



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANILI HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE
ALEKSİTİMİ, DÜRTÜSELLİK VE İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Büşra BOZKURT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2023



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANILI HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE
ALEKSİTİMİ, DÜRTÜSELLİK VE İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Büşra BOZKURT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2023

T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANILI HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE
ALEKSİTİMİ, DÜRTÜSELLİK VE İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Büşra BOZKURT

Tez Savunma Tarihi: 12.07.2023

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışmanın bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Nurgül ÖZDEMİR
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

İmzası

BEYAN

Bu tezin kendi araştırmam olduğunu, bu tezin yazımının tüm aşamalarında etik kurallarına aykırı hiçbir davranışımın olmadığını, tüm verileri etik ve akademik ilkeler doğrultusunda sağladığımı, bu tez sonucunda tespit edilmeyen tüm bilgi ve yorumların kaynağını belirttiğimi ve kullandığım kaynakları listeme eklediğimi, patent ve telif haklarına aykırı bir davranışımın bulunmadığını beyan ederim.

Büşra BOZKURT

Temmuz 2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerinden faydalanma fırsatı yakaladığım, akademik duruşunu ve çalışma disiplini örnek aldığım bu süreç boyunca önerileri, sabrı, anlayışı ve arkamda olduğunu hoşgörüsüyle her zaman hissettiren değerli tez danışman hocam Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR'e.

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen, engin bilgi birikimleri sayesinde gelişimi sağlayan çok kıymetli hocalarım Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR'a, Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN'a,

Tezimin ortaya çıkmasını sağlayan tüm katılımcılara bana güvenerek hikayelerini paylaştıkları için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Eğitimimin en zorlu zamanlarında bile desteklerini her zaman hissettiğim, her ihtiyacım olduğunda bana güç ve moral veren çok değerli canım arkadaşlarım Yasemin FISTIKÇI, Ayşe TALAYHAN, Büşra DÖNER, Kübra DÖNER, Sümeyra YAZAR, Feyza Nur KARABACAK ve Ayşe ŞİMŞEK'e

Sonsuz emek ve fedakarlıklarıyla bugünlere gelmemi sağlayan hayatımın her anında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da benden maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, beni en iyi şekilde yetiştiren sabrını ve sevgisini esirgemeyen, bana ve yapabileceklerime her zaman inanan canım babam İsa BOZKURT'a; ve varlığı ile kendimi şanslı hissettiren, tezimdeki her bir kavram hakkında bilgi sahibi olacak kadar beni dinleyen, desteğini ve sevgisini her an hissettiğim Yüksek lisansa başlamamda en büyük destekçim olup bu süreçte gücümü ve kendime inancımı yitirdiğim her an sevgisiyle destekleyen canım annem Perihan BOZKURT'a sevgileri ve emekleri için minnettarım, çocukları olmaktan gurur duyuyorum. Kardeşlik payıma düştükleri için çok şanslı olduğum canım kardeşlerim Mehmet Hasan, Elif ve Nisanur BOZKURT'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Sevgi ve desteği ile yanımda olan, hayatımdaki varlığı ile bana mutluluk veren, kilometrelerce uzakta olmasına rağmen varlığını her an yanımda hissettiğim, kendime olan inancımı yitirdiğimde dahi bize olan inancını yitirmeyen ve yardımlarını esirgemeyen eğlenceli hayat arkadaşım, sevgili eşim Mustafa BOZKURT'a hayatıma kattığı anlam için teşekkür ederim.

Karnımda benimle birlikte bu maceralara atıldığı ve küçücük tekmeleriyle varlığını hissettiren, hayattaki en güzel şansım, minik mucizem Aslan oğluma ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN.....	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR.....	VII
TABLolar DİZİNİ	IX
GRAFİKLER DİZİNİ	X
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.4. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Depresyon	5
2.1.1. Depresyonun Tarihçesi.....	5
2.1.2. DSM 5’te Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması	5
2.1.2.1. Major Depresif Bozukluk	5
2.1.2.2. Dirençli Depresif Bozukluk Distimi	6
2.1.2.3. Premenstrual Disforik Bozukluk	6
2.1.2.4. Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk	6
2.1.2.5. Genel Tıbbi Durumdan Kaynaklanan Depresif Bozukluk	6
2.1.2.6. Postpartum Depresyon	7
2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	7
2.1.4. Depresyonun Etiyolojisi.....	8
2.1.4.1. Biyolojik Nedenler	8
2.1.4.1.1. Genetik	8
2.1.4.1.2. Biyokimyasal Etkiler	8
2.1.4.1.3. Nöroendokrin Rahatsızlıklar	8
2.1.4.1.4. Fizyolojik Etkiler	9

2.1.4.2.Psikososyal Nedenler	9
2.1.5.Klinik Belirti ve Bulgular	10
2.1.5.1. Genel Görünüm	10
2.1.5.2. Konuşma ve İlişki Kurma	10
2.1.5.3. Duygulanım	10
2.1.5.4. Bilişsel Yetiler	11
2.1.5.5 Düşünce Süreci ve İçeriği	11
2.1.5.6.Devinim	11
2.1.5.7.Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler	11
2.2.Çocukluk Çağı Travmaları	12
2.2.1.Çocukluk Çağı Travmaları ve Depresyon	12
2.2.2.Çocukluk Çağı Travmaları ve Hemşirelik Yaklaşımı	12
2.3.Aleksitimi	13
2.3.1.Aleksitimi, Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları	13
2.3.2.Aleksitimi ve Hemşirelik Yaklaşımları	14
2.4.Özkıyım (İntihar).....	14
2.4.1. Özkıyımın Epidemiyolojisi	14
2.4.2. Özkıyımın Etiyolojisi	15
2.4.3. Özkıyım, Çocukluk Çağı Travmaları ve Depresyon	16
2.4.4. Özkıyım ve Hemşirelik Yaklaşımları	16
2.5. Dürtüsellik.....	17
2.5.1.Dürtüsellik, Depresyon ve Özkıyım.....	17
2.5.2. Dürtüsellik ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1.Araştırmanın Türü	18
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3.Araştırmanın Evreni	18
3.4.Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.5.Araştırmaya Alınma/Dışlanma Ölçütleri	18
3.6.Veriler Toplama Araçları	19
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK I).....	19
3.6.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK II).	19
3.6.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği CTQ-33 (ÇÇTÖ) (EK III)	19
3.6.4. Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ) (EK IV)	20

3.6.5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK V)	20
3.6.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ) (EK VI)	21
3.7.Verilerin Toplanması.....	21
3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri	21
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	21
3.11.Araştırmanın Değişkenleri	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	39
5.1. Depresyon Tanılı Hastaların Beck Depresyon Envanteri(BDE), Çocukluk Çağı Travması Ölçeği(ÇÇTÖ), Perth Aleksitimi Ölçeği(PAÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği(İÖÖ) ve Baratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması.	39
5.2. Depresyon Tanılı Hastaların Beck Depresyon Envanteri(BDE), Çocukluk Çağı Travması Ölçeği(ÇÇTÖ), Perth Aleksitimi Ölçeği(PAÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği(İÖÖ) ve Baratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ) Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışması. ..	40
5.3. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri(BDE), Çocukluk Çağı Travması Ölçeği(ÇÇTÖ), Perth Aleksitimi Ölçeği(PAÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği(İÖÖ) ve Baratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması.....	42
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	44
6.1. Sonuç	44
6.2. Öneriler	44
7. KAYNAKLAR.....	45
8. EKLER	52
EK I: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	52
EK II: BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)	54
EK III: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ CTQ-33 (ÇÇTÖ)	58
EK IV: PERTH ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (PAÖ)	63
EK V: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ	66
EK VI: BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 (BDÖ)	69
EK VII: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	71
EK VIII: ÖLÇEKLERDEN ALINAN İZİN YAZILARI	72

EK IX: ARAŞTIRMA KURUM İZİN YAZILARI.....	76
EK X: GAÜN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU.....	78
9. ÖZGEÇMİŞ.....	80



KISALTMALAR

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı - Beşinci Baskı - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

M.Ö: Milattan Önce

MDB: Majör Depresif Bozukluk

BDE: Beck Depresyon Envanteri

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travması Ölçeği

CTQ 33: Childhood Trauma Questionnaire

CTS: Childhood Trauma Scale

PAÖ: Perth Aleksitimi Ölçeği

PAS: Perth Alexithymia Scale

N-DTZ: Negatif Duyguları Tanıma Zorluğu

P-DTZ: Pozitif Duyguları Tanıma Zorluğu

N-DİZ: Negatif Duyguları İfade Zorluğu

P-DİZ: Pozitif Duyguları İfade Zorluğu

G-DVD: Genel Dışa Vuruk Düşünme

G-DTZ: Genel Duyguları Tanıma Zorluğu

G-DİZ: Genel Duyguları İfade Zorluğu

NDDZ: Negatif Duyguları Değerlendirme Zorluğu

PDDZ: Pozitif Duyguları Değerlendirme Zorluğu

GDZ: Genel Duyguları Değerlendirme Zorluğu

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

SPS: Suicide Possibility Scale

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale Short Form

TRF: Thyrotropin-Releasing Faktör

TSH: Thyroid Stimüle Edici Hormon

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

MMPI-D: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Minnesota Multiphasic Personality Inventory

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

ÇÇOY: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Olayları

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	22
Tablo 2. Depresyon Tanılı Hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ ve Alt Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	25
Tablo 3. Depresyon Tanılı Hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	27
Tablo 4. Depresyon Tanılı Hastaların ÇÇTÖ Alt Ölçekleri, PAÖ Alt Ölçekleri ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	28
Tablo 5. Depresyon Tanılı Hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ Path Analizi...	30
Tablo 6. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1. BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İOÖ ve BDÖ Ölçekleri Arası Path Analizi Grafiği	31
---	----



DEPRESYON TANILI HASTALARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE ALEKSİTİMİ, DÜRTÜSELLİK VE İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Büşra BOZKURT

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Temmuz 2023, 80 sayfa

Bu araştırma depresyon tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, 01 Kasım 2021- 02 Mayıs 2022 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde yatan ve ayaktan tedavi edilmek üzere başvuran 149 depresyon hastasıyla yapılmıştır. Araştırma verileri 'Kişisel Bilgi Formu', 'Beck Depresyon Envanteri(BDE)', 'Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(ÇÇTÖ)', 'Perth Aleksitimi Ölçeği(PAÖ)', 'İntihar Olasılığı Ölçeği(İÖÖ)' ve 'Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ)' ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında İstatistik Programı SPSS 22.0 ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan depresyon tanılı hastaların %69.8'inin kadın, %30.2'sinin erkek olduğu, yaş ortalamalarının 41.49 ± 13.16 (18-69 yaş arası), %32.21'inin lise mezunu, %57.05'inin evli, %47.65'inin ev hanımı, %38.26'sının özkıyım girişi olduğu belirlenmiştir. Hastaların Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamasının 31.3 ± 9.25 , Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puan ortalamasının 72.11 ± 24.33 , İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 82.03 ± 10.71 , Perth Aleksitimi Ölçeği toplam puan ortalamasının 97.08 ± 36.96 , Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puan ortalaması 66.91 ± 9.81 olduğu saptandı. BDE ile ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,05$). PAÖ ile ÇÇTÖ arasında ve İÖÖ ile BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). ÇÇTÖ, İÖÖ ve BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hastaların depresyon belirtilerinin, çocukluk çağı travmalarının, intihar olasılıklarının yüksek düzeyde, dürtüselliklerinin orta düzeyde ve aleksitimiye eğilimli oldukları belirlendi. Çocukluk çağı travması yaşayan depresyon hastalarının aleksitimi, intihar olasılığı ve dürtüsellik yönünden psikiyatri hemşireleri tarafından değerlendirilmesi ve psikoeğitim ve psikoterapi programları ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Çocukluk Çağı Travması, Aleksitimi, Dürtüsellik, İntihar Olasılığı

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS AND ALEXITHYMIA, IMPULSIVENESS AND SUICIDE POSSIBILITY OF PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Büşra BOZKURT

Master Thesis, Department of Nursing

Psychiatric Nursing Master's Programm

Thesis Advisor: Assoc. Dr. Nurgul OZDEMIR

July 2023, 80 pages

This study was conducted to determine the relationship between childhood traumas and alexithymia, impulsivity and suicide probability of patients diagnosed with depression.

This descriptive research was conducted between 01 November 2021 and 02 May 2022 on 149 depressed patients who were admitted to the Psychiatry Service of T.R Ministry of Health ,Healthcare Sciences University Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital for outpatient treatment.

Research data were collected via the 'Personal Information Form', 'Beck Depression Inventory (BDI)', 'Childhood Traumas Scale (CTS)', 'Perth Alexithymia Scale (PAS)', 'Suicide Probability Scale (SPS)' and ' Barratt Impulsiveness Scale-11' (BIS)' and face-to-face interview methods. The analysis of the data was done via the Statistical Programm SPSS 22.0 in computer environment. It has been stated that 69.8% of the patients diagnosed with depression who participated in the study were female, 30.2% were male, their age average was 41.49 ± 13.16 (between 18-69 years), 32.21% were high school graduates, 57.05% were married, 47.65% were housewives and that 38.26% of them were suicide attempts.

It was detected that Beck Depression Inventory total score average of the patients was 31.3 ± 9.25 , Childhood Trauma Scale average total score was 72.11 ± 24.33 , Suicide Probability Scale average total score was 82.03 ± 10.71 , Perth Alexithymia Scale average total score was 97.08 ± 36.96 and Barratt Impulsiveness Scale average total score was 66.66 ± 9.81 . A positive and statistically significant relationship was determined between CTS , PAS, SPS, and BIS ($p < 0.05$).

A statistically significant correlation was found between PAS and CTS, and between SPS and BIS ($p < 0.05$). It was found that there was no statistically significant relationship between CTS, SPS and BIS ($p > 0.05$). It was found that the depression symptoms, childhood traumas, and suicide probability of the patients were high, their impulsiveness was moderate, and they were prone to alexithymia. It is recommended that patients with depression who have experienced childhood trauma be evaluated by psychiatric nurses in terms of alexithymia, suicide probability and impulsiveness and they should be taught the methods how to cope with psychoeducation and psychotherapy programs.

Keywords: Depression, Childhood Trauma, Alexithymia, Impulsiveness, Suicide Probability.

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon, psikiyatride tanımlanan ilk hastalıklardandır ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir. Yaygın bir hastalık olup küresel anlamda yetişkinlerin %5'inde olduğu tahmin edilmektedir ve hastalık yüküne önemli bir etkisi bulunmaktadır (1,2,3). Depresyon duygudurum bozukluklarına neden olan hüznün, değersizlik, çekinme, konuşmak istememe, vücut işlevlerinin yavaşlaması ve durgunluk gibi olumsuz yönleriyle ortaya çıkan önemli bir ruhsal bozukluktur. İnsanların yaşadığı olumsuz olayların depresyon üzerinde etkileri vardır (4,5). Çocuklukta meydana gelen olumsuz deneyimlerin psikolojik etkileri uzun süre devam etmekte olup çocukluk çağında olan bu travmaların yetişkinlik döneminde depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (7,9,10). Travma, kişilerin ruhsal ve bedensel yapısını farklı şekillerde etkileyen her türlü duruma denilmektedir (8). Çocukluk çağı travmaları, kişilerin hayatında meydana gelen fiziksel bütünlüğünü zedeleyen korkutucu, tehlikeli veya şiddet içeren olaylardır. Sevilen bir yakınının yaşamını veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden travmatik bir olayla yüzleşmek de travmatik bir durum olarak tanımlanabilir. Böyle bir durumda çocuklar çaresizlik veya korku hissedebilirler (4). Çocukluk çağında özellikle ihmal ve istismar travmaları yaşanması kişinin hayatı boyunca fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan olumsuz etkilenmesine neden olmakta, hem psikolojik hem de fiziksel sağlığını, güvenliğini tehlikeye atmakta, psikolojik gelişimlerini olumsuz etkilemektedir (5). Çocukluk çağı travması sonrası rahatsız edici duygular ve üzücü anıları kontrol etmek veya bunlardan kaçınmak için bastırma, davranışsal kaçınma, bilişsel acı meydana gelebilmektedir (6). Çocuklukta yaşanan travmatik olaylar, bilişsel ve duygusal gelişimde bozulmalarla aleksitimiye neden olabilmektedir. Aleksitimi, kişilerin duyguları ayırt etme ve ifade etme güçlüğü, kısıtlı empati düzeyi (12,13) ve psikiyatri hastalarında da sıklıkla görülen bir dizi duygu işleme kusuru olarak tanımlanmaktadır. Aleksitimi kişinin duyguları değerlendirmesini bozarak, duyguları daha farklı bir şekilde deneyimledikleri anlamına gelir. Örneğin kişi hoş olmayan bir duygunun üzüntü, öfke veya korku olup olmadığını ayırt edemez (14). Aleksitimi, kişinin duygularını tanımlamada ve bunları bedensel duyumlardan ayırt etmede güçlükler, başkalarına tarif etmede güçlükler ile karakterize dışsal yönelimli olan bilişsel stil psikosomatik kişilik yapısıdır (15,16). Aleksitimik olan kişilerde; iletişim kurma ve kişiler arası ilişkilerde, toplumsal olaylarda, empati yapmada sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durumda bireylerin yaşamlarında travma gibi etmenlerin olabileceği ve yetişkin yaşam süresi boyunca aleksitimik eğilimlerde bulunması depresyon gibi hastalıkların temelini oluşturabilmektedir. Aleksitimik belirtiler, majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanım bozuklukları ve bağımlılık, agresyon ve dürtü kontrol sorunları ile ilişkilendirilmektedir (13). Dürtüsellik ise; hızlı bir şekilde planlamadan, dikkatsizce hareket etme davranışları olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsellik; risk alma, dikkat etmeme, acelecilik, ani karar verme olarak da ifade edilebilir. Depresyon hastaları içerisinde dürtüsellik düzeyi yüksek olanların kontrol mekanizması yeterli seviyede olmadığı için ani verilen kararlar ile özkıyım gibi hayati sonuçlar meydana gelebilmektedir (13). Özkıyım girişiminde bulunanların başka bireylere göre travmatik olaylarla daha fazla karşı karşıya kaldıkları bildirilmiştir. Travmatik olaylar psikolojik dayanıklılığı azaltarak özkıyımına neden olabilmektedir (8).

Depresyon hastalarında çocukluktan itibaren meydana gelen olumsuz yaşam olayları, iletişim kurma becerisindeki eksiklikler, kendini ve duygularını ifade etmede yetersizlik, gibi birden fazla faktör özkıyım sürecinin temelini oluşturmaktadır. Psikiyatri hemşireliği, travmatik bir sürecin ardından meydana gelen depresyon hastalarının tedavi ve bakım sürecinde işlevsel ve çözüm odaklı yaklaşım ile hastaların iletişim kurma becerilerinin artması ve normal hayata uyum sürecine katkıda bulunarak hastanın bir amaç edinimi sağlamasına olanak sunmalıdır (28,32).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı depresyon tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Çalışmanın sınavacağı hipotezler şu şekilde belirlenmiştir:

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Depresyon tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasında ilişki vardır

H₂: Çocukluk çağı travmaları depresyon, aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığını artırır.

