



T.C.

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
DEPRESYON, İNTİHAR OLASILIĞI VE MESLEKİ KARAR PİŞMANLIĞI
İLİŞKİSİ

Dr. Ezgi TOPALOĞLU CİVELEK

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2023



T.C.

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
DEPRESYON, İNTİHAR OLASILIĞI VE MESLEKİ KARAR PİŞMANLIĞI
İLİŞKİSİ**

Dr. Ezgi TOPALOĞLU CİVELEK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

BURSA-2023

İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş ve Amaç.....	1
Gereç ve Yöntem.....	10
Bulgular.....	14
Tartışma ve Sonuç.....	41
Kaynaklar.....	47
Ekler.....	55
Teşekkür.....	61
Özgeçmiş.....	62

ÖZET

Tıp öğrencilerinde giderek artan depresyon ve intihar endişe uyandırmaktadır. Bu çalışmayla tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, intihar olasılığı ve mesleki pişmanlık ilişkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimine devam eden gönüllü 208 öğrenci dâhil edilmiştir. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülüp; Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D), İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ), Mesleki Karar Pişmanlığı Ölçeği (MKPÖ) ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda tıp fakültesini seçmekten pişman olanlarda, geçmişinde intihar girişimi bulunanlarda, sigara kullananlarda, alkol kullananlarda, sosyoekonomik durumu kötü olanlarda depresyon ve intihar olasılığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Süreğen hastalığı olanlarda ve daha önce staj ya da sene tekrarı yapanlarda da mesleki karar pişmanlığı daha yüksek bulunmuştur. 4. ve 6. sınıfların tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranları 1. sınıfa göre yüksek bulunmuştur. Pişmanlık nedenlerine bakıldığında 4. ve 6. sınıfların çalışma koşulları ve ekonomik sebepler nedeniyle pişmanlığı 1. sınıflara göre daha fazla, 6. sınıfların hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişmanlığı 1. ve 4. sınıflara göre daha fazla bulunmuştur. Pişmanlık nedenlerinin sayısı arttıkça depresyon ve intihar olasılığının da arttığı görülmüştür. Meslek seçimi kararından pişmanlığı etkileyen faktörler incelendiğinde, çalışma koşullarından pişmanlık ve bulunulan sınıfın etkili olduğu görülmüştür.

Tıp öğrencilerinde depresyon, intihar düşüncesi ve mesleki pişmanlık ilişkisini ve nedenlerini saptayabilmek, bizlere erken müdahale açısından önemli bir alan sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, İntihar, Tıp Öğrencileri, Mesleki Pişmanlık.

SUMMARY

Relationship of Depression, Suicide Probability and Career Decision Regret in Bursa Uludağ University Medical Faculty Students

Increasing depression and suicide rates in medical students are raising concerns. In this study, it is aim to reveal the relationship between depression, suicide probability and career decision regret among medical students.

208 students are included in this study, who continue their education at Bursa Uludağ University, Faculty of Medicine. Participants who were evaluated with Sociodemographic Data Form, Beck Depression Inventory (BDI), Suicide Probability Scale (SPS), and Decision Regret Scale (DRS) (adapted form for the career choice) were seen cross-sectionally once.

In our study, the probability of depression and suicide was found to be higher in those who regret their choice of medical school; have attempted suicide in the past, smoke, use alcohol and have poor socioeconomic status. Career decision regret was found to be higher in those with chronic disease and those who repeated their internship or the year. The 4th and 6th graders' regrets about choosing a medical school were higher than the 1st graders. Considering the reasons for regret, it was found that the 4th and 6th graders were more regretful than the 1st graders due to the working conditions and economic reasons. It was found that 6th graders regretted their choice of medical school more than 1st and 4th graders due to the decrease in the prestige of the medical profession. It was observed that the probability of depression and suicide increased as the number of reasons for regret increased It was observed that the working conditions and the university years of the students had an impact on the regret factors of choosing the profession.

Identifying the relationship and causes of depression, suicidal ideation and career decision regret in medical students can provide us with an important area for early intervention.

Keywords: Depression, Suicide, Medical Students, Career Decision
Regret.

GİRİŞ

1. Depresyon

Depresyon; en az iki hafta süreyle çökkün duygudurum, enerji azlığı, ilgi kaybı, konsantrasyon azlığı, suçluluk duyguları, özgüven kaybı, karamsarlık, kendine zarar verme düşünceleri, libido azalması, uyku ve iştah değişiklikleri gibi özelliklerin varlığıyla karakterize bir durumdur (1). Majör depresif bozukluğun (MDB) yıllık prevalansı ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermekle birlikte genel olarak yaklaşık %6'dır (2). Yaşam boyu depresyon riski bundan üç kat daha fazladır (%15-18), bu da MDB'nin yaygın olduğu ve neredeyse beş kişiden birinin yaşamlarının belli bir noktasında bir depresyon atağı yaşadığı anlamına gelir (3). MDB'nin ilk atağının başlaması için en olası dönem, ergenliğin ortasından 40'lı yaşların ortalarına kadar uzanır ve ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortasıdır. Ancak hastaların yaklaşık %40'ı ilk depresyon atağını 20 yaşından önce yaşar (4,5). Yaşam boyunca, depresyon kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha sık görülür ve her iki cinsiyette de yaygınlık, yaşamın ikinci ve üçüncü on yıllarında zirveye ulaşır (2,5-7).

MDB'nin patofizyolojisinin anlaşılması önemli ölçüde ilerlemiştir ancak tek bir model veya mekanizma, hastalığın tüm yönlerini yeterli düzeyde açıklayamamıştır. Farklı hastalardaki atakların veya aynı hastada farklı zamanlarda ortaya çıkan farklı atakların altında farklı nedenler veya patofizyolojiler yatıyor olabilir. Psikososyal stresörler ve biyolojik stresörler farklı patogenezlerle sonuçlanabilir (8). Depresyon etiyolojisinde monoaminler (serotonin, noradrenalin ve dopamin), gama amino bütirik asit ve glutamat gibi kimyasal ileticilerin işlevlerindeki anormalliklerin rol oynadığı bildirilmiştir (9,10). Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini, uzun yıllardır depresyon araştırmalarının odak noktası olmuştur. Şiddetli depresyondaki en tutarlı biyolojik bulgulardan biri, artan plazma kortizol miktarıdır. Bunun, stresle ilişkili aşırı kortizol salınması ve bozulmuş glukokortikoid reseptör aracılığıyla geri

bildirim baskılanmasının birlikte etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda, HPA eksenini değişiklikleri bozulmuş bilişsel işlevlerle, zayıf klinik yanıt ya da yüksek yineleme ile ilişkilidir (11–14). Periferik sitokin konsantrasyonları da beyin işlevi ve özellikle bilişsel işlevlerin sağlıklı olması ile ilişkilendirilmiştir (15). Periferik sitokinler, kan-beyin bariyerini geçtikten sonra ya doğrudan nöronlar ya da astrositler ve mikroglia gibi destekleyici hücreler yoluyla da etki edebilirler (16). Bu mekanizmalar, otoimmün hastalığı ya da ciddi enfeksiyonu olan kişilerin depresyon geçirme olasılığının daha yüksek olmasının ve interferon gama ve interlökin-2 gibi tedavi amacıyla uygulanan sitokinlerin depresyonu tetikleyebilmesinin nedenini açıklayabilir (17). MDB tanısı olan hastalarda yapılan yapısal araştırmalarda, hipokampal hacmin olmayanlara kıyasla daha küçük olduğu tutarlı şekilde saptanmıştır. Bazı araştırmalarda hacim kaybının derecesi, tedavi edilmemiş yaşam boyu depresyon süresiyle de ilişkilendirilmiştir (18–20). İşlevsel nörogörüntüleme yöntemleri duygu düzenleme, ruminasyon, anhedoni ile ilgili bozulmuş ödül yolları ve öz farkındalık gibi süreçlerde yer alan beyin ağları hakkında bilgi sağlamaktadır. Depresif bozukluklarda bu beyin ağlarını inceleyen araştırmalarda, amigdala aktivitesinin ve bağlantılarının arttığı, subgenual anterior singulat gibi diğer yapıların aşırı çalıştığı ancak insula ve dorsolateral prefrontal korteks aktivitesinin azaldığı saptanmıştır (21,22). İkiz ve evlat edinme çalışmaları, MDB'nin orta derecede kalıtsal özellik taşıdığını göstermiştir. Birinci derece akrabalarında MDB tanısı olanların, olmayanlara göre MDB yaşama riski üç kat fazladır. Ancak sorumlu genlerin güvenilir bir şekilde tanımlanmasının zor olduğu da bilinmektedir (23). Yaşam olaylarının da majör depresif bozukluğu tetikleyebileceği uzun zamandır bilinmektedir (24,25). Aynı zamanda çevre özellikleri ve özellikle yaşamın erken dönemlerinde şiddetli stres veya travma geçirmiş olma, epigenetik modifikasyonlara sebep olup ömür boyu sürececek moleküler değişikliklere yol açarak depresyonun gelişmesinde rol oynayabilir (26).

Depresyon tanısı için Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ve International Classification of Diseases (ICD) olmak üzere iki ana sınıflandırıcı tanı sistemi kullanılmaktadır. Ancak belirtilerin hiçbiri

depresyon için belirleyici değildir ve diğer psikiyatrik ya da tıbbi hastalıklarda da görülebilir. Bu nedenle depresyonun bir bozukluk olarak tanımlanması, bir küme oluşturan ve işlevsel bozulmaya neden olan belirtilere dayanmaktadır (27). Her iki tanı sistemi (ICD ve DSM) MDB tanısı için kullanılmakla birlikte DSM kullanımı daha yaygındır. DSM-5'e göre MDB tanısı koyulabilmesi için kişide en az iki hafta süre ile, neredeyse her gün, işlevsellik düzeyinde azalma olması ile birlikte, en az biri depresif duygudurum ya da anhedoni ya da ilgi kaybı olmak üzere; kilo kaybı ya da alımı, uykusuzluk ya da fazla uyku, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, bitkinlik, değersizlik ya da suçluluk duyguları, odaklanmada güçlük ya da kararsızlık, yineleyen intihar düşünceleri ya da girişimi belirtilerinin en az beşinin bulunması gereklidir. Depresif belirtiler var olmasına rağmen sayı ve şiddet açısından MDB tanısı koymak için yeterli düzeyde değilse, bunlara eşik altı depresif belirtiler denir. Bunlar, bozukluğun erken belirtileri olabileceği için önemlidir (28).

Bir depresif atağı tedavi ederken, öncelikli hedef belirtilerin tümüyle ortadan kaldırılmasıdır ve genel olarak bu amaca farmakoterapi, psikoterapi, veya her ikisinin kullanılmasıyla ulaşılabilir (29,30). Hafif şiddette MDB vakaları için tek başına psikoterapi de yeterli olabilir. Orta şiddetteki depresyonu tedavisinde psikoterapinin yeri vardır ancak çoğu durumda farmakoterapi ile psikoterapinin birlikte kullanılması tercih edilir. Şiddetli MDB vakalarında, ilaç birinci basamak tedavi olarak düşünölmeli ve ilaca yanıt vermeyen hastalar için elektroşok tedavisi de seçenek olarak akılda tutulmalıdır (31).

