



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ÖZKIYIM GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ VE BULUNMAMIŞ OLAN MAJOR
DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN İNTİHAR DÜŞÜNCESİ,
KAYGI, UMUTSUZLUK VE İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ AÇILARINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Hilal KALE

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2018



T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÖZKİYİM GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ VE BULUNMAMIŞ OLAN MAJOR
DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN İNTİHAR DÜŞÜNCESİ,
KAYGI, UMUTSUZLUK VE İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ AÇILARINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Hilal KALE

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Salih Saygın EKER

BURSA-2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	ii
SUMMARY	iv
GİRİŞ VE AMAÇ	1
1. Major Depresif Bozukluk	1
2. Özkıyım	2
2. a. Tanım ve Terminoloji	2
2. b. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri	3
3. Major Depresif Bozuklukta Özkıyım	5
4. Major Depresif Bozuklukta Özkıyım ve Bilişsel Disfonksiyon	7
GEREÇ VE YÖNTEM	11
1. Olgular	11
2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri	11
3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri	11
4. Çalışma Akış Şeması	12
5. Uygulanan Form ve Ölçekler	12
5. a. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği	13
5. b. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlgili Veri Toplama Formu ..	13
5. c. Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri	13
5. d. Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği	14
5. e. Beck Umutsuzluk Ölçeği	14
5. f. İntihar Düşüncesi Ölçeği	15
5. g. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	15
6. İstatistiksel Analiz	16
BULGULAR	17
1. Sosyodemografik Bulgular	17
2. Özkıyım Girişimi Olan ve Olmayan Grupların Psikiyatrik Ölçekler ile İlişkisi	20
TARTIŞMA VE SONUÇ	22

KAYNAKLAR	30
EKLER	39
TEŞEKKÜR.....	49
ÖZGEÇMİŞ.....	50



ÖZET

Bu çalışmada, özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan remisyon dönemindeki major depresif bozukluk tanılı hasta grupları, özkıyım düşünceleri, umutsuzluk düzeyi, kaygı düzeyi, işlevsellik, depresyonun kalıntı belirtileri, sosyal uyum açısından karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya, DSM- 4- TR' ye göre remisyon döneminde olan majör depresif bozukluk tanısı alan, özkıyım girişimi öyküsü olan 16 hasta ile özkıyım girişimi öyküsü olmayan 69 hasta dahil edilmiştir. Sosyodemografik bilgiler ve hastalık öyküsü alınmış, Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE), Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulanmıştır.

Sosyodemografik bulgular, hastalık süresi, major depresif bozukluk aile öyküsü aile öyküsü ve toplam majör depresif atak sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Hasta grupları arasında HDDÖ, DSKE, KİDÖ ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ek psikiyatrik tanılar ($p=0.023$) özkıyım girişimi öyküsü olan grupta anlamlı olarak daha fazla olarak bulundu. Ek psikiyatrik tanılar açısından değerlendirildiğinde, özkıyım girişimi olan grupta, distimi ve konversiyon bozukluğu tanılarının daha sık olduğu saptandı ($p=0.014$). BUÖ ($p=0.049$), SUKDÖ ($p=0.015$) ve İDÖ ($p=0.001$) puanları özkıyım girişimi öyküsü olan grupta istatistiksel olarak yüksek bulundu.

Elde edilen sonuçlar, özkıyım girişimi öyküsü olan majör depresif bozukluk tanılı hastalarda, özkıyım girişimi öyküsü olmayanlara kıyasla umutsuzluğun, sosyal uyum, mesleki işlevsellik sorunları ile özkıyım düşüncelerinin remisyon döneminde de devam ettiğini göstermektedir. Özkıyım davranışının daha iyi anlaşılabilmesi için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Majör depresif bozukluk, remisyon, intihar düşüncesi, işlevsellik.

SUMMARY

Comparison Of Patients With A Diagnosis Of Major Depressive Disorder With Or Without History Of Suicidal Behaviour In Terms Of Suicidal Ideation, Anxiety, Hopelessness And Functionality Levels

This study aims to compare suicidal ideation, feelings of hopelessness and anxiety, functioning, residual symptoms of depression and social adaptation in remitted depressed patients with or without history of suicidal behaviour.

16 remitted depressed patients according to DSM-IV-TR criterion with a past history of suicidal behaviour and 69 remitted depressed patients according to DSM-IV-TR criterion without a past history of suicidal behaviour, were enrolled to the study. Sociodemographic information and history of the disorder for each subject was taken, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Social Adaptation Self Evaluation Scale (SASS), Beck Hopelessness Scale (BHS), Suicidal Ideation Scale and Functioning Assessment Short Test (FAST) were administered to all subjects.

There were no significant difference between patient groups in terms of duration of the disorder, family history of depression and total number of episodes. Mean scores of HDRS, STAI, FAST did not differ between patient groups. In patients with a history of suicidal behaviour comorbid psychiatric disorders were more common ($p=0.023$), dysthymic disorder and conversion disorder were prominent comorbid psychiatric disorders ($p=0.014$). Mean scores of BHS ($p=0.049$), SASS ($p=0.015$) and Suicidal Ideation Scale ($p=0.001$) were more significant in patients with a history of suicidal behaviour.

The findings of the present study suggest that depressed patients with previous suicidal behaviour are more likely to feel hopeless and continue to have suicidal ideation, have poor functioning in occupational and social domains of their lives even in remission. More studies with larger group

samples are required to clarify the suicidal behaviour in depressed patients.

Key Words: Major depressive disorder, remission, suicidal ideation, functionality.



GİRİŞ VE AMAÇ

1. Major Depresif Bozukluk

Majör depresif bozukluk, yaygın olarak görülen (1), yaşam kalitesinde düşmeye neden olan tekrarlayıcı bir hastalıktır (2,3). Hastalığın bilişsel, duygusal ve fiziksel semptomları, fiziksel, sosyal, eğitim ve meslek alanlarında, psikososyal işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (4–6). Dünya nüfusunun %4.4'ünün etkilendiği tahmin edilmektedir ve yaşam boyu prevalansı %2.6-5.9 arasındadır (6). En az bir majör depresif atak geçirmek açısından yaşam boyu risk erkekler için %30, kadınlar için ise %40'tır (7). Majör depresif atak için bildirilen ortalama başlangıç yaşı 29-43 arasındadır (8). Kadınlarda, bekarlarda ve düşük gelirli ailelerde daha sık görülmektedir (9,10).

Hastaların sadece %30'u ilk antidepresan tedavi ile remisyona ulaşabilir (11,12). Antidepresana yanıt veren hastalarda, tam düzelmeye ulaşma oranı %50-70 olup, kalıntı belirtileri devam eden hastalarda, daha düşük işlevsellik ve daha fazla depresme görülmektedir (13). İlk majör depresif atağını geçiren hastaların, %50-75'inde depresme görüleceği öngörülmektedir (14). Geçirilmiş majör depresif atak sayısı arttıkça, atak geçirme riski artmaktadır ve ataklar arası süreler kısalmaktadır (15). İlk antidepresan tedaviyle remisyona ulaşamayan hastalarda, denenen tedavi seçenekleri arttıkça, remisyona ulaşma şansı da giderek azalmaktadır (12). Hastaların %13-30'u ise birçok tedavi girişimine yanıt vermez (12,14).

Depresif bozukluklar, ölümcül olmayan küresel hastalık yükünün, alt solunum yolları enfeksiyonları ve ishale ilişkili hastalıklardan sonra üçüncü nedenidir (16). Aynı zamanda tüm dünyada iş göremezliğin önde gelen nedenlerinden biridir (16). Depresif hastanın, her yıl için ortalama 27.2 iş günü kaybı olduğu tahmin edilmektedir (17). İş günü kaybı, hastalığın maddi yüküne de katkıda bulunmaktadır (17). Hastalığın ekonomik, toplumsal, emosyonel yüküne, bilişsel işlevler ve psikososyal alanlar üzerindeki olumsuz etkisine ek olarak, en korkulan ve göz önünde bulundurulması gereken

sonucu özkıyımdır (18). Psikiyatri servislerinden majör depresyon tanısı ile tedavi alan hastalar arasında, her altıncı ölüm özkıyım nedeniyle olmaktadır (19).

2. Özkıyım:

2. a. Tanım ve Terminoloji:

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre özkıyım, ölümcül sonuçlarının tam bilgi ve beklentisiyle, kişinin kasıtlı olarak başlattığı ve uyguladığı kendisini öldürme eylemidir. Özkıyım konusunda ortak tanım ve terminolojinin önemi ve gerekliliği, birçok özkıyım araştırmacısı ve klinisyen tarafından vurgulanmıştır (20–24). Literatürde çok sayıda terimlendirme ve sınıflandırma sistemi bulunmaktadır, ancak, ortak olarak kullanılan uluslararası terminoloji ve sınıflandırma henüz mevcut değildir (25). Ortak bir terminoloji oluşturmak amacıyla yapılan çalışmalar devam etmektedir. Bu sayede farklı araştırma grupları, ülkeler ve popülasyonlar arasında, araştırma verilerini karşılaştırmak da mümkün olabilecektir (23). Mevcut olan terminolojiler, özkıyım, özkıyım girişimi ve özkıyım niteliği olmayan kendine zarar vermeye uzanan geniş bir spektrumdaki davranışları kapsamaktadır. Özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışının, niyet, epidemiyoloji ve işlevi açısından farklılıklar gösterdiğine ilişkin kanıtlar vardır (26). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4, gözden geçirilmiş baskısında (DSM-4-TR), özkıyım ve özkıyım girişimleri, majör depresif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu tanıları içerisinde bir tanı kriteri olarak yer almaktaydı. Özkıyım konusunda yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular ışığında, DSM-5'te "daha ileri çalışmalar için durumlar" tanısal kategorisi altında, özkıyım olmayan kendine zarar verme ve özkıyım davranışı bozukluğu isimli yeni iki tanı yer almıştır.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından oluşturulan sınıflama sisteminde, kendine zarar verici davranış, kişinin kendisine yönelttiği şiddet olarak tanımlanmıştır. Kendine yöneltilen şiddette, kişi şiddet davranışını kendisine yöneltmiştir ve kasti olan davranış, kişide zarara sebep

olmuştur ya da zarar verme potansiyeli vardır. Kendine yöneltilen şiddet, özkıyım niteliği olan ve olmayan olarak ayrılmıştır. Özkıyım niteliği olmayan kendine yöneltilen şiddet tanımının karşılanması için, dolaylı ya da doğrudan, özkıyım niyetine dair hiçbir kanıt olmaması gerekmektedir. Özkıyım niyetine dair, dolaylı ya da doğrudan kanıt mevcut ise, davranış, özkıyım niteliği olan kendine yöneltilen şiddet olarak tanımlanır. Özkıyım girişimi ise, davranışın sonucu olarak ölmek niyeti ile kişinin kendisine yönelttiği potansiyel olarak zarar verici, ancak ölümcül olmayan davranış olarak tanımlanmıştır. Özkıyım ise ölmek niyeti ile kendine yöneltilen zarar verici davranışın sebep olduğu ölüm olarak tanımlanmıştır (27).

