhu Y, Zhang H, Shi S, Gao J, Li Y, Tao M. Suicidal risk factors of recurrent major depression in Han Chinese women. PLoS One 2013;8:80030.

122. Egeci İS, Doğruyol B. A new look at the factor structure of the Centrality of Event Scale. Elektronik Sosyal Bilimler Derg 2019;18(71):1040-50.

123. Köhler CA, Carvalho AF, Alves GS, McIntyre RS, Hyphantis TN, Cammarota M. Autobiographical memory disturbances in depression: a novel therapeutic target?. Neural Plast 2015;2015:759139.

124. Newby JM, Moulds ML. Intrusive memories of negative events in depression: Is the centrality of the event important?. J Beh Ther Exp Psychiatry 2011;42(3):277-83.

125. Marsh C, Hammond MD, Crawford MT. Thinking about negative life events as a mediator between depression and fading affect bias. PLoS One 2019;14(1):e0211147.

126. Secundino-Guadarrama G, Veytia-López M, Guadarrama-Guadarrama R, Míguez MC. Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. Salud Ment 2021;44(1):3-10.

127. Howarth EJ, O'Connor DB, Panagioti M, Hodkinson A, Wilding S, Johnson J. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2020;266:731-42.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı (n=84) 22
Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri (n=84) 23
Tablo 3. Hastaların geçmişte hayatını etkileyen olumsuz ve rahatsız edici bir olay yaşama durumu (n=84) 24
Tablo 4. Olayların Merkeziliği Ölçeği ve İntihar Davranış Ölçeği puan ortalamaları (n=84) 25
Tablo 5. Tanıtıcı özelliklerine göre hastaların OMÖ ve İDÖ puan ortalamaları (n=84) 25
Tablo 6. Klinik özelliklerine göre hastaların OMÖ ve İDÖ puan ortalamaları 27
Tablo 7. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki düzeyi 29
Tablo 8. Olayların merkeziliği ile ilişki bağımsız değişkenler (çok değişkenli linear regresyon analiz sonuçları) (n=84) 30
Tablo 9. İntihar davranışı ile ilişki bağımsız değişkenler (çok değişkenli linear regresyon analiz sonuçları) (n=84) 32

ÖZGEÇMİŞ

İlköğrenimimi Kırklareli'de, lise öğrenimimi Gelibolu Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2014-2018 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde lisans eğitimimi tamamladıktan sonra 2020 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimime başladım. 2018 yılından beri yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktayım.

2021 yılından beri Babaeski Devlet Hastanesi 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi'nde görevime devam etmekteyim.

EKLER

Ek I: Etik Kurul İzni

Ek II: Kurum İzinleri

Ek III: Kişisel Bilgi Formu

Ek IV: Ölçek İzin Metni

Ek V: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 1

ETİK KURUL İZNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/380	
	PROTOKOL ADI	Depresyon Hastalarında Özkıyım Davranışı ve Olumsuz Yaşamsal Olayların Merkeziliğinin İncelenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:18/23**	**Tarih:20.09.2021**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ecem AKTİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi	

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 2

KURUM İZİNLERİ

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-37864143-302.14.03-191831 18.01.2022
Konu : İzleme

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün 13/01/2022 tarih ve E.188811 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Ecem AKTİN'in "Depresyon Hastalarında Özkıyım Davranışı ve Olumsuz Yaşamsal Olayların Merkeziliğinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Edirne Valiliği İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütme isteğinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi yazı ektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencinin bilgilendirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

Ek:Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün Yazısı.

Evrak Tarih Sayısı: 18.01.2022-188831

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : E-59426830-044-188811 13.01.2022
Konu : Anket İzni (Ecem AKTİN) Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 17.11.2021 tarihli ve 302.14.03-E.156867 sayılı yazı
b) 11.01.2022 tarihli ve 63 sayılı yazı,

İlgi (a) yazınız gereği, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ecem AKTİN'in, "Depresyon Hastalarında Özkıyım Davranışı ve Olumsuz Yaşamsal Olayların Merkeziliğinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Edirne Valiliği İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütme isteğinin uygun görüldüğüne ilişkin adı geçen Kurumdan alınan ilgi (b) yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Murat TÜRKYILMAZ
Rektör Yardımcısı

Ek:İlgi (b) yazı (1 Syf.)