1.4. Araştırmanın Soruları

- Çocukluk çağı travması yaşayanlarda depresyon düzeyi yüksek midir ?
- Çocukluk çağı travmaları bireylerin aleksitimi düzeyini etkiler mi ?
- Depresyon aleksitimi düzeyini etkiler mi ?
- Dürtüsellik düzeyi yüksek olanlarda intihar olasılığı yüksek midir?
- Aleksitimi ile dürtüsellik arasında ilişki var mıdır ?
- Depresyon ile intihar olasılığı arasında ilişki var mıdır ?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon; sık görülen bir ruhsal bozukluk olup yinelemelerle devam eden yeti yitimi, kimi zaman özkıyım girişiminin olduğu, ağır ekonomik kayıplara yol açması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (17,18,19). Depresyon, üzüntülü, bunaltılı duygudurumla beraber bireyin düşünme, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, ilgi ve enerji kaybı, suçluluk, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile iştah azalması gibi fizyolojik işlevlerde yavaşlamaların yaşandığı bir sendromdur (18,19, 20). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyon dördüncü sırada gelmektedir ve 2015 yılında depresyon yaşayan kişi sayısı 300 milyon olarak bildirilirken, bu oran 2005'ten beri %18'lik bir artış göstermiştir (19,21).

2.1.1. Depresyonun Tarihçesi

Birçok antik kültürde (Babilliler, Mısırlılar, Museviler) duygudurum bozukluklarına cin, peri gibi doğa üstü güçlerin neden olduğuna inanılmıştır. Depresyonu doğa üstü olaylardan ayıran bakış açısı, Hipokrat ve Galen' in düşünceleriyle şekillenmiştir (1). İlk melankoli terimini tanımlayan M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat olmuştur ve nedenini "kara safra "ya bağlamıştır (4,18). Hipokrat; melankolinin; dalak ve bağırsakta üretilen ve yoğun toksik bir madde olan safranın aşırı üretilerek beyni etkilemesiyle meydana geldiğine inanmıştır (1,4). İbn-i Sina orta çağda depresyonu olgu örnekleriyle en iyi tanımlayanlardan biridir (18,22). Rönesans boyunca, depresyonla ilgili birkaç yeni teori ileri sürülmüştür. Depresyon, yaşamsal önemi olan hava dolaşımının tıkanması, aşırı düşünme ve hastanın kontrolü dışındaki çaresiz durumların bir sonucu olarak görülmüştür. Depresyonla ilgili çağdaş düşünce; Sigmund Freud, Emil Kraepelin ve Adolf Meyer'in araştırmalarıyla şekillenmiştir. Kreaplin şiddetli bir duygudurum bozukluğu olarak görülen melankoliyi depresyon olarak tanımlamıştır. 1957'de Leonhard hastalık dönemlerine göre tek (unipolar) ve iki uçlu (bipolar) diyerek sınıflandırmıştır. 2013'te yayınlanan DSM-5'te depresif (çökkünlük) bozukluklar olarak adlandırılmıştır (18,22).

2.1.2. DSM 5'te Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması

2.1.2.1. Major Depresif Bozukluk

Duygusal çökkünlük, ilgi kaybı, zevk alamama, odaklanamama, unutkanlık, karamsarlık, değersizlik ve suçluluk duyguları gibi kişinin kendisiyle ilgili gerçekçi olmayan değerlendirmeleri major depresif bozukluğun temel belirtilerdir. Uyku ve iştah değişiklikleri, enerji kaybı, yorgunluk, cinsel istekte azalma gibi değişikliklere bunaltı da eşlik edebilir. İntihar düşüncesi sıktır ve girişimleri de olabilir. Hastalığa bazen bedensel yakınmalar da (başağrısı, sindirim sorunları) eşlik edebilir (21,22). Major Depresif Bozukluk tanısı için; en az iki hafta süren mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma, manik davranış öyküsünün olmayışını ve genel tıbbi durum ve madde kullanımına bağlı olmayan semptomlardır. Bunun yanı sıra, MDB tanısı, tek atak (daha önce geçirmemiş olması) veya tekrarlayıcı olmasına göre sınıflandırılır. Tanıda belirtilerin şiddeti (hafif, orta, ciddi), psikotik veya katatonik özelliklerin olup olmadığı ve

mevsimsel değişikliklerin tespit edilip edilmemesi ile belirlenir. Anksiyete olup olmadığı ve intihar riskinin ciddiyeti de göz önüne alınmalıdır (1,18,22).

2.1.2.2. Dirençli Depresif Bozukluk Distimi

Dirençli depresif bozukluk, daha hafif belirtili depresyonla benzer özellikler taşımaktadır. Kişiler, ruh hallerini mutsuz, üzgün ya da çökkün olduklarını dile getirirler. Distimi de , psikotik özellikler yoktur (1,18). Genellikle erken yaşlarda başlayan en az 2 yıl (çocuk ve adolesanlarda 1 yıl) süren, çoğu gün günün büyük bölümünde çökkünlüğün hakim olduğu, kalıcı ya da belirli aralıklarla yineleyen, ayaktan tedavi ile işlevsellikte ciddi kayıplara neden olmayan bir depresif durumdur. Yaşam boyu yaygınlığı %6-7'dır.Major depresyona göre daha hafif belirtiler göstermesine rağmen daha uzun sürede iyileşme gösterir (21).

2.1.2.3. Premenstrual Disforik Bozukluk

Premenstrual disforik bozuklukta, belirgin depresif duygudurum, anksiyete düzeyinde artış, duygudurum değişikliklerinin ortaya çıkması ve menstrüasyondan önceki hafta aktivitelere karşı ilgi azalması, duygudurum dalgalanmaları, çabuk kızma ve bunaltı görölmektedir. Menstrüasyondan sonra belirtiler geriler veya tamamen kaybolur (1,18,21). Belirtiler son bir yıl içinde ortaya çıkmalı, iş ve toplumsal işlevsellik üzerinde olumsuz etkileri olmalıdır. Bozukluğun 12 aylık görölme sıklığı %1,8-5,8 arasında değişmektedir. Menopoza yaklaştıkça belirtilerin azaldığı bildirilmektedir (21). Çoğu menstrüasyonda döngü başlamadan bir hafta önce belirtilerin beşi veya daha fazlasının olması ve menstrüasyonun başlamasıyla belirtilerin azalarak en alt düzeye inmesi veya tamamen kaybolması beklenir (1,18).

2.1.2.4. Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk

Madde/ilaç kullanımına bağlı duygudurum bozuklukta depresif duygudurumun, madde kullanımına bağlı olarak fizyolojik etkilerinin sonucu olduğu düşünölmektedir. Sosyal ve mesleki anlamda işlevselliğin belirgin bir bozukluğuna neden olur (1,18). Depresif duygudurumu, alkol, anestezi, amfetaminler, kokain, halusinojenler, analjezik, opioidler, sedatifler, hipnotikler, antiepileptikler ve anksiyolitikler gibi madde toksikasyonu ile ilişkilidirler. Depresyon belirtileri gösterirler. Madde/ilaç kullanımının yol açtığı depresif bozuklukta major depresyon belirtileri olmasına rağmen hastalık belirtileri bir maddenin ya da ilacın alınımının hemen sonrası ya da bir ay içinde ortaya çıkmış olmalıdır (1,18,21).

2.1.2.5. Genel Tıbbi Durumdan Kaynaklanan Depresif Bozukluk

Genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerinin sonucu olarak meydana çıkan depresif belirtilerdir. Depresyon, sosyal ve mesleki anlamda işlevselliğin belirgin bir bozukluğuna neden olur. Tüm fizyolojik sorunların, depresyona neden olabileceği tartışılmaktadır (1,18). Duygudurum bozukluğu ile genel tıbbi durumu arasında nedensel bir ilişki olup olmadığını belirlemek çoğu zaman zordur. Genel sağlık sorunun başlaması, alevlenmesi ve sonlanması ile depresif belirtilerin başlama, alevlenme ve bitiş arasında zamansal yakınlığın olması ve birincil duygudurum bozukluğuna uymayan özelliklerin varlığı, başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk tanısının konmasında göz önünde bulundurulması gerekmektedir (21).

2.1.2.6. Postpartum Depresyon

Postpartum dönem, doğum sonrası başlayıp ve 6 hafta devam eder. Doğum sonu süreçte depresyonun şiddeti normal olan hüzünden, psikotik depresyona kadar ilerleyebilir, belirtiler doğumdan sonra bir yıl içinde, herhangi bir zamanda meydana gelebilir. Anne doğum sonunda hormonal ve biyolojik değişimlerle birlikte bebeğe bakmanın stresiyle de başatmaktadır. Bu süreçte fiziksel görünüşünün değişmesi, uyku düzeninin bozulması ve günlük plan değişimleri görülebilmektedir. Doğum yapan kadınların %50-80'inde doğum sonu karamsarlık yaşadığı belirtilmektedir. Orta şiddette depresyon görülme sıklığının %10-20, ciddi ve psikotik depresyonun % 1-2 olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde de %14 olduğu bildirilmekte fakat oranların çok daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Annelik hüznünde ağlama, umutsuzluk ve anksiyete görülmektedir. Belirtiler genellikle doğum sonu 48 saat içinde başlar, 3-5 günde üst düzeye çıkıp yaklaşık 2 hafta devam eder. Akşama doğru artan halsizlik, irritabilite, iştah kaybı, uyku bozuklukları ve libido kaybı görülür. Bebeğine bakım vermede yetersizlik endişesi görülür. Postpartum depresyonda belirtiler annelik hüznünden daha sonraki dönemde başlar ve birkaç haftadan birkaç aya kadar devam eder. Doğum sonu melankoli ve psikotik depresyonda; depresif duyudurum, yoğunlaşma eksikliği, ajitasyon, kararsızlık, suçluluk ve beden işlevlerine ilişkin normal olmayan değerlendirmeler görülür. Bebeğe karşı ilgi eksikliği, bebeği reddetme, zarar verme korkusu, bebeğe zarar verme ve özkıyım riskleri dikkate alınmalıdır (18,23,24).

2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyonda epidemiyolojik araştırmaların yapılması diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi birçok hastalıktan geç olmuştur. 20. yüzyılın sonlarına doğru epidemiyolojik araştırmalar, psikiyatrik tanı ölçütlerinin iyi tanımlanması ve bu ölçütlerin tüm dünyada yaygın olarak uygulanmaya başlaması ile uluslararası, kesitsel ve izlem çalışmalarının yapılmasını sağlamıştır (17). Major depresif bozukluk psikiyatrik hastalıklar içinde en yaygın olanlarındandır ve araştırmalarda farklı oranlar bildirilmektedir. Majör depresif bozukluğun yaygınlığının aynı tanı kriterleri kullanılmasına rağmen ülkeler arasında farklılık olduğu görülmüştür (19). Major depresyonun 12 aylık yaygınlığı %6.6, yaşam boyu görülme oranı %5-17'dir. Depresyonun, küresel hastalık yükünün %4.3' ünü oluşturduğu ve hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedeni olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik çalışmasında unipolar depresyon %4.4 ile dördüncü sırada yer almaktadır. 2011 yıl Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı(2011)'na göre ise "Özürlülükle kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirilmesinde depresyonun kadınlar da birinci (%10.7), erkeklerde ikinci (%6.4) sırada olduğu ortaya konmuştur (18). Genel olarak kadınlarda, erkeklerden 1.5-3 kat daha yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir. Belirti, bulgu ve prognoz açısından cinsiyetler arasında bir fark yoktur (19,21). Depresyon ile ilgili çok merkezde yapılan çalışmalara göre insidansında artış görülmektedir. Başlangıç yaşı düşmekte ve kadın erkek oranı da giderek azalmaktadır. Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar da olasılık artmaktadır (23).

2.1.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonda etiyoloji kesin olarak bilinmemektedir. Hastalığı meydana getiren bir teori ya da hipotez belirlenmemiştir. Depresyonun yatkınlığını etkileyen genetik, biyokimyasal ve psikososyal faktörler değerlendirilmekte ve kanıtlar, çoklu nedensellikte ele alınmaktadır (1,4,19,).

2.1.4.1. Biyolojik Nedenler

2.1.4.1.1.Genetik

Depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfustaki riske göre 2-3 kat yüksektir. İkiz çalışmalarına dayanarak kalıtımla geçiş oranı %31-42 olarak tahmin edilmektedir. Tekrarlayıcı ve erken dönemde başlayan depresyonlarda genetiğin rolü daha yüksektir (1,18). Biyolojik ebeveynin evlatlık edinilmiş çocuklarıyla yapılan çalışmalarda, duygudurum bozukluğu olan anne ve babanın biyolojik çocuklarının duygudurum bozukluğu olması riskinin arttığı bulunmuştur. Bu bulguyu destekler nitelikte bozukluğu olmayan ve evlat edinen ailelerin yetiştirdiği çocuklarda da biyolojik-anne babasında duygudurum bozukluğu var ise bozukluğun görülme riskinin arttığı belirtilmektedir (1,18,19). İkiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinde eş hastalanım oranı %37 olup, tek yumurta ikizlerinin eş hastalanım oranı çift yumurta ikizlerinden 2-4 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (1,18,23).

2.1.4.1.2. Biyokimyasal Etkiler

Beyindeki önemli reseptörlerin olduğu bölgede işlev gösteren nörotransmitterlerin (norepinefrin, serotonin ve dopamin) eksikliğiyle ilişkili olabileceği hipotezi ileri sürülmüştür. Tarihsel olarak, duygudurum bozukluklarının açıklanmasında ortaya konan biyojenik amin hipotezi, aminlerden beyni yoksun bırakan rezerpinin depresif sendromun gelişimiyle ilişkili olduğundan yola çıkarak geliştirilmiştir. Katekolamin olarak norepinefrin, stresli durumlarla baş etmede vücudun hareketini sağlayan kilit bir unsur olarak belirlenmiştir. Serotonin içeren nöronlar, duygudurumu, anksiyete, uyanıklık, dikkat, irritabilite, düşünme, kognisyon (bilgi), iştah, agresyon ve sirkadyen ritim gibi birçok psikobiyolojik işlevleri düzenlemektedir. Serotonin aminoasit indükleyicisi olan antidepresanların etkisini artırdığı ve antidepresan olarak etkili olduğu gösterilmiştir. Beynin mezolimbik sistemindeki dopamin düzeyinin, insan mizacı ve davranışı üzerinde kuvvetli etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu biyojenik aminlerin azalması, hücrelerin yakma veya yüklenme yetersizliğine neden olarak bir nöronun implusların iletimini baskılamasıyla sonuçlanır. Kolinergik ajanların duygudurum elektroensefalogram, uyku ve nöroendokrin işlev üzerinde derin etkileri olduğu için depresyonda aşırı miktarda olduğu düşünülmektedir. Depresyon etiyolojisinde nörotransmitterlerin rolü henüz net bilinmemektedir. Araştırmalar arttıkça duygudurum bozukluklarının anlaşılmasına ve tedavisine etkide bulunacaktır (1,19,24).

2.1.4.1.3. Nöroendokrin Rahatsızlıklar

Nöroendokrin rahatsızlıklar depresyonun patogenezinde ve devam etmesinde neden olabilirler (1,18).

Hipotalamik-Pituitier-Adrenokortikal Aks: Depresif hastalarda; normal olarak işleyen bir sistem olarak hormonal inhibisyon, kortizolün aşırı salınması nedeniyle yetersizleşir. Bu yükselmiş serum kortizol düzeyi bireyin somatik olarak tedavi edilebilir bir depresyonu olup olmadığını tespit etmek için kullanılan dexametazon supresyonu için temel bir göstergedir (1,18,19,23).

Hipotalamik-Pituitier-Tiroid Aks (eksen): Hipotalamustan kaynaklanan thyrotropin-releasing faktor (TRF), anterior pituitier gland bezden kaynaklanan thyroid stimüle edici hormonun (TSH) salınımını uyarır, ve TSH da, tiroid bezini uyarır. Depresif kişilerin yaklaşık % 25'inde TRF uygulandığında TSH yanıtının azaldığı gözlenmektedir. Bu laboratuvar testi; duygulanım bozukluklarında yüksek riskli hastaların gelecekte hastalık riskini belirlemek için önemli bir unsurdur (1,18,19).

2.1.4.1.4. Fizyolojik Etkiler

İkincil depresyonun sebepleri arasında; ilaç yan etkileri, nörolojik hastalıklar (temporal lob sahasında beyin tümörleri), elektrolit (potasyum, magnezyum ve sodyum eksikliği) veya hormonal dengesizlikler (hipoparatiroidizm, hiperparatiroidizm, hipotiroidizm, hipertroidizm, melatonin seviyesinin artması, östrojen progesteron seviyesinin artması v.b), beslenme yetersizlikleri (vitamin minarel eksiklikleri) ve diğer fizyolojik veya psikolojik durumlar yer alabilmektedir (1,18,23).

2.1.4.2. Psikososyal Nedenler

Yaşam olayları: Depresyona neden olan en önemli yaşam olaylarından biri bireylerin anne-baba, eş veya evlat kaybıdır. Ekonomik bunalımlar, aile sorunları, iş hayatındaki çatışmalar, mobing, doyumsuzluklar, emeklilik, iş kaybı, beden sağlığının bozulması, benliği zedeleyen durumlarla karşılaşmak, sevgi nesnesi yitimi gibi durumlar depresyona neden olabilmektedir (1,18).

Psikoanalitik Kuram: Yaşamın ilk altı ayında önemli birinden ayrılış olmasının sonucu olarak meydana geldiği düşünülmüştür. Freud'a göre, bebeklikteki kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan problemlerin erişkinlikte ambivalans sevgi ilişkilerinin doğmasına neden olarak depresyona etki ettiğini savunmuştur. Erişkinlikte meydana gelen kayıp ya da kayıp tehdidiyle karşılaşmanın depresyonu tetiklediğini ifade etmiştir. Depresyona yatkın bireylerin oral bağımlı olduğu ve narsistik doyum arayışı içerisinde olduğu düşünülmektedir. Sevgisiz kalmaları, ilgiden yoksun kalmaları ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlılık depresyona neden olmaktadır. Gerçek kayıplarda da yitirdikleri nesneyi içselleştirirler ve öfkelerini içselleştirdikleri nesneye, dolayısıyla kendilerine yöneltirler. Bu özkıym davranışlarına da neden olabilmektedir (1,18,19).

Nesne ilişkileri kuramı: Melanie Klein'in nesne ilişkileri kuramı, depresyonun etiyolojisinde nesne ilişkilerinin önemli olduğunu vurgular. Nesne kaybı teorisi, bebeklerin normal olarak, ara sıra nefret ettikleri anne figürleriyle (engelleiyici, "kötü" nesne) ve sevdikleri anne figürleriyle (ödüllendirici, "iyi" nesne) aynı kişi olduğunu öğrendiğini savunur. Bu öğrenme süreci sonucunda, çocuklar tutarlı bir benlik algısı temeli olan "içsel iyi bir nesne" algısını

geliştirirler ve yetişkinlik döneminde ağır depresyonlara eğilimli değillerdir. Ancak, çocuklar bu iki "parça nesne"yi (iyi ve kötü) bütünleştiremezlerse, daha sonraki yaşamlarında "infantil depresif durumu" aşamamış olarak kalmaya eğilimli olurlar (1,18,23).

Bibring, depresyonun içe yönelmiş agresyonla bir ilişkisinin olmadığını ve birincil bir duygulanım durumunu savunmaktadır. Depresyon, kişinin narsistik gözlemlerinin gerçekleşmemesi sonucu benlik saygısında düşmeyle ortaya çıkar. Bu narsistik engelleme ya da yaralanmalarının depresyonu tetikleyebileceğini belirtmiştir (1,18).

Bilişsel (Cognitive) Görüş: Aaron Temkin, Beck ve arkadaşları, Freud'un teorisini de incelemişler ve depresyonun bilişsel bozukluk olduğunu savunmuşlardır. Onlara göre depresyona yatkın bireylerde yaşamın ilk dönemlerinde yerleşmiş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Birey her olayda olumsuz odaklanır. Bu düşünceler otomatik olarak meydana gelir, gerçeği yansıtmaz, engelleyicidir ve depresyonun devamlılığına neden olurlar. Bilişsel davranışçı görüşe göre depresyon otomatik olarak gelişen olumsuz düşüncelerden meydana gelir (1,18,19).