2. b. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri:

Özkıyım, dünya çapındaki tüm ölümlerin %2'sinin sebebidir. Her yıl özkıyım nedeniyle 800.000'den fazla insanın öldüğü tahmin edilmektedir (28). WHO tarafından belirlenen yaşa göre düzeltilmiş özkıyım oranları, yüksek gelirli ülkelerde yüz binde 11. 2, düşük ve orta gelirli ülkelerde 12. 7 olarak belirlenmiştir. Erkeklerde kadınlardan daha siktir. Özkıyımların %63'ü 15-49 yaş grubu arasında görülmektedir. Özkıyım girişimleri ise, özkıyımdan 15 kat daha sık görülmektedir. Dünya çapında her yıl, 15 milyon özkıyım girişimi gerçekleşmekte olup, özkıyım girişimi için hesaplanan bir yıllık prevelans oranları %0. 3'tür (29). Özkıyım düşüncelerinin ise genel popülasyonda yaşam boyu prevelans oranı %9-15 arasındadır (30,31).

Özkıyım ve özkıyım girişimleri için sosyal, biyolojik ve psikolojik çok sayıda risk faktörü belirlenmiştir. Ailede özkıyım öyküsü bu risk faktörlerinden biridir. İkiz ve evlat edinme araştırmalarından elde edilen veriler, özkıyım davranışının %45-55 oranında genetik olarak kalıtıldığına işaret etmektedir (32–34). Bu yüksek oranlara katkıda bulunabilecek olan, psikiyatrik durumların kalıtılabilirliği gibi diğer faktörler de göz önüne alındığında, kalıtılabilirlik, özkıyım girişimleri için %17. 4, özkıyım düşünceleri için %36 olarak tahmin edilmektedir (32). Ailevi özellikli özkıyım davranışına, impulsif agresyonun ailevi kalıtılması, nörotisizm, nörobilişsel bozukluklar, olumsuz aile ortamı, olumsuz ailevi çevrenin nesiller arası geçişi ve taklit davranışı gibi çevresel faktörlerin aracılık ettiği düşünülmektedir (35). Özkıyım davranışı ve

genetik belirleyiciler arasındaki ilişki araştırmalarında, çok sayıda genin ilişkisi olduğu belirlenmiş, özkıyım davranışı geliştirmekle ilişkili tüm risk, tek bir genle açıklanamamıştır (36).

Ebeveyn reddi, çocuklukta fiziksel, cinsel kötüye kullanım gibi olumsuz erken yaşam olayları da özkıyım davranışı açısından risk faktörüdür (37). Özkıyım davranışı gösteren bireylerin %10-40'ında olumsuz erken yaşam olayları öyküsü vardır (37,38). Olumsuz erken yaşam olayları, psikiyatrik bozukluklar açısından önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimi açısından da önemlidir. Bu olayların, önemli gen yolaklarında, epigenetik değişikliklere sebep olarak, uzun dönem etkilere sebep olduğu, HPA (hipofizo-pitüiter-adrenal aks) ekseninde fonksiyon bozukluğuna neden olduğu düşünölmektedir (39). Önceki özkıyım girişimlerinin varlığı da tamamlanmış özkıyım açısından önemli bir risk faktörüdür (40). Özkıyım nedeniyle ölenlerin dörtte üçü ilk özkıyım girişimi sırasında ölmektedir, kalan üçte birinin geçmiş özkıyım girişimleri öyküsü vardır (41,42). Özkıyım girişiminin ardından, özkıyım nedeniyle ölüm riski, ilk aylar ve yıllarda en yüksek olup, zaman içerisinde azalır, ancak yaşam boyunca devam eder (43). Geçmişte planlanmamış özkıyım girişimi öyküsü varlığı, gelecek planlanmamış özkıyım girişimlerini öngördürmekte, planlanmış özkıyım girişimi öyküsü ise, gelecekte planlanmış özkıyım girişimlerini öngördürmektedir (44).

Psikopatoloji varlığı, özkıyım, özkıyım davranışı ve tamamlanmış özkıyım için en önemli risk faktörlerinden biridir. Ruhsal otopsi çalışmalarının metaanaliziyle elde edilen verilere göre, özkıyım nedeniyle ölen vakaların %87. 3'ü psikiyatrik bir bozukluk tanısını karşılamaktadır (45). Özkıyım düşüncesi olan kişilerin ise %66'sı, özkıyım planı olanların %77'si, planlanmış bir özkıyım girişimi öyküsü olanların %83'ü ve planlanmamış bir özkıyım girişimi öyküsü olanların %74'ü DSM-4'e göre birinci eksen tanısı almaktadır (46). Bazı psikiyatrik tanılar, özkıyım davranışı ile daha yakın ilişkili olup, özkıyım nedeniyle ölen vakalarda, en sık konulan tanılar, duygu durum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve psikotik

bozukluklardır (45). Bu hastaların yaklaşık yarısı duygu durum bozukluğu tanısı almaktadır (45).

Uzamış hastalık, maddi güçlükler ve kişiler arası stresörler gibi stresli yaşam olaylarının varlığı (47), iş kaybı (48) ve işsizlik (49), yas süreci (50), yalnız yaşamak (51), travmatik olaylar (52), fiziksel hastalıklar, uyku bozuklukları (53), beyin hasarı (54), mültecilik durumu ve sığınma talebi (55), cinsel azınlıklardan bir gruba dahil olmak (56) özkıyım davranışı açısından belirlenmiş diğer risk faktörleridir.

Özkıyım girişiminde bulunan hasta grubu ile özkıyım nedeniyle ölen hastalar karşılaştırıldığında bazı açılardan farklı özellikler gösterdiği anlaşılmıştır. Özkıyım nedeniyle ölen hastalar, genellikle erkek olup, daha ileri yaşta ve daha ölümcül metotlar kullanma eğilimindedirler, daha sıklıkla afektif olmayan psikotik bozukluk tanısı görülmektedir (57).

Dini inanç ve maneviyat, özkıyım riskini azalttığı belirlenmiş koruyucu etmenler arasındadır (58,59). Dini inancın özkıyım girişimlerinden koruyucu etkisi olmakla birlikte, özkıyım düşünceleri açısından etkisi bulunmamaktadır (60). Güçlü sosyal destek ve aile desteğinin de koruyucu etkisi olup, bu etki bağımlılık düzeyi daha fazla olan adolesanlarda ve yaşlılarda daha belirgindir (61).

3. Major Depresif Bozuklukta Özkıyım:

Major depresif bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu özkıyım riski, erkeklerde %7, kadınlarda %1 olarak belirlenmiştir (62). Tedaviye dirençli depresyon hastalarında ve yatarak tedavi gören hastalarda özkıyım girişimi oranları %17'ye ulaşmaktadır (63,64). Ancak, geçmişte özkıyım girişimi öyküsü varlığı, depresyonun antidepresan tedaviye verdiği yanıtı etkilememektedir (65).

Major depresif bozukluk tanılı hastalarda özkıyım girişimi öyküsü oranı ise %30-40 arasında tahmin edilmektedir (66). Özkıyım girişimlerinin dörtte üçü major depresif ataklar sırasında görülmektedir ve insidans oranı, tam remisyona kıyasla, kısmi remisyonda 4 kat, ataklar sırasında 21 kat daha

yüksektir (67). Özkıyım girişimi olan depresif hastalar, girişimi olmayan hasta grubuyla karşılaştırıldığında, daha genç yaşta oldukları, daha düşük geliri ve eğitim düzeyinde oldukları, daha yüksek anksiyete düzeyi, daha fazla kişilik ve madde kullanım bozukluğu görüldüğu saptanmıştır (68–70). Depresyon tanılı hastalar, geçmişte hiç girişimi olmayanlar, tek girişimi olanlar ve birden fazla girişimi olanlar olarak üç gruba ayrılarak karşılaştırılmış, çoklu özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda, daha erken depresyon başlangıç yaşı, daha fazla özkıyım düşüncesi, daha fazla depresif atak saptanmış, umutsuzluk düzeyi açısından fark bulunmamıştır (71).

Özkıyım düşünceleriyle ilişkili literatür verilerine bakıldığında, hastaların %58'inde depresif atağı sırasında özkıyım düşüncelerinin olduğu bildirilmiştir (66). Atak sırasında özkıyım düşüncesi olan hastalar, sonraki depresif ataklarında da özkıyım düşüncelerine sahip olma eğilimindedir (72). Major depresif bozukluk, birinci eksen tanıları arasında özkıyım düşüncesinin en güçlü öngörücülerindendir. Ancak özkıyım düşüncesi olan hastalarda plan ve girişimleri çok güçlü olarak öngördürmemektedir. Özkıyım planları ve girişimlerini, anksiyete, dürtü kontrol ve madde kullanım bozuklukları daha güçlü öngördürmektedir. Bu tanı gruplarında planlanmamış özkıyım girişimleri açısından risk, özkıyım planı ve planlanmış girişimlerden daha yüksektir (46). Majör depresif bozukluk hastalarında özkıyım düşünceleri açısından belirlenmiş risk faktörleri; erkek cinsiyet, işsizlik, düşük eğitim seviyesi, psikiyatrik tedavi arayışı, geçmiş özkıyım girişimleri öyküsü, nörovejetatif semptomların şiddeti, psişik anksiyete semptomlarının şiddeti, cinsel belirtiler, umutsuzluk ve karamsarlık, yaygın aksiyete bozukluğu ek tanısıdır (73). şiddetli özkıyım düşüncesi olan hastaların remisyona ulaşma oranı da düşüktür (73).

Tamamlanmış özkıyım açısından risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda, özkıyım düşünceleri için olan risk faktörlerine benzerdir (74). Bu risk faktörlerinden bazıları değiştirilemezken, bazılarının ise değiştirilebilir nitelikte olması özkıyım nedeniyle ölümlerin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Major depresif bozukluk, özkıyım davranışı açısından önemli bir risk faktörüdür, ancak depresif bireylerin büyük çoğunluğunda özkıyım düşüncesi ve davranışı görülmemektedir (68). Ayrıca, özkıyım davranışı sadece major depresyonda değil, diğer birçok psikiyatrik bozuklukta da görülmektedir. Diğer bir deyişle, duygudurum bozukluğu tanısı varlığı, özkıyım davranışlarının tam bir açıklaması değildir (75). Özkıyım davranışı, major depresif bozuklukla yakından ilişkilidir ve DSM-4'te major depresif bozukluğun bir semptomu olarak yer almaktadır, ancak, özkıyım davranışı ve major depresif bozukluk, birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesi gereken iki ayrı durum gibi görünmektedir (76).