Evrak Tarih Sayısı: 13.01.2022-188811
Trakya Üniversitesi Gelen Evrak Tarih Sayısı: 11.01.2022-187444

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-97526123-051.06
Konu : Araştırma İzni (Ecem AKTİN)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 18/11/2021 tarihli ve 59873402-E-158014 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda belirtilen; Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Ecem AKTİN'in *"Depresyon Hastalarında Özkıyım Davranışı ve Olumsuz Yaşamsal Olayların Merkeziliğinin İncelenmesi"* konusundaki araştırma izin talep dosyası incelenmiştir. Dosya içeriğinden, araştırmanın Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran hastalara anket şeklinde yapılacağı anlaşılmıştır. Hasta onamları alınmak suretiyle hasta mahremiyetine özen gösterilerek ve Kişisel Verilerin Kullanımı Kanununa uygun, birim çalışma usul ve düzenini bozmayacak şekilde gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilginizi arz ederim.

Dr. Ali Fatih SELVİ
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

EK3

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışmada; depresyon tanısına sahip hastaların özkıyım davranışı ve olumsuz yaşamsal olayların merkeziliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA
Hemşire Ecem AKTİN
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

1.Yaşınız: ……
2.Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
3.Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı: ( ) Evet ( ) Hayır
5.Eğitim durumunuz:( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite
6.Ekonomik durumunuz: ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden fazla
7. İş durumunuz: ( ) Evet ( ) Hayır
8. Kiminle yaşıyorsunuz? ( ) Yalnız ( ) Eş veya çocuk ( )Anne ve baba ( ) Diğer.....
9. Alkol ya da madde kullanır mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır
10. Hastalık başlangıç yaşınız?:……..
11. Kaç yıldır tedavi alıyorsunuz?……..
12.Hastaneye depresyon tanısıyla yattınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
13. Hastaneye depresyon tanısıyla kaç kez yattınız? ……..
14.Depresyon hastalığı dışında başka hastalıklarınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
15. Ailenizde sizin dışınızda depresyon hastalığı yaşayan var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
16.Daha önce psikolojik destek/psikoterapi aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
17. Psikiyatrik ilacınızı kullanım şekliniz? ( ) Düzenli kullanırım ( )Düzenli kullanamam
18. Geçmişte hayatınızı kalıcı olarak değiştirdiğini düşündüğünüz, olumsuz ve rahatsız edici olayı aşağıdan belirleyerek, etki düzeyini ve nasıl olduğunu işaretleyiniz?

	Etki Düzeyi **1-Düşük** **2-Orta** **3-Yüksek**	**1- Kendim yaşadım** **2- Tanık oldum**
Deprem, sel gibi doğal afetler yaşama		
Sevdiği birinin vefatı		
Ciddi bir kaza/yaralanma geçirme		
Yaşamı tehdit eden hastalık, ameliyat vb. yaşama		

Küçük yaşta zorla evlendirilme		
Eşten boşanma		
Anne baba boşanması		
Aile ya da diğer insanlar tarafından fiziksel istismara uğrama		
Aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal ihmale uğrama		
Aile ya da diğer insanlar tarafından duygusal istismara uğrama		
Aile ya da diğer insanlar tarafından cinsel tacize maruz kalma		
Diğer		

Olayların Merkeziliği Ölçeği

Lütfen yukarıda belirttiğiniz anıdaki olayı tekrar düşünün. Aşağıdaki maddelerin her birine ne kadar katıldığınızı maddenin hemen yanında 1'den 5'e kadar sıralanan numaralardan birini daire içine alarak belirtin.
(1=Hiç katılmıyorum ve 5=Tamamen katılıyorum