1.A. Tıp Öğrencilerinde Depresyon

Tıp eğitimi öğrencilerin, akademik baskı, iş yükü, uyku yoksunluğu, boş zaman azlığı, kısa sürede yeni birçok bilgi öğrenme zorunluluğu, eğitimin sonunda başka insanların sağlığından doğrudan sorumlu olma ve bazen maddi kaygılar gibi birçok stres kaynağıyla karşı karşıya kaldığı uzun bir süreçtir (32,33). Tıp fakültelerinin öğrenciler için stresli ortamlar olduğu ve tıp fakültesi öğrencilerinin diğer fakülte öğrencilerine göre daha yüksek oranda depresyon yaşadıkları saptanmıştır (34–37). 2016 yılında yapılan bir meta-analize göre, tıp öğrencileri arasında depresif belirtilerin yaygınlığı %27,2 olarak tespit edilmiştir (35). Çalışmalarda Türkiye'deki tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon prevalansı %20-40 arasında değişen yaygınlık ile önemli bir sorun gibi görünmektedir (38–40). Hekim olma isteği konusunda kararsızlık, tıp eğitiminden beklentiler, tıp eğitiminin yoğunluğu, çalışma koşulları öğrencilerin depresyon yaşamaları ile ilişkilidir (39). Lise eğitiminden tıp eğitimine, klinik öncesinden klinik eğitime ve klinik eğitiminden meslek hayatına geçiş dönemleri gibi bazı kritik noktalarda stresin daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada birçok öğrenci, dördüncü sınıfa geçişin stresli olduğunu çünkü artık sadece sınav geçmek için çalışmanın yetmeyeceğini, gelecekte hastalarının sağlığı için öğrenmeleri gerektiğini hissettiklerini belirtmişlerdir (41). Tıp öğrencilerinin ruhsal iyiliği sadece kendileri için değil gelecekte sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hekim hasta ilişkisi için de önemlidir (42). Tıp öğrencileri arasında depresif belirtileri önlemek, aynı zamanda tıbbi hataları azaltmak ve böylece hastalara sağlanan bakımın kalitesini arttırmak için depresyonla ilişkili etkenler tanımlanmalı ve ele alınmalıdır (43).

Ülkemizde öğrencilerin son yılında intörn doktor olarak çalıştıkları tıp fakültesi eğitimi altı yılda tamamlanmaktadır. Tıp eğitimi süresince öğrenciler çeşitli aşamalarda kaygı yaratan çok sayıda durumla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu süreçte meslek yaşamlarına sadece birkaç ay kalmış son sınıf öğrencilerinin de öğrencilik yaşamlarının bitmesi, mezuniyetlerinin yakın olması nedeniyle sorumluluklarının artması, mesleki kariyerle ilgili belirsizlik gibi stres yaratan birçok faktörle baş etmeleri gerektiği şüphesizdir. Tıp

fakültesi eğitimi sonrasında insan sağlığı konusunda sorumluluk yüklenmek durumunda olan hekimlerde yüksek kaygı görülmesinin, psikolojik olarak yıpranmaya yol açabileceği ve stres altındaki hekimlerin, hastalarının tedavilerini en iyi şekilde yapamayacakları ve hata yapmaya açık olabilecekleri düşünülmektedir (41).

2. İntihar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intiharı kişinin bilinçli olarak kendini öldürmesi olarak tanımlamaktadır ve yine DSÖ'nün tanımlamasına göre intihar davranışı; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharı içermektedir (44). İntihar düşünceleri; kişinin kendisini öldürmeyi düşündüğü ve bunun üzerine plan yaptığı aktif intihar düşüncesi ve yapılan bir plan olmadan sadece ölmüş olmayı dileme olarak tanımlanan pasif intihar düşüncesi olarak sınıflandırılmaktadır. İntihar girişimi ise, ölüm niyeti ile yapılan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunmaktır (45).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) intihar davranışını daha kapsamlı bir yelpazede değerlendirerek düşünce, niyet, girişim, tamamlanmış girişim, davranışın ölümcüllüğü ve intihar niyeti olmayan kendine zarar verme eylemi olarak sınıflandırmıştır (46,47). İntihar düşünceleri; eyleme geçmemiş fakat kişinin kendini nerede, ne zaman, nasıl öldüreceği hakkındaki düşünceler ile karakterize niyet ve planlardır. İntihar niyeti; ölmek için kendine zarar verme davranışında bulunma isteğidir. Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı intihar girişimi, ölümle sonuçlanan ise tamamlanmış intihar ya da sadece intihar olarak adlandırılır (48).

Dünyada her yıl 800.000'e yakın insan intihar ile ölmektedir ve tüm intiharların yaklaşık üçte biri gençler arasında olmaktadır (49). İntihar, tüm ölüm sebepleri içerisinde 15. sırada, 15-29 yaş aralığındaki nüfusta ise 2. sırada yer almaktadır. DSÖ'nün 2016 verilerine göre dünya genelinde saptanmış intihar oranı her 100.000 kişide 10,5 olarak karşımıza çıkmaktadır (44). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre 2017-2021 yılları arasında intihar sonucu ölümlerin oranı %1,9-12,2 arasında görülmekle birlikte

giderek artış göstermektedir. Yine TÜİK'in verilerine göre 2021 yılında ülkemizde intihar sonucu ölenlerin sayısı 4158'dir. Bu kişilerin %77,9'u erkek, %22,1'i kadın, cinsiyet farkı olmaksızın %24,8'i 20-29 yaşlarındadır (50). İntihar girişimlerinin ise bundan çok daha fazla, intihar ile ölümlerin 20 katı kadar olduğu düşünülmektedir. İntihar girişiminde bulunan veya intihar ederek ölenlerin aile üyeleri, çevreleri dikkate alındığında dünya çapında her yıl milyonlarca insan intihardan etkilenmektedir (51,52). İntihar hassas bir konu olduğundan damgalanma, adli sisteme girme ve konu ile ilgili tarama sistemlerinin yetersiz olmasına ek olarak yeterince bildirilmeme gibi nedenlerle gerçek intihar oranlarının daha yüksek olma ihtimali açıktır (49).

Araştırmalarda intihar sonucu ölen kişilerin %90'ına bir ruhsal bozukluk tanısı koyulabileceği gösterilmiştir. Ruhsal hastalığı olan kişilerde intihar riski, olmayanlara göre 3-12 kat daha fazladır (53). İntihar için risk faktörleri arasında önceki intihar girişimleri, ruhsal hastalıklar, alkol veya madde kullanımı, sosyal ve kültürel faktörler, geçirilmiş travmalar, süregelen ağrı ya da hastalıklar sayılabilir (44). Önceki intihar girişimleri, sonraki intiharlar için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (54) İntiharın önlenabilir bir ölüm nedeni olması, intihar riskinin değerlendirilmesini çok önemli bir konu haline getirmektedir.

2.A. Tıp Öğrencilerinde İntihar

Türkiye'de üniversite öğrencilerinde intihar düşüncesi oranı çalışmalarda %11,4 ile %41,7 arasında değişen oranlarda saptanmıştır (55,56). Gençlerde umutsuzluk ve intihar davranışı kültür, ırk, cinsiyet, ruh sağlığı gibi birçok faktörle ilişkilendirilebilir (57). Ayrıca intihar düşünceleri, depresyon ve umutsuzluk akademik başarıyı da etkileyebilir (58). Çalışmalar, tıp öğrencilerinin yüksek oranda depresyon ve intihar düşüncesi yaşadıklarını göstermiştir (59). Bununla birlikte, öğrenciler arasında depresyon veya depresif belirtilerin yaygınlığı %1,4-73,5, intihar düşüncesi %4,9-35,6 arasında değişmektedir (59-63). Çalışmalarda öğrencilerin depresyon ve intihar eğiliminin buldukları eğitim yılına, cinsiyete veya diğer özelliklere göre değişip değişmediği konusunda çelişkili bulgular bildirilmektedir (64). Tıp

öğrencilerinin depresif belirtileri genel nüfustan daha yüksek olmakla birlikte bu öğrencilerin tükenmişlik yaşamaları veya tıp fakültesini bırakması daha olasıdır (59,65,66). Aynı zamanda, depresyondaki öğrencilerin intiharı düşünme veya intihar etme olasılığı da daha yüksektir (67–69). Son araştırmalar, tıp öğrencilerinin her yıl %11,2-17,4'ünün intihar düşüncesi yaşadığını göstermektedir (70). Depresyona ek olarak, intihar düşüncesi de intihar girişimi için güçlü bir yordayıcıdır (71).

Tıp öğrencileri arasında intihar düşüncesi oldukça yüksek olmasına rağmen intihar girişimleri nispeten düşüktür ve bu da bizlere müdahale için önemli bir alan sağlamaktadır. Tıp öğrencilerinde intihar düşüncesiyle ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, tıp fakültelerinin risk altındaki öğrencilerin erken tespitini sağlamaları ve bu öğrencileri uygun danışma merkezlerine yönlendirmelerine yardımcı olacaktır (71). Müdahaleler aynı zamanda tıp öğrencilerinde ruhsal hastalığı önlemek ve ruhsal hastalık olduğunda yardım sağlamak için de gereklidir. Bu amaçla, Amerika ve Kanada'daki bazı tıp fakülteleri, öğrencilerin refahını artırmak için rehberlik, danışmanlık ve kişisel gelişimi içeren sağlıklı yaşam programları geliştirmiştir (70,72).

3. Mesleki Karar Pişmanlığı

Bireyler yaşamları boyunca birçok seçim yapmak zorunda kalmaktadırlar. Bu seçimler, giyeceği kıyafet seçimi gibi daha az önemli seçimler ya da meslek ve üniversite seçimi gibi daha önemli seçimler olabilmektedir ve kişiler verdikleri kararlardan dolayı ya memnuniyet duymakta ya da pişman olmaktadır. Pişmanlık, sözlük anlamı ile verilen herhangi bir karar sonrasında “keşke bu seçimi yapmasaydım” şeklinde duyulan üzüntü ve hayal kırıklığı duygusu; insanın, geçmiş yaşantılarını düşündüğünde, başka türlü olabilirdi düşüncesi ile duygusal tepkide bulunması, üzülmeye ve yakınması olarak tanımlanmaktadır (73). Pişmanlık aynı zamanda bireylerin bir şeyleri farklı yapmış olmaları halinde şimdiki durumdan daha iyi olacağına yönelik yargıları veya bu düşüncenin sonucunda yaşadıkları bilişsel temelli olumsuz duygu olarak da tanımlanmaktadır (74).

Bireyin yaşam içindeki konumu, kendini ve yaşamını anlamlandırması, büyük ölçüde yaptığı iş ve meslek ile şekillenir (75). Bu nedenle meslek seçimi de pişmanlık duygusunun yaşanabileceği önemli kararlardan birisidir. Meslek seçiminde birey bu kararı bazı istek ve beklentilere yönelik olarak vermektedir. Verilen kararın sonucunda, bu istek ve beklentilerin karşılanmaması pişmanlığı da beraberinde getirebilmektedir (75). Yapılan pek çok araştırmada, farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin bölüm ve meslekleriyle ilgili memnuniyetsizlikleri ortaya konmuştur (73). Öğrencilerin mesleki karar pişmanlıklarının ve pişmanlığı etkileyen nedenlerinin belirlenmesi, pişmanlığı önleyecek çeşitli müdahalelerin geliştirilmesi açısından yarar sağlayacaktır.