4. Major Depresif Bozuklukta Özkıyım ve Bilişsel Disfonksiyon:

Major depresif bozukluk tanılı hastalar dikkat, yürütücü işlevler, hafıza ve psikomotor hız gibi alanlarda bilişsel işlevlerde bozukluklar göstermektedir (77,78). Bazı çalışmalar, bu bozuklukların, bireysel yatkınlıkla ilişkili olduğunu, bazıları depresyona ikincil olduğunu, bazıları ise depresyonun sekeli olduğunu savunmaktadır (79). Bazı ikiz çalışmalarında, depresyonu olan bireylerin ikizlerinde, daha fazla nörokognitif bozukluk olduğu bildirilmiştir (80). Bir metaanaliz çalışması, psikomotor hız ve hafıza işlevinin durumsal olduğunu, depresyon remisyona girdiğinde düzeldiğini, ancak dikkat ve yürütücü işlevlerin bireysel yatkınlık ile ilişkili görüldüğünü bildirmiştir ve bu işlev bozuklukları tablo düzeldikten sonra da devam etmektedir (81,82). Bu bulgulara dayanarak, dikkat ve yürütücü işlev bozukluklarının, depresyonla ilişkili olmayıp, kişiye özgü olabileceği düşünülmektedir (81,83,84). Depresif hastalardaki yürütücü işlev bozukluklarının, özkıyım davranışı açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir (85).

Özkıyım girişimi olan depresif hastalar, olmayanlara kıyasla prefrontal korteks ilişkili yürütücü işlevlerde, dikkat kontrolü, bellek, çalışan bellek, karar verme alanlarında sadece depresyonu olanlara kıyasla daha kötü performans göstermektedir (86–89). Bu hastalarda, yürütücü işlevlerle ilişkili olan problem çözme yetenekleri de düşüktür (90,91). Depresif

hastalardaki özkıyım davranışının, yürütücü fonksiyonların özgül belirli alanlarında değil, yaygın bozukluklar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (92).

Sadece özkıyım girişimi olan hastalar değil, güncel özkıyım düşüncesi olan hastalar da yürütücü işlevleri değerlendiren çeşitli nöropsikolojik testlerde, daha kötü performans göstermektedir. Güncel özkıyım düşüncesinin varlığı, özkıyım girişiminden bağımsız olarak, yürütücü fonksiyon bozukluklarıyla ilişkilidir (93). Özkıyım girişimi olan hastalarla, sadece özkıyım düşünceleri olan hastalar karşılaştırıldığında, karar verme bozukluğu dışında benzer yürütücü fonksiyon defisitleri göstermektedirler (94).

Nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler de, özkıyım girişiminde bulunmuş olan hastalarda, prefrontal kortekste yapısal ve fonksiyonel farklılıklara işaret etmektedir (95). Özkıyım girişiminde bulunan depresyon hastalarında nörogörüntüleme bulguları, amigdalada artmış hacim ve sağlıklı bireylerde yanıt inhibisyonundan sorumlu olan orbitofrontal kortekste azalmış gri madde hacmine işaret etmektedir (96). Başka bir nörogörüntüleme çalışmasında, özkıyım girişiminde bulunan depresif hastalarda, bölgesel beyin glukoz metabolik oranları (rCMRglu), FDG-PET ile değerlendirilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunanlarda, sağ dorsolateral prefrontal kortekste hipometabolizma, ventromedial bölgede ise hipermetabolizma sapanmıştır. Hipometabolik olan DLPFC bölgelerinde, rCMRglu oranının, özkıyım düşüncesiyle ters ilişkili olduğu bulunmuştur. Serotonin taşıyıcısını inhibe ederek serotonin salınımına yol açan fenfluramin uygulaması sonrası hipometabolik alanlar artmıştır. Fenfluramin uygulamasına künt serotonin yanıtının, düşük serotonin mevcudiyeti ile ve akut serotonerjik uyarıya bozulmuş yanıt ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hipometabolizmanın gözlemlendiği bölgeler, kompleks planlama ve impulsif karar vermede inhibitör kontrolde görevli alanlar olduğu bilinmektedir (98). Özkıyım girişiminde bulunan hastalarda serotonin metabolizmasını değerlendiren başka bir araştırmada, serotonin sentezi metil- L- triptofan haritalama ile değerlendirilmiş, orbital ve ventromedial prefrontal kortekste daha düşük tutulum saptanmıştır (99). Farklı tanı gruplarından özkıyım

girişiminde bulunmuş hastaların sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığı çalışmalarda da, güncel özkıyım girişimi olanlarda prefrontal 5-HT 2A reseptör bağlanma oranında azalma saptanmış olup (100,101), prefrontal 5-HT 2A reseptörleri bağlanma potansiyelinin, umutsuzluk düzeyi ile ters ilişkili olduğu bulunmuştur (100).

Özkıyım düşüncesi olan depresif hastaların, prefrontal aktivasyon gerektiren sözel akıcılık testi sırasında sağ dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal korteks ve frontopolar korteks (rostral prefrontal korteks, Brodmann alan 10) bölgelerinde hipofonksiyon saptanmış olup, bu bölgelerdeki hipofonksiyonun özkıyım düşüncelerinin şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (102). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular da, özkıyım girişimi öyküsü ya da düşüncesi olan hastalarda prefrontal kortekste istirahat durumunda azalmış kanlanma ve bilişsel aktivasyon sırasında kanlanma bozukluklarına işaret etmektedir (103).

Birçok çalışma, prefrontal korteks ve bilişsel işlev bozukluklarını özkıyım girişimi sonrasında değerlendirmiştir. Başka bir araştırmada ise, özkıyım nedeniyle ölen vakaların, özkıyım öncesindeki SPECT nörogörüntüleme bulguları değerlendirilmiştir. Özkıyım nedeniyle ölen vakaların, ölüm öncesi görüntülemelerinde genel limbik disregülasyon bulguları, ventral tegmental alan ve medial prefrontal kortekste anlamlı kanlanma bozuklukları saptanmıştır (104).

Bilişsel işlev bozukluklarının ve prefrontal korteks değişikliklerinin bazıları ötimik dönemde devam etmektedir. Ötimik dönemdeki duygudurum bozukluğu tanılı hastalardan, geçmiş özkıyım girişimi öyküsü olanlarda, sol ventrolateral prefrontal korteks gri madde hacmi daha az olarak saptanmıştır (105). Yine ötimik dönemde iken yapılan karşılaştırmada, özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda, riskliye karşı güvenilir seçimler sırasında, daha düşük orbitofrontal ve oksipital aktivasyon saptanması, karar verme bozukluğunun ötimik dönemde de devam ettiğine işaret etmektedir (106). Özkıyım girişimi olan hastaların, ötimik dönemde karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, özkıyım girişimi olan hastalarda öfkeli yüzlere yanıt olarak, daha fazla orbitofrontal korteks ve ventrolateral prefrontal korteks aktivasyonu

olduğu belirlenmiş olup, bu bulgu, emosyonel uyarının işlenmesindeki farklılıkların ötimik dönemde de devam ettiğini göstermektedir (107).

Özkıyım nedeniyle ölen vakaların birinci derece sağlıklı, girişimi olmayan akrabaları, kendisinde ya da ailesinde özkıyım girişimi olmayan depresyon hastalarının birinci derece akrabalarıyla ve sağlıklı kontrollerle karar verme bozuklukları açısından karşılaştırılmıştır. Özkıyım nedeniyle ölenlerin yakınlarında, sol medial orbitofrontal korteks ve sağ dorsomedial prefrontal kortekste kontrast tutulumunun daha az olduğu saptanmıştır (108). Bu durum, özkıyım ve bilişsel işlev bozukluklarıyla ilişkili prefrontal korteks bozukluklarının, kalıtılabilir, karakter bağımlı faktörlerden olduğunu düşündürmektedir.

Literatür verileri, yürütücü işlev bozukluklarının bazılarının depresyondan önce de var olduğunu, kişisel yatkınlıkla bir ilişkisi olduğunu, özkıyım girişimi olan hastalarda daha şiddetli olduğunu ve bu bozuklukların bazılarının ötimik dönemde de devam ettiğini düşündürmektedir. Prefrontal korteks bozuklukları ve ilişkili bilişsel işlev bozuklukları, kişisel yatkınlıkla ilişkili gibi görünmektedir. Yürütücü işlev bozukluklarının, özkıyım girişimleri açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir. Özkıyım davranışı ile yakın ilişkili yürütücü işlev bozuklukları, ötimik dönemde de devam ettiğinden, özkıyım girişiminde bulunmuş olan kişilerde, özkıyım düşüncelerinin ötimik dönemde de devam edeceği öngörülmektedir. Özkıyım girişiminde bulunmuş olan hastalarda var olan problem çözme yeteneklerindeki sorunlar, yürütücü işlev bozukluklarıyla ilişkilidir. Özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda ötimik dönemde de yeti kaybının daha fazla olacağı, umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olacağı, daha fazla artık depresyon belirtisi gözleneceği öngörülmektedir. Bu çalışma ile, elde edilecek verilerin hipotezlerimiz ile uyumlu olup olmadığını araştırmak, majör depresif bozuklukta özkıyım ile ilişkili literatür verilerini gözden geçirmek ve elde ettiğimiz veriler ile karşılaştırmak amaçlanmıştır. Majör depresif bozuklukta özkıyımın önlenmesi, gerekli tedbirlerin alınabilmesi için, öncelikle anlaşılması gerekmektedir. Majör depresif bozuklukta özkıyım davranışı, henüz tam olarak anlaşılamamıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Olgular:

Çalışma grubu, 25.03.2016-30.08.2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı poliklinikleri ve kliniğine başvurmuş kişiler arasından seçilmiştir. Bu kişiler arasından, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 4. Baskı'ya (DSM-IV-TR) göre "Major Depresif Bozukluk, Tam Yatışma Gösteren" tanı ölçütlerini karşılayan 85 kişi (68 kadın, 17 erkek) ile çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışma grubu, özkıyım girişimi öyküsü olan grup (16 kişi) ve özkıyım girişimi öyküsü olmayan (69 kişi) grup olarak ikiye ayrılmıştır. Çalışmada sağlıklı kontrol grubu oluşturulmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllüler, araştırmacının amacı ve süreci ile ilgili sözel olarak ve yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)" ile bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 22.02.2016 tarihinde 2016-5/7 karar numarası ile alınmıştır.

2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

Çalışma grubu, 18–65 yaş arasında, DSM-IV TR'ya göre "Major Depresif Bozukluk, Tam Yatışma Gösteren" tanı kriterlerini karşılayan, Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği puanı 7 ve altında olan, son 1 aydır remisyon hali devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından seçilmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:

Ölçeklerin uygulanmasına engel bir durumu bulunanlar (okuma yazması olmayanlar), organik beyin patolojisi ve nörolojik hastalık öyküsü

olanlar, madde ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılık öyküsü olanlar, zekâ geriliği olanlar, herhangi bir psikotik atak öyküsü olanlar, benzodiazepin türevi ilaç kullananlar ve çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

4. Çalışma Akış Şeması:

Uludağ Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran ve yatarak tedavi gören olgular arasından, psikiyatri hekimi tarafından yapılan muayenesinde, DSM-IV TR' ya göre "Major Depresif Bozukluk, Tam Yatışma Gösteren" tanısı alanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Gruplar özkıyım girişimi öyküsü varlığına göre ikiye ayrılmış, sağlıklı kontrol grubu oluşturulmamıştır.

Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği uygulanmış, puanı 7 ve altında olarak saptanan, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalardan sözel ve yazılı onam alınmıştır. Aynı gün içerisinde, hastalar kesitsel olarak bir kez değerlendirilerek ölçekler uygulanmıştır.

Özkıyım girişimi, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri' nin tanımına göre, davranışın sonucu olarak ölmek niyeti ile, kişinin kendisine yönelttiği potansiyel olarak zarar verici, ancak ölümcül olmayan davranış olarak kabul edilmiş, tanıma uymayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

5. Uygulanan Form ve Ölçekler:

Çalışmaya alınan tüm katılımcıların psikiyatrik muayenesinin ardından, Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (Ek-1), çalışmayı yürüten kişi tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Sosyodemografik ve klinik bilgileri, bu çalışma için oluşturulmuş olan sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilgili veri toplama formu (Ek-2) doldurularak alınmıştır. Ardından tüm katılımcılar Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE) (Ek-3-4), Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (Ek-5), Beck

Umutsuzluk Ölçeği (Ek-6), İntihar Düşüncesi Ölçeği (Ek-7) ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğini (Ek-8) doldurmuştur.

5. a. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği:

Hamilton ve ark. tarafından, her yaştaki kişide klinik araştırma amaçlı depresyon düzeylerinin saptanması için geliştirilmiştir (109). Klinisyen tarafından yapılan yarı yapılandırılmış görüşme esnasında doldurulur. Dokuz madde 0-4, sekiz madde ise 0-2 puan aralığında değerlendirilir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam puana ulaşılır. Depresyon derecelendirilirken 0–7 arası normal, 8–13 arası hafif düzeyde depresyon, 14–18 arası orta düzeyde depresyon, 19 ve üzeri şiddetli ve çok şiddetli depresyon olarak kabul edilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması, Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır (110). Bu çalışmada ölçeğin 17 maddelik sürümü kullanılmıştır.

5. b. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlgili Veri Toplama Formu:

Bu çalışma için geliştirilmiş olan Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlgili Veri Toplama Formu ile tüm katılımcıların sosyodemografik ve klinik bilgileri (cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, hastalık başlangıç yaşı, toplam atak sayısı, hastanede yatış sayısı, güncel olarak kullandığı ilaçlar, geçmiş intihar girişimi öyküsü ve sayısı, majör depresif bozukluk aile öyküsü, ek tanıları) alınmıştır.

5. c. Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri:

Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir (111). Ölçek, her biri 20 maddelik 2 ayrı alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluluk Kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, maddelerin ifade ettiği duyuyu, düşünce veya davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok”, “tamamıyla” ifadelerinden biri seçilir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman”, “hemen her zaman” ifadelerinden biri seçilir. Cevaplar soru formuna işaretlenir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır.

Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e çevrilir. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), Sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için 2 ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini gösterir. Kesme puanı her iki alt ölçek için 45 olarak belirlenmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (112).

5. d. Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği:

Sosyal işlevselliği ölçmeye özgü bir kendini değerlendirme ölçeği olan SUKDÖ, Bosc ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (113). 21 maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin dört ana alanı (iş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulanmaktadır. 21 maddeden oluşan ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her kişi 0–3 puan aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puan aralığı 0–60 arasındadır. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akkaya ve ark. tarafından 2008 yılında yapılmıştır (114).

5. e. Beck Umutsuzluk Ölçeği:

Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini ve olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla, Beck ve ark. tarafından, 1974 yılında geliştirilmiştir (115). 20 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Geleceğe yönelik duygu ve düşünceleri belirten ifadeler içermekte ve 0-1 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin 11 tanesinde 'evet' seçeneği, 9 tanesinde ise 'hayır' seçeneği 1 puan almaktadır. Bunlardan 2, 4, 7, 9, 11,

12, 14, 16, 17, 18 ve 20. sorulara verilen yanıt evet ise 1 puan, 1, 2, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevaplar hayır ise 1 puan verilmektedir. Ölçeğin puan aralığı 0-20 arasındadır. 0-3 puan normal, 4-8 arası hafif seviyede umutsuzluk, 9-14 puan orta seviyede umutsuzluk, 15-20 puan ileri derecede umutsuzluk olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Seber (116) ve Durak (117) tarafından yapılmıştır.

5. f. İntihar Düşüncesi Ölçeği:

Kontrol edilemeyen öfke, kendine veya başkalarına zarar verme isteği, umutsuzluk, ölüm düşüncesi ve isteği, kendilik saygısında azalma, suçluluk duygusu gibi intihar girişimiyle ilişkili parametreleri değerlendirmek amacıyla Levine ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir (118). 17 sorudan oluşan, intihar düşüncesinin şiddetini belirlemeyi amaçlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan 0-17 arasında değişmekte olup yüksek puan belirgin intihar düşüncesinin varlığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve ark. tarafından 1995 yılında yapılmıştır (119).

5. g. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği:

Hastaların psikososyal işlevsellik düzeylerini değerlendirmek amacıyla, Rosa ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (120). Dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlayan, özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinliklerini değerlendiren altı alt boyuttan oluşan, 24 maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler, hiç zorlanma yok (0 puan), çok az zorlanma (1 puan), orta derecede zorlanma (2 puan), aşırı derecede zorlanma (3 puan) şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından yapılmıştır (121).

İstatistiksel Analiz

Verinin istatistiksel analizi SPSS20.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Kategorik değişkenler için gruplar arası karşılaştırmalar Pearson Ki-kare ve Fisher-Exact Freeman Halton testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilks testi ile analiz edilmiştir ($p < 0.05$). Normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için hasta ve kontrol grupları arasında yapılan karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapılırken ikiden çok grubu karşılaştırmak için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkiyi değerlendirmek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilerek yorumlanmıştır.

BULGULAR

1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya 18–65 yaş arası toplam 85 gönüllü dahil edildi. Bunlardan 16'sı "özkıyım girişimi öyküsü olan majör depresif bozukluk" hasta grubunu, 69'u "özkıyım girişimi öyküsü olmayan" hasta grubunu oluşturdu. Özkıyım girişimi öyküsü olan grubun 13'ü kadınlardan ve 3'ü erkeklerden, özkıyım girişimi öyküsü olmayan grubun ise 55'i kadınlardan ve 14'ü erkeklerden oluştu. Gruplar arasında cinsiyet farkı açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=1.000$). İki grup arasında eğitim durumu ($p=0.709$), meslek ($p=0.306$) ve medeni durum ($p=0.652$) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Çalışmaya alınan özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan grubun sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo–1: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

	Hasta	Kontrol	p değeri
Cinsiyeti			
Kadın	30 (%60)	33 (%66)	0.679
Erkek	20 (%40)	17 (%34)	
Eğitim durumu			
Okur Yazar	0 (%0)	2 (%4)	0.474
İlköğretim	8 (%16)	5 (%10)	
Ortaöğretim	2 (%4)	4 (%8)	
Lise	11 (%22)	8 (%16)	
Yüksekokul	29 (%58)	31 (%62)	
Mesleği			
Ev hanımı	9 (%18)	2 (%4)	<0.001
Memur/asker	12 (%24)	31 (%62)	
İşçi	8 (%16)	7 (%14)	
Emekli	7 (%14)	3 (%6)	
İşsiz	3 (%6)	0 (%0)	
Serbest	4 (%8)	6 (%12)	

Çiftçi	1 (%2)	0 (%0)	
Öğrenci	6 (%12)	1 (%2)	
Medeni durumu			
Hiç Evlenmemiş	21 (%42)	26 (%52)	0.512
Evli	23 (%46)	21 (%42)	
Eşi ölmüş	2 (%4)	2 (%4)	
Boşanmış	4 (%8)	1 (%2)	
Kiminle yaşıyor			
Ailesi (anne-baba-kardeş)	25(%50)	13(%26)	0.002
Eşi-çocukları	22 (%44)	22 (%44)	
Akrabaları	1 (%2)	0 (%0)	
Arkadaşları	0 (%0)	4 (%8)	
Yalnız	2 (%4)	11 (%22)	

Özkıyım girişimi olan ve olmayan gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0.101$). Özkıyım girişimi olan hasta grubunda, hastalık başlangıç yaşı anlamlı olarak daha erken bulundu ($p=0.007$). Hastalık süresi ve toplam dönem sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.433$, $p=0.142$). Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta, 2 hastanın 4, 5 hastanın 1 kez psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü mevcuttu. Özkıyım girişimi öyküsü olmayan grupta 4 hastanın 1, 2 hastanın 2 kez yatış öyküsü mevcuttu. Psikiyatri kliniğinde yatış sayısı, özkıyım girişimi öyküsü olan grupta anlamlı olarak daha fazla olarak bulundu ($p<0.001$). Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta 10 hastanın 1 kez, 2 hastanın 2 kez, 2 hastanın 3 kez, 1 hastanın 4 kez, 1 hastanın 7 kez intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Major depresif bozukluk aile öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.584$). Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta ek psikiyatrik tanılar daha sık olarak saptandı ($p=0.023$). Ek psikiyatrik tanılar açısından değerlendirildiğinde, özkıyım girişimi olan grupta, distimi ve konversiyon bozukluğu tanısının anlamlı olarak daha sık olduğu saptandı ($p=0.014$). Çalışmaya alınan özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan grupların yaş ve hastalık özellikleri Tablo-2'de ve Tablo-3'te, ek psikiyatrik tanılar ile ilgili bilgiler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo-2: Özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarının yaş ve hastalık özellikleri

	Özkıyım girişimi öyküsü olan hasta grubu	Özkıyım girişimi öyküsü olmayan hasta grubu	p değeri
Yaş	44 (21-58)	50 (27-63)	0.101
Hastalık başlangıç yaşı	24 (15-55)	38 (19-60)	0.007
Hastalık süresi	9,5 (1-30)	8 (1-36)	0.433
Toplam dönem sayısı	2 (1-7)	2 (1-10)	0.142

Tablo-3: Özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarının hastalık özellikleri

	Özkıyım girişimi öyküsü olan hasta grubu	Özkıyım girişimi öyküsü olmayan hasta grubu	p değeri
Birinci derece akrabada MDB			0.584
Var	6 (%37.5)	21 (%30.4)	
Yok	10 (%62.5)	48 (%69.6)	
Ek psikiyatrik hastalık			0.023
Var	10 (%62.5)	22 (%31.9)	
Yok	6 (%37.5)	47 (%68.1)	

Tablo- 4: Özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların ek psikiyatrik tanıları ile ilişkili özellikler

	Özkıyım girişimi öyküsü olan hasta grubu	Özkıyım girişimi öyküsü olmayan hasta grubu	p değeri
Yok	6 (%37.5)	48 (%69.6)	p=0.014
Distimi	4 (%25)	7 (%10.1)	
Anksiyete bozuklukları	1 (%6.3)	9 (%13)	
Obsesif kompulsif bozukluk	1 (%6.3)	1 (%1.4)	
Konversiyon bozukluğu	4 (%25)	4 (%5.8)	

2. Özkıyım Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Grupların Psikiyatrik Ölçeklerle İlişkisi

Hasta grupları arasında Hamilton Depresyon Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.079$). Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta Beck umutsuzluk ölçeği puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.049$). Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1) ($p=0.89$) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) ($p=0.103$) puanları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği puanının özkıyım girişimi öyküsü olan grupta anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p=0.015$). Gruplar arasında kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.131$). Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeğinin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları gruplar arasında değerlendirildi. Özerklik alt puanı ($p=0.009$), mesleki işlevsellik alt ölçek puanı ($p=0.037$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Bilişsel işlevsellik alt ölçek puanı ($p=0.571$), mali konular alt ölçek puanı ($p=0.530$), kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanı ($p=0.255$) ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı ($p=0.757$)

açısından karşılaştırılmasında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptandı.