1. Bu olay yeni deneyimleri anlamlandırmamda bir rehber, bir referans noktası haline geldi.	1	2	3	4	5
2. Bu olay ve şimdiki yaşantılarım arasındaki bağlantıları ve benzerlikleri kendiliğinden fark ederim.	1	2	3	4	5
3. Bu olayın kimliğimin bir parçası haline geldiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Bu olay hayatımdaki önemli konuların sembolü ya da işareti olarak görülebilir.	1	2	3	4	5
5. Bu olay benim hayatımı çoğu insanın hayatından farklı kılıyor.	1	2	3	4	5
6. Bu olay kendimi ve dünyayı anlamamda bir rehber, bir referans noktası haline geldi.	1	2	3	4	5
7. Bu tür bir olay yaşamamış insanların benden farklı düşündüklerine inanıyorum.	1	2	3	4	5
8. Bu olay benim kim olduğuma dair çok şey anlatıyor.	1	2	3	4	5
9. Çoğu zaman, bu olay ve insanlarla şu anki ilişkilerim arasında bağlantılar ve benzerlikler görürüm.	1	2	3	4	5
10. Bu olayın, hayat hikayemin ana unsurlarından biri haline geldiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
11. Bu tür bir olay yaşamamış insanların kendilerine bakışlarının, benimkinden farklı olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
12. Bu olay benim başka yaşantılara dair hislerimi ve düşüncelerimi etkiledi.	1	2	3	4	5
13. Bu olay geleceğime nasıl bakacağıma ilişkin bir rehber, bir referans noktası haline geldi.	1	2	3	4	5

14. Eğer hayatımın bir halısını dokusaydım, bu olay başka pek çok olaya bağlanan ilmekleriyle halının tam ortasında olurdu.	1	2	3	4	5
15. Hayat hikayem iki ana bölüme ayrılabilir: Bu olaydan öncesi ve bu olaydan sonrası.	1	2	3	4	5
16. Bu olay hayatımı kalıcı olarak değiştirdi.	1	2	3	4	5
17. Bu olayın geleceğim üzerindeki etkilerini sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Bu olay hayatımda bir dönüm noktasıydı.	1	2	3	4	5
19. Eğer bu olay başıma gelmeseydi, bugün başka bir insan olurdum.	1	2	3	4	5
20. Geleceğim hakkında kafa yorarken sık geriye dönüp bu olayı düşünürüm.	1	2	3	4	5

İntihar Davranış Ölçeği

1-Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

A-Asla C-Bazen E-Çok sık
B-Bir kez D-Sıklıkla F-Her zaman

2-Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

A-Asla C-Bazen E-Çok sık
B-Bir kez D-Sıklıkla

3-Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

A-Evet B-Hayır

4-Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

A-Hiç bir zaman etmem
B-Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem.
C-Belki
D-Mutlaka
E-Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

EK 4

ÖLÇEK İZİN METNİ



23 Ağu 2021 Pzt 21:46

Merhaba Ecem,

Olayların Merkezilliği Ölçeği'ni tez çalışmanda elbette kullanabilirsin, umarım araştırmana katkısı olur. Ölçeğin kısa versiyonu da gayet güvenilir değerler sunuyor. Makalenin içinde kısa formunda kullanılabilecek maddeler işaretlenmiş olarak verilmişti. Ölçeğin uygulanma sırasına veya değerlendirmesine ilişkin özel bir durum söz konusu değil. Tüm likert ölçeklerde olduğu gibi maddelerin ham toplam puanları veya ortalama puanları ile analizlere alınmakta. Hem makaleyi hem ölçeği ekte gönderiyorum.

Şimdiden başarılar dilerim,

İntihar davranış ölçeği izni



10 Eyl 2021 Cum 12:29

Göksel Hocam Merhaba

Ben Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Ecem Aktin.Tezim için yaptığım literatür incelemesinde sizin geçerlik ve güvenirlik çalışması yaptığınız İntihar Davranış Ölçeği'nizi gördüm. İzninizle size danışmak istediğim bir kaç sorum var:

1) Ölçeği izninizle kullanabilir miyim?

2) Ölçeğin uygulanma sırasında, değerlendirmede dikkat etmem gereken yerler nerelerdir?

Desteğiniz için teşekkür ederim.

Saygılarımla

Yanıtla Yönlendir

EK 5

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun …… tarih ve …____sayılı kararı ile onaylanmıştır.

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

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

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

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (AÇIK AD____) 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:**
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:**
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:**

Araştırmanın amacı:

- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):**
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:**
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**
- **Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:**
- **Araştırmanın deneysel kısımları:**
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı:**