3.A. Tıp Öğrencilerinde Mesleki Karar Pişmanlığı

Tıp uzmanlarının ve tıp öğrencilerinin önemli bir bölümünün kariyer seçimlerinden pişmanlık duydukları veya çalışma ortam ve şartlarından memnun olmadıkları tutarlı olarak bildirilmiştir. Tıp eğitimi emek isteyen bir eğitimdir ve öğrencilerin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan yüksek düzeyde stresle ilişkilidir (76). Bu nedenle doktorları ve doktor adaylarını toplumun beklentilerini karşılamaya, tıbbi ve bilimsel bilginin katlanarak artmasıyla başa çıkmaya ve yaşam boyu öğrenmeye hazırlamak gerekir (77). Bir çalışmada toplumda saygınlık kazanmanın ve ardından aile üyelerini mutlu etme ve gururlandırmanın hekimlik mesleğini seçmede en yaygın güdülenme faktörleri olduğu bulunmuştur (78). Başka bir çalışmada tıp mesleğini seçme nedenleri arasında ilk beşte iyi para kazanma yer almıştır (79).

Tıp fakültesi öğrencileri arasında klinik staja başlamış olanların başlamamış olanlara göre meslek seçimi pişmanlığı yaşama riski daha fazladır (80). Hindistan'da 1. sınıf tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, öğrencilerin neredeyse %40'ının tıp fakültesini seçtikleri için pişmanlık duydukları saptanmıştır (78). Kazakistan'daki bir çalışmada ise, 1. sınıf tıp öğrencilerinin %30,5'inin tıp fakültesini seçtikleri için pişmanlık duydukları tespit edilmiştir (76). Bu pişmanlık beraberinde bölümü bırakmayı da getirebilmektedir (81).

Alanyazın gözden geçirildiğinde tıp fakültesi öğrencilerinde ruhsal bozukluklar, depresyon, intihar olasılığı ve meslek seçiminden pişmanlık

konusunda çalışmalar bulunduğu görülmektedir. Ancak, bu değişkenlerin bir arada incelendiği çalışma henüz bulunmamaktadır. Bu çalışmada tıp fakültesi ğrencilerinde depresyon, intihar olasılığı ve mesleki pişmanlık ilişkisinin birlikte değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Örneklem Seçimi

Çalışma grubu, 01.02.2023-01.05.2023 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimine devam eden 1. sınıf, 4. sınıf ve 6. sınıf öğrencileri arasından seçilmiştir. Çalışmaya dâhil edilme ve dışlama ölçütlerini karşılayan 208 öğrenci çalışmaya alınmıştır.

Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 11 Ocak 2023 tarihinde 2023-1/49 ve 25 Nisan 2023 tarihinde 2023-9/10 nolu karar numaraları ile alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllüler, araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili hem sözel hem de yazılı olarak Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)" ile bilgilendirilmiş ve katılımcıların onamları alınmıştır.

2. Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Çalışma grubu, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimine devam eden 1. sınıf, 4. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinden çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından seçilmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1), depresyon belirtilerini değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (Ek-2), intihar olasılığını değerlendirmek için İntihar Olasılığı Ölçeği (Ek-3), mesleki karar pişmanlığını değerlendirmek için Mesleki Karar Pişmanlığı

Ölçeği (Ek-4) kullanılmıştır. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülmüş, ölçekler gönüllüler tarafından doldurulmuştur.

4.A. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bu formla, araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, kaçınıcı sınıfta olduğu, staj ya da sene tekrarı yapıp yapmadığı, medeni durumu, kimlerle yaşadığı, sosyoekonomik durumu, kardeş sayısı, anne ve babalarının eğitim düzeyleri ve çalışma durumları, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, süreğen hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı, geçmişte intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları, ailelerinde hekim olan yakınlarının olup olmadığı, bölüm seçimi ile ilgili pişmanlıklarının olup olmadığı ile ilgili bilgiler edinilmiştir.

4.B. Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D)

Beck Depresyon Ölçeği, 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, depresyonda görülen duygusal, bedensel, bilişsel ve motivasyonel belirtilerin şiddetini ölçmek üzere geliştirilen, 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (82). BECK-D'de 21 maddenin her biri 0-3 arasında puanlanır, alınabilecek en yüksek puan 63'tür. 5-9 puan normal, 10-18 puan arası hafif, 19-29 puan arası orta ve 30-63 puan arası şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılan ölçeğin kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (83).

4.C. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Cull ve Gill tarafından ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 1-4 arası Likert tipi puanlanan, 36 maddelik bir ölçektir. Ölçek, benlik algısı/sosyal destek, öfke/, umutsuzluk ve intihar düşüncesi olmak üzere intiharın bilişsel ve duygusal bileşenlerini ölçen dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin özgün halinde maddelere verilen yanıtlar "hiçbir zaman veya nadiren: 1", "bazen: 2", "sık sık: 3" ve "çoğu zaman veya her zaman: 4" şeklindedir (84). Şahin ve Batıgün tarafından ölçekte yer alan bazı maddelerin ifadelerinde değişiklikler yapılmıştır ve bu ifadelerin "kesinlikle katılmıyorum: %0", "katılmıyorum: %30", "katılıyorum: %70", "tamamen katılıyorum: %100" şeklinde kişileri tanımlama derecesi sorulmuştur. Aynı zamanda ters puanlanan madde sayısı arttırılmıştır. Ölçeğin

bu çalışmada kullanılan şekilde 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters olarak puanlanmaktadır (85). Ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir, yüksek puanlar artmış intihar riski ile ilişkilidir (84).

4.D. Mesleki Karar Pişmanlığı Ölçeği (MKPÖ)

Ölçeğin özgün hali “Karar Pişmanlığı Ölçeği” olup “tamamen katılıyorum: 1”, “hiç katılmıyorum: 5” arasında 5’li Likert derecelendirmeye sahiptir ve 2 ve 4. maddeleri ters kodlanmaktadır. Puanların hesaplanmasında, her madde için işaretlenen değerden 1 çıkarılır, çıkan değer her bir madde için ayrı ayrı toplanır ve 5 madde için toplam puan bulunur. Bu sonuç beş ile çarpılarak 0-100 arası bir değer elde edilir (86). Ölçeğin Türkçe formu geliştirilirken mesleki pişmanlığı ölçmek üzere değişiklik yapılmıştır. Ölçeğin uygulanmasında, değerlendirilmesinde nesneliği sağlamak ve puanlamayı kolaylaştırmak amacıyla Türkçe formunda ölçek “hiç katılmıyorum: 0”, “tamamen katılıyorum: 4” arasında 5’li Likert derecelendirmeye göre düzenlenmiştir. Türkçe formunda 1., 3. ve 5. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, üç maddenin puanları ters çevrildikten sonra, puanlar toplanarak toplam puan elde edilir. Çıkan bu sonuç beş ile çarpılarak 0-100 arası bir değer elde edilir. Hesaplanan puanın yüksek olması pişmanlığın arttığını gösterir. Ölçekten alınan puan 0-24 arasında ise “karardan hiç pişman değil”, 25-49 arası “karardan biraz pişman”, 50-74 arası “karardan dolayı pişman”, 75-100 arası ise “karardan dolayı çok pişman” şeklinde yorumlanmaktadır (73). Çalışmamızda sosyodemografik veri formunda kişilerin pişmanlıklarını gösteren yanıtlarına göre MKPÖ için yeni kesme değeri araştırılmıştır ve meslek seçiminde pişmanlığı etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

5. İstatistiksel Yöntem

Ölçek ve alt ölçeklerin güvenirlik analizleri Cronbach alfa (α) katsayısı ile incelenmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılımı durumunda iki bağımsız grup karşılaştırmaları t testiyle, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmaları ise Varyans Analizi testi ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılmaması durumunda ise iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında anlamlılık bulunması durumunda ikili karşılaştırmalar Dunn-Bonferroni post-hoc testi ile yapılmıştır. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırması ki-kare testi ile yapılmıştır. Betimleyici istatistikler olarak verilerin normal dağıldığı ve parametrik testlerin uygulandığı durumda ortalama \pm standart sapma olarak, verilerin normal dağılmadığı ve non-parametrik testler uygulandığı durumda ise medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Kategorik veriler n (%) olarak verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon katsayısıyla incelenmiştir. MKPÖ Ölçek puanının pişmanlık için kesim (cut-off) değeri ROC analizi ile araştırılmış ve kesim değerinin belirlenmesinde Youden J indeksinden faydalanılmıştır. Mesleksi pişmanlığı etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi için backward stepwise (LR) lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $\alpha = 0,05$ alınmıştır. İstatistiksel analizler SPSS v22.0 ve MEDCALC v20.022 istatistik paket programları ile yapılmıştır.

BULGULAR

Uygulanan ölçek ve alt ölçeklerin güvenilirlikleri değerlendirildiğinde, ölçeklerin bütününe yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğu, alt ölçeklerin ise madde sayısının azlığına rağmen yeterli güvenilirlik katsayısına sahip olduğu söylenebilir (Tablo-1).

Tablo-1: Uygulanan ölçek ve alt ölçeklere yönelik güvenilirlik katsayıları.

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Güvenirlik katsayısı (Cronbach Alpha)
BECK-D	21	0,887
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	16	0,861
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	6	0,770
İÖÖ-Umitsuzluk	7	0,762
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	7	0,800
İÖÖ-Toplam	36	0,926
MKPÖ	5	0,862

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimine halen devam eden gönüllü 208 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların %63,9'u (n=133) kadın, %36,1'i (n=75) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 22 (18-40) olarak bulunmuştur (Tablo-3). Katılımcı grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.

	n=208 (%)
Cinsiyet	
Kadın	133 (63,9)
Erkek	75 (36,1)
Sınıf	
1. sınıf	83 (39,9)
4. sınıf	65 (31,3)
6. sınıf	60 (28,8)
Sene/Staj Tekrarı Yapma	
Evet	42 (20,2)
Hayır	166 (79,8)
Medeni Durum	
Evli	3 (1,4)
Bekar	205 (98,6)
Kardeş Sayısı	
1	20 (9,6)
2	94 (45,2)
3 ve üzeri	94 (45,2)
Annenin Eğitim Düzeyi	
Okuma-yazması yok	5 (2,4)
İlkokul	44 (21,2)
Ortaokul	24 (11,5)
Lise	50 (24,0)
Üniversite	85 (40,9)
Annenin Çalışma Durumu	129 (62,0)
Çalışmıyor	79 (38,0)
Çalışıyor	

Babanın Eğitim Düzeyi	
Okuma-yazması yok	0 (0,0)
İlkokul	27 (13,0)
Ortaokul	15 (7,2)
Lise	39 (18,8)
Üniversite	127 (61,1)
Babanın Çalışma Durumu	
Çalışmıyor	47 (22,6)
Çalışıyor	161 (77,4)
Kiminle Yaşadığı	
Aile/akraba	60 (28,8)
Arkadaşlar	91 (43,8)
Yalnız	57 (27,4)
Sosyoekonomik Durum	
Çok kötü	1 (0,5)
Kötü	12 (5,8)
Orta	135 (64,9)
İyi	55 (26,4)
Çok iyi	5 (2,4)
Psikiyatrik Tanı	
Var	55 (26,4)
Yok	153 (73,6)
Düzenli Psikiyatrik İlaç Kullanımı	
Var	39 (18,8)
Yok	169 (81,3)
İntihar Girişimi	
Var	23 (11,1)
Yok	185 (88,9)
Süreçen hastalık	
Var	28 (13,5)
Yok	180 (86,5)

Sigara Kullanımı	
Var	33 (15,9)
Yok	175 (84,1)
Alkol Kullanımı	
Var	75 (36,1)
Yok	133 (63,9)
Madde Kullanımı	
Var	4 (1,9)
Yok	204 (98,1)
Ailede Hekim	
Var	63 (30,3)
Yok	145 (69,7)

Tablo-3: Yaş betimleyici değerleri.

	n	Medyan (Min-Maks)
Yaş	208	22 (18-40)

Tablo-4: Sınıflara göre psikiyatrik tanı ve ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılması.