İntihar düşüncesi ölçeği (İDÖ) puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). Çalışmaya alınan özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan grupların ölçek puanları Tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan grupların ölçek puanları

	Özkıyım girişimi öyküsü olan grup	Özkıyım girişimi öyküsü olmayan grup	P değeri
HAM- D	4.5 (1-7)	3 (0-7)	p=0.079
Beck Umutsuzluk Ölçeği	4.5 (0-18)	3 (0-19)	p=0.049
STAI- 1	38 (21-57)	30 (20-68)	p=0.89
STAI- 2	47 (27-64)	42 (24-68)	p=0.103
SUKDÖ	37 (25-54)	44 (21-58)	p=0.015
İDÖ	7.5 (0-14)	1 (0-13)	p=0.001
FAST	21.5 (1-51)	10 (0-68)	p=0.131
-Özerklik alt ölçeği	3.5 (0-9)	0 (0-12)	p=0.009
-Mesleki işlevsellik alt ölçeği	3.5 (0-15)	1 (0-15)	p=0.037
-Bilişsel işlevsellik alt ölçeği	4.5 (0-11)	3 (0-15)	p=0.571
-Mali konular alt ölçeği	0 (0-4)	0 (0-6)	p=0.530
-Kişiler arası ilişkiler alt ölçeği	4 (0-15)	2 (0-15)	p=0.255
-Boş zaman etkinlikleri alt ölçeği	1.5 (0-6)	1 (0-6)	p=0.757

HAM- D: Hamilton depresyon ölçeği, STAI- 1: Durumluk kaygı ölçeği, STAI- 2: Sürekli kaygı ölçeği, SUKDÖ: Sosyal uyum ve kendini değerlendirme ölçeği, İDÖ: İntihar düşüncesi ölçeği, FAST: Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği

TARTIŞMA VE SONUÇ

Major depresif bozukluğun en önemli komplikasyonu özkıyımdır (18). Bu araştırma, özkıyım girişimi öyküsünün, remisyon dönemindeki depresif hastaların anksiyete düzeyi, sosyal uyumu, işlevselliği, depresyonun artık belirtileri ile olan ilişkilerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya alınan 85 hastanın %18. 8'inin en az bir özkıyım girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır. Literatürde, majör depresif bozukluk tanılı hastalarda, özkıyım girişimi yaşam boyu prevalansı %23. 7 olarak bildirilmiş olup (122) çalışma grubundaki özkıyım girişimi öyküsü olan hastaların oranı ile benzerdir. 4041 kişilik majör depresif bozukluk tanılı hasta grubunda özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan hastaların karşılaştırıldığı STAR-D çalışmasında da hastaların %16. 5' inin özkıyım girişimi öyküsü olduğu belirlenmiştir (69). Başka bir araştırmada, duygudurum bozukluğu tanılı hastalar değerlendirilmiş, bipolar bozukluk tanılı hastalar da dahil edildiğinde özkıyım girişimi prevalansı %31 olarak bulunmuştur (123). Bu çalışmanın verilerine benzer oranlar bildiren çalışmalar olmakla birlikte (124), daha yüksek oranlar bildiren araştırmalar da mevcuttur (66). Genel popülasyonda ise intihar girişimi prevalansı %2. 7 olarak belirlenmiştir (30), bu oran majör depresif bozukluk tanılı hastalara kıyasla çok daha düşüktür.

Çalışmamızda, özkıyım girişiminde bulunan hasta grubu ile bulunmayan grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Elde ettiğimiz veri genel literatür verilerinden farklıdır. Geçmiş çalışmalar kadın cinsiyette özkıyım girişiminin daha sık görüldüğünü (28,125,126), erkek cinsiyetin ise tamamlanmış özkıyım açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (74,127).

Bu çalışmada, özkıyım girişimi öyküsü olan grubun ortalama yaşı 44, girişim öyküsü olmayan hasta grubunun ortalama yaşı 50 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki yaş farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Major depresif bozukluk hastalarında özkıyım girişimi öyküsünün daha genç yaşla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar olmakla

birlikte (68,70), daha ileri yaşla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (69). Özkıyım girişimi olan ve olmayan gruplar arasında medeni durum, eğitim düzeyi ve meslek açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda, medeni durum ve özkıyım girişimi arasında elde ettiğimiz verilere benzer şekilde anlamlı ilişki bulunmamıştır (128,129). Daha geniş örneklemlili çalışmalarda, medeni durumun, işsizliğin ve eğitim düzeyinin özkıyım girişimiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir (130).

Çalışma grubunda majör depresif bozukluk açısından ortalama başlangıç yaşı 35 olarak bulunmuştur. Literatürde majör depresif bozukluk için retrospektif olarak bildirilen ortalama başlangıç yaşı 29-43 arasındadır (8). Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta, hastalık başlangıç yaşı, özkıyım girişimi olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede daha küçük bulunmuştur. Hastalık süresi ve toplam atak sayısı açısından ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki veriler, özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda, majör depresif bozukluğun daha erken yaşta başladığını (130,131), geç başlangıcın özkıyım girişimi açısından koruyucu bir faktör olduğunu bildirmiş olup, elde ettiğimiz verilere benzerdir. Major depresif atak sayısı ile özkıyım girişimi arasında ilişki açısından çalışma sonuçları çelişkili olup, bazı çalışmalarda elde ettiğimiz verilere benzer şekilde, majör depresif atak sayısı ve özkıyım girişimi arasında anlamlı ilişki bulunmamışlardır (131,132). Bu çalışmada majör depresif bozukluk tanılı hastalarda, psikiyatri kliniğine yatış sayısı, özkıyım girişimi varlığı ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta hastalığın daha erken yaşta başlaması, kimi çalışmalara göre hastalık süresinin daha uzun olması, depresif belirtilerin daha şiddetli olması (133), özkıyım girişimi öyküsü varlığının tamamlanmış özkıyım açısından risk faktörü olması (40,74) nedeniyle klinisyenlerin klinikte yatarak takip ve tedavi eğilimi içinde olması, bu hastalarda psikiyatri kliniğinde yatış sayısının daha fazla olması ile ilişkili olabilir.

Özkıyım girişimi öyküsü olan çalışma grubunda, 10 hastanın tek özkıyım girişimi, 6 hastanın ise birden fazla sayıda özkıyım girişimi öyküsü mevcut olup, hasta sayısı az olduğundan özkıyım girişimi sayısı istatistiksel

olarak değerlendirilmemiştir. İntihar girişimi olmayan, tek intihar girişimi olan ve çoklu intihar girişimi olan depresif hastaların karşılaştırıldığı bir araştırmada, çoklu intihar girişimi öyküsü olan hastaların, daha şiddetli intihar düşüncesi ve depresif semptomlarının olduğu, depresyon başlangıç yaşının daha erken olduğu gösterilmiş, umutsuzluk düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Özkıyım girişimi olmayan hasta grubuna kıyasla, özkıyım girişimi öyküsü olan hasta grubunda daha fazla depresif atak öyküsü olup, özkıyım girişimi öyküsü olan hastalar arasında, özkıyım girişimi sayısı ile depresif atak sayısı arasında ilişki saptanmamıştır (71).

Literatürde, ailede psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkili farklı sonuçlar bildirilmiştir. Duygudurum bozukluğu tanılı hastaların değerlendirildiği bir çalışmada, ailede duygudurum bozukluğu varlığı, özkıyım girişimleriyle ilişkili bulunmuş, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından aile öyküsü ise ilişkili bulunmamıştır (129). Bu çalışmada ise, diğer bazı çalışmalarda bildirilene benzer şekilde (70,134) aile öyküsünün varlığı depresyon hastalarında özkıyım girişimi ile ilişkili bulunmamıştır.

Majör depresif bozukluk ile komorbid birinci eksen psikiyatrik tanı varlığı açısından değerlendirildiğinde, özkıyım girişimi öyküsü olan grupta, hastaların %62. 5'inde majör depresyona ek birinci eksen tanısı saptanmış olup, özkıyım girişimi öyküsü olmayan grubun %31. 9'unda ek psikiyatrik tanı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olup, majör depresif bozukluğa ek olarak birinci eksen psikiyatrik tanı varlığının, özkıyım girişimi ile ilişkisini göstermektedir. Majör depresif bozukluğa ek birinci ve ikinci eksen psikopatolojilerinin varlığının, özkıyım düşünceleri ve davranışı ile olan yakın ilişkisi daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (68–70,73,74). Ancak, farklı çalışmalar farklı tanıları bildirmişlerdir. Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda intihar girişimleri ile en yakın ilişkili psikiyatrik ek tanıların panik bozukluk, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğu olduğu bildirilmiştir (124,135). Duygudurum bozukluğu tanılı hastaların değerlendirildiği başka bir çalışmada, alkol ve madde kullanım bozukluğu ve

soyal fobi, özkıyım girişimi ile ilişkili belirlenmiş ek tanılar olup, sosyal fobi dışında anksiyete bozuklukları tanı grubundan hiçbir tanı özkıyım girişimi ile ilişkili bulunmamıştır (129). İkinici eksen tanıları değerlendirildiğinde, bir çalışma, erkeklerde bağımlı kişilik bozukluğunun, kadınlarda ise antisosyal kişilik bozukluğunun majör depresyon tanılı hastalarda özkıyım girişiminin en güçlü öngördürücüsü olan kişilik bozuklukları olarak bildirilmiştir (68). Özkıyım davranışı, DSM-4'te sınırdaki kişilik bozukluğu tanı kriterlerinden biri olup, majör depresif bozukluk tanılı hastalarda özkıyım davranışı ile yakın ilişkili diğer bir ikincii eksen tanısıdır (136,137). Bu çalışmada özkıyım girişimi öyküsü olan grubun %25'inde distimi, %25'inde konversiyon bozukluğu, %6.3'ünde anksiyete bozuklukları, %6.3'ünde obsesif kompulsif bozukluk ek tanısı mevcut olduğu saptandı. Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta, psikiyatrik eş tanı, özkıyım girişimi öyküsü olmayan gruba göre 2 kat daha sık olup, iki grup arasındaki eş tanı sıklığı açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu çalışmada sık görülen eş tanılar, diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir.