Davranışçı Görüş: Martin Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik görüşü bunu açıklamaktadır (1,18). Buna göre, öğrenilmiş çaresizliğin yaşam durumları üzerinde kontrol eksikliği duygusuyla öne çıkarak kişileri depresyona yatkınlaştırdığı düşüncesini teori olarak geliştirmiştir. Öğrenilmiş çaresizlik yaşayanlar, çocukluktan itibaren olumsuz uyarılarla karşılaşınca bunlardan kaçamadığını düşünür, kurtulamayacağını ve çabalarının fayda etmediğini düşünürler (1,18,19).

2.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular

2.1.5.1. Genel Görünüm

Depresyon hastalarında alın yüz çizgileri belirginleşmiş, omuzlar çöktür, hüzünlü bir ifade göz kırpmada yavaşlama, hareketlerde yavaşlama vardır. Bazı hastaların özbakımı azalmıştır. Kimi hastalarda genel bir yavaşlayış, durgunluk hali görülmektedir. Bazı hastalarda da sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm ile birlikte hasta yerinde duramaz, dövünür, ileri geri yürüme davranışı sergiler (18,19,23,24).

2.1.5.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Hafif ve orta düzeydeki depresyon hastalarıyla iletişim ve işbirliği kurulabilir. Majör depresyonda konuşma kısık sesli, yavaştır ve bireyden cevap almak güçleşebilir. Çok ağır durumda seyredenlerde konuşmama, ilgisiz ve duygusuz görünüm olabilir. Bu hastalarla ilişki kurmak zor olabilir (18,23,24).

2.1.5.3. Duygulanım

Kişilerde keyifsizlik, derin hüznün, umutsuzluk, acı çekme çökkün duygudurum vardır. Çabuk ağlamaktan şikayetçilerdir. Normal bir üzüntü halinden ve yastan farklı olduğunu tanımlamaktadırlar. Majör depresyonda keder, hüznün, kaygı duygularının çok baskın olması

bazen başka duyguların yaşanmasını önlemektedir. Hiç bir şeyden zevk alamamaları (anhedoni) ve genel isteksizlikleri çökkünlüğün en önemli belirtilerindendir. Bazı hastalarda üzüntüyle beraber anksiyete, kaygı veya öfke olabilir. Bunaltı yaşayanlarda tedirginlik, yerinde duramama görülebilmektedir (4,18,19,23,24).

2.1.5.4. Bilişsel Yetiler

Çok ağır seyreden stuporlu majör depresyonda bilinç bulanıklığı olabilir. Yer, zaman ve kişi yöneliminde bozukluk yoktur. Hastalar genellikle üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlı unutkanlıktan yakınırlar (18,23,24). Çökkünlükte sıklıkla algı bozukluğu yoktur. Suçlayıcı ve aşağılayıcı varsanıları ifade eden hastalar olabilir. Zaman kavramı psikolojik sürece göre değişebilmektedir. Kimi hastalarda kendini ve çevreyi algılamada değişiklikler meydana gelmektedir (18,23,24).

2.1.5.5. Düşünce Süreci ve İçeriği

Depresyon hastalarında düşünce hızı yavaşlar ve kısık ses tonuyla yavaş ve zorla konuşabilirler. Düşünce içeriğinde geçmiş pişmanlıklar, olumsuz anılar, gelecek kaygısı vardır. Bireylerin çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri hayatına etki etmektedir. Değersizlik, işe yaramazlık duygularının olması, kendini suçlamaları bu düşüncelerinden dolayı cezalandırılmak için özkıyım düşünceleri olabilir. Depresyon hastalarının mutlaka ölüm ve özkıyım düşünceleri sorgulanmalıdır (4,18,19,23,24).

2.1.5.6. Devinim

Psikomotor yavaşlama görülebilir. Bazı hastaların konuşmaları, yürümeleri, iş yapmaları zorlaşır. Majör depresyonda ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirgin görünüm yerinde duramama görülebilir (18,23,24).

2.1.5.7. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Hastaların çoğunluğunda yeme isteği azaldığından kilo kaybı görülmektedir. Bazı hastalarda aşırı yeme ve kilo alma görülebilir. Hastalar çabuk yorulma, halsizlik, enerji azlığı, güçsüzlükten şikayetçidirler. Kimi hastalarda uykuya meyil artmaktadır. Hastanın sindirimde iştah azalması ile birlikte metabolizmanın yavaşlamasıyla kabızlık görülmektedir. Cinsel istek ve eylemde azalma, zevk almama da görülebilmektedir (4,18,19,23,24).

Depresyon hastalarında en sık görülen belirti ve bulgular:

- Çökkün duygudurum (hüzün, kaygı, bunaltı)
- Zevk alamama (anhedoni)
- Yorgunluk, halsizlik
- Dikkat dağınıklığı
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
- Uykuda azalma ya da artma
- İştah ve kiloda değişiklik
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
- Ölüm ve özkıyım düşünceleridir.

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları, çocuklukta meydana gelen kötü yaşantıları içermektedir. Çocuk ile ilk teması geçen ve bakımını üstlenen kişiler bazen çocuğun yaşamında sağlıklı gelişimini olumsuz etkileyecek davranışlar bulunabilmektedir. Çocuğa verilen ağır cezalar, fiziksel, duygusal ve psikolojik açıdan saldırılar, istismar yer almaktadır. Beslenme, bakım ve eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması halinde yaşanan ihmal ve istismar olayları çocuğun sağlığını ve güvenliğini tehlikeye atmakta ve zarar vermektedir. Bireylerin üzerindeki etkisi sadece çocukluk dönemi değil yetişkinlik döneminde de etkisini göstermektedir. Çocukluk döneminde olumsuz şemaların oluşmasına neden olan yaşantılar, yetişkinlik döneminde varlığını sürdürmekte; bireyin psikolojik rahatsızlıklar yaşamasına ve depresyona neden olabilmektedir (8,25,28). DSÖ'ye göre çocuk istismarı "Yetişkinler tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak tanımlanmaktadır (25,27). Travmatik olaylar, hayatın her anında meydana gelebilmekte fakat çocuklukta daha zedeleyici olabilmektedir. Çocukluk çağı travmaları, kaza, doğal afetler, fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanım ya da duygusal ve fiziksel ihmal olarak görülebilir (5). Çocuk istismarı; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal olarak dört grupta değerlendirilmektedir. İhmalde duygusal ve fiziksel olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir (9). Çocuk istismarı, çocuk ihmali toplumda ciddi bir probleme neden olmakta iken kalıcı çözümler konusunda eksiklikler mevcuttur (28).

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Depresyon

Çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ya da duygusal ve fiziksel ihmal yaşama bireylerin hayatlarının ilerleyen dönemlerinde birçok psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir. Yapılan bazı araştırmalara göre, çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara uğramış kişilerin %35-57'si ilerleyen dönemlerde çeşitli ruhsal belirtiler gösterdiği belirlenmiştir (28,29). Cinsel, duygusal, fiziksel dahil olmak üzere çocukluk çağı travması istismar ve fiziksel ve duygusal ihmal, majör depresyonun en tutarlı belirleyicilerindendir (6,10). Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan kişilerde görülmektedir. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları sonrası depresyon, TSSB, OKB, kişilik bozuklukları, anksiyete bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları arasında pozitif ilişki bulunmuştur (28,29).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Hemşirelik Yaklaşımı

Çocuklarla karşılaşan tüm hemşireler fiziksel istismar yönünden ebeveyn, çocuk ve çevre koşullarını dikkatle değerlendirmelidir. Hemşireler fiziksel istismar riski taşıyan çocuk ve ebeveynlere yönelik koruyucu ve önleyici hemşirelik yaklaşımlarında bulunmalıdır. İstismar tespit edilen ailelere yönelik multidisipliner bir çalışma ile iyileştirici ve rehabilite edici hemşirelik girişimlerini planlamalıdır. İstismarın tespit edilmesinde ve önlenmesinde sağlıkçılar, eğitimciler, emniyet güçleri ve hukukçular gibi birçok meslek grubu görev alır. Çocukla karşılaşan tüm bireyler çocuk istismarı konusunda ne yapılması gerektiğini bilmelidir. Bu sebeple toplumda farkındalığı arttırmak için ülke çapında organizasyon sağlanmalıdır. Bütün okullarda rehber öğretmenler ve hemşireler bulunmalı, birinci basamak sağlık hizmetlerine sosyal hizmet uzmanı bulunmalı, bu uzmanlar ve çalışan hemşireler hizmet içi

eğitimlerle bilgilendirilmeli ve farkındalık kazandırılmalıdır (30). Hemşireler, çocukların güvenli ve destekleyici bir ortamda yetişmelerini sağlamak, travmaya maruz kalan çocukları tanımak ve uygun destek hizmetlerine yönlendirmek için eğitilmiş ve duyarlı olmalıdır. Ayrıca, travma sonrası stres belirtilerini hafifletmek, çocukların duygusal iyilik halini desteklemek ve aileleriyle işbirliği içinde çalışmak da hemşirelik yaklaşımlarının önemli bir parçasıdır. Sonuç olarak, hemşirelerin çocukluk çağı travmalarıyla ilgili güncel araştırmaları takip ederek, bu alanda bilgilerini güncel tutmaları ve en iyi uygulamaları benimsemeleri, çocukların travma sonrası iyileşme sürecine katkıda bulunmaları açısından kritik öneme sahiptir (28). Hemşirelik yaklaşımında en önemli unsur istismarın önlenmesidir, istismar vakalarının tespit edilmesi ve tekrar maruz kalmasının önüne geçilmelidir. İstismarı meydana getiren faktörler yönünden ebeveyn, çocuk ve çevre özelliklerinin değerlendirilmesine prenatal dönemde başlanarak gebeliğe ilişkin tutum, çocuktan beklentileri, ebeveynlerin destek sistemlerini inceleyerek risk faktörlerini tanımlayabilirler (30). Hemşirenin yaklaşımı ve psikolojik desteği travmaya maruz kalanlarda holistik bakım açısından önemlidir. Hemşire çocukluk çağı travmaları sonrası çocuğun kendini ifade etmesi iletişime geçmesi için gerekli yaklaşımları planlar (31). Çocuklukta meydana gelen ihmal ve istismar olayları; çocuk, aile ve toplum temelli çok yönlü çalışmaları gerekli kılmıştır. İhmal ve istismara yönelik önleyici farkındalık çalışmaları yapılmalı, çocuklara eğitimler düzenlenmeli, kendilerini korumaları konusunda bilinçlendirilmelidir. Özel bölgeleri konusunda seminerler verilebilir (28,32). Çocuk istismarının önlenmesinde en önemli faktörlerden biri ailedir. Aile içi iletişimi ve ilişkileri güçlendirmek, ailenin ve çocuğun sağlıklı gelişimini sağlamak ve ailelerin gereksinim duyduğu hizmetlere ulaşımını sağlamak istismarın önlenmesi için önemli faktörlerdir. İhmal ve istismarın önlenme çalışmalarında toplumda istismar yönünden riskli ailelerin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitilmesi, aile içi iletişimin artırılması için programların düzenlenmesi önemlidir (28).

2.3. Aleksitimi

Sifneos tarafından 1972’de “duygulara söz bulamamak” anlamına gelen aleksitimi kavramı literatüre kazandırılmıştır (33,36). Aleksitiminin en belirgin özellikleri duyguları ifade etmede güçlük çekmeleridir. Duygusal tanımlamalarda, kişilerarası iletişim ve ilişkilerinde zorlanırlar. Aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler, düşüncelerini ifade edebilirler fakat duygularını tanımlamada ve ifade etmede güçlük yaşarlar, karşılarındaki bireylerin duygularını anlamakta zorluk yaşayabilmekteler. Aleksitimikler, nadiren ağlarlar bu durumda da ağlama krizleri yoğun ve uzun sürmektedir (33,34,37,38,39). İlk zamanlarda psikosomatik hastalarda meydana gelen belirtileri açıklamak için kullanılmış fakat aleksitimi birçok farklı psikiyatrik hastalıkta, ve sağlıklı bireylerde karşımıza çıkan kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir(36). Genellikle aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ve duygu iletişimde zorluk boyutu depresyonla ilişkili bulunmuştur (34).

2.3.1. Aleksitimi, Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları

Yapılan çalışmalarda aleksitiminin yaşam kalitesine olumsuz etki ettiği ve aleksitiminin, depresyon, anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (33). Depresyonun

aleksitimiyle ilişkisine bakıldığında, depresyonun duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk yaşanmasının aleksitimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (34,40,41). Çocuklukta kötü muamele görenlerin duygularını düzenlemede güçlükler yaşadığı, duygusal deneyimlerden kaçındıkları ve duyguları kabullenme kapasitelerinin düşük olduğu görülmektedir (28). Aleksitiminin boyutlarının depresif belirtiler ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (34,39). Psikanalitik kurama göre, aleksitiminin erken çocuklukta yaşanan duygusal gelişimi engelleyen travmatik olaylar sonucu oluşabildiği düşünülmektedir (35). Bu doğrultuda aleksitimi erken çocukluk döneminde meydana gelen travmatik olaylar gibi psikososyal nedenlerle ortaya çıkmış olabilir. Bu bağlamda, çocukluk çağı travmaları ve güvensiz bağlanmanın aleksitimiye neden olabileceği düşünülebilir (35,38).

2.3.2. Aleksitimi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Bireylerin aleksitimi hakkında bilgi ve destek almaları önemlidir. Hemşirelerin aleksitimi ve depresyonla ilgili belirtilerin erken dönemde tespit edilmesi ve aleksitiminin olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik çözümler bulunmasında çalıştıkları kurumlarda eğitimler verilmelidir. Aleksitimisi olanlara duygusal farkındalık sağlanması için gerekli olan becerilerin kazandırılması ve onların duygularını doğru bir şekilde ifade edebilmeleri için onları cesaretlendiren psikolojik yaklaşımlar önerilmektedir (33). Hemşireler, hastaların kronik hastalık yönetimini güçlendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirenin liderliğindeki yönetim müdahaleleri karmaşık hastalıkların yönetimini kolaylaştırır ve yaşam tarzı ile ilgili davranışları iyileştirmektedir. Hemşireler hastalarla terapötik iletişim kurmalıdır. Hastalara geri bildirimde bulunmalı, güvene dayalı ilişki kurmalı ve tüm dünyada kabul gören hemşirelik bakımını gerçekleştirmelidirler (39).

2.4. Özkıyım (İntihar)

Özkıyım bireyin istemli olarak hayatına son vermesi ve kendi benliğine yönelmiş bir saldırganlıktır. Özkıyımlar; gerçek özkıyımlar (tamamlanmış), özkıyım girişimleri ve özkıyım düşünceleri şeklinde olmaktadır. Gerçek özkıyımlar ölümle sonuçlanmaktadır. Özkıyım girişimleri ise bireyin kendine zarar vermesi ya da zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği ölümcül sonlu olmayan tüm istemli girişimlerdir. Özkıyım olasılığı ise ölümle sonuçlanabilecek bir davranışın kişi tarafından isteyerek yapılması veya hayatını sürdürmek için gerekli bir başka davranışın istemli olarak yapılmamasıdır. Özkıyım hem sağlık personeli hem de aile için oldukça zor ve acı durumlardan biridir (18). Özkıyım karmaşık ve önlenemez bir halk sağlığı sorunu olmaktadır (8,18). Özkıyımların çoğunun duygudurum bozuklukları ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Duygudurum bozukluğu olanlarda yaşam boyu özkıyım riskinin %4, bipolar hastalarda %8 olduğu tahmin edilmektedir. Özkıyım riski komorbid bir hastalık olduğunda artmaktadır (1,18,42).

2.4.1. Özkıyımın Epidemiyolojisi

Dünya çapında yaklaşık her 40 saniyede 1 kişi ve yıllık 1 milyon kişinin özkıyımında bulunduğu ve tüm ölümlerin %1,4'ünü oluşturduğu bildirilmektedir (18,43). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

(2015) raporlarına göre, 800.000'den fazla kişi tamamlanmış intihar sebebiyle ölmekte ve her yıl dünya çapında 16 milyondan fazla kişi intihar girişiminde bulunmaktadır (44,45). Bu vakaların %75'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğu belirtilmektedir. Özkıyım oranlarının belirtilenlerden daha da fazla olabileceği belirtilmektedir. Türkiye de TUIK 2015 verilerine göre 100.000'de 4.11 kişinin özkıyımda bulunduğu belirtilmektedir. Ancak özkıyımı gizleme, resmi kayıtlara geçirmeme eğiliminin olması nedeniyle rakamların daha fazla olabileceği ve özkıyım oranlarının her yıl arttığı düşünülmektedir (18).

2.4.2. Özkıyımın Etiyolojisi

Sosyolojik kurama göre; Durkheim insanların toplum ilişkileri ve özkıyım arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Ait olma duygularının yaşandığı toplumlarda özkıyım oranlarının düşük olduğunu öne sürmüştür (18,46).

Psikolojik kurama göre; bu konu da Freud, gerçek ya da hayali kaybedilen nesnenin ardından ambivalan duyguların yaşandığını ve sevgi nesnesinin yerine nefret duygularının hakim olduğunu ifade etmektedir. Nefret sonucunda katı süperego yaşamaya hakkı olmadığını ya da içe alınmış nesnenin cezalandırılmasını istemektedir. Bunlar sonucunda da özkıyım düşünülmektedir (18,46).

Adler; yeterli sosyal desteği görmeyen bireylerin aşağılık duyguları sonucunda özkıyıma yöneldiklerini savunmuştur. Meninger; bireylerdeki "ölme, öldürme ve öldürülme" düşüncelerinin birleşmesiyle özkıyımın meydana geldiğini ifade etmiştir. Sheneidman; ruhsal gereksinimlerin ketlenmesiyle oluşan dayanılmaz acı ve sorunlar sebebiyle ego gücü zayıflamakta ve çözüm olarak özkıyım düşüncelerinin meydana geldiğini savunmuştur. Bibring, hedeflerine ulaşamayan egonun güçsüz ve çaresiz kaldığında özkıyım düşündüğünü belirtmiştir. Çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, utanç, aşağılanma ve intikam duygularının özkıyımla sonuçlandığını savunmuştur (18). Bireyler sorunlarıyla başetmek için özkıyım yöntemini çözüm olarak görebilmektedirler. Ergenlik döneminde taklit etme ve çatışma, ayrılma ve reddedilmelerin özkıyım ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. "Ya hep, ya hiç" düşünce tarzı, mükemmeliyetçilik ve uygun baş etme yöntemlerinin kullanılamaması gibi faktörler de özkıyımla sonuçlanabilmektedir (18).

Biyolojik kuramlar: Özkıyım oranının tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden yüksek olması kalıtsal faktörlerin olabileceğini düşündürmektedir. Evlat edinilen bireylerin biyolojik akrabalarında özkıyım oranları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Özkıyımda serotoninin düşük olduğu belirtilmektedir (18,46). Alkol madde kullanımı bireylerde biyokimyasal değişikliğe neden olmakta, bu durumun kişilerin bakış açısında değişmeye ve umutsuzluğa neden olması sonucu özkıyım görüldüğü belirtilmektedir (18,42,45).