	1. sınıf (n=83) n (%)	4. sınıf (n=65) n (%)	6. sınıf (n=60) n (%)	p	İkili Karşılaştırmalar (p)
Psikiyatrik tanısı olanlar	13 (15,7)	19 (29,2)	23 (38,8)	0,008	1-4: 0,047 1-6: 0,002 4-6: 0,282
Düzenli psikiyatrik ilaç kullananlar	8 (9,6)	17 (26,2)	14 (23,3)	0,021	1-4: 0,008 1-6: 0,025 4-6: 0,715

Sınıflara ilişkin gruplar arasında psikiyatrik tanısı olanların oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,008**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 1. sınıf ile 4. ve 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 1. sınıfta psikiyatrik tanısı olanların oranı 4. ve 6. sınıfa göre daha düşüktür. 4. sınıf ile 6. sınıf arasında psikiyatrik tanı oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo-4).

Sınıflara ilişkin gruplar arasında düzenli psikiyatrik ilaç kullananların oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,021**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 1. sınıf ile 4. ve 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 1. sınıfta düzenli psikiyatrik ilaç kullananların oranı 4. ve 6. sınıfa göre daha düşüktür. 4. sınıf ile 6. sınıf arasında düzenli psikiyatrik ilaç kullananların oranında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo-4).

Tablo-5: Sınıflara göre ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.

	1. sınıf (n=83)	4. sınıf (n=65)	6. sınıf (n=60)	p	İkili Karşılaştırmalar
BECK-D	14 (0-51)	17 (1-45)	12 (4-40)	0,055	
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	38,10 ±7,55	39,13 ±8,11	37,76 ±7,45	0,576	
İÖÖ- Öfke/Dürtüsellik	12 (6-21)	11 (6-24)	10 (6-21)	0,026	1-4:1,000 1-6: 0,022 4-6:0,248
İÖÖ-Umutsuzluk	18 (9-28)	18 (8-27)	17 (11-26)	0,359	
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	14 (7-26)	14 (7-28)	12,5 (7-28)	0,137	
İÖÖ-Toplam	81,89 ±17,03	83,10 ±17,13	78,33 ±16,83	0,267	
MKPÖ	25 (0-90)	35 (0-80)	40 (0-100)	<0,001	1-4: 0,015 1-6: <0,001 4-6:0,415

Sınıflara ilişkin gruplar arasında İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik alt ölçeği skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,026**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 1. sınıf ile 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 1. sınıf puanları 6. sınıf puanlarından daha yüksektir. 4. sınıf ile 1. ve 6. sınıf arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo-5).

Sınıflara ilişkin gruplar arasında MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 1. sınıf ile 4. ve 6. sınıf arasında ölçek puanları bakımından farklılık bulunmuştur. 1. sınıfların ölçek puanları 4. ve 6. sınıftan daha düşüktür. 4. sınıf ile 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo-5).

Sınıflara ilişkin gruplar arasında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-5).

Tablo-6: Cinsiyetlere göre ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.

	Kadın (n=133)	Erkek (n=75)	p
BECK-D	16 (0-51)	14 (1-38)	0,223
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	39 (20-60)	37 (24-56)	0,176
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	11 (6-24)	11 (6-19)	0,897
İÖÖ-Umutsuzluk	17,42± 3,94	17,32±4,23	0,863
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	13 (7-28)	14 (7-24)	0,336
İÖÖ-Toplam	82,14±16,87	79,65±17,30	0,313
MKPÖ	35 (0-80)	35 (0-100)	0,231

Cinsiyetlere ilişkin gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam, MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-6).

Tablo-7: Daha önce staj/sene tekrarı yapma durumuna göre ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.

	Evet(n=42)	Hayır(n=166)	p
BECK-D	16(3-40)	14,5(0-51)	0,500
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	39,21±9,35	38,10±7,22	0,478
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	10(6-19)	11(6 -24)	0,222
İÖÖ-Umutsuzluk	17,97±4,23	17,23±3,98	0,289
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	13,5(7- 24)	13(7-28)	0,580
İÖÖ-Toplam	82,50 ±19,48	80,92±16,41	0,632
MKPÖ	40(0-90)	32,5(0-100)	0,036

Daha önce staj/sene tekrarı yapma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,036**). Daha önce staj/sene tekrarı yapanlarda yapmayanlara göre MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-7).

Daha önce staj/sene tekrarı yapma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-7).

Tablo-8: Yaşadığı ortama göre ölçek ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.

	Aile/Akraba (n=60)	Arkadaş (n=91)	Yalnız (n=57)	p	İkili karşılaştırma
BECK-D	14(0-51)	16(0-38)	15(3-40)	0,469	
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	36,86±8,31	38,37±7,12	39,80±7,72	0,118	
İÖÖ- Öfke/Dürtüsellik	9,5(6-19)	12(6-21)	11(6-24)	0,017	Aile-Yalnız: 1,000 Aile-Arkadaş: 0,019 Yalnız- Arkadaş: 0,200
İÖÖ- Umutsuzluk	16,45±4,55	17,48±3,78	18,21±3,71	0,059	
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	12,5(7-28)	14(7-26)	13(7-28)	0,772	
İÖÖ-Toplam	77,78±19,34	82,23±15,65	83,31±16,30	0,164	
MKPÖ	32,5(0-100)	35(0-90)	35(0-90)	0,366	

Yaşadığı ortama göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam, MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-8).

Yaşadığı ortama göre gruplar karşılaştırıldığında İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,017**). Grupların ikili karşılaştırmasında arkadaşları ile birlikte yaşayanlarda aile/akraba ile birlikte yaşayanlara göre İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik skorları daha yüksek bulunmuştur. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo-8).

Tablo-9: Sosyoekonomik durum ile tüm ölçek ve alt ölçek skorları arasındaki ilişki.

	Sosyoekonomik durum (n=208)	
BECK-D	r	-0,147
	p	0,034
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	r	-0,144
	p	0,038
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	r	0,023
	p	0,736
İÖÖ-Umutsuzluk	r	-0,242
	p	<0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	r	-0,087
	p	0,210
İÖÖ-Toplam	r	-0,149
	p	0,032
MKPÖ	r	-0,152
	p	0,029

Sosyoekonomik durum ile BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-Toplam, MKPÖ skorları arasında **ters yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=-0,147$; $p=0,034$; $r=-0,144$; $p=0,038$; $r=-0,242$; $p<0,001$; $r=-0,149$; $p=0,032$; $r=-0,152$; $p=0,029$) (Tablo-9).

Sosyoekonomik durum ile İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik ve İÖÖ-İntihar Düşüncesi skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo-9).

Tablo-10: Psikiyatrik tanı varlığına göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Var (n=55)	Yok (n=153)	p
BECK-D	18(4-51)	14(0-38)	0,018
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	42(20-60)	38(24-56)	0,002
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	11(6-19)	11(6-24)	0,065
İÖÖ-Umutsuzluk	19(11-26)	17(8-28)	0,008
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	17(7-28)	12(7-26)	0,001
İÖÖ-Toplam	87,70±17,92	78,92±16,14	0,001
MKPÖ	40(0-80)	30(0-100)	0,036

Psikiyatrik tanı varlığına ilişkin gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam, MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,018; p=0,002; p=0,008; p=0,001; p=0,001; p=0,036**) (Tablo-10). Psikiyatrik tanısı olanların olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam, MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-10).

Psikiyatrik tanı varlığına ilişkin gruplar karşılaştırıldığında İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-10).

Tablo-11: Psikiyatrik ilaç kullanımına göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Evet (n=39)	Hayır (n=169)	p
BECK-D	21(4-45)	14(0-51)	0,001
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	42(20-60)	38(24-56)	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	12(6-19)	11(6-24)	0,015
İÖÖ-Umutsuzluk	20(11-26)	17(8-28)	0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	17(8-28)	13(7-26)	0,002
İÖÖ-Toplam	90,48±18,14	79,11±16,08	<0,001
MKPÖ	40(0-80)	35(0-100)	0,093

Psikiyatrik ilaç kullanımına göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. (**p=0,001; p<0,001; p=0,015; p=0,001; p=0,002; p<0,001**) (Tablo-11). Psikiyatrik ilaç kullananların kullanmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-11).

Psikiyatrik ilaç kullanımına göre gruplar karşılaştırıldığında MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-11).

Tablo-12: Daha önce intihar girişimi olma durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Evet(n=23)	Hayır(n=185)	p
BECK-D	26(9-40)	14(0-51)	<0,001
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	46,13±6,88	37,36±7,23	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	15(9-21)	11(6-24)	<0,001
İÖÖ-Umitsuzluk	21,04±3,50	16,93±3,87	<0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	21(11-28)	12(7-28)	<0,001
İÖÖ-Toplam	101,60±13,54	78,71±15,69	<0,001
MKPÖ	35(0-90)	35(0-100)	0,430

Daha önce intihar girişimi olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umitsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001**) (Tablo-12). İntihar girişimi olanların olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umitsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-12).

Daha önce intihar girişimi olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-12).

Tablo-13: Süreğen hastalığı olma durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Evet(n=28)	Hayır(n=180)	p
BECK-D	12,5(1-45)	15(0-51)	0,797
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	39,07±8,75	38,21±7,53	0,585
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	10(6-24)	11(6-19)	0,611
İÖÖ-Umutsuzluk	17,42±4,44	17,37±3,98	0,951
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	13(7-28)	14(7-28)	0,895
İÖÖ-Toplam	82,42±19,76	81,06±16,62	0,694
MKPÖ	42,5(0-80)	30(0-100)	0,041

Süreğen hastalığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,041**) (Tablo-13). Süreğen hastalığı olanların olmayanlara göre MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-13).

Süreğen hastalığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-13).

Tablo-14: Sigara kullanımına göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Evet (n=33)	Hayır (n=175)	p
BECK-D	22(5-45)	14(0-51)	0,002
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	42,81±8,96	37,48±7,14	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	13(6-21)	11(6-24)	0,013
İÖÖ-Umutsuzluk	19,06±4,26	17,06±3,92	0,009
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	18(7-28)	13(7-28)	0,002
İÖÖ-Toplam	91,42±18,83	79,32±16,02	<0,001
MKPÖ	35(5-90)	35(0-100)	0,229

Sigara kullanımına göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,002; p<0,001; p=0,013; p=0,009; p=0,002; p<0,001**) (Tablo-14). Sigara kullananların kullanmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-14).

Sigara kullanımına göre gruplar karşılaştırıldığında MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-14).

Tablo-15: Alkol kullanımına göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Evet (n=75)	Hayır (n=133)	p
BECK-D	17(4-45)	14(0-51)	0,014
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	39,97±7,99	37,40±7,38	0,020
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	11(6-24)	11(6-21)	0,562
İÖÖ-Umutsuzluk	18,17±3,96	16,94±4,02	0,034
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	15(7-28)	13(7-24)	0,064
İÖÖ-Toplam	84,86±17,42	79,20±16,52	0,021
MKPÖ	35(0-90)	35(0-100)	0,157

Alkol kullanımına göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-Toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,014; p=0,020; p=0,034; p=0,021**) (Tablo-15). Alkol kullananların kullanmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-Toplam skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-15).