Özkıyım girişimi öyküsü olan majör depresif bozukluk tanılı hasta grubu ile özkıyım girişimi öyküsü olmayan hasta grubu, remisyon dönemindeki kalıntı depresyon belirtileri açısından değerlendirildiğinde, HDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Özkıyım girişimi varlığı, hastaların remisyondaki kalıntı depresyon belirtileri açısından risk faktörü değildir. Bu bulgu, bilişsel işlev bozukluklarının kısmen devam etmesi nedeniyle, özkıyım girişimi öyküsü olanlarda daha fazla artık depresyon belirtisi olacağı hususundaki hipotezimizi desteklememektedir. Bir çalışmanın sonuçlarına göre de, majör depresif bozukluk tanılı hastalarda özkıyım girişimi öyküsü olması, hastalığın antidepresan tedaviye yanıtını etkilememektedir (65). Özetle, etkin bir majör depresyon tedavisi ile, yaşam boyu özkıyım girişimi öyküsünden bağımsız olarak, hastaların artık belirtisiz remisyon dönemine girmesinin mümkün olabileceği anlaşılmaktadır.

Özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta grupları arasında durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamış olup, majör depresif bozukluk tanılı hastalarda, geçmişte özkıyım girişimi

öyküsünün varlığı, hastaların remisyon döneminde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri ile ilişki göstermemektedir. Yukarıda değinildiği üzere, bazı çalışmalar major depresif bozukluğa komorbid anksiyete bozukluklarının özkıyım girişimi açısından risk faktörü olduğunu bildirmişler, kimi çalışmalar ise başka tanı gruplarının özkıyım girişimi ile daha yakın ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışma, anksiyete bozuklukları tanısının özkıyım girişimi açısından bağımsız bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Anksiyete semptomlarının yarattığı stresin direkt olarak özkıyım davranışına neden olabileceği ya da anksiyete bozukluklarının majör depresif bozukluk ya da madde kullanımı gibi başka bir durumu tetikleyerek özkıyım davranışına neden olabileceği düşünülmektedir (138).

İki grup sosyal uyum ve sosyal işlevsellik açısından değerlendirildiğinde, özkıyım girişimi öyküsü olan grupta, sosyal uyum ve işlevsellik daha düşüktür. Özkıyım girişimi öyküsü sosyal işlevsellikte düşmeyle ilişkilidir. Daha önceki çalışmalarda da özkıyım girişimi olanların sosyal uyumunun daha düşük olduğu bildirilmiştir (139,140). Major depresif bozukluk tanılı hastalardaki yürütücü işlevlerdeki bozuklukların, ilk depresif ataktan önce de, depresif atak remisyona girdikten sonra da devam ediyor olması, bilişsel işlev bozukluğunun bireysel yatkınlıkla ilişkili olduğunu düşündürmektedir (77,81,82). Özkıyım girişiminde bulunmuş depresif hastalarda ise yürütücü fonksiyon bozuklukları, girişimi olmayanlara kıyasla daha şiddetlidir (86,87). Girişimi olmayıp, düşünceleri olan hastalarda ise karar verme dışındaki yürütücü fonksiyon bozuklukları girişimi olanlarla benzerdir (93,94). Özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda, depresyon düzeldikten sonra dahi sosyal işlevselliğin daha düşük olması, bireysel yatkınlıkla ilişkili görünen, depresyon ile şiddetlenen, özkıyım düşünce ve girişimleri ile daha da şiddetlenen, depresyon remisyona girdikten sonra da devam eden bu yürütücü işlev bozukluklarıyla ilişkili olabilir. Yürütücü işlevlerde bozulmanın sonucu olarak bu hastaların karar verme ve problem çözme becerileri düşüktür (88–91). Bu durum da sosyal işlevsellik düşüklüğünün sebeplerinden olabilir. Özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda

sık görülen, işlevselliği etkileyen komorbid birinci ve ikinci eksen tanılarının varlığı da sosyal işlevsellikteki düşüklüğe katkıda bulunuyor olabilir.

Psikososyal işlevselliğin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri alt alanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark sadece özerklik ve mesleki işlevsellik alt alanlarında bulunmuştur. Özkıyım girişimi öyküsü olan hasta grubu, özerk yaşayabilme ve mesleki işlevsellik alanlarında özkıyım girişimi öyküsü olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha kötü bulunmuştur. Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta, olmayan gruba kıyasla otonominin daha düşük olması, bu hastalardaki problem çözme becerilerindeki düşüklük, karar verme bozukluğu ve diğer yürütücü fonksiyon bozukluklarıyla ilişkili olabilir. Özerk fonksiyonelliğin düşüklüğü, bu hastaların kendini yük olarak görmesine sebep olabilir. Hastaların kendini yük olarak görmesi ise özkıyım düşünceleriyle ilişkili faktörlerden biridir. Bazı çalışmalarda, hastaların kendisini yük olarak algılamasının, özkıyım düşünceleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (141,142). Mesleki işlevselliğin daha düşük olması, özkıyım girişimi olan hastalarda daha da şiddetli olan kognitif işlevlerdeki bozuklukla ilişkili olabilir. Bu hastalardaki dikkat kontrolü, bellek, çalışan bellek, karar verme ve problem çözme becerilerindeki bozuklukların (80,81) bir sonucu olabilir. Aynı zamanda, özkıyım girişimi öyküsü olan grupta hastalığın daha erken yaşta başlaması, kimi çalışmalara göre hastalık süresinin daha uzun olması, depresif semptomların daha şiddetli olması (133), daha sık hastaneye yatış olması da mesleki işlevsellikte düşüklüğün sebeplerinden biri olabilir.

Bu çalışmada, özkıyım girişimi öyküsü olan hasta grubunda, intihar düşünceleri özkıyım girişimi öyküsü olan gruba kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Major depresif bozukluk tanılı hastalar dikkat, yürütücü işlevler, hafıza ve psikomotor hız gibi alanlarda kognitif işlevlerde bozukluklar göstermektedir (77). Bu bozukluklar, ilk atak depresyonlarda da benzer bulgular gözlenmekte olup (78), remisyon döneminde de devam etmektedir (82). Özkıyım girişimi öyküsü olanlarda dikkat kontrolü, bellek, çalışan bellek, karar verme, problem çözme alanlarındaki yürütücü fonksiyon bozuklukları

daha da şiddetlidir (80,81). Özkıyım düşüncesi olan hastalarda da, girişimi olanlarla benzer yürütücü işlev bozuklukları vardır (88). Bu veriler de prefrontal korteks bozukluklarına sekonder yürütücü işlev bozukluklarının bireysel yatkınlıkla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler de yürütücü işlevlerle ilişkili prefrontal korteks bozukluklarına işaret etmektedir (89). Özkıyım girişimi olan hastalarda DLPFC kimi bölgelerinde rölatif hipometabolizma ve hipometabolizmanın özkıyım düşünceleriyle ilişkisi, fenfluramin uygulanması sonrası künt serotonin yanıtı alınması, özkıyım davranışının prefrontal kortekste serotonin işlev bozukluklarıyla ilişkisini düşündürmektedir (92,99-101). Prefrontal korteks bozukluklarının ve bilişsel işlev bozukluklarının bazıları depresyon remisyona girdikten sonra da gözlenmektedir (96,97). Dahası, özkıyım nedeniyle ölen vakaların yakınlarında da prefrontal korteks yürütücü işlev bozuklukları olduğu gösterilmiştir (102). Bu veriler, prefrontal korteks bozukluklarına ikincil yürütücü işlev bozukluklarının, kalıtılabilir, karakter bağımlı özelliklerden olduğunu, depresyon ile yakından ilişkili olduğunu ve şiddetlendiğini, özkıyım düşünce ve girişimleri varlığında daha da şiddetlendiğini, depresyon remisyona girdikten sonra da devam ettiğini düşündürmektedir. Sonuçlar, özkıyım girişiminin varlığının, remisyon döneminde de özkıyım düşünceleri ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu ilişkiye, remisyon döneminde de devam eden yürütücü işlev bozukluklarının aracı olması mümkündür. Aynı zamanda, özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olmasının, sosyal işlevselliğin daha düşük olmasının, özerkliğin ve mesleki işlevselliğin daha düşük olmasının da özkıyım düşüncelerine etkisi olabilir. Özkıyım girişimlerinin dörtte üçü major depresif ataklar sırasında görülmektedir ve insidans oranı, tam remisyona kıyasla, kısmi remisyonda 4 kat, ataklar sırasında 21 kat daha yüksektir (67). Ayrıca, özkıyım düşüncesi olan major depresif bozukluk tanılı hastalar, sonraki depresif ataklarında da özkıyım düşüncelerine sahip olma eğilimindedir. Özkıyım düşünceleri olmayanların ise, diğer ataklarında özkıyım düşüncelerinin olma ihtimali düşüktür (72). Literatür verileri, özkıyım davranışına prefrontal korteks ve yürütücü işlev bozuklukları ile ilişkili bir

yatkınlığın olduğunu düşündürmekle birlikte, majör depresif bozukluk gelişimi ve özkıyım davranışına giden süreçteki katkıda bulunan diğer faktörler, bu faktörlerin birbirleriyle ilişkileri, yürütücü işlevlerdeki değişiklikler henüz tam olarak anlaşılmamıştır. Major depresif bozukluk, özkıyım düşüncesi açısından en güçlü öngördürücü tanıdır, ancak, plan ve girişime dönüşümleri, anksiyete, dürtü kontrol ve madde kullanım bozuklukları daha güçlü öngördürmektedir (60). Ek tanıların özkıyım düşüncesinden davranışına giden süreçteki rolleri de henüz anlaşılmamıştır. Major depresif bozuklukta, özkıyım düşüncesi ve davranışının anlaşılması ve önlenmesi için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

1. World Health Organization. World Health Statistics 2017 : Monitoring health for the SDGs. WHO. 2017;103.
2. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(3):208-14.
3. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004; 184:386-92.
4. McKnight PE, Kashdan TB. The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clin Psychol Rev*. 2009;24:3-59.
5. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012; 1:1-14.
6. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. WHO. 2017;1-24.
7. Kruijshaar ME, Barendregt J, Vos T, De Graaf R, Spijker J, Andrews G. Lifetime prevalence estimates of major depression: An indirect estimation method and a quantification of recall bias. *Eur J Epidemiol*. 2005;20(1):103-11.
8. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168-76.
9. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
10. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med*. 2010;71(2):305-313.
11. Kolovos S, van Tulder MW, Cuijpers P et al. The effect of treatment as usual on major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;210:72-81.
12. Rush JA, Warden D, Wisniewski SR et al. STAR*D: Revising conventional wisdom. *CNS Drugs*. 2009;23(8):627-47.
13. Rush AJ, Fava M, Wisniewski SR et al. Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): Rationale and design. *Control Clin Trials*. 2004;25(1):119-42.
14. Gopinath S, Katon WJ, Russo JE, Ludman EJ. Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):57-63.
15. Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman ATF. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder

- in the adult population. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122(3):184-91.
16. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med.* 2013;10(11):e1001547.
 17. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry.* 2006;163(9):1561-8.
 18. Cabello M, Mellor-Marsá B, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, Ayuso-Mateos JL. Psychosocial features of depression: A systematic literature review. *J Affect Disord.* 2012;141(1):22-33.
 19. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A Systematic Review of the Mortality of Depression. *Psychosom Med.* 1999;61(1):6-17.
 20. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):248-63.
 21. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis.* 2006;27(1):4-15.
 22. Wortzel HS, Gutierrez PM, Homaifar BY, Breshears RE, Harwood JE. Surrogate endpoints in suicide research. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(5):500-5.
 23. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(5):519-32.
 24. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996;26(3):237-52.
 25. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: A systematic literature review. *Suicide Life Threat Behav.* 2017.
 26. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol.* 2006;115(3):616-23.
 27. Crosby AE, Ortega LV, Melanson C. *Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements.* 1st Edition. Atlanta, Georgia. 2011;91.
 28. Preventing suicide: A global imperative. WHO. 2014;92.
 29. World Health Organization. Preventing suicide. *CMAJ.* 2014;143(7):609-10.
 30. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):98-105.
 31. Hintikka J, Pesonen T, Saarinen P, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(12):590-4.