AIDS, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, serobrovasküler hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği, siroz, cushing, demans, epilepsi gibi fizyolojik hastalıkların da özkıyıma neden olabileceği belirtilmektedir (18,45). Bireylerin tıbbi ve psikiyatrik tanıları değerlendirilmelidir. Duygudurum bozuklukları özkıyıma yol açan en yaygın bozukluklardır. Madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, şizofreni, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları da

riskli gruptandır. Diğer kronik ve terminal dönemde olan hastalar da özkıyım için risk grubunda yer almaktadır (18,42,45). Ayrıca psikiyatrik hastalıkların varlığı, geçmiş intihar davranışı öyküsü, agresyon veya dürtüsellik, ailede intihar davranışı öyküsü olması, sosyal izolasyon, cinsel/fiziksel kötüye kullanım, madde kötüye kullanımı da risk etkenleri arasındadır (8).

2.4.3.Özkıyım, Çocukluk Çağı Travmaları ve Depresyon

İntihar yoluyla ölen insanların %90'ından fazlasının bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluğu olduğu, özellikle tüm intiharların %59-87'sinde MDB' eşlik ettiği olduğu düşünülmektedir (42). Psikiyatrik hastalıklarda özkıyım girişimi arasındaki ilişki en fazla depresyonla gösterilmiştir. Depresyon hastalarının yaklaşık 2/3'ünde intihar düşüncesi görülür (8,28,42,44). Araştırmalar intihar sonucu ölenlerin yaklaşık %60'ının depresif bir bozukluğa sahip olduğunu göstermektedir (43). Özkıyım girişiminde bulunan bireylerin yaşamlarında diğerlerinden daha fazla travmatik olayla karşılaştıkları bildirilmiştir. Bireylerin çocukluk çağı travmalarına sahip olması psikiyatrik bozuklukların en önemli nedenlerindendir. Travmatik olaylar kişilerin psikolojisini bozmakta ve dayanıklılığı azaltarak onu intihar gibi geri dönüşü olmayan girişimlere yöneltmektedir (8,47,48). Depresyon hastalarında tanımlanan özkıyım girişiminin yaygın risk faktörleri arasında yüksek eğitim düzeyi, düşük yaşam kalitesi, çocukluk çağı istismarı, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, umutsuzluk, olumsuz veya stresli yaşam olayları, psikiyatrik komorbiditeler ve dürtüsel ve saldırgan davranışlar bulunur (28,42,44,48).

2.4.4. Özkıyım ve Hemşirelik Yaklaşımları

Özkıyım riski olan hastalar yalnız bırakılmamalıdır. Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla birlikte kalması için düzenlemeler yapılmalı , hastane yatışı düşünülmelidir (18,24). Hastanın güvenliği için aile ya da arkadaşlarından destek talep edilmelidir. Hemşire hasta ile sık görüşmeler yaparak hastayla belirlenen bir zaman aralığı içinde kendine zarar vermeyeceğine dair yazılı anlaşma yapılabilir (18,21). Ev ortamının güvenli olması için silah ve ilaç varlığı değerlendirilmeli, bunlar ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Acil durumlarda arayabileceği numaralar verilmelidir (18,24). Başlangıçta özkıyım krizi atlatılıncaya kadar günlük ya da günde bir olacak şekilde görüşmeler düzenlenmelidir. Hastayla sıcak ve güvene dayalı ilişki kurulmalıdır. Hemşire hastanın destek sisteminde anahtar kişi olmalıdır. Bazen tedavi alan ya da almayan depresif hastalar enerji kazanır birdenbire kendilerini huzur duygusu içinde gibi gösterirler ve böylece özkıyım planlarını eyleme dönüştürebilirler, hemşireler bu tarz değişikliklere dikkat etmelidirler (18,24). Hastayla dolaysız ilişki kurulmalı ve özkıyım hakkındaki düşünceleri açık olarak konuşulmalıdır. Hastaların duygularını ifade etmeye teşvik edilmeli ve yargılayıcı olmayan bir tarzda duyguları kabul edilmelidir. Hastanın yaşamında şu anki kriz durumu araştırılmalı ve problem çözme becerilerini kullanması sağlanmalıdır. Hastanın kontrol edebildiği ve edemediği durumları belirlemesine yardımcı olunmalıdır (18). Uygulanan hemşirelik girişimleri sonunda; kendine zarar verme düşüncelerinden vazgeçmeli, çalışanlar, aile üyeleri ve arkadaşları ile iletişime geçebilmeli, çalışma/okul yaşamına geri dönmeli ve dinlenme-aktivite dengesi kurabilmelidir. Psikoeğitim çalışmaları ile bireyin kişilerarası ilişkilerinin güçlendirilmesi, yaşamına dair gerçekçi planlar yapabilmesi, kendini olumlu değerlendirebilmesi ve umudun yükseltilmesi sağlanmalıdır (21).

2.5. Dürtüsellik

Dürtüsellik ‘ani ve sonunu düşünmeden hareket etme ve eyleme geçme olarak’ tanımlanabilir. Dürtüsellik, sadece öfke ve saldırganlık davranışlarını değil, engellenmeye karşı toleransın düşük olması ve plan yapamama özelliklerini de yansıtmaktadır (8,49). Barratt, dürtüsel kişileri düşünmeden hareket eden, her durumda beklemeden cevap veren, hareketsiz olması gerektiğinde huzursuz olan, risk alan, dikkat ve yoğunlaşma sorunları olan kişiler olarak tanımlamaktadır (50).

2.5.1.Dürtüsellik, Depresyon ve Özkıym

Dürtüsellik ayrı bir psikiyatrik tanı değil, intihar davranışı ile ilgili olduğu gibi patolojik kumar, kleptomani, piromani, sınır ve histriyonik kişilik bozukluğu, dürtü kontrol bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, frontal lob sendromu, trikotillomani gibi ruhsal bozuklukların temel belirtisidir (8,49). Depresyondaki özkıym düşünceleri genellikle dürtüsellik ile ilişkilidir. Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada depresyon hastalarının en az %34.7’sinde en az bir dürtü kontrol bozuklukları eş tanısının olduğu, bunlardan en sık aralıklı patlayıcı bozukluk olduğu belirtilmiştir (49,51,52).

2.5.2.Dürtüsellik ve Hemşirelik Yaklaşımları

Dürtüsellğin yüksek olduğu kişilerde ani olayları ertelemede ve engellemede güçlükler vardır. Bireylere bu konularda farkındalık kazandırılmalıdır. Stresle başetme, kişilerarası ilişkiler, duyguları düzenleme yöntemleri, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Hemşireler bu doğrultuda hastaları bilişsel davranışçı terapi programlarına yönlendirerek kişilerarası sorun çözme becerilerinin geliştirmesine yardımcı olabilir. Kişilerarası iletişim ve başetme becerilerinin öğretilmesi, geliştirilmesi, genel topluma uyumu arttırmaktadır. Edimsel terapilerle ani olayların yönetimi becerisi kazandırılmalıdır. Böylelikle dürtüsellik azaltılarak planlı davranışlar geliştirilebilir (49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, depresyon tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi arayıcı ve tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, 01 Kasım 2021 – 02 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara’da T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi’nde yapıldı. Hastanenin günlük poliklinik hasta sayısı yaklaşık olarak 300-350 arasında olmakta ve 21 yataklı yatan hasta servisi olarak hizmet vermektedir. 15 psikiyatri uzmanı, ve asistan doktorlar, 8 hemşire, 7 psikolog, 2 sekreter görev yapmaktadır. Hastanede poliklinik değerlendirmesi sonrası ayaktan tedavi psikiyatri uzmanı ve asistan doktorları, psikolog ile birlikte hizmet vermektedir. Tedavi planına göre ilaç tedavisi, bireysel ve grup psikoterapileri, bireysel ve aile danışma hizmetleri verilmektedir. Yataklı servisi birçok psikiyatri kliniğinden farklı olarak açık servis olarak hizmet vermektedir. Bu özelliğiyle hastaların diğer kliniklerdeki hastalardan farklı hissetmemesi ve tedavi uyumu açısından daha uyumlu olması sağlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında belirtilen tarihler arasında hastaneye ayaktan tedavi edilmek üzere başvuran poliklinik hastaları oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem İntihar Olasılığı Ölçeği kullanılan iki araştırma verileri kullanılarak (53,54) power güç analizi ile hesaplandı ve görsel eşdeğerlik skalası bakımından 1(±1) birimlik farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkması için her grupta en az gerekli olan hasta sayısı $p=0.05$, $1-\beta=0.80$ sonucu 142 kişi olarak belirlendi. 01 Kasım 2021 – 02 Mayıs 2022 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 149 gönüllü hasta olasılıksız örnekleme yöntemiyle dahil edildi. (53,54).

3.5. Araştırmaya Alınma/Dışlanma Ölçütleri

Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri:

- Depresyon tanılı ayaktan ve yatan hastalar
- 18-65 yaş arası hastalar
- Bilişsel ve sözel iletişim problemi olmayanlar
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar

Dışlama kriterleri:

- Psikotik özellikli olan depresyon hastaları
- Komorbid psikiyatrik tanı olması

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için depresyon hastalarıyla yüz yüze görüşüldü ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma hakkında bilgi verildi. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK I), Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK II), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (EK III), Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ) (EK IV), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK V), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ) (EK VI) kullanıldı. Görüşmeler ortalama olarak 25-30 dakika arasında sürdü.

3.6.1.Kişisel Bilgi Formu (EK I)

Literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu yaş, cinsiyet, medeni durum ve sosyodemografik bilgileri ve hastalığa ait özellikleri içeren 30 sorudan oluşturuldu (55,57).

3.6.2.Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK II)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Beck (1978) tarafından geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Hisli tarafından (1988) Türkçeye uyarlanmış geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Maddeler 0'dan 3'e kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmıştır. Envanterden alınabilecek puan 0 ile 63 arasındadır; yüksek puanlar depresif durumda artışa işaret etmektedir. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. 0-9 arası puan depresif belirtiler olmadığını, 10-16 arası puan hafif, 17-24 arası puan orta, 25 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif belirtiyi göstermektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Cronbach alfa katsayısı da 0.80 bulunmuştur (58,61).

3.6.3.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği CTQ-33 (ÇÇTÖ) (EK III)

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, aynı araştırmacı tarafından 28 maddeye indirilmiştir. Ölçek, Şar ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Gözden geçirilmiş ve genişletilmiş 33 maddelik son versiyonunun (Şar ve ark., 2021) altı alt boyutu olup (duygusal taciz, duygusal ihmal, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma-kontrol) ve beşli likert tipi bir ölçektir. Ek olarak inkâr (minimize etme) puanları da elde edilebilen ölçeğe dair Cronbach alfa katsayısı 0,87 , orijinalinin ise katsayısı 0,95 hesaplanmıştır. Bu çalışmada sorulara 'zaman zaman, sık, çok sık' olarak yanıt verenler kategorik olarak kodlanmış ve istismar/ihmal gruplarına alınmıştır. Ölçeğin alınabilecek puan aralığı 37-118 arasındadır. Her bir alt boyut için olası puanlar 1 ile 5 arasında değişir ve toplam puan 5 ile 25 puan arasındadır. Ayrıca 0 ile 3 arasında bir travmanın inkâr puanı da vardır. Her bir alt bölümün puanları toplamı, toplam ÇÇTÖ puanı verir. Her boyuttan alınan yüksek puan o boyuttaki istismar veya ihmal düzeyini arttırmaktadır. ÇÇTÖ' nün, kesme noktası olmadığından dolayı çalışmada her alt boyut için ortalamanın bir standart sapma üstü kesme noktası olarak alınmıştır. Duygusal istismar için 9.93 (6.90+3.03), fiziksel taciz için 7.18 (5.59+1.59), fiziksel ihmal için 10.68 (7.66+3.02), duygusal ihmal için 14.96 (10.66+4.30), cinsel istismar için 7.55 (5.65+1.95) ve aşırı koruma-

kontrol için 5.17 (3.53+1.64) kesme noktası olarak değerlendirilmiştir. Türkçe versiyonunda kesme puanı hesaplanmamış olmakla birlikte yazarlar çalışma sonuçlarından yola çıkarak kesme puanının toplam ölçek puanı için 35 dolayında olabileceğini ön görmüştür (57,59,60).

3.6.4.Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ) (EK IV)

Preece ve ark. (2018) tarafından geliştirilmiş, Türkçeye uyarlanması Bilge ve Bilge (2020) tarafından gerçekleştirilen ölçek 24 maddelik yedili Likert tipi (1-kesinlikle katılmıyorum, 7-kesinlikle katılıyorum) bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek aleksitiminin dikkat-değerlendirme modeli kapsamında çalışmakta ve toplam beş alt boyut içermektedir. Bunlar ‘negatif-duyguları tanıma zorluğu’ (N-DTZ, 4 madde $\alpha=0.89$), ‘pozitif-duyguları tanıma zorluğu’ (P-DTZ, 4 madde $\alpha=0.89$), ‘negatif-duyguları ifade zorluğu’ (N-DİZ, 4 madde $\alpha=0.91$), ‘pozitif-duyguları ifade zorluğu’ (P-DİZ, 4 madde $\alpha=0.90$) ve ‘genel-dışa vuruk düşünme’ (G-DVD, 8 madde $\alpha=0.90$) alt ölçekleridir. PAÖ’ nün beş alt ölçeği, aynı zamanda birleştirilerek de kullanılabilir. Bu bileşik ölçekler, N-DTZ ile P-DTZ’ nin toplamı ‘genel-duyguları tanıma zorluğu’ (G-DTZ, 8 madde $\alpha=0.92$), N-DİZ ile P-DİZ’ in toplamı ‘genel-duyguları ifade zorluğu’ (G-DİZ, 8 madde $\alpha=0.93$), N-DTZ ile N-DİZ’ in toplamı ‘negatif-duyguları değerlendirme zorluğu’ (NDDZ, 8 madde $\alpha=0.94$), P-DTZ ile P-DİZ’ in toplamı ‘pozitif-duyguları değerlendirme zorluğu’ (PDDZ, 8 madde $\alpha=0.94$), G-DTZ ile G-DİZ’ in toplamı ‘genel-duyguları değerlendirme zorluğu’ (GDZ, 16 madde $\alpha=0.96$) ve son olarak tüm maddelerin toplamı olan ‘aleksitimi’ (24 madde $\alpha=0.96$) ölçekleridir. Ölçeğin eş zamanlı ve ayırt edici geçerliliğinin de yeterli olduğu görülmüştür. Ölçeğin alınabilecek puan aralığı 24-165 arasındadır. Ölçeğin her bir alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, ele alınan alt ölçekte yaşanan sosyal etkileşim güçlüğüne fazlalığını belirtirken; ölçeğin genelinden alınan yüksek puan ise kişinin dikkati duygularına (negatif ve pozitif) odaklamada ve değerlendirmede güçlük yaşama eğilimini ortaya koymaktadır. NDTZ alt boyutunun 15.99 ve üzeri değeri aleksitimiye eğilimli, 21.71 ve üzeri aleksitimik; PDTZ alt boyutunun 14.59 ve üzeri değeri aleksitimiye eğilimli, 20.15 ve üzeri aleksitimik; NDİZ alt boyutunun 17.88 ve üzeri değeri aleksitimiye eğilimli, 24.02 ve üzeri aleksitimik; PDİZ alt boyutunun 16.42 ve üzeri değeri aleksitimiye eğilimli, 22.31 ve üzeri aleksitimik; GDVD alt boyutunun 29.03 ve üzeri değeri aleksitimiye eğilimli, 38.20 ve üzeri aleksitimik; PAÖ toplam puan ortalamasının 90.67 ve üzeri değeri aleksitimiye eğilimli, 119.92 ve üzeri aleksitimik olarak belirlenmiştir (57).

3.6.5.İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK V)

Cull ve Gill tarafından 1988 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2003 yılında Batıgün ve Şahin tarafından yapılmıştır. 36 maddeden oluşmaktadır ve "hiçbir zaman ya da nadiren", "bazen", "sık sık" ve "çoğu zaman ya da her zaman" gibi 4'lü Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Bu çalışmada ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Kesme puanı 110 olarak belirlenmiştir. Cronbach alfa puanı 0.75 bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğini işaret etmektedir. 0–24 (normal), 25–40 (hafif), 50–74 (orta), 75–100 (şiddetli) olduğu belirlenmiştir (53,54,61).

3.6.6.Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ) (EK VI)

Barratt ve arkadaşları tarafından geliştirilen orijinal ölçeğin Türkçe uyarlanması Tamam ve ark. (2013) tarafından yapılmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığın Cronbach alfa katsayıları hastalarda 0,81, öğrencilerde ise 0,78 olarak bulunmuştur . Ölçeğin kesme puanı belirlenmemiştir. Plan Yapmama, Motor Dürtüsellik, Dikkatte Dürtüsellik şeklinde, güvenilirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan, dörtlü likert tipi skorlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin toplam puanı, maddelerin aritmetik toplamı ile elde edilir. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyine işaret etmektedir (62,63).

3.7.Verilerin Toplanması

Veri toplanması hastanenin poliklinik bölümünde yer alan araştırma odasında yüz yüze görüşme yapılarak araştırmacı tarafından doldurularak belirtilen tarihler arasında tamamlanmıştır.

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır(2021/151 Nolu Karar 05.08.2021)(EK X), Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden izinler alındı(EK IX). Araştırmaya katılan hastalara ise araştırmanın amacı ve formların içeriği ile ilgili açıklamalarda bulunulup, katılımları için Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK VII), yazılı gönüllü onam formu imzalatıldı ve sözlü izin alındı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde analizi ile verilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığı belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçek skorları arasındaki ilişkiler dikkate alınarak oluşturulan doğrusal modelin testi ise path analizi ile gerçekleştirilmiştir. Analizler SPSS 22.0 ve AMOS programları yardımıyla gerçekleştirilmiştir. $p < 0.05$ anlamlılık seviyesi seçilmiştir.

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma belirtilen hastaneye gelen ayakta tedavi alan ve yatan depresyon hastalarıyla yapılmış olduğu için sadece bu gruba genellenebilir. Araştırmada PAÖ' nün 2020 yılında, ÇÇTÖ' nün 2021 yılında yenilenen versiyonu kullanıldığı için literatürde bu ölçeklerin kullanımının az olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

3.11.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Çocukluk çağı travması

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Depresyon, Aleksitimi, Dürtüsellik, İntihar Olasılığı

4.BULGULAR

Bu bölümde çalışmada yer alan depresyon tanılı hastaların tanımlayıcı özellikleri, BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ ve alt ölçeklerinden alınan toplam puan ortalamaları, toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki, ölçeklerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırmaları yer almaktadır.

Tablo 1. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (s:149)

ÖZELLİKLER	s	%
Cinsiyet		
Kadın	104	69.8
Erkek	45	30.2
Medeni Durum		
Evli	85	57.05
Bekar	38	25.5
Boşanmış/Dul	26	17.45
Çocuk Sayısı		
Yok	46	30.87
1	18	12.08
2	43	28.86
3 ve Üzeri	42	28.19
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	5	3.36
Okuryazar	7	4.7
İlköğretim	34	22.82
Ortaöğretim	27	18.12
Lise	48	32.21
Üniversite	28	18.79
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	19	12.75
Özel Sektör	27	18.12
Kamu Kurumu	20	13.42
Emekli	12	8.05
Ev Hanımı	71	47.65
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Fazla	10	6.71
Gelir Gidere Eşit	67	44.97
Gelir Giderden Az	72	48.32

Tablo 1. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (s:149)
(Devamı)

ÖZELLİKLER	s	%
Hastaneye Yatış Sayısı		
Yok	119	79.87
1	16	10.74
2-5	14	9.4
Sigara Kullanımı		
Yok	92	61.74
Var	57	38.26
Alkol Kullanımı		
Yok	141	94.63
Var	8	5.37
Madde Kullanımı		
Yok	147	98.66
Var	2	1.34
Herhangi Bir Ek Fiziksel Hastalık Durumu		
Yok	82	55.03
Var	67	44.97
Hastalık Sürecinde Ailenizden Yeterli Destek Aldınız Mı?		
Evet	84	56.38
Hayır	65	43.62
Özkıyım Girişimi		
Var	57	38.26
Yok	92	61.74
Kontrollere Düzenli Olarak Gelme Durumu		
Evet	123	82.55
Hayır	26	17.45
Kimlerle Yaşıyorsunuz?		
Eş	21	14.09
Eş Ve Çocuklar	63	42.28
Anne Ve Baba	34	22.82
Yalnız	13	8.72
Çocuklar	18	12.08
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)		
Yaş	41.49 $\pm$ 13.16 (18-69)	

Depresyon tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo.1’de yer almaktadır. Araştırmaya katılan 149 depresyon hastasının %69.8’inin kadın, %30.2’sinin erkek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan depresyon hastalarının tamamının şehir merkezinde yaşadığı, %57.05’sinin evli, %30.87’sinin çocuğunun olmadığı, %32.21’inin lise mezunu, %47.65’inin ev hanımı, %48.32’sinin gelirinin giderinden az olduğu, %79.87’sinin hastane yatışının olmadığı, %38.26’sının sigara kullandığı, %5.37’sinin alkol kullandığı, %1.34’ünün madde kullandığı, %44.97’sinin ek fiziksel bir hastalığının olduğu, %56.38’inin hastalık sürecinde ailesinden destek aldığı, %38.26’sının özkıym girişiminin olduğu, %82.55’inin kontrollere düzenli olarak geldiği, %42.28’inin eş ve çocuklarıyla yaşadığı, yaş ortalamalarının $41.49 \pm 13.16(18-69)$ olduğu belirlendi.

Tablo 2. Depresyon Tanılı Hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ ve Alt Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (s:149)

Ölçekler ve Alt boyutları	Ort±Std	Min-Max	Cronbach
			Alfa
BDE	31.3 ± 9.25	0-63	,877
ÇÇTÖ	72.11 ± 24.33	37-118	,955
Duygusal Taciz ÇÇTÖ	12.65 ± 5.01	5-24	,809
Fiziksel Taciz ÇÇTÖ	10.48 ± 5.72	5-25	,949
Fiziksel İhmal ÇÇTÖ	12.81 ± 4,7	6-19	,803
Duygusal İhmal ÇÇTÖ	15.4 ± 5.03	5-25	,851
Cinsel Taciz ÇÇTÖ	7.77 ± 5.34	5-25	,986
Aşırı Koruma ÇÇTÖ	13.01 ± 4.71	5-25	,867
PAÖ	97.08 ± 36.96	24-165	,955
Negatif Duyguları Tanıma Zorluğu N-DTZ	17.22 ± 7.77	4-28	,882
Pozitif Duyguları Tanıma Zorluğu P-DTZ	15.58 ± 7.72	4-26	,897
Negatif Duyguları İfade Zorluğu N-DİZ	18.32 ± 8.17	4-28	,914
Pozitif Duyguları İfade Zorluğu P-DİZ	15.62 ± 8.31	4-28	,915
Genel Dışa Vuruk Düşünme G-DVD	30.34 ± 13,63	8-51	,943
Genel Duyguları Tanıma Zorluğu G-DTZ	32.8 ± 14.4	8-52	,920
N-DTZ + P-DTZ			
Genel Duyguları İfade Zorluğu G-DİZ	33.94 ± 15.73	8-54	,930
N-DİZ + P-DİZ			
Negatif Duyguları Değerlendirme Zorluğu NDDZ:	35.54 ± 15.21	8-56	,940
N-DTZ + N-DİZ			
Pozitif Duyguları Değerlendirme Zorluğu	31.19 ± 15.3	8-51	,940
PDDZ: P-DTZ + P-DİZ			
Genel Duyguları Değerlendirme Zorluğu	66.74 ± 28.84	16-105	,960
GDZ: G-DTZ + G-DİZ			
İÖÖ	82.03 ± 10.71	36-144	,767
BDÖ	66.91 ± 9.81	37-107	,835
Dikkat	19.1 ± 3.22	12-31	,526
Motor	20.7 ± 4.13	7-24	,645
Plan	27.11 ± 4.18	15-52	,622

Depresyon tanılı hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ ve alt ölçekleri toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo.2’de yer almaktadır. BDE toplam puan ortalaması 31.3 ± 9.25 , ÇÇTÖ toplam puan ortalaması 72.11 ± 24.33 , ÇÇTÖ alt ölçeklerinden duygusal taciz 12.65 ± 5.01 , fiziksel taciz 10.48 ± 5.72 , fiziksel ihmal 12.81 ± 4.7 , duygusal ihmal 15.4 ± 5.03 , cinsel taciz 7.77 ± 5.34 , aşırı koruma 13.01 ± 4.71 , PAÖ toplam puan ortalaması 97.08 ± 36.96 , PAÖ alt ölçeklerinden negatif duyguları tanıma zorluğu 17.22 ± 7.77 , pozitif duyguları tanıma zorluğu 15.58 ± 7.72 , negatif duyguları ifade zorluğu 18.32 ± 8.17 , pozitif duyguları ifade zorluğu 15.62 ± 8.31 , genel dışa vuruk düşünme 30.34 ± 13.63 , İÖÖ toplam puan ortalaması 82.03 ± 10.71 , BDÖ toplam puan ortalaması 66.91 ± 9.81 , BDÖ alt ölçeklerinden dikkat 19.1 ± 3.22 , motor 20.7 ± 4.13 , plan 27.11 ± 4.18 olarak saptandı.



Tablo 3. Depresyon Tanılı Hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler		BDE	ÇÇTÖ	PAÖ	İÖÖ	BDÖ
BDE	r	1	,313*	,275*	,379*	,169*
	p		,000	,001	,000	,039
	N		149	149	149	149
ÇÇTÖ	r		1	,218*	,118	,103
	p			,007	,152	,213
	N			149	149	149
PAÖ	r			1	,156	,019
	p				,057	,815
	N				149	149
İÖÖ	r				1	,228*
	p					,005
	N					149
BDÖ	r					1
	p					
	N					

*p<0,05; Pearson korelasyon analizi

Depresyon hastalarının BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ toplam puan ortalamalarının birbiri ile ilişkisi Tablo 3'te yer almaktadır.

BDE toplam puan ortalaması ile ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.05). PAÖ ile ÇÇTÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05). İÖÖ ile BDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.05). ÇÇTÖ ile İÖÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptandı (p>0.05). ÇÇTÖ ile BDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlendi (p>0.05). PAÖ ile İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptandı (p>0.05). PAÖ ile BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 4. Depresyon Tanılı Hastaların ÇÇTÖ Alt Ölçekleri, PAÖ Alt Ölçekleri ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		N_DTZ	P_DT Z	N_Dİ Z	P_Dİ Z	DV D	G_DT Z	G_Dİ Z	N_DD Z	P_DD Z	G_DD Z	İÖ Ö
Duygusal Taciz ÇÇTÖ	r	.161*	.089	.151	.064	.040	.135	.112	.163*	.079	.128	.131
	p	.049	.282	.066	.439	.628	.101	.174	.046	.335	.119	.110
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149
Fiziksel Taciz ÇÇTÖ	r	.331**	.237**	.293**	.236*	.207*	.306**	.277**	.326**	.248**	.304**	.159
	p	.000	.004	.000	.004	.011	.000	.001	.000	.002	.000	.052
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149
Fiziksel İhmal ÇÇTÖ	r	.088	-.020	.085	.016	.102	.037	.053	.091	-.001	.047	-.022
	p	.286	.808	.301	.847	.217	.657	.523	.271	.986	.569	.788
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149
Duygusal İhmal ÇÇTÖ	r	.145	.056	.147	.052	.050	.109	.104	.153	.057	.111	.060
	p	.077	.499	.074	.525	.548	.188	.207	.062	.492	.178	.464
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149
Cinsel Taciz ÇÇTÖ	r	.222**	.199*	.223**	.208*	.036	.227**	.225**	.233**	.214**	.236**	.040
	p	.007	.015	.006	.011	.661	.005	.006	.004	.009	.004	.626
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149
Aşırı Koruma ÇÇTÖ	r	.206*	.070	.271**	.189*	.148	.149	.241**	.251**	.138	.206*	.187*
	p	.012	.395	.001	.021	.071	.070	.003	.002	.093	.012	.022
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149

Tablo 4’te Depresyon hastalarının ÇÇTÖ alt ölçekleri, PAÖ alt ölçekleri ve İÖÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Duygusal taciz alt ölçek puan ortalaması ile negatif duyguları tanıma zorluğu(N-DTZ), negatif duyguları değerlendirme zorluğu(N-DDZ) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Fiziksel taciz alt ölçek puan ortalaması ile PAÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Cinsel taciz alt ölçek puan ortalaması ile PAÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Aşırı koruma alt ölçek puan ortalaması ile İÖÖ ve PAÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).



Tablo 5. Depresyon Tanılı Hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ Path Analizi

Ölçekler			B _j	S(b _j)	r	p
İÖÖ	<---	BDÖ	.248	.087	.228	0.004*
BDE	<---	İÖÖ	.327	.066	.379	0.001*
ÇÇTÖ	<---	BDE	.823	.206	.313	0.001*
PAÖ	<---	BDE	.915	.329	.229	0.005*
PAÖ	<---	ÇÇTÖ	.223	.125	.147	0.074

*p<0,05; Path analizi

Tablo 5’te Depresyon Tanılı Hastaların BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ve BDÖ Path Analizi yer almaktadır.

İÖÖ ile BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. (p<0.05).

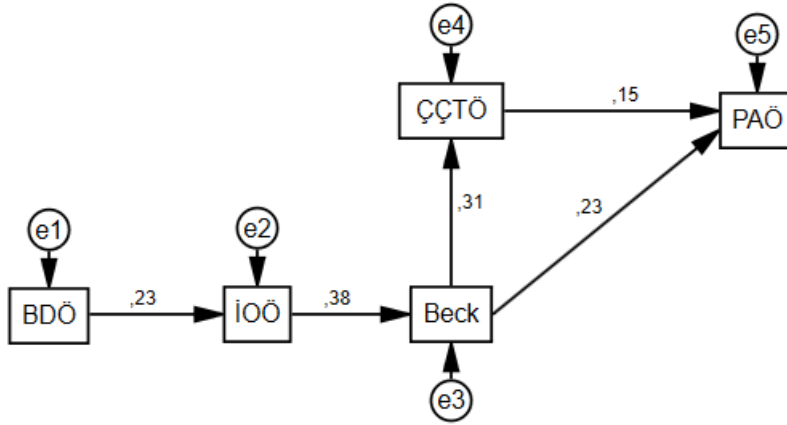
BDE ile İÖÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.05).

ÇÇTÖ ile BDE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05).

PAÖ ile BDE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.05).

PAÖ ile ÇÇTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05).

Grafik 1. BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İOÖ ve BDÖ Ölçekleri Arası Path Analizi Grafiği



Oluşturulan path analiz modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, modelin uyumunun mükemmel düzeyde olduğu belirlendi ($\chi^2=2.569$; RMSEA=0.001; $p=0.766$).

Tablo 6. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=149)

Tanımlayıcı Özellikleri		S	BDE	ÇÇTÖ	PAÖ	İÖÖ	BDÖ
Cinsiyet	Kadın	104	31.18 ± 9.55	72.91 ± 25.18	95.88 ± 36.1	81.06 ± 10.63	65.99 ± 9.29
	Erkek	45	31.58 ± 8.6	70.27 ± 22.42	99.84 ± 39.16	84.29 ± 10.65	69.02 ± 10.74
	İstatistiksel Değer		t: -0.239 p: 0.812	t: 0.608 p: 0.544	t: -0.599 p: 0.550	t: -1,702 p: 0,091	t: -1.743 p: 0.083
Medeni Durum	Evli	85	32.13 ± 9.88	73.86 ± 25.59	102.02 ± 37.73	81.89 ± 10.04	65.75 ± 9.97
	Bekar	38	29.97 ± 7.45	70.47 ± 22.43	89.74 ± 34.71	81.24 ± 10.57	69.79 ± 8.22
	Boşanmış	26	30.54 ± 9.52	68.81 ± 23.13	91.65 ± 36.41	83.65 ± 13.06	66.46 ± 10.9
	İstatistiksel Değer		F: 0.819 p: 0.443	F: 0.541 p: 0.583	F: 1.810 p: 0.167	F: 0.407 p: 0.666	F: 2.293 p: 0.105
Çocuk Sayısı	Yok	46	30.26 ± 7.48	69.63 ± 22.64	87.74 ± 35.51	82.26 ± 10.55	68.41 ± 8.81
	1	18	32.17 ± 11.07	65.67 ± 23.62	94.5 ± 41.73	81.94 ± 7.76	65.72 ± 9.33
	2	43	33.74 ± 10.97	74.74 ± 23.31	104.93 ± 37.67	83.72 ± 12.65	67.33 ± 10.13
	3 ve üzeri	42	29.57 ± 7.9	74.9 ± 27.32	100.38 ± 34.57	80.1 ± 9.79	65.33 ± 10.75
	İstatistiksel Değer		F: 1.764 p: 0.157	F: 0.278 p: 0.841	F: 1.795 p: 0.151	F: 0.819 p: 0.485	F: 0.832 p: 0.478

*p<0,05; t testi

Tablo 6. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İOÖ, BDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=149) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikleri		S	BDE	ÇÇTÖ	PAÖ	İOÖ	BDÖ
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	5	36.2 ± 9.26	76.4 ± 37.59	103.2 ± 46.16	81.8 ± 13.44	62.4 ± 11.78
	Okuryazar	7	30.57 ± 7.3	84.14 ± 17.16	89.29 ± 47.99	79.86 ± 11.28	71.14 ± 7.69
	İlköğretim	34	29.85 ± 8.89	68.53 ± 22.48	98.29 ± 38.53	79.41 ± 10.36	65.03 ± 10.28
	Ortaöğretim	27	31.93 ± 8.12	81.19 ± 26.26	103.3 ± 30.48	82.7 ± 10.87	69.56 ± 11.8
	Lise	48	31.92 ± 10.87	70.67 ± 25.09	95.85 ± 37.14	81.04 ± 10.31	66.19 ± 8.77
	Üniversite	28	30.71 ± 8.33	66.43 ± 20.42	92.57 ± 38.26	86.86 ± 10.35	67.61 ± 8.71
	İstatistiksel Değer		F: 0.538 p: 0.748	F: 1.646 p: 0.152	F: 0.336 p: 0.891	F: 1.750 p: 0.127	F: 1.202 p: 0.311
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	19	30 ± 9.3	74.89 ± 24.81	78.26 ± 39.15	82.11 ± 8,35	68.84 ± 10.98
	Özel Sektör	27	33.7 ± 8.22	64.93 ± 22.48	91.81 ± 37.68	84.19 ± 10.55	68.26 ± 8.99
	Kamu Kurumu	20	30.15 ± 10.7	69.3 ± 25.99	109.2 ± 31.19	82,65 ± 10.44	65,35 ± 8.84
	Emekli	12	26.42 ± 7.44	64.67 ± 19.77	90.42 ± 41.95	85.75 ± 14.11	69.33 ± 13.07
	Ev Hanımı	71	31.89 ± 9.28	76.15 ± 24.72	101.83 ± 35.31	80.39 ± 10.73	65.9 ± 9.49
	İstatistiksel Değer		F: 1.559 p: 0.188	F: 1.509 p: 0.203	F: 2.382 p: 0.054	F: 1.069 p: 0.374	F: 0.804 p: 0.524

*p<0,05; t testi

Tablo 6. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=149) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikleri		S	BDE	ÇÇTÖ	PAÖ	İÖÖ	BDÖ
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	10	33.8 ± 8.82	76.5 ± 21.05	97.9 ± 36.3	88.8 ± 12.08 ^a	67.1 ± 10.06
	Gelir gidere eşit	67	29.42 ± 9.17	68.96 ± 23.18	97.51 ± 37.01	79.79 ± 10.88 ^b	66.75 ± 10.21
	Gelir giderden az	72	32.71 ± 9.17	74.44 ± 25.71	96.57 ± 37.51	83.18 ± 9.89 ^{ab}	67.03 ± 9.54
	İstatistiksel Değer		F: 2.647 p: 0.074	F: 1.058 p: 0.350	F: 0.014 p: 0.986	F: 4.040 p: 0.020*	F: 0.016 p: 0.984
Hastaneye Yatış Durumu	Yok	119	30.59 ± 9.1	69.81 ± 22.69	97.02 ± 36.67	81.9 ± 10.58	66.37 ± 9.92
	1	16	33.13 ± 11.21	78.56 ± 28.52	95.06 ± 34.64	81.44 ± 10.61	68.31 ± 9.09
	2-5	14	35.29 ± 7.11	84.36 ± 29.45	99.93 ± 44.14	83.86 ± 12.41	69.86 ± 9.71
	İstatistiksel Değer		F: 1.992 p: 0.140	F: 2.944 p: 0.056	F: 0.065 p: 0.937	F: 0.235 p: 0.791	F: 0.975 p: 0.380
Sigara Kullanımı	Yok	92	31.62 ± 9.36	72.58 ± 25.26	100.58 ± 33.63	80.01 ± 10.8	65.55 ± 9.65
	Var	57	30.79 ± 9.12	71.37 ± 22.96	91.44 ± 41.48	85.3 ± 9.78	69.09 ± 9.77
	İstatistiksel Değer		t: 0.531 p: 0.596	t: 0.294 p: 0.770	t: 1.472 p: 0.143	t: -3.009 p: 0.003*	t: -2.162 p: 0.032*
Alkol Kullanımı	Yok	141	31.04 ± 9.17	72.44 ± 24.63	96.74 ± 37.11	81.81 ± 10.55	66.3 ± 9.6
	Var	8	36 ± 9.89	66.38 ± 18.63	103 ± 36.15	86 ± 13.29	77.63 ± 7.37
	İstatistiksel Değer		t: -1.483 p: 0.140	t: 0.684 p: 0.495	t: -0.464 p: 0.643	t: -1.078 p: 0.283	t: -3.279 p: 0.001*

Tablo 6. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İOÖ, BDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=149) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikleri		S	BDE	ÇÇTÖ	PAÖ	İOÖ	BDÖ
Ek Fiziksel Hastalık Durumu	Yok	82	31.05 ± 10.01	69.48 ± 22.98	91.96 ± 36	81.22 ± 10.89	66.57 ± 10.46
	Var	67	31.61 ± 8.28	75.34 ± 25.7	103.34 ± 37.43	83.03 ± 10.47	67.31 ± 9.02
	İstatistiksel Değer		t: -0.369 p: 0.713	t: -1.470 p: 0.144	t: -1.886 p: 0.061	t: -1.027 p: 0.306	t: -0.457 p: 0.648
Aile Desteği Alma Durumu	Evet	84	29.96 ± 8.97	71.35 ± 23.43	95.63 ± 34.56	80.13 ± 10.41	67.08 ± 9.99
	Hayır	65	33.03 ± 9.37	73.11 ± 25.61	98.95 ± 40.05	84.49 ± 10.66	66.68 ± 9.66
	İstatistiksel Değer		t: -2.029 p:0.044*	t: -0.437 p: 0.663	t: -0.543 p: 0.588	t: -2.510 p: 0.013*	t: 0.250 p: 0.803
Özkayım Girişimi	Evet	57	36.02 ± 9.91	80.77 ± 25.1	100.63 ± 41.75	87.56 ± 10.14	68.72 ± 9.37
	Hayır	92	28.38 ± 7.48	66.75 ± 22.35	94.88 ± 33.71	78.61 ± 9.6	65.78 ± 9.96
	İstatistiksel Değer		t: 5.336 p: 0.001*	t: 3.550 p: 0.001*	t: 0.923 p: 0.358	t: 5.415 p: 0.001*	t: 1.788 p: 0.076

*p<0,05; t testi

Tablo 6. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=149) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikleri		S	BDE	ÇÇTÖ	PAÖ	İÖÖ	BDÖ
Kontrollere Düzenli Olarak Gelme Durumu	Evet	123	31.44 ± 9.21	72.88 ± 24.27	98.41 ± 34.59	81.93 ± 10.9	66.94 ± 9.94
	Hayır	26	30.65 ± 9.55	68.5 ± 24.8	90.77 ± 46.91	82.5 ± 9.91	66.73 ± 9.38
	İstatistiksel Değer		t: 0.392 p: 0.695	t: 0.833 p: 0.406	t: 0.958 p: 0.340	t: -0.244 p: 0.808	t: 0.100 p: 0.921
Kimlerle Birlikte Yaşadığına Göre	Eş	21	30.57 ± 6.8	66.76 ± 22.62	89.9 ± 42.28	81.62 ± 9.81	66.57 ± 11.04
	Eş Ve Çocuklar	63	31.92 ± 10.6	74.54 ± 26.45	105.27 ± 35.43	82.03 ± 10.2	65.73 ± 9.74
	Anne Ve Baba	34	30.24 ± 8.09	70.38 ± 23.02	87.38 ± 37.89	81.56 ± 10.38	68.29 ± 9.03
	Yalnız	13	32.08 ± 7.84	68.46 ± 23.09	82.69 ± 33.97	82.77 ± 11.05	71.23 ± 9.14
	Çocuklar	18	31.44 ± 10.26	75.78 ± 22.58	105.5 ± 29.63	82.89 ± 14.41	65.67 ± 10.32
	İstatistiksel Değer		F: 0.235 p: 0.918	F 0.622 p 0.647	F 2.366 p 0.056	F 0.067 p 0.992	F 1.108 p 0.355

*p<0,05; t testi

Tablo 6 incelendiğinde;

Cinsiyete göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının elde edilen ölçek puanları ve alt ölçek puanları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Medeni duruma göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının elde edilen ölçek puanları ve alt puanları arasında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Çocuk sayısına göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının elde edilen ölçek puanları ve alt boyut puanları arasında çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Eğitim durumuna göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının duygusal taciz alt boyut puan ortalamaları ve düşük eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Elde edilen BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ ölçek puanları ve fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz, aşırı koruma alt boyut puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Çalışma durumuna göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının elde edilen ölçek puanları ve alt boyut puanları çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Gelir durumuna göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının İÖÖ toplam puan ortalamaları ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Elde edilen BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, BDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaneye yatış durumuna göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının duygusal ihmal toplam puan ortalamaları ile hastane yatış sayısının artması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Elde edilen BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ ölçek puanları ve duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, cinsel taciz, aşırı koruma alt boyut puanlarının hastaneye yatış sayısının artmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$).