Alkol kullanımına göre gruplar karşılaştırıldığında İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-15).

Tablo-16: Ailesinde hekim olma durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Evet (n=63)	Hayır (n=145)	p
BECK-D	12(0-45)	16(0-51)	0,091
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	37,30±8,83	38,77±7,12	0,244
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	11(6-19)	11(6-24)	0,261
İÖÖ-Umutsuzluk	16,92±4,38	17,58±3,87	0,276
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	15(7-28)	13(7-26)	0,556
İÖÖ-Toplam	80,58±19,37	81,53±15,97	0,735
MKPÖ	30(0-75)	35(0-100)	0,134

Ailesinde hekim olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam, MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-16).

Tablo-17: Sınıflara göre pişmanlık nedenlerinin karşılaştırılması.

	1, sınıf (n=83) n (%)	4, sınıf (n=65) n (%)	6, sınıf (n=60) n (%)	p	İkili Karşılaştırmalar
Tıp Fakültesi Seçiminden Pişman Olma	49(59,0)	48(73,8)	52(86,7)	0,001	1-4: 0,060 1-6: <0,001 4-6: 0,073
Ders Yoğunluğu Nedeniyle Pişman Olma	44(53,0)	43(66,2)	30(50,0)	0,143	
Çalışma Koşulları Nedeniyle Pişman Olma	37(44,6)	43(66,2)	44(73,3)	0,001	1-4: 0,009 1-6: 0,001 4-6: 0,383
Ekonomik Sebepler Nedeniyle Pişman Olma	16(19,3)	22(33,8)	29(48,3)	0,001	1-4: 0,044 1-6: <0,001 4-6: 0,100
Hekimlik Mesleğine Olan Saygınlığın Azalması Nedeniyle Pişman Olma	27(32,5)	25(38,5)	43(71,7)	<0,001	1-4: 0,453 1-6: <0,001 4-6: <0,001

Tıp fakültesi seçimine ilişkin pişmanlık oranları sınıflara göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (**p=0,001**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 1. sınıf ile 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 1. sınıftakilerin tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranları 6. sınıftakilerden daha düşük saptanmıştır. 4. sınıf ile 1. ve 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-17).

Sınıflara göre karşılaştırıldığında çalışma koşulları nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,001**). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 1. sınıftakilerin çalışma koşulları nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranı 4. ve 6. sınıftakilere göre daha düşüktür. 4. ve 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo-17).

Sınıflara göre karşılaştırıldığında ekonomik sebepler (mesleğin maddi getirisinden endişe etme) nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 1. sınıf ile 4. ve 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. 1. sınıftakilerin bu nedenle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranı 4. ve 6. sınıftakilere göre daha düşüktür. 4. sınıf ile 6. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo-17).

Sınıflara göre karşılaştırıldığında hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 6. sınıf ile 1. ve 4. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. 6. sınıftakilerin bu nedenle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranı 1. ve 4. sınıftakilere göre daha yüksektir. 1. sınıf ile 4. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo-17).

Sınıflara göre karşılaştırıldığında ders yoğunluğu nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-17).

Tablo-18: Ders yoğunluğu nedeniyle pişmanlığa göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Yok(n=91)	Var(n=117)	p
BECK-D	11(0-51)	18(4-45)	<0,001
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	35(24-53)	41(20-60)	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	10(6-21)	11(6-24)	0,024
İÖÖ-Umutsuzluk	15,890±3,8455	18,547±3,8113	<0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	12(7-24)	15(7-28)	<0,001
İÖÖ-Toplam	72(48-119)	87(47-130)	<0,001
MKPÖ	25(0-100)	40(0-90)	<0,001

Ders yoğunluğu nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,024$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$) (Tablo-18). Ders yoğunluğu nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olanların olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-18).

Tablo-19: Ekonomik sebepler nedeniyle pişmanlık durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Yok(n=141)	Var(n=67)	p
BECK-D	14(0-51)	18(4-45)	0,002
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	37,32±7,39	40,44±7,92	0,006
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	11(6-24)	11(6-19)	0,529
İÖÖ-Umutsuzluk	16,78±3,87	18,64±4,11	0,002
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	13(7-26)	15(7-28)	0,196
İÖÖ-Toplam	79,22±16,15	85,50±18,15	0,013
MKPÖ	30(0-90)	45(5-100)	<0,001

Ekonomik sebepler nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,002$; $p=0,006$; $p=0,002$; $p=0,013$; $p<0,001$) (Tablo-19). Ekonomik sebepler nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olanların olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-19).

Ekonomik sebepler nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik ve İÖÖ-İntihar Düşüncesi skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-19).

Tablo-20: Hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Yok(n=113)	Var(n=95)	p
BECK-D	13(0-51)	16(3-45)	0,012
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	37,50±7,64	39,31±7,66	0,091
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	11(6-24)	11(6-21)	0,318
İÖÖ-Umitsuzluk	16,76±4,25	18,12±3,94	0,015
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	12(7-24)	14(7-28)	0,084
İÖÖ-Toplam	79,62±16,66	83,84±17,19	0,044
MKPÖ	25(0-90)	40(5-100)	<0,001

Hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Umitsuzluk, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p=0,012; p=0,015; p=0,044; p<0,001**) (Tablo-20). Bu nedenle pişman olanların olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Umitsuzluk, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-20).

Hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik ve İÖÖ-İntihar Düşüncesi skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-20).

Tablo-21: Çalışma koşulları nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Yok(n=84)	Var(n=124)	p
BECK-D	12(0-51)	16(3-45)	<0,001
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	36(24-51)	40(20-60)	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	10,5(6-19)	11(6-24)	0,103
İÖÖ-Umitsuzluk	16(8-24)	18(11-28)	0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	12(7-24)	15(7-28)	0,001
İÖÖ-Toplam	73(48-109)	85(47-130)	<0,001
MKPÖ	25(0-70)	45(5-100)	<0,001

Çalışma koşulları nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umitsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001**; **p<0,001**; **p=0,001**; **p=0,001**; **p<0,001**; **p<0,001**) (Tablo-21). Çalışma koşulları nedeniyle pişman olanların olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umitsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-21).

Çalışma koşulları nedeniyle pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-21).

Tablo-22: Tıp fakültesi seçiminden pişmanlığı olma durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Yok(n=59)	Var(n=149)	p
BECK-D	11(0-51)	16(3-45)	<0,001
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	34(24-50)	40(20-60)	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	11(6-19)	11(6-24)	0,166
İÖÖ-Umutsuzluk	16(8-24)	18(11-28)	<0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	12(7-24)	15(7-28)	0,001
İÖÖ-Toplam	73,40±15,38	84,34±16,70	<0,001
MKPÖ	15(0-60)	40(0-100)	<0,001

Tıp fakültesi seçiminden pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001; p<0,001; p<0,001; p=0,001; p<0,001; p<0,001**) (Tablo-22). Tıp fakültesi seçiminden pişman olanların olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-22).

Tıp fakültesi seçiminden pişmanlığı olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo-22).

Tablo-23: Pişmanlık sayısı ile tüm ölçek ve alt ölçek skorları arasındaki ilişki.

	Pişmanlık Sayısı (n=208)	
BECK-D	r	0,340
	p	<0,001
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	r	0,297
	p	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	r	0,127
	p	0,068
İÖÖ-Umutsuzluk	r	0,295
	p	<0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	r	0,222
	p	0,001
İÖÖ-Toplam	r	0,286
	p	<0,001
MKPÖ	r	0,592
	p	<0,001

Pişmanlık sayısı ile BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam, MKPÖ skorları arasında **pozitif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,340$; $p<0,001$; $r=0,297$; $p<0,001$; $r=0,295$ $p<0,001$; $r=0,222$; $p=0,001$; $r=0,286$; $p<0,001$; $r=0,592$; $p<0,001$) (Tablo-23).

Pişmanlık sayısı ile İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo-23).

Tablo-24: Ölçek ve alt ölçekler arasındaki korelasyonlar (n=208).

		İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	İÖÖ-Umutsuzluk	İÖÖ-İntihar Düşüncesi	İÖÖ-Toplam	MKPÖ
BECK-D	r	0,787	0,488	0,762	0,550	0,799	0,421
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek	r		0,544	0,790	0,584	0,918	0,436
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik	r			0,493	0,520	0,724	0,213
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İÖÖ-Umutsuzluk	r				0,529	0,848	0,396
	p				<0,001	<0,001	<0,001
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	r					0,782	0,313
	p					<0,001	<0,001
İÖÖ-Toplam	r						0,415
	p						<0,001

BECK-D ile **İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek**, **İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik**, **İÖÖ-Umutsuzluk**, **İÖÖ-İntihar Düşüncesi**, **İÖÖ-Toplam** ve **MKPÖ** skorları arasında **pozitif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,787; p<0,001; r=0,488; p<0,001; r=0,762 p<0,001; r=0,550; p<0,001; r=0,799;p<0,001; r=0,421;p<0,001) (Tablo-24).

İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek ile **İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik**, **İÖÖ-Umutsuzluk**, **İÖÖ-İntihar Düşüncesi**, **İÖÖ-Toplam** ve **MKPÖ** skorları arasında **pozitif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. (r=0,544; p<0,001; r=0,790; p<0,001; r=0,584; p<0,001; r=0,918; p<0,001; r=0,436; p<0,001) (Tablo-24).

İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik ile İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları arasında **pozitif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,493$; $p<0,001$; $r=0,520$; $p<0,001$; $r=0,724$; $p<0,001$; $r=0,213$; $p<0,001$) (Tablo-24).

İÖÖ-Umutsuzluk ile İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,529$; $p<0,001$; $r=0,848$; $p<0,001$; $r=0,396$; $p<0,001$) (Tablo-24).

İÖÖ-İntihar Düşüncesi ile İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,782$; $p<0,001$; $r=0,313$; $p<0,001$) (Tablo-24).

İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,415$; $p<0,001$) (Tablo-24).

MKPÖ'nün pişmanlığı tanımlamak için pişmanlık ifadesine göre kesim (cut-off) değeri araştırıldığında, ROC (Receiver operating characteristic) analiziyle anlamlı kesim değeri 25 puan olarak bulunmuştur (Tablo-25) (Grafik-1,2).