32. Pedersen NL, Fiske A. Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: Twin study findings. *Eur Psychiatry*. 2010;25(5):264-7.
33. Dutta R, Ball HA, Siribaddana SH et al. Genetic and other risk factors for suicidal ideation and the relationship with depression. *Psychol Med*. 2017;47(14):2438-2449.
34. Roy A, Segal NL. Suicidal behavior in twins: A replication. *J Affect Disord*. 2001;66(1):71-4.
35. Brent DA, Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008; 31(2):157-77.
36. Mirkovic B, Laurent C, Podlipski MA, Frebourg T, Cohen D, Gerardin P. Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Directions. *Front psychiatry*. 2016;7:158.
37. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hebert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry*. 2008;193(2):134-9.
38. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008;32(6):607-19.
39. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci*. 2012;35(1):14-23.
40. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016;46(2):225-36.
41. Jamison EC, Bol KA. Previous Suicide Attempt and Its Association With Method Used in a Suicide Death. *Am J Prev Med*. 2016;51(5):226-233.
42. Abeyasinghe R, Gunnell D. Psychological autopsy study of suicide in three rural and semi-rural districts of Sri Lanka. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(4):280-5.
43. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):562-3.
44. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617-28.
45. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2004;4(37).
46. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol psychiatry*. 2010;15(8):868-76.
47. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(3):181-92.
48. Milner A, Page A, Morrell S et al. The effects of involuntary job loss on suicide and suicide attempts among young adults: evidence from a

- matched case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(4):333-40.
49. Milner A, Morrell S, LaMontagne AD. Economically inactive, unemployed and employed suicides in Australia by age and sex over a 10-year period: what was the impact of the 2007 economic recession? *Int J Epidemiol*. 2014;43(5):1500-7.
 50. Ajdacic-Gross V, Ring M, Gadola E et al. Suicide after bereavement: an overlooked problem. *Psychol Med*. 2008;38(5):673-6.
 51. Wang M, Alexanderson K, Runeson B, Mittendorfer-Rutz E. Sick-leave measures, socio-demographic factors and health care as risk indicators for suicidal behavior in patients with depressive disorders--a nationwide prospective cohort study in Sweden. *J Affect Disord*. 2015;173:201-10.
 52. Stein DJ, Chiu WT, Hwang I et al. Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*. 2010;5(5):10574.
 53. McCall WV, Black CG. The link between suicide and insomnia: Theoretical mechanisms. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(9):389.
 54. Fazel S, Wolf A, Pillas D, Lichtenstein P, Långström N. Suicide, fatal injuries, and other causes of premature mortality in patients with traumatic brain injury: a 41-year Swedish population study. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3):326-33.
 55. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: A systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*. 2013;103(3):30-42.
 56. Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10-51.
 57. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med*. 2001;31(5):837-45.
 58. Wu A, Wang JY, Jia CX. Religion and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0131715.
 59. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2303-8.
 60. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res*. 2016;20(1):1-21.
 61. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Mental, neurological, and substance use disorders. 3rd edition. *Disease Control Priorities*, 2016.
 62. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: Sex and age determinants. *J Affect Disord*. 1999;55(2-3):171-8.
 63. Mrazek DA, Hornberger JC, Altar CA, Degtiar I. A Review of the Clinical, Economic, and Societal Burden of Treatment-Resistant Depression: 1996-2013. *Psychiatr Serv*. 2014;65(8):977-87.
 64. Diazgranados N, Ibrahim L, Brutsche N et al. Rapid resolution of suicidal ideation after a single infusion of an N-methyl-D-aspartate antagonist in patients with treatment-resistant major depressive

- disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1605–11.
65. Perroud N, Uher R, Hauser J et al. History of suicide attempts among patients with depression in the GENDEP project. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):131-7.
 66. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1094-100.
 67. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IAK, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):801-8.
 68. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7):1139-49.
 69. Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: Findings from the STAR*D trial. *J Affect Disord*. 2007;97(1-3):77-84.
 70. Kim SW, Stewart R, Kim JM et al. Relationship Between a History of a Suicide Attempt and Treatment Outcomes in Patients With Depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31(4):449-56.
 71. Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depress Anxiety*. 2009;26(6):568-74.
 72. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJW, Segal ZV. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *J Affect Disord*. 2006;91(2-3):189-94.
 73. Trivedi MH, Morris DW, Wisniewski SR et al. Clinical and sociodemographic characteristics associated with suicidal ideation in depressed outpatients. *Can J Psychiatry*. 2013;58(2):113-22.
 74. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):17-28.
 75. Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? *Can J Psychiatry*. 2014;59(3):120-30.
 76. Oquendo MA, Currier D. Can novel nosological strategies aid in the identification of risk for suicidal behavior? *Crisis*. 2009;30(4):171-3.
 77. Clark M, DiBenedetti D, Perez V. Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2016;16(4):455-63.
 78. Knight MJ, Baune BT. Cognitive dysfunction in major depressive disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(1):26-31.
 79. Allott K, Fisher CA, Amminger GP, Goodall J, Hetrick S. Characterizing neurocognitive impairment in young people with major depression: state, trait, or scar? *Brain Behav*. 2016;6(10):e00527.
 80. Christensen MV, Kyvik KO, Kessing LV. Cognitive function in unaffected twins discordant for affective disorder. *Psychol Med*.

- 2006;36(8):1119-29.
81. Lee RSC, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2012;140(2):113-24.
 82. Hammar A, Sørensen L, Ardal G et al. Enduring cognitive dysfunction in unipolar major depression: A test-retest study using the Stroop paradigm. *Scand J Psychol.* 2010;51(4):304-8.
 83. Paelecke-Habermann Y, Pohl J, Leplow B. Attention and executive functions in remitted major depression patients. *J Affect Disord.* 2005;89(1-3):125-35.
 84. Reppermund S, Ising M, Lucae S, Zihl J. Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. *Psychol Med.* 2009;39(4):603-14.
 85. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychol Bull.* 2013;139(1):81-132.
 86. Keilp JG, Gorlyn M, Russell M et al. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. *Psychol Med.* 2013;43(3):539-51.
 87. Raust A, Slama F, Mathieu F et al. Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychol Med.* 2007;37(3):411-9.
 88. Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Castelnau D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord.* 2007;99(1-3):59-62.
 89. van Heeringen C, Bijttebier S, Godfrin K. Suicidal brains: A review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(3):688-98.
 90. Pollock LR, Williams JM. Problem-solving in suicide attempters. *Psychol Med.* 2004;34(1):163-7.
 91. Muscara F, Catroppa C, Anderson V. Social problem-solving skills as a mediator between executive function and long-term social outcome following paediatric traumatic brain injury. *J Neuropsychol.* 2008;2:445-61.
 92. Bredemeier K, Miller IW. Executive function and suicidality: A systematic qualitative review. *Clin Psychol Rev.* 2015;40:170-83.
 93. Marzuk PM, Hartwell N, Leon AC, Portera L. Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112(4):294-301.
 94. Gujral S, Dombrovski AY, Butters M, Clark L, Reynolds CF, Szanto K. Impaired executive function in contemplated and attempted suicide in late life. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014;22(8):811-9.
 95. Sudol K, Mann JJ. Biomarkers of suicide attempt behavior: Towards a biological model of risk. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(6):31.
 96. Monkul ES, Hatch JP, Nicoletti MA et al. Fronto-limbic brain structures in suicidal and non-suicidal female patients with major depressive disorder. *Mol Psychiatry.* 2007;12(4):360-6.


97. Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V et al. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *Am J Psychiatry*. 2008;165(6):740-8.
98. Sublette ME, Milak MS, Galfalvy HC, Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ. Regional brain glucose uptake distinguishes suicide attempters from non-attempters in major depression. *Arch Suicide Res*. 2013;17(4):434-47.
99. Leyton M, Paquette V, Gravel P et al. alpha-[11C]Methyl-L-tryptophan trapping in the orbital and ventral medial prefrontal cortex of suicide attempters. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006;16(3):220-3.
100. Van Heeringen C, Audenaert K, Van Laere K et al. Prefrontal 5-HT_{2a} receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. *J Affect Disord*. 2003;74(2):149-58.
101. Audenaert K, Van Laere K, Dumont F et al. Decreased frontal serotonin 5-HT_{2a} receptor binding index in deliberate self-harm patients. *Eur J Nucl Med*. 2001;28(2):175-82.
102. Pu S, Nakagome K, Yamada T et al. Suicidal ideation is associated with reduced prefrontal activation during a verbal fluency task in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2015;181:9-17.
103. Desmyter S, van Heeringen C, Audenaert K. Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;35(4):796-808.
104. Amen DG, Prunella JR, Fallon JH, Amen B, Hanks C. A comparative analysis of completed suicide using high resolution brain SPECT imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009;21(4):430-9.
105. Ding Y, Lawrence N, Olié E et al. Prefrontal cortex markers of suicidal vulnerability in mood disorders: a model-based structural neuroimaging study with a translational perspective. *Transl Psychiatry*. 2015;5(2):516.
106. Jollant F, Lawrence NS, Olié E et al. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *NeuroImage*. 2010;51(3):1275-81.
107. Olié E, Ding Y, Le Bars E et al. Processing of decision-making and social threat in patients with history of suicidal attempt: A neuroimaging replication study. *Psychiatry Res*. 2015;234(3):369-77.
108. Ding Y, Pereira F, Hoehne A et al. Altered brain processing of decision-making in healthy first-degree biological relatives of suicide completers. *Mol Psychiatry*. 2017;22(8):1149-1154.
109. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
110. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDO)'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği ve Klinikte Kullanımı. *SP Dergisi*. 1996;4:251-9.
111. Spielberger C. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press. 1983;4-26.
112. Öner N, LeCompte WA. *Durumluluk/ sürekli kaygı envanteri el kitabı*.

- ikinci baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
113. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation self-evaluation scale. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1997;1:57-70.
 114. Akkaya C, Sarandöl A, Esen Danaci A, Sivrioğlu EY, Kaya E, Kirli S. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDO) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2008;19(3):292-9.
 115. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42(6):861-5.
 116. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. *Kriz Dergisi.* 1998;1(3):139-42.
 117. Durak A, Palabıyıkolu R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi.* 1963;2(2):311-9.
 118. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP. Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;80(3):216-20.
 119. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Bilimler Kongresi bilimsel çalışma kitabı. 1995;40-41.
 120. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007;3:5.
 121. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe sürümünün bipolar bozuklukta güvenilirliği ve geçerliliği. 2012;23:1-8.
 122. Dong M, Wang SB, Li Y et al. Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: A comprehensive meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;225:32-9.
 123. Su MH, Chen HC, Lu ML et al. Risk profiles of personality traits for suicidality among mood disorder patients and community controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;137(1):30-8.
 124. Jeon HJ, Park JI, Fava M et al. Feelings of worthlessness, traumatic experience, and their comorbidity in relation to lifetime suicide attempt in community adults with major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2014;166:206-12.
 125. Brown CR, Hambleton IR, Sobers-Grannum N et al. Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. *BMC Public Health.* 2017;17(1):577.
 126. Hamilton E, Klimes-Dougan B. Gender differences in suicide prevention responses: Implications for adolescents based on an illustrative review of the literature. *Int J Environl Res Public Health.* 2015;12(3):2359-72.
 127. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(10):1058-64.
 128. Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand.*

- 2007;116(6):419-28.
129. Azorin JM, Kaladjian A, Besnier N et al. Suicidal behaviour in a French Cohort of major depressive patients: characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord.* 2010;123(1-3):87-94.
 130. Zhu Y, Zhang H, Shi S et al. Suicidal risk factors of recurrent major depression in Han Chinese women. *PLoS One.* 2013;8(11):e80030.
 131. Bulik CM, Carpenter LL, Kupfer DJ, Frank E. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *J Affect Disord.* 1990;18(1):29-37.
 132. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord.* 1995;34(3):173-85.
 133. Sokero TP, Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry.* 2005;186:314-8.
 134. Erić AP, Erić I, Ćurković M et al. The temperament and character traits in patients with major depressive disorder and bipolar affective disorder with and without suicide attempt. *Psychiatr Danub.* 2017;29(2):171-8.
 135. Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2010;44(13):817-26.
 136. Riihimäki K, Vuorilehto M, Isometsä E. Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study. *J Affect Disord.* 2014;155:303-6.
 137. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry.* 2003;44(1):35-43.
 138. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up study. *Depress Anxiety.* 2008;25(6):477-81.
 139. Kelly TM, Soloff PH, Lynch KG, Haas GL, Mann JJ. Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2000;14(4):316-26.
 140. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: Fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med.* 2004;34(7):1331-7.
 141. Cukrowicz KC, Cheavens JS, Van Orden KA, Ragain RM, Cook RL. Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychol Aging.* 2011;26(2):331-8.
 142. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner TE. Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior among adults. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):72-83.

EKLER

Ek-1: Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği

	UU-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 1 / 2
Rev.No : 00	Rev.Tarihi :		


Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

1. Depresif ruh hali
(keder, tümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 2. Suçluluk duygulan
 3. İntihar
 4. Uykuya dalamamak
 5. Geceyanı uyanmak
 6. Sabah erken uyanmak
 7. Çalışma ve aktiviteler
0. Yok
 1. Yalnızca sorulan cevaplarken anlaşılıyor.
 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 3. Hastada bunları bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
 0. Yok
 1. Kendi kendini kırıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma değildir. Suçluluk hezeyanları.
 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
 0. Yok.
 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
 3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
 1. Bazen gece yatığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
 2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
 2. Gece yanısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalyor.
 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



	UU-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa
	Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	2 / 2

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
17. Durumu hakkında görüşü
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tımak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzültüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlmli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunları:*
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sirt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşlamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0,5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



Ek- 2: sosyodemografik Veri Toplama Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Adı Soyadı:

Protokol Numaras:

Cinsiyet:

kadın erkek

Yaş:

Medeni Durumu:

evli bekar dul/ boşanmış

Eğitim Düzeyi:

okur yazar ilkokul mezunu ortaokul mezunu lise mezunu

üniversite mezunu

Meslek:

işsiz ev hanımı memur işçi serbest meslek emekli
 öğrenci

Hastalık Başlangıç Yaşı:

Hastalık Süresi:

Toplam Dönem Sayısı:

Hastanede Yatış Sayısı:

Şu an kullandığı ilaçlar:

Geçmişte İntihar Girişimi Oldu mu? evet hayır

Geçmişte intihar girişimi oldu ise sayısı:

Birinci derece akrabalarında majör depresif bozukluk tanılı kişi var mı?

Ek psikiyatrik hastalığı var mı? evet hayır

Ek psikiyatrik hastalığı var ise tanısı?

Alkol ya da madde kötüye kullanımı/ bağımlılığı var mı? evet hayır

Ek-3: Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch ve R. Lushene tarafından İngilizce olarak geliştirilmiş ve Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünde Necia ÖNER ve Ayhan LECOMPTE tarafından Türkçeye adapte edilmiştir.

STAI FORM TX - 1

İsmin Cinsiyet Yaş Meslek Tarih

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahattanmış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

180 FORM 0039-a

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

C.D. Spielberg, R.L. Gorsuch ve R. Lushene tarafından İngilizce olarak geliştirilmiş ve Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümünde Necla ÖNER ve Ayhan LECOMPTE tarafından Türkçeye adapte edilmiştir.

STAI FORM TX - 2

İsim _____ Cinsiyet _____ Yaş _____ Meslek _____ Tarih _____

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **genel olarak** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen Hiç Bir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	(1)	(2)	(3)	(4)

180 FORM 0039-b

Ek-5: Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği

SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SUKDÖ)

Ad, Soyad:

Tarih: / /

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları su anki fikrinize göre cevaplamanız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

Bir işiniz var mı? Evet Hayır

Cevabınız Evet ise:

1. İşinize ilginiz nasıl?
() Çok () Orta () Az () Hiç yok

Cevabınız Hayır ise:

2. Ev işlerine ilginiz nasıl?
() Çok () Orta () Az () Hiç yok

3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

- () Çok zevk alıyorum () Orta düzeyde zevk alıyorum
() Az zevk alıyorum () Hiç zevk almıyorum

4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

- () Çok () Orta () Az () Hiç yok

5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?

- () Çok iyi () İyi
() Fena değil () Tatmin edici değil

6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?

- () Çok sık () Sık
() Nadiren () Hiç

7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

- () Çok iyi () İyi
() Fena değil () Tatmin edici değil

8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

- () Birçok insanla var () Birkaç insanla var
() Pek az insanla var () Hiç kimseyle yok

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?
() Çok gayret ederim () Gayret ederim
() Orta derecede gayret ederim () Gayret etmem
10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
() Çok iyi () İyi
() Fena değil () Tatmin edici değil
11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?
() Çok değer veririm () Değer veririm
() Çok az değer veririm () Hiç değer vermem
12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?
() Çok sık () Sık
() Nadiren () Hiç
13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?
() Her zaman () Sıklıkla
() Nadiren () Hiç
14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindedesiniz?
() Tamamen () Orta derecede
() Az () Hiç
15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemsersiniz?
() Çok () Orta () Pek değil () Hiç
20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?
() Fazlasıyla () Orta () Pek değil () Hiç

Ek- 6: Beck Umutsuzluk Ölçeği

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum..... Evet Hayır
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur..... Evet Hayır
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor..... Evet Hayır
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum..... Evet Hayır
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var..... Evet Hayır
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum..... Evet Hayır
7. Geleceğimi karanlık görüyorum..... Evet Hayır
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum..... Evet Hayır
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok..... Evet Hayır
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı..... Evet Hayır
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor..... Evet Hayır
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum..... Evet Hayır
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum..... Evet Hayır
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor..... Evet Hayır
15. Geleceğe büyük inancım var..... Evet Hayır
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur..... Evet Hayır
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi..... Evet Hayır
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor..... Evet Hayır
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum..... Evet Hayır
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim..... Evet Hayır

Ek- 7: İntihar düşüncesi Ölçeği

İNTIHAR DÜŞÜNCE Sİ ÖLÇEĞİ (İDÖ)

Son 1 hafta içinde aşağıdaki cümlelerde belirtilen düşüncelerden size uyanlar için evet, uymayanlar için hayır yanıtını işaretleyiniz.

1. Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.
Evet Hayır
2. Bazen başkalarını incitme isteği duyuyorum.
Evet Hayır
3. İncinmem veya yaralanmam umurumda değil.
Evet Hayır
4. Kendim için birşeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim.
Evet Hayır
5. Geleceğim bana karanlık görünüyor.
Evet Hayır
6. İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.
Evet Hayır
7. İstedğim hiçbir şeyi elde edemiyorum.
Evet Hayır
8. Hiçbir şey istediğim gibi değil.
Evet Hayır
9. Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.
Evet Hayır
10. İntihar girişiminde bulunacak olsam, öncesinde en az üç saat bunu düşünürdüm.
Evet Hayır
11. Geçen yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim.
Evet Hayır
12. Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.
Evet Hayır
13. Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.
Evet Hayır
14. İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum.
Evet Hayır
15. Kötü birşeyler yapmışım gibi geliyor.
Evet Hayır
16. Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum.
Evet Hayır
17. Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum.
Evet Hayır

Ek- 8: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır?
Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK 1. Evde sorumluluk üstlenme 2. Kendi başına yaşayabilme 3. Alışveriş yapabilme 4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK 5. Maaşlı bir işte çalışabilme 6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme 7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme 8. Mesleki kazanımlar elde etme 9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK 10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme 11. Akıldan hesap yapabilme 12. Bir problemi hakkıyla çözebilme 13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme 14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
MALİ KONULAR 15. Kendi parasını idare edebilme 16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER 17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme 18. Sosyal faaliyetlere katılabilme 19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme 20. Ailesiyle birlikte yaşama 21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması 22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ 23. Egzersiz veya spor yapma 24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Prof. Dr. Cengiz Akkaya, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, ve Doç. Dr. S. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı üyesi Dr. Güven Özkaya'ya, Psikiyatri kliniği ve polikliniğinin tüm hemőire ve personeline,

Aynı yolda birlikte ilerlediğim Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli çalışma arkadaşlarıma,

Her koşulda bana destek olan aileme teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında ailemin ikinci çocuğu olarak dünyaya geldim. Liseyi Silivri Hasan Sabriye gümüş Anadolu Lisesi' nde bitirdikten sonra 2006 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi' nde eğitimime başladım. 2012 yılında mezun olduktan sonra 2 ay Silivri Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanesi Acil Servisinde pratisyen hekim olarak görev yaptım.

Temmuz 2013' te Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı' nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim sırasında Bilişsel Davranışçı Terapi teorik eğitimini ve Aile ve Eş Terapisi eğitimini tamamladım.