Sigara kullanımına göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının İÖÖ toplam puan ortalamalarının sigara kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). BDÖ toplam puan ortalamalarının sigara kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Plan yapamama alt boyut puan ortalamalarının sigara kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Elde edilen BDE, ÇÇTÖ, PAÖ ölçek puanlarının ve dikkat, motor alt boyut puanlarının sigara kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$).

Alkol kullanımına göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının BDÖ ve alt ölçekleri olan dikkat, motor, plan yapamama alt boyut puan ortalamalarının alkol kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Elde edilen BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ ölçek puanları ve alt boyut puanlarının alkol kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$).

Ek fiziksel hastalıklarına göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının PAÖ alt ölçeklerinden Negatif duyguları ifade zorluğu (N-DİZ), Pozitif duyguları ifade zorluğu(P-DİZ), Genel duyguları ifade zorluğu(G-DİZ), Pozitif duyguları değerlendirme zorluğu(PDDZ), Genel duyguları değerlendirme zorluğu(GDZ) alt boyut puanlarının ek fiziksel hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Elde edilen BDE, ÇÇTÖ, PAÖ, İÖÖ, BDÖ ölçek puanları ve alt boyut puanlarının ek fiziksel hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$).

Aile desteği alma durumlarına göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının BDE toplam puan ortalamalarının aile desteği almayanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). İÖÖ toplam puan ortalamalarının aile desteği almayanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$). Elde edilen ÇÇTÖ, PAÖ, BDÖ ölçek puanları ve alt boyut ortalamalarının aile desteği almayanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$).

Özkıyım girişimine göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının özkıyım girişiminde bulunanlarda BDE, İÖÖ, BDÖ alt ölçeklerinden plan yapamama, ÇÇTÖ ve alt ölçeklerinden duygusal taciz, fiziksel taciz, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel taciz arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Elde edilen PAÖ, BDÖ ölçek puanları ve dikkat, motor alt boyut puanlarının özkıyım girişiminde bulunanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$).

Kontrollere düzenli olarak gelme durumlarına göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının elde edilen ölçek puanları ve alt boyut puanlarının kontrollere düzenli olarak gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$).

Kimlerle birlikte yaşadığına göre; Araştırmaya katılan depresyon hastalarının elde edilen ölçek puanları ve alt boyut puanlarının kimlerle birlikte yaşadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Bu çalışma depresyon tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin belirlemesi amacıyla yapıldı. Bu bölümde; bulunan sonuçlar literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Depresyon Tanılı Hastaların Beck Depresyon Envanteri(BDE), Çocukluk Çağı Travması Ölçeği(ÇÇTÖ), Perth Aleksitimi Ölçeği(PAÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği(İÖÖ) ve Baratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması

Bu çalışmada, depresyon tanılı hastaların Beck Depresyon Envanteri(BDE) toplam puan ortalamasının 31.3 ± 9.25 olduğu çalışmaya katılan hastaların şiddetli düzeyde depresif belirtiler gösterdiği belirlendi. Yılmaz Kafalı ve ark. (2022) tarafından 84 depresif kız öğrenci ile yapılan çalışmada BDE toplam puan ortalaması Batı illerde ikamet edenlerde $33,8 \pm 11$; Doğu illerde ikamet edenlerde 38.7 ± 9.1 olduğu saptanmıştır (64). Özarslan ve ark. (2013)'ın yaptığı çalışmada depresyon hastalarının ortalama BDE puanı 31.7 ± 10.2 olduğu saptanmıştır (91). İncelenen literatür doğrultusunda depresyon hastalarında Beck Depresyon Envanteri (BDE) toplam puan ortalaması diğer çalışmalarla benzer düzeylerde olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, depresyon tanılı hastaların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puan ortalamasının 72.11 ± 24.33 , ÇÇTÖ' nün alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları; Duygusal Taciz 12.65 ± 5.01 , Fiziksel Taciz 10.48 ± 5.72 , Fiziksel İhmal 12.81 ± 4.7 , Duygusal İhmal 15.4 ± 5.03 , Cinsel Taciz 7.77 ± 5.34 , Aşırı Koruma 13.01 ± 4.71 olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan depresyon hastalarının çocukluk çağında travmatik yaşantılarının yüksek olduğu, bu travmaların alt boyutlarında duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz yaşadıkları ve aşırı korumaya maruz kaldıkları belirlendi. Literatür incelendiğinde depresyon tanılı hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)'nün gözden geçirilmiş ve genişletilmiş 33 maddelik son versiyonunun kullanıldığı çok az kaynak bulunmaktadır. Yılmaz (2022)'ın 402 depresif kız ergenle yaptığı çalışmada ÇÇTÖ toplam puan ortalamasının 59.45 ± 12.54 , ÇÇTÖ' nün alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları; Duygusal Taciz 6.92 ± 3.08 , Fiziksel Taciz 5.81 ± 2.06 , Fiziksel İhmal 7.29 ± 2.83 , Duygusal İhmal 11.23 ± 4.31 , Cinsel Taciz 5.88 ± 2.08 , Aşırı Koruma 3.67 ± 1.80 olduğu saptanmıştır (64). Yılmaz (2022)'ın yaptığı çalışmaya katılan depresif kız ergenlerin çocukluk çağı travmatik yaşantılarının daha düşük olduğu, ihmal ve istismar alt boyutlarının düşük düzeyde olduğu saptanmış. Bu çalışmada yetişkin depresyon hastalarının örnekleme oluşturması ve çocukluk çağı travmatik olaylarının bireylerin yetişkin yaşamlarına etki etmesinden dolayı daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, depresyon tanılı hastaların Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ) toplam puan ortalaması 97.08 ± 36.96 , PAÖ' nün alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları; negatif duyguları tanıma zorluğu (N-DTZ) 17.22 ± 7.77 , pozitif duyguları tanıma zorluğu (P-DTZ) 15.58 ± 7.72 , negatif duyguları ifade zorluğu (N-DİZ) 18.32 ± 8.17 , pozitif duyguları ifade zorluğu (P-DİZ) 15.62 ± 8.31 , genel dışı vuruk düşünme (G-DVD) 30.34 ± 13.63 olduğu belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların aleksitimiye eğilimli oldukları, olumlu-olumsuz duygularını tanımlama ve ayırt etme güçlüğü yaşadıkları; olumsuz duygularını açıklama ve iletme güçlüğü yaşadıkları, dikkatini duygularına (olumsuz ve olumlu) odaklayamama eğilimlerinin yüksek

olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde bu ölçek ilgili yeterli çalışmanın olmadığı sadece ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarının olduğu saptandı. Depresyon hastalarının duygularını ifade edememeleri, üzüntü-keder hallerinin neden olduğunu anlayamamaları, konuşmak istememeleri, yaşanan olumlu olaylara sevinememeleri aleksitimiye eğilimli olmaları ile ilişkili olduğu belirlendi.

Bu çalışmada, depresyon tanılı hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) toplam puan ortalaması 82.03 ± 10.71 intihar olasılığının yüksek olduğu belirlendi. Topaloğlu ve Atay (2020)'ın 2343 katılımcı ile yaptığı çalışmada İÖÖ toplam puanı ortalaması 73.07 ± 12.25 olduğu saptanmıştır (73). Tunçer (2022)'in 474 katılımcı ile yaptığı çalışmada İÖÖ toplam puanı ortalaması 72.88 ± 14 olduğu saptanmıştır (74). Soylu ve ark. (2017)'nin cinsel istismara uğramış 120 ergen ve 120 kontrol grubuyla yaptığı çalışmada İÖÖ toplam puanı ortalaması cinsel istismara uğramış kişilerde 81.5, kontrol grubunda ise 64.0 olduğu saptanmıştır (75). Bu çalışmada literatürdeki çalışmalardan farklı olarak depresyon hastalarının %38.26'sının özkıyım girişiminde bulundukları belirlendi. Literatürden farklı olarak intihar olasılığının daha yüksek olmasının daha önce özkıyım girişimi olan hastaların olması ile ilişkili olduğu belirlendi.

Bu çalışmada, depresyon tanılı hastaların Baratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ) toplam puan ortalaması 66.91 ± 9.81 , BDÖ' nün alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları; dikkat 19.1 ± 3.22 , motor 20.7 ± 4.13 , plan 27.11 ± 4.18 ; dürtüselliklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çoban (2020)'in 122 OKB hastasıyla yaptığı çalışmada %21.3 özkıyım girişiminde bulunan hastaların BDÖ toplam puan ortalaması 62.77 ± 8.73 , dikkat puan ortalaması 17.92 ± 4.08 , motor puan ortalaması 19.31 ± 3.92 , plan puan ortalaması 25.54 ± 4.18 olduğu saptanmıştır (79). Literatür incelendiğinde depresyon hastalarında yapılan çalışma bulunmamaktadır. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların ani karar verme, dikkatini toplayamama, düşünmeden hareket etme tutumlarının olması dürtüselliklerinin yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak hastaların depresyon tanısı almış olmaları ve %38.26'sının daha önce özkıyım girişiminde bulunmaları ile ilişki olduğu belirlendi.

5.2. Depresyon Tanılı Hastaların Beck Depresyon Envanteri(BDE), Çocukluk Çağı Travması Ölçeği(ÇÇTÖ), Perth Aleksitimi Ölçeği(PAÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği(İÖÖ) ve Baratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ) Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışması

Bu çalışmada çocukluk çağında travmatik yaşantıları yüksek olan depresyon hastalarının dürtüsellik ve intihar olasılığının yüksek olduğu ve aleksitimiye eğimli oldukları belirlendi. Bu sonuçlar araştırma hipotezlerinden olan '**Depresyon tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasında ilişki vardır**' ve '**Çocukluk çağı travmaları depresyon, aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığını artırır.**' şeklindeki H₁ ve H₂ hipotezlerini doğrulamaktadır.

Bu çalışmada çocukluk çağında travma yaşayan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Yılmaz Kafalı ve ark. (2022)'nin depresif kız ergenlerle yapmış olduğu araştırmada bireylerin duygusal ihmal yaşadıkları ve depresif belirtilerinin yüksek olduğu saptanmıştır (64). Akcan ve Taşören (2020)'nin yetişkinlerle yaptığı çalışmada çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arttıkça depresyon puanlarının da arttığı saptanmıştır (67). Koç (2019)'un yaptığı çalışmada depresyon belirtileri ile çocukluk çağı travmatik deneyimleri arasında zayıf güçte ve pozitif yönlü bir ilişki belirtilmektedir (68). Gündüz ve Gündoğmuş (2019)'un üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada çocukluğunda olumsuz yaşantısı olduğunu bildiren öğrencilerin depresif şiddeti yüksek olduğu saptanmıştır (80). Mayda (2019)'nin yaptığı çalışmada depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (81). Doğan (2021)'in parasomnia tanılı hastalarla yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmaları ve depresif belirtiler açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (82). Ay ve Kılınçel (2021)'in depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantısı olanlarda ve duygusal istismar yaşayanlarda depresif belirtilerin yüksek olduğu belirtilmiştir (83). Aydın (2018)'in yetişkinlerle yaptığı çalışmada depresyon ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (84). Cankılıç (2019)'in üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmaları maruz kalanlarda depresyon şiddetinin arttığı belirtilmektedir (85). Bu çalışmada ve incelenen literatür doğrultusunda çocukluk çağında travmatik yaşam deneyimleri yetişkinlik döneminde depresyona neden olabilmekte ve depresif belirti düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada çocukluk çağı travması yaşayanların duygularını ifade etmekte, tanımlamada ve yansıtmakta güçlükler yaşayabileceği belirlendi. Çocukluk çağı travmaları, bireylerin bilişsel ve duygusal gelişimde aksaklıklara ve bozukluklara neden olarak aleksitimiye zemin hazırlamaktadır. Yılmaz (2022)'in üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, cinsel istismar ile duyguları tanımlamada zorluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve çocukluk çağı travmalarının aleksitimiye anlamlı düzeyde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (86). Mayda (2019)'nin depresyon hastaları ve kontrol grubuyla yaptığı çalışmada hastaların depresyon, çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve diğer ruhsal belirti puanlarının sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak yüksek olması depresyon, çocukluk çağı travmaları ve aleksitimi arasında ilişki olabileceği saptanmıştır (81). İzgi (2020)'nin evli kadınlarla yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları yaşadığını bildiren katılımcıların daha fazla aleksitimik özellikler gösterdiği belirtilmiştir (87). Çetin ve ark. (2021)'nin yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ile aleksitimi arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (88). Baylan (2019)'in yetişkinlerle yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmaları yaşayanlarda aleksitimi düzeyinin de artış gösterdiği belirlenmiştir (89). Bu çalışmada ve literatür incelendiğinde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, duyguları tanımlamada zorluklara ve kendini ifade etmede güçlüklerle neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada aleksitimiye eğilimli olan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Mayda (2019)'nin yaptığı çalışmada depresyon hastaları grubunun aleksitimi düzeylerin yüksek olduğu saptanmıştır (81). Şenkal ve Işıklı (2015)'in yaptığı araştırmada üniversite öğrencilerinde duygusal istismar ve duygusal ihmal yaşantıları ile depresif belirtiler

arasındaki ilişki olduğu bulunmuştur (35). İncelenen literatür doğrultusunda ve yaptığımız çalışmada benzer sonuçlara ulaşıldı. Çocukluk çağı travmalarının bireylerin kendilerini ifade etmelerini güçleştirdiği, duygularını tanımlamada zorluklara neden olduğu, yaşanan olumsuz olaylar sonrasında duygularını ketledikleri düşünülmekte ve aleksitimi düzeylerini etkilemekte olduğu bu durumların yetişkin yaşamlarında da depresyon gibi rahatsızlıklara neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada depresyon düzeyi yüksek olan hastalarda ve çocukluk çağı travmaları yaşayanların intihar olasılığının daha yüksek olduğu belirlendi. Literatüre bakıldığında Yılmaz Kafalı ve ark. (2022)'nin yapmış olduğu çalışmada çocukluk çağı travmalarının depresif kız ergenlerde duygusal ihmale maruz kalanların daha şiddetli intihar davranışı sergiledikleri saptanmıştır (64). Üzel (2020)'in yaptığı çalışmada katılımcıların depresyon düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin ve duygusal istismar arttıkça depresyonun arttığını belirtilmektedir (66). Soylu ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada TSSB gelişen olgularda intihar olasılığı daha yüksek olduğu ve cinsel istismar sonrası MDB saptanan olgularda intihar olasılığı daha yüksek olduğu saptanmıştır (75). Durmuş (2021)'un yapmış olduğu çalışmada suça sürüklenen çocukların depresyon yaşamaları ile çocukluk çağı travmaları toplam puanı arasında pozitif fakat düşük düzeyde bir ilişki varlığı saptanmıştır (65). Bu çalışmada ve incelenen literatür doğrultusunda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının depresyon düzeyini arttırdığı ve depresyon hastalarında intihar olasılığının daha fazla olduğu bilinmekte ve literatür tarafından desteklenmektedir. Bu hastaların intihar olasılıkları göz önünde bulundurularak hemşirelik yaklaşımları planlanmalıdır.

Bu çalışmada dürtüsellik düzeyi yüksek olanların intihar olasılığının yüksek olduğu belirlendi. Yağcı ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada intihar grubunda kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete, D tipi kişilik, dürtüsellik, çocukluk çağı travmalarının daha yüksek olduğu ve çocukluk çağı travmaları ve D tipi kişilik özelliklerinin intihar riskini artırmakta olduğu saptanmıştır (8). Kılıç (2019)'ın yaptığı çalışmada intihar davranışındaki artışın dürtüsellik ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (78). Bu çalışmada ve literatür incelendiğinde intihar olasılığının yüksek olduğu bireylerde dürtüsellik yüksek olduğu belirlenmiştir. Dürtüsellik yüksek olması intihar olasılığını artırmaktadır Literatür ile çalışmalarımız uyumlu bulunmuştur bu yönde hastaların değerlendirilmesi ve hemşirelik yaklaşımlarının planlaması gerekmektedir.

5.3. Depresyon Tanılı Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri(BDE), Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ), Perth Aleksitimi Ölçeği (PAÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ve Baratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması

Eğitim Durumuna Göre;

Bu çalışmada eğitim seviyesi düşük olan depresyon hastalarının ÇÇTÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları

olan depresyon hastalarının eğitim seviyelerinin düşük olduğu belirlendi. Terzioğlu (2023)'nın yaptığı çalışmada katılımcıların lise ve altı eğitimi olan grubun daha yüksek duygusal ihmal puanına sahip olduğu görülmüştür (90). Baylan (2019)'ın yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmalarının, somatizasyonun ve aleksitiminin, eğitim durumu değişkeni ile ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (89). Literatürler incelendiğinde eğitim seviyesi düşüklüğü ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını savunan çalışmalar olduğu kadar anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulan çalışmalar da bulunmaktadır.