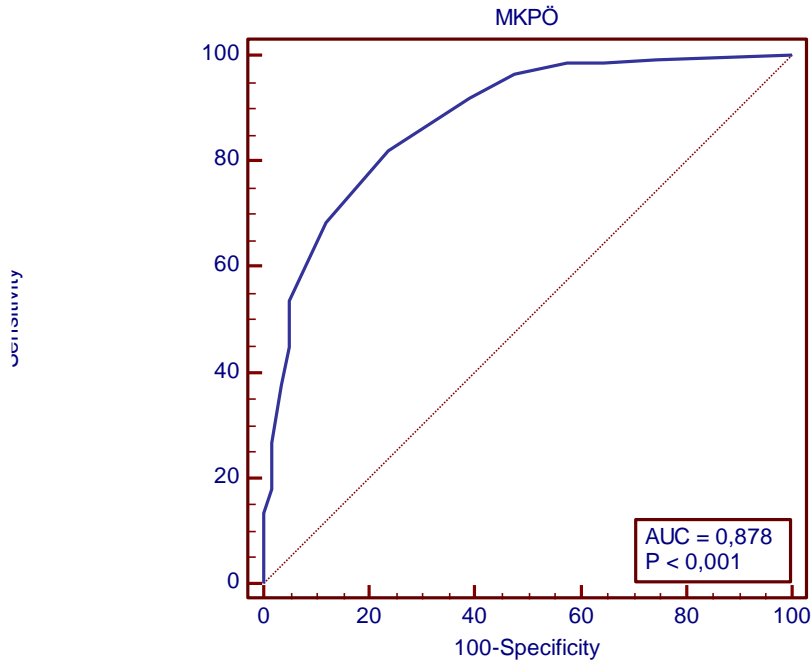
Tablo-25: ROC analiziyle MKPÖ'nün kesim değerinin araştırılması.

Ölçek	n	AUC (%95 Güven Sınırı)	Standart Hata	p	Youden J	Kesim Değeri (cut-off value)	Sensitivite	Spesivite
MKPÖ puanı	208	0,878 (0,826-0,920)	0,03	<0,001	0,58	>25	81,88	76,27

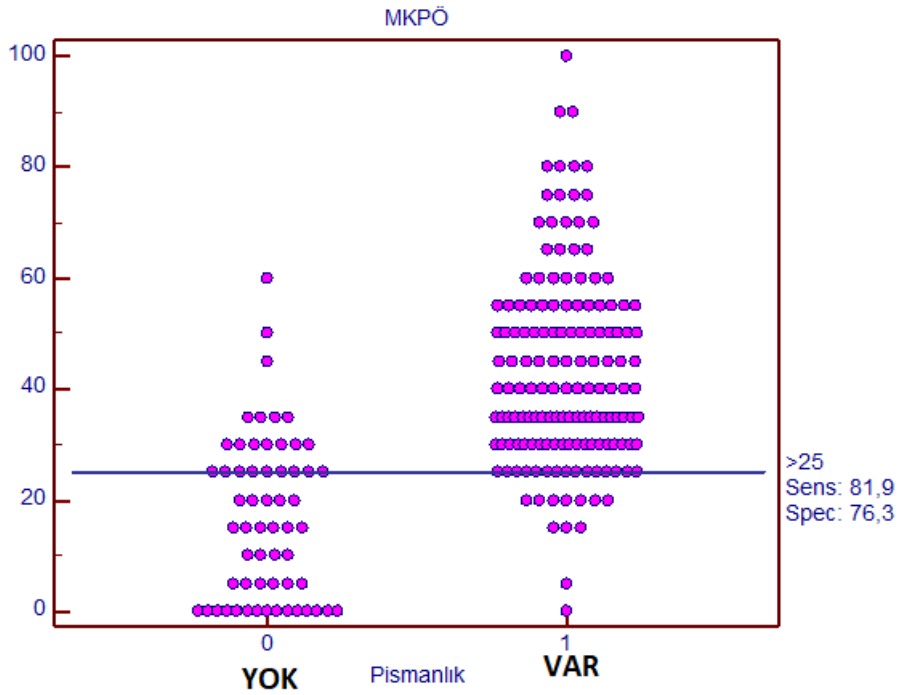
ROC analiziyle, MKPÖ için bulunan kesim değerine göre olgular meslek seçimi kararından pişman değil ($MKPÖ \leq 25$) ve pişman ($MKPÖ > 25$) olarak kategorize edilip cinsiyet, sosyoekonomik durum, sınıf, kiminle yaşadığı, psikiyatrik tanı, süregelen hastalık, sene tekrarı yapma, çalışma koşulları nedeniyle pişmanlık, ekonomik sebepler nedeniyle pişmanlık, hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması nedeniyle pişmanlık, ders yoğunluğu nedeniyle pişmanlık değişkenlerinin meslek seçimindeki pişmanlığı etkilemedeki etkisi stepwise backward lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Meslek seçiminden pişmanlıkta çalışma koşullarından pişmanlık ve bulunulan sınıfın etkili olduğu görülmüştür. Çalışma koşullarından dolayı pişman olanlar olmayanlara göre **6,23 kat** daha fazla meslek seçiminden pişmandır. 4. sınıfta olanlar 1'inci sınıfta olanlara göre **2,3 kat**; 6. sınıfta olanlar ise 1'inci sınıfta olanlara göre **2,86 kat** daha fazla meslek seçiminden pişmandır (Tablo 26).

Tablo- 26: Meslek seçimindeki pişmanlığı etkileyen faktörler.

Değişken		B	SE	p	OR	OR'nin %95 Güven Sınırları
Ders Yoğunluğu Nedeniyle Pişmanlık		0,75	0,40	0,061	2,13	0,97-4,68
Çalışma Koşulları Nedeniyle Pişmanlık		1,83	0,40	<0,001	6,23	2,84-13,67
Sınıf	1. sınıf (referans)			0,030		
	4. sınıf	0,83	0,42	0,045	2,30	1,02-5,18
	6. sınıf	1,05	0,45	0,018	2,86	1,20-6,83



Grafik-1: Pişmanlık ifadesine göre MKPÖ'nün ROC grafiği.



Grafik-2: Pişmanlık ifadesine göre MKPÖ'nün kesim değerine göre olguların dağılışı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Depresyon psikososyal işlevselliği ciddi şekilde sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren yaygın bir hastalıktır. Üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmalarda da öğrencilerde görülen en önemli ruhsal bozukluğun depresyon olduğu belirtilmektedir. Ayrıca üniversite kampüslerinde, ergenler ve genç yetişkinler arasındaki intihar oranları endişe verici düzeyde artmaktadır. Ülkemizde de tıp öğrencilerinin diğer üniversite öğrencilerine göre psikiyatrik hastalık yaşama oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir ve tıp fakültesi öğrencilerindeki depresyon ve intihar riski günümüzde giderek artmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri ders yoğunluğu, çalışma koşulları, mezuniyet sonrası hastanın sağlığından birebir sorumlu olmak gibi sorunlar nedeniyle sürekli stres yüklenmesi ile karşı karşıyadır. Bu nedenlerle de meslek seçiminden pişmanlıklar yaşayabilirler. Bu çalışmayla tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, intihar olasılığı ve mesleki pişmanlık ilişkisinin birlikte incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimine devam eden, 83'ü 1. sınıf, 65'i 4. sınıf, 60'ı 6. sınıf olmak üzere toplamda 208 öğrenci katılmıştır. Olası stres faktörleri göz önünde bulundurularak tıp eğitimine yeni başlayan 1. sınıf, klinik öncesinden klinik eğitime geçişin olduğu 4. sınıf ve mezuniyet öncesi olması nedeniyle 6. sınıf öğrencileri çalışmaya alınmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre psikiyatrik tanısı olma ve ilaç kullanma oranları 1. sınıflarda 4. ve 6. sınıflara göre anlamlı düşüktür. Araştırmalarda eğitimlerinin ilk yılındaki tıp öğrencilerinin, aynı yaştaki genel nüfusa benzer psikiyatrik bozukluk oranlarına sahip olduğu, ancak tıp eğitiminde ilerledikçe ruh sağlıklarında kötüleşme yaşadıkları bildirilmiştir (87–89). Buna rağmen çalışmamızda BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam puanlarında sınıflar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım, tanı ve tedavi bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Sosyoekonomik durum ile BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ ölçek puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bulgularımız alanyazınla uyumludur (90–92).

İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik alt ölçeği skorları 1. sınıflarda 6. sınıflara göre anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır. Başak araştırmalarda çelişkili bulgular olduğu görülmekle birlikte sonucumuzla uyumlu çalışmalar da bulunmaktadır (93,94). Bu durum tıp fakültesine başlandığında karşılaşılan bilgi yükü ve bu zorlu sürecin başlangıcında olmanın getirdiği stres ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda arkadaşları ile yaşayan öğrencilerde aile/akraba yanında yaşayanlara göre İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik skorları daha yüksek bulunmuştur. Yalnız yaşayanlar ile aile/akraba yanında veya arkadaşlarıyla yaşayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yaşanılan yer ile BECK-D skorları arasında da anlamlı farklılık bulunmamıştır. Alanyazında depresyon ile öğrencilerin yaşadıkları yer arasında anlamlı farklılık olmadığını gösteren çalışmalar vardır (95,96). İntihar olasılığı ile yaşanılan yer arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya ise rastlanmamıştır.

Geçmişte intihar girişimi olanların BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ölçek skorları, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum önceki intihar girişimlerinin, sonrakiler için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmesi ile uyumludur (54).

Sigara kullananlarda BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Öfke/Dürtüsellik, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ölçek skorları, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara kullananlarda depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü başka çalışmalarda da bildirilmiştir (38,97–100). Depresyon ve sigara kullanma arasında karşılıklı pekiştirici bir etki olabileceği düşünülmektedir (38). Aynı zamanda sigara

kullanmanın tamamlanmış intihar riskini önemli ölçüde arttırdığı da bildirilmektedir (101). Sigara kullanıyor olmak, intihar için tek başına risk faktörü olmamakla birlikte bu kişilerdeki agresyon ve dürtüselliğin bu duruma katkısının olabileceği düşünülmektedir (102).

Alkol kullananlarda BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-Toplam ölçek skorları, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda kullanılan alkol miktarı ile depresyon riski arasında doğrusal bir ilişki saptandığı bilinmektedir (103). Bununla birlikte alkol kullanımının intihar düşüncesi ve tamamlanmış intihar riskini de arttırdığı ortaya konmuştur (104,105).

Çalışmamızda tüm ölçek skorlarında her iki cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu konuda alanyazında ortak bir kanı olmamakla birlikte depresyon, intihar ve mesleki pişmanlık açısından anlamlı fark olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (39,64,71,106–108).

Ailede hekim olanların olmasının, hekimlik mesleğine bakışı ve mesleki pişmanlığı değiştirebileceği düşüncesi ile bu değişken incelenmek istenmiştir. Ancak çalışmamızda ölçek skorlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Alanyazında da bu konuya ilgili veri bulunmamaktadır.

Süreğen hastalığı olanlarda MKPÖ skorları, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, süreğen hastalığı olanların tıp fakültesinde ders yoğunluğu, çalışma koşulları, hastanın sağlığından birebir sorumlu olmak gibi stres faktörleriyle baş etmelerinin daha güç olması ile açıklanabilir. Ayrıca Sudan'da tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da süreğen sağlık sorununa sahip olmanın bölümü bırakmada etkili olduğu gösterilmiştir (81).

Daha önce staj ya da sene tekrarı yapanlarda MKPÖ skorları, yapmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Başka araştırmalarda da staj

ya da sene tekrarı yapanlarda depresyon, anksiyete ve umutsuzluğun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (57). Çalışmamızda BECK-D skorunda anlamlı farklılık bulunamaması örneklemin küçük olmasına bağlı olabilir. MKPÖ skorlarının daha yüksek bulunması da umutsuzluk ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda tıp fakültesi seçiminden pişman olanlar, 49'u 1. sınıf, 48'i 4. sınıf, 52'si 6. sınıf olmak üzere toplamda 149 kişidir. Bu da örnekleminizin yaklaşık %71'ini oluşturmaktadır ve bu oran farklı ülkelerdeki çalışmalara kıyasla çok daha yüksektir (76,109). Çalışmamız her ne kadar tek merkezde ve kısıtlı sayıda öğrencide yapılmış olsa da, sonuçları ülkemiz için endişe uyandırıcı özelliktedir. 1. sınıfların tıp fakültesi seçiminden pişmanlık oranları 6. sınıflara göre düşük olmakla birlikte 4. sınıf ile 1. ve 6. sınıflar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. 4. sınıflarda anlamlı fark olmaması, üniversitede geçen yıllar içinde öğrenciler arasında etkileşimin artması ve klinik stajlara henüz geçmiş olmak ile ilişkilendirilebilir (110). Benzer şekilde 1. sınıfların MKPÖ skorları 4. ve 6. sınıflara göre düşük bulunmuştur, 4. ve 6. sınıflar arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. Alanyazında tıp fakültesi öğrencilerinde klinik staja başlamış olanların başlamamış olanlara göre meslek seçimi pişmanlığı yaşama riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (80). Bizim çalışmamızda da tıp fakültesi seçiminden pişman olanlarda, olmayanlara göre BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorları anlamlı yüksek bulunmuştur.

Çalışma koşulları ve ekonomik sebepler nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişmanlık oranları 1. sınıflarda, 4. ve 6. sınıflara göre daha düşük bulunmuştur, 4. ve 6. sınıflar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum 1. sınıfların hastane ortamı ile henüz karşılaşmamış olmaları, 4. ve 6. sınıfların ise çalışma koşullarını birebir deneyimlemiş olmaları ile ilişkili olabilir.

Hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişmanlık oranları 6. sınıflarda, 1. ve 4. sınıflara göre daha yüksek bulunmuştur. 1. ve 4. sınıflar arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu durum 6.

sınıfların hasta ile birebir etkileşimlerinin daha yoğun olması sebebiyle saygınlığın azaldığını gösteren hasta veya hasta yakını tavırlarıyla karşılaşma olasılığının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Ders yoğunluğu nedeniyle tıp fakültesi seçiminden pişman olma oranları sınıflar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Ancak bu nedenle tıp fakültesi seçimi ile ilgili pişmanlığını belirtenlerde tüm ölçek ve alt ölçek skorları anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu da tıp fakültesi öğrencileri üzerindeki akademik yükün, ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkisinin olduğunu gösteriyor olabilir.

Çalışmamızda pişmanlık nedenlerinin sayısı ile BECK-D, İÖÖ-Benlik Algısı/Sosyal Destek, İÖÖ-Umutsuzluk, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Toplam ve MKPÖ skorlarının pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Tıp fakültesi seçimi konusundaki pişmanlığı daha fazla nedene dayanan öğrencilerde ölçek skorlarının daha yüksek olması, birçok başka çalışmada da gösterildiği gibi, tıp fakültesinde okumanın öğrencilerin ruhsal durumları üzerinde yüklenmeye sebep olabildiğini düşündürmektedir (34–37).

Çalışmamızda aynı zamanda öğrencilerin tıp fakültesi seçimi ile ilgili pişmanlıklarına göre yeni MKPÖ kesme puanı belirlenmiştir. Ölçeğin özgün halinde ölçekten alınan puan 0-24 arasında ise “karardan hiç pişman değil”, 25-49 arasında ise “karardan biraz pişman”, 50-74 arasında ise “karardan dolayı pişman”, 75-100 arasında ise “karardan dolayı çok pişman” şeklinde yorumlanmaktadır. Bu sınıflandırma meslek seçiminde pişmanlığı etkileyen faktörlerin araştırılması için yeterli olmadığından, yapılan analiz sonucunda MKPÖ yeni kesme puanı 25 olarak belirlenmiş ve öğrenciler buna göre sınıflandırıldığında mesleki pişmanlıkta çalışma koşullarından pişmanlık ve bulunulan sınıfın etkili olduğu görülmüştür. Meslek seçimi ile ilgili pişmanlığı, çalışma koşullarının 6,23 kat; 4. sınıfta olmanın 2,3 kat (1. sınıf referans alınarak); 6. sınıfta olmanın 2,86 kat (1. sınıf referans alınarak) arttırdığı saptanmıştır. Alanyazında tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmalarda

benzer bir analize ve veriye rastlanamamıştır, çalışmamız bu konuda alanyazına katkı sağlayabilir.

Tüm bunlara bakıldığında depresyon ve intihar açısından riskli bir grup olduğu açıkça belli olan tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda bilgilendirilmesi ve desteklenmesinin diğer üniversite öğrencilerine göre daha fazla önem taşıdığını söylemek mümkündür. Hem kendi hayatlarını hem de meslekleri gereği başka insanların hayatını etkileyebileceği için hekim adaylarının ruhsal sorunlarına eğilmek oldukça önemlidir. Bu bireylerde intihar düşüncesinin tespiti, ruh sağlığı uzmanları açısından bu düşüncenin değiştirilmesine yönelik müdahale şansı demektir böylece intihar girişiminin önlenmesini sağlayabilir. Ayrıca ruhsal hastalıklardaki damgalanmayı ele almak dâhil olmak üzere, ruh sağlığı hizmetlerinin önündeki engelleri azaltmak için çaba göstermek gerekmektedir. Buraya kadar söz edilenlerle birlikte mesleki pişmanlığın nedenlerinin ortaya koyulması, mesleki yönlendirme ve meslek seçiminin büyük ölçüde yapılmış sayıldığı yükseköğretim programını tercih etme sürecinde uzmanlara önemli veriler sağlayacaktır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında, tek merkezli, kesitsel olması ile örneklem sayısının sınırlı ve kullanılan ölçüklerin tümünün öz bildirim dayalı olması sayılabilir.

KAYNAKLAR

1. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Front Psychiatry*. 2018;9:450.
2. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38.
3. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.
4. Nihalani N, Simionescu M, Dunlop BW. Depression: phenomenology, epidemiology, and pathophysiology. *Depression: treatment strategies and management*. 2016;1-22.
5. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med*. 2010;40(6):899-909.
6. Hirschfeld RM. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. *J Clin Psychiatry*. 2012;73 (Suppl 1):5-9.
7. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
8. Nestler EJ, Hyman SE. Animal models of neuropsychiatric disorders. *Nat Neurosci*. 2010;13(10):1161-69.
9. Maletic V, Robinson M, Oakes T, et al. Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *Int J Clin Pract*. 2007;61(12):2030-40.
10. Nutt DJ. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 (Suppl 6):3-8.
11. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PM. Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *Br J Psychiatry*. 2000;177:499-504.
12. Harris TO, Borsanyi S, Messari S, et al. Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women. *Br J Psychiatry*. 2000;177:505-10.
13. Knorr U, Vinberg M, Kessing LV, Wetterslev J. Salivary cortisol in depressed patients versus control persons: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(9):1275-86.
14. Keller J, Gomez R, Williams G, et al. HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. *Mol Psychiatry*. 2017;22(4):527-36.

15. Bollen J, Trick L, Llewellyn D, Dickens C. The effects of acute inflammation on cognitive functioning and emotional processing in humans: A systematic review of experimental studies. *J Psychosom Res.* 2017;94:47-55.
16. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol.* 2016;16(1):22-34.
17. Setiawan E, Wilson AA, Mizrahi R, et al. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(3):268-75.
18. Kempton MJ, Salvador Z, Munafò MR, et al. Structural neuroimaging studies in major depressive disorder. Meta-analysis and comparison with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):675-90.
19. Cole J, Costafreda SG, McGuffin P, Fu CH. Hippocampal atrophy in first episode depression: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *J Affect Disord.* 2011;134(1-3):483-87.
20. Schmaal L, Hibar DP, Sämann PG, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Mol Psychiatry.* 2017;22(6):900-9.
21. Hamilton JP, Etkin A, Furman DJ, et al. Functional neuroimaging of major depressive disorder: a meta-analysis and new integration of base line activation and neural response data. *Am J Psychiatry.* 2012;169(7):693-703.
22. Pizzagalli DA. Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:393-423.
23. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression. *Neuron.* 2014;81(3):484-503.
24. Brown GW, Harris T (eds.). *Social Origins of Depression: A study of psychiatric disorder in women.* 1st edition. London: Routledge; 1978.
25. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol.* 1997;48:191–214.
26. Klengel T, Binder EB. Epigenetics of Stress-Related Psychiatric Disorders and Gene x Environment Interactions. *Neuron.* 2015;86(6):1343-57.
27. Malhi GS, Coulston CM, Fritz K, et al. Unlocking the diagnosis of depression in primary care: Which key symptoms are GPs using to determine diagnosis and severity?. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(6):542-7.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, Text Revision.* Arlington, VA; 2022.
29. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, et al. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition. *Am J Psychiatry.* 2010;167(Suppl):1-152.

30. Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2017;7(6):e014912.
31. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(12):1087-206.
32. Jafari P, Nozari F, Ahrari F, Bagheri Z. Measurement invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across medical student genders. *Int J Med Educ*. 2017;8:116-22.
33. Öztürk ENY, Uyar M, Yücel M, Uguz F, Türker S. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyete prevalansının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Kriz Dergisi*. 2020;28(2):88-100.
34. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-51.
35. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ*. 2007;7:6.
36. Puthran R, Zhang MW, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. 2016;50(4):456-68.
37. Bacchi S, Licinio J. Qualitative Literature Review of the Prevalence of Depression in Medical Students Compared to Students in Non-medical Degrees. *Acad Psychiatry*. 2015;39(3):293-99.
38. Güleç M, Bakir B, Ozer M, et al. Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. *Psychiatry Res*. 2005;134(3):281-6.
39. Karaoglu N, Seker M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. *West Indian Med J*. 2010;59(2):196-202.
40. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, et al. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ*. 2001;35(1):12-7.
41. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, et al. Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;21(1):19-24.
42. Shi M, Liu L, Wang ZY, Wang L. Prevalence of depressive symptoms and its correlations with positive psychological variables among Chinese medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:3.

43. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety and depression among medical undergraduate students and their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res.* 2015;141(3):354-7.
44. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Switzerland: Geneva; 2014.
45. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5(1):74.
46. Jacobs DG, Brewer ML. Application of The APA Practice Guidelines on Suicide to Clinical Practice. *CNS Spectr.* 2006;11(6):447-54.
47. Posner K, Brodsky B, Yershova K, Buchanan J, Mann J. The classification of suicidal behavior. In M K Nock (eds). *The Oxford handbook of suicide and self-injury* Oxford University Press. 2014.
48. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. 3üncü baskı. İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları; 2008.
49. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018.
50. TÜİK Kurumsal. Ölüm İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?P=Olum-Istatistikleri-2018-30701> (2023, Mayıs, 10).
51. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):86-94.
52. Cerel J, Brown MM, Maple M, et al. How many people are exposed to suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(2):529-34.
53. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16ncı baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2020.
54. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1725-36.
55. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Arch Sex Behav.* 2005;34(2):185-95.
56. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res.* 2011;187(1-2):140-4.
57. Oyekcin DG, Sahin EM, Aldemir E. Mental health, suicidality and hopelessness among university students in Turkey. *Asian J Psychiatr.* 2017;29:185-9.
58. Keyes CL, Eisenberg D, Perry GS, et al. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and

academic impairment in college students. *J Am Coll Health*. 2012;60(2):126-33.

59. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*. 2006;81(4):354–73.

60. Supe AN. A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College. *J Postgrad Med*. 1998;44(1):1-6.

61. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalisation-psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(1):Doc10.