Sigara/Alkol Kullanım Durumuna Göre;

Bu çalışmada sigara kullanımı olan depresyon hastalarının dürtüsellikleri ve intihar olasılığının daha yüksek olduğu, alkol kullanımı olan hastaların dürtüselliklerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde Soylu ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada cinsel istismar mağdurlarında intihar olasılığı sigara ve alkol kullananlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (75). Eskiurt ve Özkan (2020)'ın yaptığı çalışmada alkol kullanımı olanlarda dürtüsellik ve intihar olasılığının arttığını belirtmişlerdir (92). Bu çalışmada ve literatüre bakıldığında benzer sonuçlar elde edilmiştir fakat bu konularda yeterli düzeyde literatüre ulaşamadı.

Aile Desteği Alma Durumuna Göre;

Bu çalışmada aile desteği almayan hastaların depresyon düzeyi ve intihar olasılığının daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde Kurtbeyoğlu ve Demirtaş (2020)'ın yaptığı çalışmada aile desteği almayanların depresyon ilişkisi olduğu ve destek düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin düştüğü saptanmıştır (93). Oyuncakçı ve Güloğlu (2022)'nin yaptığı çalışmada aile desteği alamayanlarda umutsuzluk ve intihar olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (94). Bu çalışma ile literatürde benzer sonuçlar elde edildi fakat yeterli düzeyde literatüre ulaşamadı.

Özkıyım Girişimine Göre;

Bu çalışmada intihar girişim öyküsü olan hastaların depresyon düzeyi, çocukluk çağı travmaları ve intihar olasılıkları daha yüksek bulundu. Yılmaz Kafalı ve ark. (2022), Üzel (2020), Soylu (2017)'nin yaptıkları çalışmalarda da çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kalanların depresyon düzeyi ve intihar olasılığı arasında ilişki olduğu saptanmıştır (64,66,75). Literatür incelendiğinde özkıyım öyküsünün varlığı bir sonraki intihar girişiminin habercisi olabilmektedir. Bu çalışmada depresyon hastalarından daha önce özkıyım girişimde bulunanların olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Depresyon tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda

- Hastaların depresyon düzeyinin, çocukluk çağı travmalarının, intihar olasılıklarının yüksek; dürtüselliklerinin orta ve aleksitimiye eğilimli olduğu,
- Hastalarda çocukluk çağı travmaları yaşayanların aleksitimiye eğilimlerinin arttığı,
- Depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları yaşayanların intihar olasılığının arttığı,
- Depresyon hastalarında dürtüsellik düzeyi yüksek olanların intihar olasılığının yüksek olduğu,
- Depresyon hastalarının çocukluk çağı travmalarının eğitim durumlarını etkilediği,
- Sigara kullananların dürtüsellik ve intihar olasılığının daha yüksek olduğu,
- Alkol kullananların dürtüselliklerinin daha yüksek olduğu,
- Aile desteği almayan hastaların depresyon düzeyi ve intihar olasılığının daha yüksek olduğu saptandı.

6.2.Öneriler

- Depresyon hastalarında düzenli ilaç kullanımı ve kontrollere düzenli gelmeleri için hastaların bilgilendirilmesi ve desteklenmesi,
- Çocukluk çağı travmalarını önlemeye yönelik çalışmalar planlanmalı, sorunlu aile yapıları değerlendirilmesi, toplum düzeyinde farkındalık oluşturulması
- Özkıyım girişiminde bulunan hastalarının yakın takibinin yapılması,
- Hastaların intihar olasılığı yönünden yakınlarına ve ailelerine bilgi verilmesi, hastalar yalnız bırakılmaması, aile ve sosyal desteği artırılması, psikoeğitimlerle desteklenmesi, hastane sürecinde yakın takip yapılması, hasta ve yakınlarına taburculuk eğitimi verilmesi,
- Hastaların baş etme, kişilerarası iletişim, sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, psikoterapilerle desteklenmesi; sosyal spor aktivitelerine, iş uğraş terapilerine yönlendirilmesi,
- Hasta ile güvene dayalı terapötik iletişim kurulması, yargılayıcı olunmaması, duygularını ifade etmeye teşvik edilmesi,
- Hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının depresyon, aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığını yönünden değerlendirilmesi, psikiyatri hemşirelerinin tedavi ve bakım planlamalarını bu yönde yapması,
- Çocukluk çağı travması yaşayanların takibinin yapılması,
- Sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi,
- Toplum düzeyinde koruyucu ve önleyici stratejilerin geliştirilmesi,
- Sağlık Bakanlığı tarafından taramaların yapılması, gerekli tedbirlerin alınması
- Literatürde bu konuda yapılan kısıtlı çalışmaların artırılması önerilir.

7. KAYNAKLAR:

1. Townsend MC. Ruhsal Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygula Bakım Kavramları. (6.Baskı),(Çev. Ed: Tangül Özcan C, Gürhan N.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016. 378-422.
2. Schiwecka C, Colomerb MV, Aroltc V, Müllerd N, Raesbf J, Wijkhuijse A, Claesa S, Drexhagee H, Vrieze E. Depression and suicidality: A link to premature T helper cell aging and increased Th17 cells. 2020. 603–609
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>(WHO)Erişim: 15.10.2022
4. Dursun A. Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Sosyal Bilimlerde Yeni Araştırmalar-VI. 2022. 299-312
5. Savi Çakar F, İkiz FE, Asıcı E. Çocukluk Çağı Travmaları Ve Umutsuzluğun Psikolojik Belirtileri Yordama Düzeyi. 2018. 5(14): 85-100
6. Ghazanfari F, Rezaei M, Rezaei F. The mediating role of repetitive negative thinking and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and depression. 2018. 432–438
7. Helvacı Çelik FG, Hocaoglu Ç. Implications Of Childhood Trauma On Suicidal Behavior And Deliberate Self-Harm In Patients With Major Depressive Disorder. 2022. 34(1): 57-63
8. Yağcı İ, Avcı S, Taşdelen Y, Kıvrak Y. İntihar Girişiminde Bulunanlarda D Tipi Kişilik, Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Anksiyete, Dürtüsellik. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2018. 19(6):551-558
9. Demirci K. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi. Journal of Mood Disorders (JMOOD). 2016. 6(1):7-13
10. Nikkheslat N, McLaughlin AP, Hastings C, Zajkowska Z, Nettis MA, Mariani N, Enache D, Lombardo G, Pointon L, Cowen PJ, Cavanagh J, Harrison NA, Bullmore ET. Childhood trauma, HPA axis activity and antidepressant response in patients with depression. Brain, Behavior, and Immunity. 2020. 87: 229–237
11. Ekşi, E, F. Kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları İle Yeme Örüntüsü Arasındaki İlişkide Öz Tiksinme Ve Beden Utancının Aracı Rolü.2022. Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.107 Sayfa. İstanbul. (Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar)
12. Sutz G. The Relationship Between Alexithymia, Callous Affect, Aggression, and Emerging Adulthood. Honors Theses. 2022. 438.
13. Özsoy F, Kulu M. Sağlık Kuruluna Silah Ruhsatı Almak, Silahlı Güvenlik Olmak İçin Başvuran Kişilerin Mizaç Karakter, D Tipi Kişilik Özellikleri, Aleksitimi Ve Dürtüsellik Düzeylerinin İncelenmesi.2021. 30: 266-273
14. Preece DA, Robinson K, Chen JAMS, Becerra R, Boyes M. Aleksitimi neden duygudurum bozukluğu belirtileri için bir risk faktörüdür? Duygu düzenlemenin rolü. Afektif Bozukluklar Dergisi. 2022. 296: 337-34
15. Kiraz S, Sertçelik S, Erdoğan Taycan S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aleksitimi ve Dürtüsellik İlişkisi. 2021. 32(2): 109-117

16. Luminet O, Nielson KA, Ridout N. Cognitive-emotional processing in alexithymia: an integrative review. *Cognition and Emotion*. 2021. 35(3): 449-487,
17. Karamustafalıoğlu KO. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2018. 313-338
18. Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.2016. 475-539
19. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*. 2016. 6(1): 51-66
20. Işık F, Aslan S. Ergenlik Dönemi Oniomaniyanın Depresyon Ve Benlik Saygısı Aracılığıyla Yordanması Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2022. 6(2): 663-677
21. Oflaz F. Yıldırım N. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.2020. 417-432.
22. Kafes AY. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*. 2021. 3(1): 186-194.
23. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. DSM5'e Göre (Yenilenmiş 4.Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014. 267-298.
24. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (Yenilenmiş 13.Baskı), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2015. 261-333.
25. Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2018; Helvacı Çelik FG, Hocaoglu Ç. Implications Of Childhood Trauma On Suicidal Behavior And Deliberate Self-Harm In Patients With Major Depressive Disorder. 2022. 34(1): 57-63
26. Özçevik, Güneş ve Bahar, 2019;
27. Kütük MÖ, Bilaç Ö. Çocuklarda ve Adölesanlarda Duygusal İstismar ve İhmal. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2017. 3(3):181-7
28. Karal E. Atak H. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Üzerine Kavramsal Bir Çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2022. 2(1):82-103.
29. Alpay, E. H, Aydın, A, Bellur, Z. Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Ve Travma Sonrası Stres Belirtileri İle İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü 2017 (Tur).
30. Geçkil, E. Çocuklarda Fiziksel İstismar Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.2017. 6(1), 129-139.
31. Keskin G, Çam O. Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Bakış Açısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005. 21 (2) : 191-208,
32. Bethell ve ark., Dr. Christina D. Bethell, PhD, MBA, MPH, Dr. Adam Carle, PhD, MA, Dr. James Hudziak, MD, Dr. Narangerel Gombojav, MD, PhD, Ms. Kathleen Powers, MSc, Dr. Roy Wade, MD, PhD, and Dr. Paula Braveman, Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. HHS Public Access Author manuscript Acad Pediatr. Author manuscript; available in PMC 2018 July 08.
33. Gezgin Yazıcı H,Kahraman F, Karabulut E. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Aleksitimi ve Depresyon Düzeyleri: Kesitsel Bir Çalışma. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022. 7(2): 202-208

34. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007. 18(4): 333-343
35. Şenkal İ, Işıklı S. Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon Belirtileri İle İlgili: Aleksitiminin Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2015. 26.
36. Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi: Tedavi Girişimleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2014. 6(1):22-31
37. Durak Batıgün A, Büyüksahin A. Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri*. 2008. 11: 105-114
38. Selçuk HN, Aslan S. Ergenlik Dönemi, Psikolojik Zihinlilik, Ebeveyn Bağlanma Stilleri Ve Aleksitimi Kavramları Üzerine Bir Derleme. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2022. 6(2): 719-735
39. Cin A, Daştan B, Demirağ H. Multiple Sklerozlu Hastalarda Anksiyetenin Yordayıcıları Olan Nöropatik Ağrı Ve Aleksitimide Hemşirelik Bakımı. *International Health Sciences and Life Congress Proceeding Book (6th)*. 2023.
40. Hogeveen J, Grafman J. Alexithymia. *Handb Clin Neurol*. Author Manuscript. 2021. 183: 47–62
41. Song, X, Li, D, Hu, J, Yang, R, Wan, Y, Fang, J, Zhang, S. Moderating Role Of Health Literacy On The Association Between Alexithymia And Depressive Symptoms In Middle School Students. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2020. 17(15), 5321.
42. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CN, Chow IHI, Zhang L, Zhou Y, Xiang YT. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological Medicine*. 2018. 49: 1691–1704
43. Wiebenga JXM, Eikelenboom M, Heering HD, Oppen PV, Penninx BWJH. Suicide ideation versus suicide attempt: Examining overlapping and differential determinants in a large cohort of patients with depression and/or anxiety. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020. 1-13
44. Gaweda L, Pionke R, Kręzolek M, Frydecka D, Nelson B, Cechnicki A. The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. *Psychological Medicine*. 2019. 50: 116–124
45. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018. 15: 1425
46. Demirel Özsoy, S, Eşel, E. Intihar (Özkiyim)/Suicide. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003. 4(3), 175.
47. Işık Ulusoy S, Horasanlı B. Multipl skleroz hastalarında çocukluk çağı travmaları ve intihar riski ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019. 22: 416-423
48. Ay R, Gönenir Erbay L. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2018. 261: 132–136
49. Güzel Özdemir P, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2012. 4(3): 293-314
50. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite Hastalarında Dürtüsellik Ve Dürtüsellikğin Beden Algısı Ve Benlik Saygısı İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013. 14: 53-61

51. Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A, Tamam L, Erhan Ç. Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi.2012. 49: 14-9
52. Selvi Y, Aydın A, Atli A, Boysan M, Selvi F, Besiroglu L. Chronotype Differences in Suicidal Behavior and Impulsivity Among Suicide Attempters. Chronobiology International.2011. 28(2): 170–175
53. Atmaca GD. Şizofreni Hastalarında İntihar Olasılığının, Depresyon Ve İçgörüyü İlişkisinin İncelenmesi.2016. Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya (Doç.Dr.Gülgün Durat).
54. Deveci A, Esen Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek Yüksel E. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008. 19(3): 266-273
55. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri 1054 J Med Sci.2012. 32(4): 1054-63
56. Şar V, Necef I, Mutluer T, Fatih P, Türk Kurtça T. A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. Journal Of Trauma & Dissociation. 2021. 22(1): 35–51
57. Bilge Y, Bilge Y. Aleksitiminin Dikkat-Değerlendirme Modelinin ölçümü: Perth Aleksitimi Ölçeğinin Türkçe Psikometrik Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2020. 21(Ek sayı.2):71-79
58. Durak A, Palabıykoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması,Kriz Dergisi. 1994. 2(2): 311-319
59. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlu Kahiloğulları A, Akgün Aktaş, E. Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı Ve Psikopatoloji İle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2011. 12:130-136
60. Canıatlı, Ü,Z, Öksüzoğlu, B, F, Sarıhan H. Psikolojik İçerikli Dizi İzleyen Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Bağlamında Parasosyal Etkileşim ve Psikolojik İyi Oluşun İncelenmesi. FSM İlmi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi.2022. (20), 481-502.
61. Atli Z. İntihar Olasılığı Ölçeği(İÖÖ)’nün Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.2010.Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 106 Sayfa. Aydın(Doç. Dr. Mehmet Eskin.).
62. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi.2013. 50: 130-134
63. Özen S, Topçu M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Depresyon, Obsesyon-Kompulsiyon, Dürtüsellik, Aleksitimi Arasındaki İlişki. Bağımlılık Dergisi.2017. Cilt:18, Sayı:1, 16-24
64. Yılmaz Kafalı, H, Işık A, Ocakoglu B, K, Kardas, B, Kardas, Ö, Müjdecioğlu, G, Yektaşl, Ç. Depresif Kız Ergenlerde İntihar Davranışının Şiddeti, Algılanan Cinsiyet Eşitliği Ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi: Türkiye’nin Bölgelerine Göre Farklılıklar. Klinik Psikiyatri Dergisi.2022. 25(1).

65. Durmuş, H. Suça Sürüklenen Çocuklarda Çocukluk Çağı Travması Ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.2021. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.130 Sayfa İstanbul. (Dr. Öğr. Üyesi Tuncay Barut)
66. Üzel, T. Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Tutumları, İntihar Düşüncesinin Düzeyi Ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi.2020. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.132 Sayfa. Nevşehir. (Doç. Dr. Figen İnci)
67. Akcan, G, Taşören, A, B. Genç Yetişkinlerde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları, Öz-Şefkat Ve Duygu Düzenleme Becerileri Depresyon Belirtilerini Yordar Mı?. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Dergisi.2020. 37(2), 59-80.
68. Koç, S. Üniversite Öğrencilerinde Depresyonun Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Ve Üst biliş Çerçevesinde İncelenmesi.2019. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.93 Sayfa. İstanbul. (Doç. Dr. Seval Erden Çınar)
69. Üstündağ Köksal, Z. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Cinsiyet ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Açısından İncelenmesi. Akademik Platform Eğitim ve Değişim Dergisi.2022.5(2), 182-198.
70. Begen, M. Farklı Cinsel Yönelime Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaların Ve Disosiyasyonun Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisi.2022. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.186 Sayfa. İstanbul. (Dr. Öğr. Üyesi Nevin Kılıç)
71. Becerra R, Baeza CG, Fernandez AM, Preece DA. Assessing Alexithymia: Psychometric Properties of the Perth Alexithymia Questionnaire in a Spanish-Speaking Sample .Front Psychiatry. 2021; 12:710398.
72. Larionow v.d., 2021 Paweł Larionow,corresponding author 1 , * David A. Preece, 2 , 3 , 4 and Karolina Mudło-Głagolska .Assessing alexithymia across negative and positive emotions: Psychometric properties of the Polish version of the Perth Alexithymia Questionnaire. Front Psychiatry. 2022; 13: 1047191.
73. Topaloğlu,E, ve Atay,A. Kategorik Verilerin Analizinde Logaritmik Doğrusal Modellerin Kullanımı: İntihar Olasılığı Verileri Üzerine Bir Uygulama. Optimum Ekonomi Ve Yönetim Bilimleri Dergisi.2020. 7(2), 565-580. 2020
74. Tunçer, B. Genç Yetişkinlerde İntihar Olasılığının Affedicilik, Bilinçli Farkındalık Ve Minnettarlık Değişkenleri Açısından İncelenmesi.2022. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Prof. Dr. Müge Yukay Yüksel)
75. Soylu, N, Alpaslan, A, H, Aslan, M, Kaya, İ. Cinsel İstismar Mağduru Ergenlerde İntihar Olasılığı Ve İlişkili Faktörler. Sosyal Araştırmalar.2017. 1611.
76. Özer, M. Kırkkale İlindeki Lise Öğrencilerinde Akran İlişkisi İle İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi.2019.Yozgat Bozok Üniversitesi - Kırkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sayfa Yozgat. (Doç. Dr. Sevil Albayrak)
77. Özkan Demir, N, Tuğlu, C. Bipolar Bozukluk Hastalarında Metabolik Sendrom Ve Dürtüsellik İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi .2020. 21(3), 277-284.
78. Kılıç, F, Korkmaz, S, Erturan, İ, Işık, Ü, Demirdaş, A, Atay, İ. M, Ulusoy, D, K. Akne Vulgaris Hastalarında Mizaç Ve Dürtüsellik. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi .2019. 10(3), 303-308.

79. Çoban, D, A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Özkıyım Öngördürücüsü Olarak Dürtüsellik, Anksiyete Ve Depresif Belirtilerin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2020. 21(2), 180-186.
80. Gündüz, A, Gündoğmuş, İ. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları İle Otomatik Düşünceler, Ara İnançlar, Uyumsuz Şemalar, Anksiyete Ve Depresif Belirti Şiddeti Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.2019.
81. Mayda, C. Depresyonun, Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi İle ilişkisinin İncelenmesi.2019. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 120 Sayfa. İstanbul. (Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem Taşdemir Erinç)
82. Doğan, F, İçten, S, Taycan, S, E. Parasomni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ve Dissosiyatif Belirtilerin Varlığı. Journal Of Turkish Sleep Medicine.2021. 3, 222-229.
83. Ay, R, Kılınçel, O. Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Çocukluk Çağı Travması Varlığı Ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.2021.11(1), 67-75.
84. Aydın, E. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikolojik Sağlamlık Ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi.2018.Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.138 Sayfa. İstanbul. (Prof. Dr. İsmet Kırpınar)
85. Cankılıç, N. Çocukluk Çağı Travmaları İle Depresyon İlişkisinde Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü.2019. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.109 Sayfa. İstanbul. (Doç. Dr. Nazlı Balkır Neftçi)
86. Yılmaz, E. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Siber Zorbalık Ve Mağduriyetle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolü.2022. Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 113 Sayfa. İstanbul. (Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci)
87. İzgi, Ş. Aile içi şiddet, çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve bedenselleştirme arasındaki ilişkinin incelenmesi.2020. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.98 Sayfa. İstanbul.(Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel)
88. Çetin, Ş,Varma, G, S, Özdel, O. Bedensel Belirti Bozukluğu Olan Bir Grup Hastada Genososyogram İle Travmanın İzleri. Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi.2021.3(1), 63-69.
89. Baylan, N. Çocukluk Çağı Travmalarının Somatizasyon İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolü.2019. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.135 Sayfa. İstanbul. (Dr. Öğr. Üyesi Rukiye Hayran)
90. Terzioğlu, Ö, P, Söyler Çelikay, H, Menekşe, Ö. Çocukluk Çağı Travmalarının, Yalnızlık Duygusu Ve Sosyal Anksiyete İle İlişkisi. Sosyal, Beşeri Ve İdari Bilimler Dergisi. 2023. 6(2), 160-182.
91. Özarslan Z, Fıstıkçı N, Keyvan A, Uğurad Zİ, Saygılı S. Depresyon Hastalarının Stres İle Başa Çıkma Stratejileri. Marmara Medical Journal 2013; 26:130-5
92. Eskiuyurt, R, Özkan, B. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hasta Bireylerin Yaşamı Sürdürme Nedenleri İle İntihar Davranışı Arasındaki İlişki: Sistemik Derleme. Journal Of Education & Research İn Nursing/Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi.2020. 17(1).

93. Kurtbeyoğlu, Z, Demirtaş Yıldız, V. Özel Öğrenme Güçlüğü Tanılı Çocuğu Olan Anne-Babaların Algılanan Sosyal Destek Ve Depresyon Düzeyleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2020.(50), 228-242.
94. Oyuncakçı, S, Güloğlu, B. 25-40 Yaş Aralığındaki Bireylerde İntihar Olasılığı, Psikolojik Sağlamlık, Affetme Ve Olumlu-Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kesitsel Araştırma. Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences.2022. 7(1).
95. Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA, Öztürk M, Acar B. Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma. Klinik Psikiyatri.2000. 3:235-241



8.EKLER

EK I: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyet a)Kadın c)Erkek

3. MedeniDurumunuz:

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/Dul

4. Çocuk sayısı:a)Yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üzeri

5. EğitimDurumunuz:

a) Okur-Yazardeğil b)Okur-Yazar c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Lise f)Üniversite

6. ÇalışmaDurumunuz:

a) Çalışmıyor b) Özel Sektör c) KamuKurumu d) Emekli e) Evhanımı

7. Şuanyasadığınızyer: a) Köy b) Kasabac)ŞehirMerkezi

8.Gelir Durumunuz: a)Gelirgider den fazla b) Gelirgidereeşit c) GelirGiderdenfazla

9. Hastalığın başlangıç yaşı :.....

10.Hastaneye yatış sayısı : a)Yok b) 1 c) 2-5 d)5-10 e)10'dan fazla

11. Sigara kullanımı: a) Yok b) Var

12. Alkol kullanımı: a) Yok b) Var

13. Madde kullanımı: a) Yok b) Var

14. Herhangi bir hastalık durumu:

a) Yok b) Var (.....)

15. Hastalığınız boyunca ailenizden yeterli destek aldınız mı ? a) Evet b) Hayır

16. Hastalığınız boyunca herhangi bir kurumdan yeterli destek aldınız mı ? a) Evet b) Hayır

17. Özkıym girişimi: a) Var b) Yok

18. Kontroller Düzenli Olarak Gelme Durumu:

a) Evet b) Hayır

19. Kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Eş b) Eş ve Çocuklar c) Anne ve Baba d) Yalnız

EK II: BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir.

Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1)
 - a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
 - b. Kendimi üzgün hissediyorum
 - c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
 - d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2)
 - a. Gelecekte umutsuz değilim
 - b. Gelecek konusunda umutsuzum
 - c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
 - d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
- 3)
 - a. Kendimi başarısız görmüyorum
 - b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
 - c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
 - d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
- 4)
 - a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
 - b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
 - c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
 - d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı

- 5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim
c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
- 7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d. Kendimden nefret ediyorum
- 8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
- 9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum

c. Şimdilerde her an ağlıyorum

d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

11) a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam

b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim

c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim

d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim

b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim

c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim

d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13) a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum

b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum

c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum

d. Artık hiç karar veremiyorum

14) a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum

b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum

c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum

d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum

b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum

c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum

d. Artık hiç çalışmıyorum

16) a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum

b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum

c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum

d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17) a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum

b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum

c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum

d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum

18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil

b. İştahım eskisi kadar iyi değil

c. Şimdilerde iştahım epey kötü

d. Artık hiç iştahım yok

19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum

b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım

d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor

b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var

c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor

d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum

- 21) a. Son zamanlarda cinsel yaşıntımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK III: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ CTQ-33 (ÇÇTÖ)

Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Türkçe Versiyon

© Türkçe CTQ-28 :Vedat Şar, 1996

© Türkçe CTQ-33: Vedat Şar, Işıl Necef, Tuba Mutluer, Parmis Fatih, 2019

Reliability and validity studies

CTQ-28: Şar, V., Öztürk, E. & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi (Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences), 32(4),1054-1063.

CTQ-33: Şar,V., Necef, I., Mutluer,T., Fatih,P., Türk-Kurtça, T. (2020). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): overprotectionovercontrol as additional factor. Journal of Trauma and Dissociation.

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1)Yeterli yemeğim olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

7) Sevdiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

11) Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

12)Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

14) Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

16) Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
---------------------	-----------	--------------	--------------	-------

18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman Sık	2. Nadiren	3. Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5. Çok
----------------------	------------	---------------	---------------	--------

19) Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman Sık	2. Nadiren	3. Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5. Çok
----------------------	------------	---------------	---------------	--------

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

1. Hiç Bir Zaman Sık	2. Nadiren	3. Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5. Çok
----------------------	------------	---------------	---------------	--------

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman Sık	2. Nadiren	3. Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5. Çok
----------------------	------------	---------------	---------------	--------

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman Sık	2. Nadiren	3. Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5. Çok
----------------------	------------	---------------	---------------	--------

23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1. Hiç Bir Zaman Sık	2. Nadiren	3. Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5. Çok
----------------------	------------	---------------	---------------	--------

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman Sık	2. Nadiren	3. Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5. Çok
----------------------	------------	---------------	---------------	--------

25) Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

29) Ailemdekiler yaşıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

30) Ailemdekiler her şeye karışırdı.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

32)Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

1.Hiç Bir Zaman Sık	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok
------------------------	-----------	--------------	--------------	-------

33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK IV: PERTH ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (PAÖ)

Bu ölçek duygularınızı nasıl algıladığınızı ve deneyimlediğinizle ilgilidir. Lütfen sizinle ilgili aşağıdaki ifadeleri ne kadar katılıp katılmadığınıza göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirin. Her ifade için bir cevabı işaretleyin.		Kesinlikle Katılmıyorum			Ne katılıyorum			Kesinlikle Katılıyorum
1	Kendimi kötü hissettiğim zaman (hoş olmayan bir duygu içindeyken) bu duyguları tarif etmek için doğru kelimeleri bulamam.	1	2	3	4	5	6	7
2	Kendimi kötü hissettiğimde üzgün mü, kızgın mı yoksa korkmuş mu olup olmadığımı ayırt edemem.	1	2	3	4	5	6	7
3	Nasıl hissettiğini görmezden gelen biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
4	Kendimi iyi hissettiğim zaman (hoş bir duygu içindeyken), bu duyguları tanımlamak için doğru kelimeleri bulamam.	1	2	3	4	5	6	7
5	Kendimi iyi hissettiğim zaman mutlu mu, heyecanlı mı yoksa neşeli mi olup olmadığımı ayırt edemem.	1	2	3	4	5	6	7
6	Duygularıma odaklanmaktansa onların	1	2	3	4	5	6	7

	arka planda kalmasını yeğlerim.							
7	Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygular hakkında çok detaylı ya da derinlemesine konuşamam.	1	2	3	4	5	6	7
8	Kendimi kötü hissettiğimde, yaşadığım bu duygulara anlam veremem.	1	2	3	4	5	6	7
9	Duygularıma aldırış etmem.	1	2	3	4	5	6	7
10	Kendimi iyi hissettiğimde, bu duygular hakkında çok detaylı ya da derinlemesine konuşamam.	1	2	3	4	5	6	7
11	Kendimi iyi hissettiğimde, yaşadığım bu duygulara anlam veremem.	1	2	3	4	5	6	7
12	Genellikle, ne hissettiğim hakkında düşünmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5	6	7
13	Kötü bir şey olduğunda, nasıl hissettiğimi söze dökmek benim için zordur.	1	2	3	4	5	6	7
14	Kendimi kötü hissettiğimde, hangi duyguyu yaşadığım konusunda kafam karışır.	1	2	3	4	5	6	7
15	Duygularımdan çok gerçekten görebileceğim ya da dokunabileceğim şeylere odaklanmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7

16	İyi bir şey olduğunda, nasıl hissettiğimi söze dökmek benim için zordur.	1	2	3	4	5	6	7
17	Kendimi iyi hissettiğimde hangi duyguyu yaşadığımı konusunda kafam karışır.	1	2	3	4	5	6	7
18	Duygularımla temas halinde olmaya çalışmam.	1	2	3	4	5	6	7
19	Kendimi kötü hissettiğim zaman nasıl hissettiğimi anlatmaya çalışırsam ne söyleyeceğimi bilemem.	1	2	3	4	5	6	7
20	Kendimi kötü hissettiğim zaman bu duygular beni şaşırtır.	1	2	3	4	5	6	7
21	Ne hissettiğimi bilmek benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
22	Kendimi iyi hissettiğimde, nasıl hissettiğimi anlatmaya çalışırsam ne söyleyeceğimi bilemem.	1	2	3	4	5	6	7
23	Kendimi iyi hissettiğim zaman bu duygular beni şaşırtır.	1	2	3	4	5	6	7
24	Duygularım hakkında düşünmek bana tuhaf gelir.	1	2	3	4	5	6	7

EK V: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Öfkeli olduğum zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.				
2. Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissedirim.				
3. Ani ve kontrolsüz(dürtüsel) davrandığımı hissedirim.				
4. Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.				
5. Çok fazla sorumluluk yüklendiğimi düşünürüm.				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissedirim.				
9. İnsanlardan koptuğumu hissedirim.				
10. İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissedirim.				

11. Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissederim.				
12. Öylesine yalnızlık hissederim ki buna dayanamam.				
13.Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissederim.				
14.Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda birçok değişiklik yapacağımı hissederim.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.				
16. Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğüm vardır.				
17.Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.				
18. Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.				
19.İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissederim.				
20. Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünürüm.				
21. Dünyanın yaşama değer olmadığını hissederim.				
22. Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.				

23.Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.				
24.Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissederim.				
25.Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissederim.				
26. Anneme duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissederim/hissederdim.				
27. Eşime duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissederim/hissederdim.				
28. İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissederim.				
29.İnsanların beni ve yaptıklarını onaylamadıklarını hissederim.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.				
31.Parayla ilgili endişelerim var				
32.İntihar etmeyi düşünürüm.				
33. Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissederim.				
34. Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.				

35.Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.				
36. Nerede olursam olayım, mutlu olamadığımı hissedirim.				

EK VI: BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 (BDÖ)

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve size en uygun kısma X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir Zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım.				
2. Düşünmeden iş yaparım.				
3. Hızla karar veririm.				
4. Hiç bir şeyi dert etmem.				
5. Dikkat etmem.				
6. Uçuşan düşüncelerim var.				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım.				
8. Kendimi kontrol edebilirim.				
9. Kolayca konsantre olurum.				
10. Düzenli para biriktirim.				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam.				
12. Dikkatli düşünen birisiyim.				

13. İş güvenliğine dikkat ederim.				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim.				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16. Sık sık iş değiştiririm.				
17. Düşünmeden hareket ederim.				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
20. Düşünerek hareket ederim.				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm.				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım.				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
24. Hobilerimi değiştiririm.				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim.				
30. Geleceğini düşünen birisiyim.				

EK VII: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Büşra BOZKURT	
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK VIII: ÖLÇEKLERDEN ALINAN İZİN YAZILARI

BECK DEPRESYON ENVANTERİ İZNİ

Ynt: Beck Depresyon Envanteri

Büşra Bozkurt

20.02.2021 Cmt 12:49

Kime:

Gulsen T.

Teşekkür ederim ilginiz için , iyi çalışmalar :)

Gönderen: Gulsen T.

Gönderildi: 17 Şubat 2021 Çarşamba 14:10

Kime: Büşra Bozkurt

Konu: Re: Beck Depresyon Envanteri

Merhaba Büşra,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

Sayın Gülşen Türk,

Merhabalar ben Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği dalında Yüksek Lisans

Öğrencisi Büşra Bozkurt.

Nesrin Hanım'ın geçerliliği ve güvenilirliğini yapmış olduğu Beck Depresyon Envanteri'ni tez çalışmamda kullanmak için tarafınızdan izin istiyorum. Sevgilerimle :)

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ İZNİ

Ynt: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Büşra Bozkurt

20.02.2021 Cmt 12:48

Kime:

Teşekkür ederim ilginiz için , iyi çalışmalar :)

Gönderen:

Gönderildi: 20 Şubat 2021 Cumartesi 07:48

Kime: 'Büşra Bozkurt'

Konu: RE: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Kullanabilirsiniz. Ekteki yeni versiyonu tercih edebilirsiniz.

Vedat Şar, MD

From: Büşra Bozkurt

Sent: Wednesday, February 17, 2021 10:10 PM

To:

Subject: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Sayın Vedat Şar,

Merhabalar ben Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği dalında Yüksek Lisans

Öğrencisi Büşra Bozkurt.

Tarafınızca Türkçeye uyarlayıp, geçerliliği ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'ni tez çalışmamda kullanmak için tarafınızdan izin istiyorum.

Sevgilerimle :)

PERTH ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ İZNİ

Ynt: Perth Aleksitimi Ölçeği

Büşra Bozkurt

14.03.2021 Paz 18:23

Kime:

Yusuf BİLGE

Teşekkür ederim ilginiz için , iyi çalışmalar :)

Gönderen: Yusuf BİLGE

Gönderildi: 3 Mart 2021 Çarşamba 16:07

Kime: Büşra Bozkurt

Konu: Ynt: Perth Aleksitimi Ölçeği

merhaba,
tezinizde kullanmayı düşündüğünüz "Perth Aleksitimi Ölçeği ve değerlendirmesi" ektedir.
İyi çalışmalar.

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

Gönderen: Büşra Bozkurt

Gönderildi: 17 Şubat 2021 Çarşamba 22:13

Kime: Yusuf BİLGE

Konu: Perth Aleksitimi Ölçeği

Sayın Yusuf Bilge,
Merhabalar ben Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği dalında Yüksek Lisans
Öğrencisi Büşra Bozkurt.
Taraflınızca Türkçeye uyarlayıp, geçerliliği ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Perth
Aleksitimi Ölçeği 'ni tez çalışmamda kullanmak için tarafınızdan izin istiyorum. Sevgilerimle
:)

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU İZNİ

Re: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu

Lut Tamam

24.02.2021 Çar 07:35

Kime:

Büşra Bozkurt

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Başarılar dilerim

Prof. Dr. Lut Tamam

Sayın Lut Tamam,
Merhabalar ben Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Bozkurt.
Taraflınızca Türkçeye uyarlayıp, geçerliliği ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Barratt Dörtüsellik Ölçeği Kısa Formu'nu tez çalışmamda kullanmak için taraflınızdan izin istiyorum. Sevgilerimle :)

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ İZNİ

Re: İntihar Olasılığı Ölçeği

zehra atly
22.06.2021 Sal 03:47
Kime:

Büşra Bozkurt

Merhaba Büşra. Ölçeği kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim..

Sayın Zehra Atly,
Merhabalar ben Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Bozkurt.
Taraflınızca Türkçeye uyarlayıp, geçerliliği ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz İntihar Olasılığı Ölçeği'ni tez çalışmamda kullanmak için taraflınızdan izin istiyorum. Sevgilerimle :)

EK IX: ARASTIRMA KURUM İZİN YAZILARI

 T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : E-87841438-300-97785
Konu : Kurum İzni (Büşra BOZKURT)

08.10.2021

ANKARA VALİLİĞİ
(İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ)
Mehmet Akif Ersoy, Bağdat Cd. No:62, 06105 Yenimahalle/ANKARA

İlgili : 06.10.2021 tarihli, 97469 sayılı ve "Kurum İzni/ Büşra BOZKURT" konulu yazı

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra BOZKURT'un "Depresyon Tanılı Hastaların Çocukluk Çağı Travmalarının Aleksitimi Boyutları ve İntihar Davranışları İle İlişkisi" konulu tez çalışmasını 01 Kasım 2021-02 Mayıs 2022 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde yatan ve ayaktan tedavi olan depresyon hastaları ile yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz ederim.

Prof.Dr. Arif ÖZAYDIN
Rektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK
BAKANLIĞI DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
23/10/2021 15:38 E-41303261-799-4195
0012304888

Sayı : E-41303261-799
Konu : Büşra BOZKURT (Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 25.10.2021 tarih ve E-90739940-799-2062 sayılı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Tescil Birimi yazısı.

Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra BOZKURT' un "Depresyon Tanılı Hastaların Çocukluk Çağı Travmalarının Aleksitimi Boyutları ve İntihar Davranışları İle İlişkisi" konulu çalışmasının Hastanemizde yapılmasına ilişkin talep yazısı incelenmiş olup anılan çalışmanın Kurumumuzda hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi şartıyla çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Hasanali DURMAZ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Dağıtım:
Gereği:
Gaziantep Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Evrak Birimi

EK X: GAÜN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Tanılı Hastaların Çocukluk Çağı Travmalarının Aleksitimi Boyutları ve İntihar Davranışları İle İlişkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	151		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/151	Tarih: 05.08.2021	
	Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR olan "Depresyon Tanılı Hastaların Çocukluk Çağı Travmalarının Aleksitimi Boyutları ve İntihar Davranışları İle İlişkisi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yasemin ZER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Yasemin ZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Muradiye NACAK	Tıbbi Farmakoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Seval KUL	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.İbrahim ERKUTLU	Beyin ve Sinir Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Osman BAŞPINAR	Çocuk Kardiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Beltin DEMİRCİOĞLU KILIÇ	Çocuk Nefroloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Suzan TABUR	Endokrinoloji ve Metabolizma	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☒ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. İlhan BAŞLI	Anatomi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Fatih SARI	Protetik Diş Tedavisi	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Burak YAMAN	Fizyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Şengül ŞAHİN	Psikiyatri	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr.Melih HANGÖL	Pediyatrik Göğüs Hastalıkları	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Emine Aybiken YILDIRIM	Hukukçu	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Zeki EKİNCİ	Şahinbey Belediye Başkan Yardımcısı	Şahinbey Belediyesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Yasemin ZER

Not: Etik kurul başkanı, başkanın yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Tanılı Hastaların Çocukluk Çağı Travmalarının Aleksitimi Boyutları ve İntihar Davranışları İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	151

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800
	FAKS	-
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1		☐	
	FAZ 2		☐	
	FAZ 3		☐	
	FAZ 4		☐	
	Gözlemsel ilaç çalışması		☐	
	Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐	
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐	
	İlaç dışı klinik araştırma		☒	
Diğer ise belirtiniz :				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Taribi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	Belge Adı			Açıklama		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Yaşemin ZER

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

9.ÖZGEÇMİŞ

İlköğretim eğitimini Gaziantep’te lise eğitimini Şanlıurfa’da tamamladı. 2014-2018 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2020 yılının bahar döneminde Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına başladı. Evli ve Manavgat Devlet Hastanesinde çalışıyor.