62. Huang YH, Liu HC, Sun FJ, et al. Relationship between predictors of incident deliberate self-harm and suicide attempts among adolescents. *J Adolesc Health*. 2017;60(5):612-8.

63. Osama M, Islam MY, Hussain SA, et al. Suicidal ideation among medical students of Pakistan: a cross-sectional study. *J Forensic Leg Med*. 2014;27:65-8.

64. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36.

65. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008;149(5):334-41.

66. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, et al. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med*. 2010;85(1):94-102.

67. Hays LR, Cheever T, Patel P. Medical student suicide, 1989-1994. *Am J Psychiatry*. 1996;153(4):553-5.

68. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):344-6.

69. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 2010;304(11):1181-90.

70. Sobowale K, Zhou N, Fan J, Liu N, Sherer R. Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *Int J Med Educ*. 2014;5:31-6.

71. Fan AP, Kosik RO, Mandell GA, et al. Suicidal ideation in medical students: Who is at risk?. *Ann Acad Med Singap*. 2012;41(9):377-82.

72. Drolet BC, Rodgers S. A comprehensive medical student wellness program--design and implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Acad Med*. 2010;85(1):103-10.

73. Erdurcan S, Kırdök O. Mesleki Karar Pişmanlığı Ölçeği: Adaptasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2017;13(3):1140-50.
74. Zeelenberg M, van Dijk WW, van der Pligt J, et al. Emotional reactions to the outcomes of decisions: the role of counterfactual thought in the experience of regret and disappointment. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1998;75(2):117-41.
75. Yeşilyaprak PDB. Türkiye’de Mesleki rehberlik ve kariyer danışmanlığı hizmetleri: Güncel durum ve öngörüler. *Kariyer Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 2019;2(2): 73-102.
76. Faizullina KM, Kausova G, Grijbovski AM. Every third Kazakhstani medical student regrets the choice of education: A cross-sectional survey in Almaty. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2013;27:235-42.
77. Nandan D, Bora R, Priyadarshini P, Bora NM. Future challenges in medical education in the Indian subcontinent. *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2013;7(3):332–7.
78. Jothula KY, Ganapa P, Sreeharshika D, Naidu NK, Abhishek P. Study to find out reasons for opting medical profession and regret after joining MBBS course among first year students of a medical college in Telangana. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2018;5(4):1392–6.
79. Ayuob NN, Sindi AH, Eldeek BS. Medicine as a career choice: a cross-sectional study on undergraduate medical students at King Abdulaziz University. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2016;4:593-601.
80. Yang G, Wang L, Wang J, et al. Career choice regret during COVID-19 among healthcare students and professionals in mainland China: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):534.
81. Bashir MMI, Alrayah MAF, Mustafa MEE, et al. Medicine as a career choice: a comprehensive study on factors influencing Sudanese students to opt in/out medical career. *BMC Med Educ*. 2023;23(1):418.
82. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–71.
83. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:118-22.
84. Cull JG, Gill WS. *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles, California. Western Psychological Services; 1982.
85. Durak AB, Şahin NH. İntihar Olasılığı Ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*. 2018;2(2):52-64.
86. Brehaut JC, O’Connor AM, Wood TJ, et al. Validation of a decision regret scale. *Medical Decision Making*. 2003;23(4):281–92.

87. Carson AJ, Dias S, Johnston A, et al. Mental health in medical students a case control study using the 60 item General Health Questionnaire. *Scott Med J*. 2000;45(4):115–6.
88. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, et al. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med*. 1997;72(6):542–6.
89. Yusoff MSB, Mat Pa MN, Esa AR, Abdul Rahim AF. Mental health of medical students before and during medical education: A prospective study. *J Taibah Univ Med Sci*. 2013;8(2):86–92.
90. Öncü B, Şahin T, Özdemir S, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve ilişkili etmenler. *Kriz Dergisi*. 2013;21(1):1-10.
91. Konar NM. Factors associated with depression, anxiety and stress levels among medical students. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(1):90–104.
92. Şeker M, Karaoğlu N. Klinik öncesi yıllardaki tıp öğrencilerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkili olabilecek faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2011;10(3):303–12.
93. Ahmed SA, Omar QH, Abo Elamaim AA. Forensic analysis of suicidal ideation among medical students of Egypt: A crosssectional study. *J Forensic Leg Med*. 2016;44:1–4.
94. Goyal A, Kishore J, Anand T, Rathi A. Suicidal ideation among medical students of Delhi. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*. 2012; 17(1):60-70.
95. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*. 2013;18(2):98-102.
96. Alparslan N, Yaşar S, Dereli E, Turan FN. Sağlık yüksekokulu ve teknik eğitim fakültesi öğrencilerinde görülen depresif belirtiler ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2018;10(2):48-57.
97. Tercyak KP, Goldman P, Smith A, Audrain J. Interacting effects of depression and tobacco advertising receptivity on adolescent smoking. *J Pediatr Psychol*. 2002;27(2):145–54.
98. Windle M, Windle RC. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: Prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(2):215–26.
99. Goodman E, Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*. 2000;106(4):748-55.
100. Marakoglu K, Toprak D, Sensoy N. Tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve depresyon durumu arasındaki ilişki. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2006;7(2):1-8.

101. Li D, Yang X, Ge Z, et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res.* 2012;46(10):1257–66.
102. Clayton P. Suicide and smoking (editorial). *J Affect Disord.* 1998;50(1):1–2.
103. Nunes EV. Alcohol and the Etiology of Depression. *Am J Psychiatry.* 2023;180(3):179–81.
104. Seo C, Di Carlo C, Dong SX, Fournier K, Haykal KA. Risk factors for suicidal ideation and suicide attempt among medical students: A meta-analysis. *Plos One.* 2021;16.
105. Isaacs JY, Smith MM, Sherry SB, et al. Alcohol use and death by suicide: A meta-analysis of 33 studies. *Suicide Life Threat Behav.* 2022;52(4):600–14.
106. Jamil H, Alakkari M, Al-Mahini MS, Alsayid M, Al Jandali O. The impact of anxiety and depression on academic performance: A cross-sectional study among medical students in Syria. *Avicenna J Med.* 2022;12(3):111-9.
107. Güleç S, Kırdök O. Üniversite öğrencilerinin mesleki karar pişmanlıklarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. 20. Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi. Samsun, Türkiye. 2018;343-47.
108. Gürhan N, Meriç M, Kaya B, Deniz Turan N, Kabataş E. Tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencilerinin intihar olasılığı ve problem çözme düzeylerinin sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;7(1):149-55.
109. Ikram M, Maryam R, Khan RMS, Latif A, Butt M. Choosing, regretting, and learning in medical education. *PPJMHS.* 2019;13(3):596-8.
110. Dyrbye L, Satele D, West CP. A longitudinal national study exploring impact of the learning environment on medical student burnout, empathy, and career regret. *Acad Med.* 2021;96(11S):S204-5.

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız:
.....
2. Cinsiyetiniz:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Kaçınıcı sınıftasınız?
.....
4. Daha önce sene/staj tekrarı yaptınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
5. Medeni durumunuz:
 - a. Evli
 - b. Bekar
6. Kaç kardeşsiniz? (siz dahil)
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3 ve üzeri
7. Annenizin öğrenim durumu:
 - a. Okuma-yazma bilmiyor
 - b. İlkokul
 - c. Ortaokul
 - d. Lise
 - e. Üniversite ve üzeri
8. Annenizin çalışma durumu:
 - a. Çalışmıyor
 - b. Çalışıyor
9. Babanızın öğrenim durumu:
 - a. Okuma-yazma bilmiyor
 - b. İlkokul
 - c. Ortaokul
 - d. Lise
 - e. Üniversite ve üzeri
10. Babanızın çalışma durumu:
 - a. Çalışmıyor
 - b. Çalışıyor
11. Kiminle yaşıyorsunuz?
 - a. Aile/akraba ile
 - b. Arkadaşlar ile (yurt/ev)
 - c. Yalnız

12. Sosyoekonomik durumunuz:
 - a. Çok iyi
 - b. İyi
 - c. Orta
 - d. Kötü
 - e. Çok kötü
13. Tanı koyulmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.
 - a. Evet
 - b. Hayır
14. Düzenli olarak kullandığınız psikiyatrik bir ilaç var mı? Varsa belirtiniz.
 - a. Evet
 - b. Hayır
15. Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
 - a. Evet
 - b. Hayır
16. Kronik bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.
 - a. Evet
 - b. Hayır
17. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
18. Alkol kullanıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
19. Geçmişte/devam eden herhangi bir madde kullanımınız var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
20. Ailenizde hekim olan biri var mı? Varsa yakınlık derecesini belirtiniz.
 - a. Evet.....
 - b. Hayır
21. Tıp fakültesi seçimi ile ilgili pişmanlığınız var ise nedenini belirtiniz. (birden fazla seçenek işaretlenebilir)
 - a. Pişmanlığım yok
 - b. Ders yoğunluğu
 - c. Çalışma koşulları
 - d. Ekonomik nedenler
 - e. Hekimlik mesleğine olan saygınlığın azalması

Ek-2. Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D)

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyi kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyi oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	Kesinlikle Katılmıyorum %0	Katılmıyorum %30	Katılıyorum %70	Tamamen Katılıyorum %100
1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Çok fazla sorumluluğum var.				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.				
11. Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.				
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				

19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.				
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.				
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.				
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.				
34. Kızınca bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.				

Ek-4. Mesleki Karar Pışmanlığı Ölçeği (MKPÖ)

MESLEKİ KARAR PİŞMANLIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen yapmış olduğunuz meslek (bölüm) seçiminizi düşünün.

Yapmış olduğunuz bu seçime ilişkin neler hissettiğinizi gösteren ifadeyi işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Meslek seçimine ilişkin kararım doğruydu.					
2. Yaptığım seçimden dolayı pışmanım					
3. Tekrar seçmek zorunda olsaydım yine aynı seçimi yapardım.					
4. Yaptığım seçim bana çok zarar verdi.					
5. Verdiğim karar mantıklıydı.					

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde ve uzmanlık eğitimim boyunca emeğini, desteğini ve bilgisini benden esirgemeyen Prof. Dr. Selçuk Kırılı'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. Saygın Eker'e,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, başta eşkıdemlerim Dr. Murathan Sarı ve Dr. Ahmet Aslıtürk olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, hemşire, sekreter, personel olmak üzere tüm Uludağ Psikiyatri ailesine,

Desteğini hep yanımda hissettiğim, rotasyonu sayesinde ömür boyu sürecek dostluğumuzun temellerini attığımız Dr. Özlem Yıldırım'a, lise yıllarından gelen dostluğumuzu burada da sürdürme şansını bulduğum Dr. Ayça Karaca'ya ve rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan değerli öğretim üyelerine, birlikte çalışma fırsatı bulduğum araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Bu günlere gelebilmemde en büyük emeği olan, her zaman arkamda olduklarını bildiğim canım anneme, babama, kardeşime ve tıp fakültesinden bu yana hayata birlikte göğüs gerdiğimiz, sevgisini hep hissettiğim, her zaman en büyük destekçim olan eşim Hasan Berat Civelek'e teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

6 Eylül 1994 tarihinde Giresun'da doğdum, ilkokulu İnegöl Vehbi Koç İlköğretim Okulu'nda, liseyi Bursa Ali Osman Sönmez Fen Lisesi'nde tamamladım. 2012 yılında başladığım Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2018 yılında mezun oldum. Temmuz 2019'da Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladım.