

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, İNTİHAR
DÜŞÜNCESİNİN DÜZEYİ VE ARALARINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Tuğba ÜZEL**

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Figen İNCİ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak 2020
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, İNTİHAR
DÜŞÜNCESİNİN DÜZEYİ VE ARALARINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Tuğba ÜZEL**

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Figen İNCİ
Dr. Öğr. Üye. Derya EVGİN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak 2020
NEVŞEHİR**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç.Dr. Figen İNCİ (I. Danışman) ve Dr. Öğr. Üyesi Derya EVGİN (II. Danışman) danışmanlığında Tuğba ÜZEL tarafından hazırlanan “**Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Tutumları, İntihar Düşüncesinin Düzeyi Ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

22.01.2020

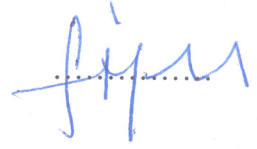
JÜRİ

İMZA

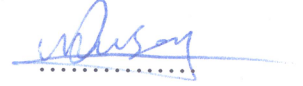
Başkan: Prof. Dr. Nimet KARATAŞ



Üye: Doç. Dr. Figen İNCİ



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞİMŞEK



ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 14.02./2020 tarih ve 12-111.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Tuğba ÜZEL

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca, bilgi ve birikimlerini içtenlikle sunan Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a,

Tez dönemi boyunca bilgilerini, büyük sabrını, emeğini ve desteğini esirgemediğinden sunan, danışmanım Doç. Dr. Figen İNCİ'ye, ikinci danışmanlık görevini kabul eden Dr. Öğr. Üyesi Derya EVGİN'e,

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Ezgi DÖNER ve Begüm KILIÇARSLAN'a,

Bana en güzel yol arkadaşı olan sevgili dostum Eylül ERGÜN BAŞER'e,

Ömür boyu gönül borcum olan annem, babam, değerli kardeşlerim ve hayat arkadaşlarıma teşekkür ederim.

DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, İNTİHAR DÜŞÜNCESİNİN DÜZEYİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Tuğba ÜZEL

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Ocak 2020

ÖZET

Depresyon, bireyler ve toplum üzerinde önemli etkiye sahip büyük bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü küresel nüfusun depresyon oranının % 4.4 olduğu belirlemiştir. Tüm hastalıklar arasında 2020 yılında küresel anlamda en önemli ikinci yeti yitimi sebebinin depresyon olacağı kabul edilmektedir. Dünya çapında intiharların çoğu psikiyatrik hastalıklarla ilgilidir ve depresyon bu hastalıkların başında gelmektedir. 15-30 yaş arasında ölümlerin önde gelen iki sebebinden biri intihardır. Genç intiharlarının önemli bir bölümünün sebebi olan depresyonun oluş nedenleri incelenirken çocukluk çağı travmaları ve başa çıkma tutumları değerlendirilmektedir. Çocukluk çağı travmalarının ilerleyen yaşlarda depresyonla birlikte birçok psikiyatrik bozukluğa sebep olabileceği bilinmektedir. Sağlıklı bir gelişim süreci çocukluktan itibaren karşılaşılan olumlu ya da olumsuz durumların doğru şekilde değerlendirilmesi ve durumlarla uygun biçimde başa çıkmasıyla gerçekleşir. Bu nedenle mevcut araştırma; depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları, intihar düşüncesinin düzeyi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Niğde ilindeki Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümüne başvuran, depresyon tanısı almış olan bireyler oluşturmuştur. Örneklemi ise Kasım 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında depresyon tanısı ile hastaneye başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 120 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, katılımcı bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme

Ölçeği (BÇTDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version22, Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı ve analitik istatistikler kullanılmıştır. Veri toplama araçlarından elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler ile ölçeklerden alınan puanlar ve ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile kategorik değişkenlerde ölçeklerden alınan puanlar arasındaki fark ise ikili gruplarda Mann Whitney U, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 30.90 ± 13.22 , İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) puan ortalaması 9.60 ± 4.06 'dır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ne ait Duygusal İstismar alt boyut puan ortalaması 9.60 ± 4.06 , Fiziksel İstismar alt boyut puan ortalaması 9.60 ± 4.06 , Fiziksel İhmal alt boyut puan ortalaması 13.85 ± 2.10 , Duygusal İhmal alt boyut puan ortalaması 20.54 ± 2.90 ve Cinsel İstismar alt boyut puan ortalaması ise 9.11 ± 5.28 'dir. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'ne ait Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme alt boyut puan ortalaması 9.39 ± 3.02 , Zihinsel Boşverme alt boyut puan ortalaması 9.57 ± 2.80 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt boyut puan ortalaması 9.95 ± 3.12 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalaması 8.63 ± 3.22 , Aktif Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 9.05 ± 3.12 , İnkâr alt boyut puan ortalaması 7.47 ± 2.84 , Dini Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 9.35 ± 3.81 , Şakaya Vurma alt boyut puan ortalaması 6.96 ± 3.11 , Davranışsal Boş Verme alt boyut puan ortalaması 9.14 ± 3.07 , Geri Durma alt boyut puan ortalaması 8.92 ± 2.36 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalaması 9.30 ± 2.80 , Madde Kullanımı alt boyut puan ortalaması 9.54 ± 3.78 , Kabullenme alt boyut puan ortalaması 9.45 ± 2.64 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt boyut puan ortalaması 8.28 ± 2.23 , Plan Yapma alt boyut puan ortalaması ise 8.68 ± 3.05 'dir. Katılımcıları ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde Beck Depresyon Ölçeğinden ciddi düzeyde, İntihar Düşünceleri Ölçeği ile Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından ise ortalama düzeyde puan aldıkları söylenebilir. Benzer şekilde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar alt boyutlarından ortalama, Duygusal İhmal alt boyutundan ise yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar ile İntihar Düşüncesi

Ölçeği'nden alınan puanlar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar alt boyut puanları arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden alınan puanlar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin Soruna Odaklanan Başetme alt boyut puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin Duyguya Odaklanan Başetme alt boyutu puanları ile Beck Depresyon Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar alt boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin İşlevsel Olmayan Başetme alt boyutu puanları ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Cinsel İstismar alt boyutu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bulgular doğrultusunda depresyon tanılı bireylerde depresif belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi düzeyi ile yakından ilişkili olduğu, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin depresyonun şiddetini etkilediği, başetme tutumlarının işlevsel olmayışının hastalık tablosunu olumsuz etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler : *Depresyon, İntihar Düşüncesi, Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Tutumları*

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Figen İNCİ, Dr. Öğr. Üye. Derya EVGİN

Sayfa Adeti : 111+xiv sayfa

CHILDHOOD TRAUMA, COPING ATTITUDES, LEVEL OF SUICIDAL IDEA IN DEPRESSION PATIENTS AND INVESTIGATION OF RELATIONSHIP

(Master's Thesis)

TUĞBA ÜZEL

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF SCIENCE**

January 2020

ABSTRACT

Depression is recognized as a major public health problem that has a significant impact on individuals and society. The World Health Organization has identified that the depression rate of the global population is 4.4%. It is accepted that depression will be the second most important cause of disability in 2020 among all diseases globally. Most of the suicides worldwide are related to psychiatric disorders and depression is the leading one. One of the two leading causes of deaths between the ages of 15-30 is suicide. Childhood trauma and coping attitudes are seen as the causes of depression, which is the major cause of young suicides. It is known that childhood traumas can cause many psychiatric disorders with depression in later years. A healthy development process takes place through proper evaluation of positive and negative situations encountered from childhood and dealing with such situations appropriately. Therefore, this study has been conducted to analyze childhood traumas, coping attitudes, level of suicidal ideation and the relationship between them.

The population of the study is comprised of individuals who were admitted to the Psychiatry Department of Niğde Ömer Halisdemir University Training and Research Hospital in Niğde with a diagnosis of depression. The sample consisted of 120 patients who were admitted to the hospital with the diagnosis of depression between November 2018 and June 2019, who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Data were collected using a descriptive questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), Suicidal Ideation Scale (SIS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Evaluation Of Coping Attitudes (COPE). The data obtained from the study were evaluated in SPSS statistical program (Version22, Chicago IL, USA). Descriptive and analytical statistics were used in the evaluation of the data. The data obtained from the

data collection instruments were analyzed with number, percentage, average and standard deviation values. Spearman correlation analysis was used to analyze the relationship between scales and numerical variables. The difference between the scores obtained from the scales in categorical variables was evaluated by Mann Whitney U test in paired groups and Kruskal Wallis test in groups with more than two participants.

The mean score of the Beck Depression Scale was 30.90 ± 13.22 and the mean score of the Suicidal Ideation Scale was 9.60 ± 4.06 . The average score of the Childhood Trauma Scale was 9.60 ± 4.06 , the average score of Physical Abuse was 9.60 ± 4.06 , the average score of Physical Neglect was 13.85 ± 2.10 , the average score of Emotional Neglect was 20.54 ± 2.90 and the lower scale average score of Sexual Abuse was 9.11 ± 5.28 . The mean score of the Positive Reinterpretation and Development subscale of the Coping Attitudes Assessment Scale was 9.39 ± 3.02 , the average score of Mental Discharge was 9.57 ± 2.80 , the Problem Focusing and Exposing Emotions subscale average score was 9.95 ± 3.12 , Useful Social Support Usage subscale mean score was 8.63 ± 3.22 , mean score of Active Coping subscale was 9.05 ± 3.12 , average of Denial subscale score was 7.47 ± 2.84 , average of Religious Coping subscale score was 9.35 ± 3.81 , mean score of Joking subscale was 6.96 ± 3.11 , The mean score of the Behavioral disengagement subscale was 9.14 ± 3.07 , the average of the Refraining subscale score was 8.92 ± 2.36 , the average score of Emotional Social Support Use subscale was 9.30 ± 2.80 , the average score of Substance Use was 9.54 ± 3.78 , the average subscale score for Acknowledgement was 9.45 ± 2.64 , Other Engagement Suppression subscale average score was 8.28 ± 2.23 , and the Planning Sub-dimension average score was 8.68 ± 3.05 . When the scores of the participants were examined, it can be said that they got serious scores from the Beck Depression Scale and average scores from all sub-dimensions of the Suicidal Thoughts and Coping Attitudes Scale. Similarly, the participants scored higher on the Childhood Trauma Scale, Emotional Abuse, Physical Abuse, Emotional Neglect, and Sexual Abuse subscale, and Emotional Neglect subscale.

The following findings have been gathered from the analysis on the relationship between the scores of the individuals participating in the study; a statistically significant positive correlation has been found between the Beck Depression Inventory scores and the Suicide Ideation Scale scores and a weak positive correlation has been found

between the Childhood Trauma Scale and Emotional Abuse subscale scores. A weak statistically significant correlation has been found between the scores obtained from the Suicidal Ideation Scale and the Childhood Trauma Scale, Emotional Abuse, Physical Abuse and Physical Neglect subscale scores. In the Coping Attitudes Scale, there was a weak statistically significant negative correlation between the scores of the Problem Oriented Coping subscale and Beck Depression Scale. There was a statistically significant positive weak correlation among Childhood Trauma Scale and Sexual Abuse subscale scores. In the Coping Attitudes Scale, there was a negative, weak, statistically significant correlation among the scores of obtained from the Emotion-Focused Coping subscale, Beck-Depression Scale, Suicidal Ideation Scale and Childhood Trauma Scale, Physical Abuse subscale. There was an average-level statistically significant positive correlation between the scores obtained from Non-Functional Coping subscale of Coping Attitudes Scale and those from Sexual Abuse subscale of Childhood Trauma Scale. According to the findings, it can be said that the intensity of depressive symptoms is closely related to suicidal ideation in children with depression, childhood traumatic experiences affect the severity of depression and dysfunctional coping attitudes negatively affect the illness.

Key Words : *Depression, Suicidal Ideation, Childhood Trauma, Coping Attitudes*

Thesis Advisor : Assoc. Prof. Dr. Figen İNCİ,

Number of Pages : 111+xiv pages

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xv
1.BÖLÜM	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.BÖLÜM	4
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Depresyon	4
2.1.1. Tanımı	4
2.1.2. Tarihçesi.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Risk Faktörleri	5
2.1.5. Etiyoloji.....	5
2.1.6. Tanı ve Sınıflandırma	6
2.2. İntihar	7
2.2.1. Tanımı	7
2.2.2. Epidemiyoloji.....	8
2.2.3. Risk Faktörleri	8
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları.....	9
2.3.1. Çocuk, Çocukluk Çağı ve Travma Kavramları.....	9
2.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	10
2.3.2.1. Fiziksel İstismar	11
2.3.2.2. Duygusal İstismar	12

2.3.2.3. Cinsel İstismar	13
2.3.2.3. İhmal	14
2.4. Başa Çıkma Tutumları	15
2.5. Depresyon Hastalarının İyileştirilmesinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	18
3.BÖLÜM	20
GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.5.1. Veri Toplama Araçları	21
3.5.1.1. Katılımcı Bilgi Formu (EK 3).....	21
3.5.1.2. Beck Depresyon Ölçeği(EK 4)	21
3.5.1.3. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)(EK 5).....	22
3.5.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)(EK 6).....	22
3.5.1.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) (EK 7)	22
3.6. Ön Uygulama	23
3.7. Verilerin Toplanması	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8.1. Veri Toplama Araçların Değerlendirilmesi	21
3.8.1.1. Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)(EK 4)	21
3.8.1.2. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)(EK 5).....	22
3.8.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)(EK 6).....	22
3.8.1.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) (EK 7)	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
4.BÖLÜM	26

BULGULAR.....	26
5.BÖLÜM	68
TARTIŞMA	68
5.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin BDÖ, İDÖ, ÇÇTÖ Alt Ölçekleri ve BÇTDÖ Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	69
5.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süreleri ile Ölçeklerden Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	71
5.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması	73
5.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	75
6. BÖLÜM.....	78
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	80
EKLER.....	97
Ek 1: Hastane Çalışma İzin Formu.....	97
Ek 2: Etik Kurul İzin Formu.....	98
EK 3. Katılımcı Bilgi Formu.....	99
Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği	100
Ek 5. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ).....	104
Ek 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	106
Ek 7. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)	108
Ek 8: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	113
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	26
Tablo 2.	Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	27
Tablo 3.	Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	28
Tablo 4.	Katılımcıların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süreleri ile BDÖ, İDÖ ve ÇÇTÖ'den Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	29
Tablo 5.	Katılımcıların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süreleri ile BÇTDÖ'den Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	30
Tablo 6.	Katılımcıların BDÖ, İDÖ, ÇÇTÖ Alt Ölçekleri ve BÇTDÖ Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasındaki İlişki	31
Tablo 7.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İDÖ ve BECK Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	32
Tablo 8.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	34
Tablo 9.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	39
Tablo 10.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	44
Tablo 11.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	49
Tablo 12.	Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre İDÖ ve BECK Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	54
Tablo 13.	Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	56

Tablo 14. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	59
Tablo 15. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	54
Tablo 16. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	54



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
İDÖ	: İntihar Düşüncesi Ölçeği
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
BÇTDÖ	: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
Med	: Medyan (ortanca değer)
Min-Max	: En küçük, en büyük değer
N	: Araştırmanın evreni
N	:Araştırmanın örneklemi
(r)	: Spearman's Korelasyon
Sig(p)	: Significance (anlamlılık)
$\pm ss$	: Artan ya da azalan standart sapma
$\bar{x}$	:Aritmetik ortalama

1. BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO), sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır [1]. Bu nedenle sağlıklı olmanın önemli bir ölçütü olarak ruh sağlığını dikkatle değerlendirmek gerekir. Ruh sağlığı; bireyin kendi potansiyelinin farkında olduğu, günlük hayatın stresiyle başa çıkabildiği, verimli bir şekilde çalışıp üretken olduğu ve içinde bulunduğu topluma katkı sağlayabildiği genel iyi durumda bulunma halidir [2].

Öte yandan ruhsal bozukluk; insanın duygu, düşünce ve davranışlarında olağandışı sapmaların, aykırılıkların bulunması olarak tanımlanabilir [2]. Ruhsal bozukluklar toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü ruhsal bozukluk görülme sıklığını %24 olarak açıklamış ve her 4 insandan birinin hayatlarının bir döneminde ruhsal bozuklukla mücadele ettiğini belirtmiştir [3]. Ülkemizde gerçekleştirilmiş en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasında ise Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği bildirilmiş ve yine aynı çalışmada yetişkinlerde ruhsal hastalık bulunma sıklığının %17.2 olduğu saptanmıştır [4].

Dünyada hastalık ve yaralanmalar kaynaklı yeti yitimine göre düzenlenmiş yaşam yılları kayıplarının %13’ünden nöropsikiyatrik hastalıklar sorumludur ve 2020 yılına kadar bu oranın %15’e ulaşacağı, depresyonun tek başına %5.7’lik kayba yol açacağı tahmin edilmektedir [6]. Dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5’i depresyon, şizofreni, bipolar mizaç bozukluğu, alkolizm ve kompulsif bozukluk olmak üzere psikiyatrik hastalıklardır [7].

Depresyon, günlük ve profesyonel işlerde azalma, verimlilik kaybı, finansal zorluklar, kişiler arası ilişkiler veya evliliklerde hasar gibi bireyi olumsuz yönde etkileyen en yaygın psikolojik sorunlardan biridir [2]. Depresyon, bireyler ve toplum üzerinde önemli etkiye sahip büyük bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Depresif bozukluklar genel popülasyonda sık görülür [3]. Bireyin günlük hayatın getirdiği sorunlarla başa çıkabilmesinde ciddi düzeyde zorlanmaya neden olur [3]. Ayrıca depresyon sık görülen, kronikleşme ve yineleme oranı yüksek bir hastalıktır [3]. Her on

erkekten birinde ya da her dört kadından birinde yaşamı boyunca depresif bozukluk görülmektedir. Depresyon tanısı almış hastaların da %70'inde hastalığın tekrarlanma olasılığı bulunmaktadır [2].

Depresyonun intihara sebep olabileceği ve intihar vakaların %11-17'sinin yaşamlarının bu yolla son bulduğu düşünüldüğünde durumun ciddiyeti daha net anlaşılmaktadır. Depresyonun en ağır sonucu intihardır [4]. Yılda yaklaşık 800.000 intihar vakası depresyonla ilişkilendirilmiştir [5]. 1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü intiharı “kişinin bilinçli olarak ve değişik derecelerde ölümü hedefleyerek kendine zarar vermesi” şeklinde tanımlamıştır [5]. Yine Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre, ölümle sonuçlanan eylemler intihar, intihar amaçlı olmayanlara ise (örneğin, sıkıntıları iletme, geçici olarak nahoş duyguları azaltmak için) “intihar girişimi” olarak adlandırılır [6]. İntihar edenlerin %60-70'ini, geçmişinde belirgin depresyonu olan hastalar oluşturmaktadır. Depresyon yalnız tamamlanmış intiharlar ile değil, intihar girişimleri ile de birliktelik göstermektedir. Depresyon şiddeti artıkça intihar girişiminin ciddiyeti ve ölüm niyeti de artmaktadır [7].

Depresyon hastalarında intihar düşüncesinin düzeyini incelerken çocukluk çağı travmaları ile başa çıkma tutumlarını birlikte değerlendirmek gerekir. Çocukluk çağı travmaları bir çocuğun duygusal olarak acı veya sıkıntı veren, çoğunlukla uzun süreli ruhsal ve fiziksel etkileri olan bir olayı deneyimlemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu deneyimler büyük doğa olayları, terör, göç, savaş, aile içi şiddet, ihmal veya istismar olabilir [8]. Çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bazı kısıtlamalara sebep olan, ruhsal olarak yaralayan ve uygunsuz davranışlar ise çocuk ihmal ve istismarı olarak nitelendirilir [9]. İhmal kavramı kendi içinde duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olarak; istismar ise fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak sınıflandırılır. Dünya Sağlık Örgütünün 2014 yılında yayımlanmış olduğu rapora göre, yetişkinlerin yaklaşık %23'ü çocukluk dönemlerinde fiziksel istismara, %16.3'ü fiziksel ihmale, %36.3'ü duygusal istismara maruz kalmışlardır. Yaşam boyun istismara maruz kalma oranının cinsiyetler arasında büyük farklar göstermediği ancak kadınların cinsel istismarı daha yüksek oranda yaşadıkları belirtilmiştir [10]. TÜİK'in açıkladığı verilere göre ise, işlenen suçların %46'sının çocuklara karşı işlendiği ve bu suçlarda özellikle çocuğa karşı şiddet ve cinsel istismarın öne çıktığı bildirilmiştir [10].

Başetme becerilerinin henüz yeterince gelişmediği çocukluk çağında travmatik deneyimler yaşanması ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Stres verici durumları hafifletmek veya ortadan kaldırmak için başa çıkma tutumu kullanmak genel bir durumdur [11]. Başa çıkma karmaşık ve güç anlaşılan bir süreçtir. Bu süreçte kullanılan bazı yöntemler pasif kalırken bazen de mevcut olumsuz durumu ortadan kaldırmaya yönelik aktif çözüm yolları üretilebilir. Başa çıkma tutumları farklı araştırmalarla çeşitli biçimlerde sınıflandırılmış ancak Carver ve arkadaşlarının geliştirdikleri Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile başa çıkma tutumlarını ve sınıflandırmasını detaylı olarak şekillendirmiştir. Bu sınıflandırma şu şekildedir; soruna odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma. Bu üç alt grubun her birinde beşer alt ölçek bulunmakta ve toplam on beş alt ölçekten bahsedilmektedir [11,12]. Depresyon duygu odaklı başa çıkma tutumlarıyla bağlantılandırılmıştır. Yapılan bir araştırmaya göre depresif belirtiler bildiren bireyler duygu yönelimli baş etmeyi sorun odaklı baş etme tutumlarından daha fazla kullanma eğilimindedirler. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanılması da psikopatolojik belirtilerin oluşmasında önemli rol oynamaktadır [13].

Önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyonun önlenmesi, bakımı ve rehabilitasyonunda psikiyatri hemşiresine önemli sorumluluklar düşmektedir. Psikiyatri hemşiresi sahip olduğu bilgi ve becerilerle hastada depresif belirti düzeyini izlemeli, hastanın etkili başetme becerileri geliştirmesine destek olmalı, intihar riskini değerlendirmeli ve gerekli önlemleri almalıdır. Ayrıca depresyon hastalığının etiyolojisinde yer alabilen faktörlerden biri olarak çocukluk çağı travmalarının varlığını incelemek, bu olumsuz yaşantının şimdiye etkisini yorumlamak nitelikli hemşirelik bakımı sunmak açısından önemlidir [14]. Bu nedenle araştırma depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları ve intihar düşüncesi düzeyini değerlendirmek ve aralarındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1 Tanımı

Latince kökenli “depressus” kelimesinin evrilmesiyle ortaya çıkan depresyon; aşağı doğru basmak, çökkünlük, bitkinlik, durgunlaşmak, donuklaşmak anlamına gelir [3]. Depresyon, günlük ve profesyonel işlerde azalma, verimlilik kaybı, finansal zorluklar, kişiler arası ilişkiler veya evliliklerde hasar gibi bireyi olumsuz yönde etkileyen en yaygın psikolojik sorunlardan biridir [2].

Umutsuzluk, mutsuzluk, çaresizlik, karamsarlık duyguları depresif duygu durum olarak tanımlanırken geleneksel olarak çökkünlükle aynı anlamda kullanılmaktadır. Pridmore ise depresyonu, hüznün, yas ve moral bozukluğu olarak tanımlamıştır [15]. Bireyin günlük hayatla başa çıkabilmesinde ciddi düzeyde engel olur. Depresyonun en ağır sonucu intihardır [2]. Yılda yaklaşık 800.000 intihar vakası depresyonla ilişkilendirilmiştir [16].

2.1.2. Tarihçesi

Tarih boyunca değişik çağlarda, mitolojilerde, eski semavi dinlerde depresyona ilişkin gözlemler yer almıştır. Antik çağlarda Niobe'nin ağlayan taş yüzü ile senbolize edilmiştir [17]. On altıncı yüzyıla kadar hastalıkların şeytani güçlerden kaynaklandığı gibi teolojik inanışlar hâkim olmuşken, depresif bozuklukluların etiyojisine yönelik ilk bilimsel çalışmalar Hippocrates (M.Ö. 460-357) ile başlamıştır [17,18].

Melankoliyi ilk Hipokrat tanımlamıştır ve tamamen duygusal hastalıkla ilgili olan ilk İngilizce metin 1621'de Robert Burton tarafından yazılan “Melankoli Anatomisi”dir [19]. 19. yüzyıla kadar birçok farklı görüş olmasıyla birlikte 19. yüzyılda depresyon ve maninin klinik belirtilerini ve sınıflandırmasını Alman ve Fransız ekoller yapmıştır. Kahlbaum kapsamlı tanımlamayı ve sınıflandırmayı yapmış ve Kraepelin günümüzü etkileyen haline dönüştürmüştür [20]. Yirminci yüzyıla kadar doğaüstü açıklamalardan psikobiyolojik görüşe kadar birçok açıklama yapılmış ve bu sayede depresyon hakkında

önemli gelişmeler elde edilmiştir. Günümüzde kuramların farklı bakış açıları ile birlikte beyin biyokimyası, genetik, elektrofizyolojik ve görüntüleme çalışmaları duygudurum bozukluklarına yeni bir boyut kazandırmıştır [17].

2.1.3. Epidemiyoloji

Depresyon, bireyler ve toplum üzerinde önemli etkiye sahip büyük bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Depresif bozukluklar genel popülasyonda sık görülür. Amerika Birleşik Devletleri'nde, majör bir depresif bozukluğun (MDB) yaşam boyu prevalansı %16.2 olarak bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, depresyonu “görünmeyen bir yük” olarak nitelendirmiştir. MDB, önemli bir iş gücü kaybıdır, aynı zamanda hane halkı sorumlulukları, sosyal yaşam ve kişisel ilişkiler ile ilgili önemli rol bozukluğu ile ilişkilidir [21].

Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılında yaptığı çalışmada küresel nüfusun depresyon oranının %4.4 olduğu belirlenmiştir [17]. 2020 yılında küresel anlamda en önemli ikinci yeti yitimi sebebinin depresyon olacağı kabul edilmektedir [19]. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı Ulusal Hastalık Yüğü çalışmasında, ülkemizde en fazla yeti yitimi yaratan hastalığın depresif hastalıklar olduğu saptanmıştır [22].

2.1.4. Risk Faktörleri

Depresyonun var olmasında tek bir risk faktörü etken değildir. Genetik yatkınlığın olumsuz çevre şartlarından etkilenmesi, düşük eğitim seviyesi, kadın cinsiyete sahip olmak, göç, sosyal ilişki azlığı, fiziksel hastalıklar ve yeti yitimiyle sonuçlanan kronik ya da akut hastalıklar depresyonun risk faktörlerindendir [23]. 18-44 yaş aralığında olmak majör depresyon için risk faktörü iken, 65 yaş üstünde olmak düşük risk olarak belirtilmiştir [24].

2.1.5. Etiyoloji

Psikiyatrik bozuklukların çoğunda olduğu gibi, depresyonda da genetik, biyolojik ve psikososyal faktörler depresyon etiyolojisini etkilemektedir. Genç yaşlarda görülen bozukluklarda, tekrarlama eğilimindeki genetik faktörler etkilidir; ancak bu durum tek bir gene ait değildir [25].

Serotonin başta olmak üzere nörotransmitterlerin depresyonun etiyolojisinde önemli yeri vardır. Yaklaşık 45 yıl kadar önce serotonin düzeyindeki azalmaya bağlı olarak depresyonun ortaya çıktığı söylenmiştir. Günümüzde ise bu görüş kabul edilmiştir [26]. Nöroendokrin bozukluklar ve hormonla ilgili değişimler de depresyonu etkileyen bir diğer biyolojik etkendir [27].

Freud'a göre hayatın ilk yıllarında yaşanan düş kırıklıkları depresyonun oluşmasına neden olmaktadır. Yaşamın ileri yıllarında ise kaybetme ya da kaybetme korkuları depresyonu tetiklemektedir [28]. Bilişsel kurama göre, depresyon ile kişilerdeki belirli bilişsel çarpıtmalar ilişkilidir. Erken çocukluk deneyimleri ile içsel ve dışsal bilgilerin olumsuz şekillenmesi sonucu çarpıtma şemaları şemaları oluşur. Beck'e göre üç temel bilişsel ögesi vardır: Olumsuz kendilik algısı, talepkar ve düşmanca bir dış dünya şeklinde olumsuz çevre algılaması, başarısızlık beklentisi ve çaresizlikle belirlenen olumsuz gelecek algılaması. Kişinin kendisini ve çevresel olayları sürekli olarak bu şemalarla algılaması, depresyona yatkın olmasına ve tetikleyici gelişmelerle depresyona girmesine yol açmaktadır [26,27]. Psikoanalitik kurama göre oral agrasif dürtüler, bağımlı ve narsistik kişilik yapıları, nesne kaybı ve yoksunluğu depresyon oluşumundan sorumlu tutulmaktadır. Oral dönemde anne-bebek ilişkisindeki sorunlar depresyona yatkınlık yaratır. Gerçek ya da hayali sevgi nesnesi kaybı ile ortaya çıkan sıkıntıyla baş etmek için kişi, kayıp nesnenin içe atımı (introjeksiyon) denilen bir savunma mekanizmasını kullanır. Bu yolla kayıp nesneye ilişkin sevgi ve nefret duygularının karışımı, öfke hissi bireyin kendine yönelir ve böylece depresyon gelişir. Erken çocuklukta bağlanma ve travmatik ayrılmalarla ilgili sorunlar da depresyona yatkınlık yaratır. Erişkinlikteki kayıplar ise travmatik çocukluk kayıpları ile ilgili yaşantıları anımsatır ve erişkinlik dönemi depresyonları tetikler [28]. Davranışçı görüş ise öğrenilmiş çaresizlik görüşünü destekler. Çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilmeme ve çaresiz kalma durumudur [28].

2.1.6. Tanı ve Sınıflandırma

Depresyonun birbirinden farklı iki tür belirti grubu vardır. Bunlardan ilki anksiyete, depresif davranış ve olumsuz düşünceler iken ikincisi, bireyin enerjisini, motivasyonunu ve içinde bulunduğu etkinliklerden keyif almasını etkiler [2].

DSM-V Majör Depresif Bozukluk tanı kriterleri şöyledir;

- Yaklaşık her gün ve günün büyük bir zaman diliminde depresif duygu durumu
- Aktivitelere karşı ilginin azalması ve keyif alamama
- Önemli düzeyde kilo kaybı veya kilo alma
- Günün büyük kısmını uyuyarak geçirme ya da uykusuzluk yaşama
- Kendi hissettiğinin dışında başka insanlar tarafından da gözlemlenebilen psikomotorajitasyon veya retardasyon
- Enerji kaybı ve bitkinlik
- Değersizlik duygusu ve suçluluk hissi
- Adaptasyon güçlüğü ve karar vermede zorlanma
- Sürekli yineleyen ölüm ve intihar düşüncesi [2].

Bu belirtilerden beşinin ya da daha fazlasının birbirini izleyen iki hafta boyunca, hemen her gün ve günün büyük çoğunluğunda gözlemlenmesi “depresif ruh hali” veya “ilgi-istek kaybı” olması tanı kriterlerini göstermektedir [2].

2.2. İntihar

2.2.1. Tanımı

“Kendine zarar verme” terimi, intihar niyetinin derecesine veya tetikleyen sebebe bakılmaksızın, ölümcül olan veya olmayan tüm kasıtlı kendini zehirleme, kendine zarar verme eylemlerini tanımlamak için kullanılır [5]. 1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü intiharı “kişinin bilinçli olarak ve değişik derecelerde ölümü hedefleyerek kendine zarar vermesi” şeklinde tanımlamıştır [29]. Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre, ölümle sonuçlanan eylemlere intihar, intihar amaçlı olmayanlara ise (örneğin, sıkıntıları iletme, geçici olarak nahoş duyguları azaltmak için) “intihar girişimi” olarak adlandırılır [5].

2.2.2. Epidemiyoloji

Küresel bir sorun olan intiharı Dünya Sağlık Örgütü 1950'den bu yana ele almaya başlamıştır. Dünya çapında, 15-30 yaşları arasında ikinci önde gelen ölüm nedeni intihardır. 2015 yılında, küresel intiharların yaklaşık %78'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bilinmektedir [30].

2015 yılında Hindistan'da her gün 34 çiftçi intihar sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Aynı yıl Güney Kore'de bu oran 100.000'de 32'dir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki intihar oranının 2000-2016 arasında %30 arttığı ve 2018'de 100.000'de 13.5 orana ulaştığını açıklanmıştır [30]. Ülkemizde ise 2015 yılında 3211 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. TÜİK Türkiye'de 2015 yılında kaba intihar hızını yüz binde 4.11 olarak açıklamıştır. İntihar edenlerin %72.7'sini erkekler oluştururken, %27.3'ü kadınlardan oluşmaktadır. Yine aynı yıl TÜİK intihar edenlerin %23.7'sinin ilkökul mezunu olduğunu, kadınların %18'inin 15-19 yaş aralığında olduğunu, erkeklerin %54'ünün evli olduğunu bildirmiştir [31].

2.2.3. Risk Faktörleri

İntihar için risk faktörleri arasında umutsuzluk, sosyal destek eksikliği, zihinsel bozukluklar (örneğin ruh hali, anksiyete, madde kötüye kullanımı) ile intihar planları, düşüncesi ve girişimleri yer almaktadır [32]. Dünya çapında intiharların çoğu psikiyatrik hastalıklarla ilgilidir. Bunların arasında depresyon, madde kullanımı ve psikoz en önemli risk faktörlerini oluşturur, ancak aynı zamanda anksiyete, kişilik, yemek yeme ve travmaya bağlı bozukluklar ve ayrıca organik ruhsal bozukluklar da, genel popülasyona kıyasla doğal olmayan ölüm nedenlerine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır [33].

Eskin ve arkadaşları 2006 yılında psikiyatri hastalarıyla yaptıkları çalışma sonucunda yaşamdaki travmatik olaylar ile intihar arasında önemli bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır [34]. Psikiyatrik hastalığın varlığı kadar, fiziksel hastalığın olması da intihar için risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda kanser ve HIV'in intihar açısından başta gelen risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca; böbrek yetmezliği, multiple skleroz, astım gibi kronik hastalıklar, travmatik beyin ve omurilik hasarı, inme gibi hastalıklar da önemli risk faktörleridir [33].

Durkheim 1800'lü yıllarda düşük gelir, işsizlik, eğitimdeki başarısızlık gibi sosyal faktörlerin intihar üzerinde etkili olduğunu söylemiştir. Topluma bağlılık gösteren bireylerin, toplumsal bağlılığı zayıf olanlardan, evlilerin boşanmış ya da bekâr olanlardan ve dindar olanların dindar olmayanlardan intihar oranının daha düşük olduğunu açıklamıştır [35, 36]. Düşük gelir veya işsizlik ve yoksulluk, kendine zarar verebilecek veya intihara yol açabilecek koşulları oluşturur. Bununla birlikte intiharlar verimlilik ve gelir kaybına ve dolayısıyla bir ailenin yoksulluk oranının artmasına neden olabilir [33].

Yapılan çalışmalar coğrafi çevrenin de intihar üzerinde rol oynadığını göstermiştir. Bu çalışmalarda mevsimlerin, haftanın günlerinin, güneşin intihar etme yöntemlerini etkilediği görülmüştür [35].

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

2.3.1. Çocuk, Çocukluk Çağı ve Travma Kavramları

Her toplumun yaşantısına veya yapısına göre farklı tanımlansa da, çocuk kavramı; Çocuk Hakları Sözleşmesine göre yasalarca reşit sayılmayan yani 18 yaşın altındaki bireyler olarak tanımlanır [37]. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1990'da yürürlüğe konulan sözleşmeye göre ayırt edilmeden her çocuğun birtakım haklara sahip olduğu ve herhangi bir ayırım, ceza, ihmal ve istismara maruz kaldığında kapsamlı ve etkin korunması gerektiği maddesi yer alır. Bu sözleşme sayesinde çocuk ve çocukluk çağı ile ilgili araştırmalar artmış ve konunun önemi ortaya konulmuştur [38].

Travma kavramı bireyi fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkileyen; bir başka deyimle sarsan olayların hepsine denir. On sekizinci yüzyıl ve öncesinde travma fiziksel etkileri olan bir kavram olarak bilinirdi, 19. yüzyılda ilk kez travmanın fiziksel boyutlar dışında ruhsal etkilerinin de olduğu dile getirilmiştir [39]. Hatta 19. yüzyıla kadar travma sonrası psikolojik sorun yaşayan bireylerin mental bir hastalığı sahip oldukları düşünülmüştür [40]. 1970 yılında Fransa-Prusya savaşı sonrası cepheden dönen askerler birtakım ruhsal sıkıntılar çekmişler, bu durum da psikiyatristlerin dikkatini çekmiştir. Bu savaştan sonra bireylerin travmalar karşısında fiziksel sorunlar yaşamaları dışında ruhsal etkilenmelerinin de olduğuna inanılmıştır [41].

2.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukların dünyaya geldikleri andan itibaren ailesiyle iletişimi başlar; büyüme ve gelişmesi tamamlanana kadar aileyle etkileşim içindedir. Bireylerin kişilik ve psikolojik alt yapısı ilk olarak ailede oluşur ve büyüdükçe çevresiyle şekillenir [37].

Sağlıklı bir gelişim süreci çocuğun olumlu ya da olumsuz her durumu anlamasıyla ve gerektiğinde baş etmesiyle gerçekleşir. Karşılaştığı olayları anlaması ve başetmesi doğal bir durumdur ancak bazen çocukların başa çıkamadığı ve kendilerini yetersiz hissettikleri olabilir. Bu duygularla birlikte çocuk büyük bir korkuya kapılıp hayatıyla ilgili güvensiz düşünceler geliştirebilir. Hatta bazen öyle içinden çıkamayacağı bir durum oluşur ki çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimini bile olumsuz etkilenebilir. Bahsedildiği gibi çocuğun gelişimini etkileyen ya da olumsuz deneyimlediği yaşantılar çocukluk çağı travmaları olarak tanımlanmıştır [37].

Çocukluk çağı travmaları bir çocuğun duygusal olarak acı veya sıkıntı veren, çoğunlukla uzun süreli ruhsal ve fiziksel etkileri olan bir olayı deneyimlemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu deneyimler büyük doğa olayları, terör, göç, savaş, aile içi şiddet, ihmal veya istismar olabilir [42]. Bunlar gibi kötü olaylar çocuğun hayatı boyunca maruz kalabileceği olaylardır ve çocuğa karşı kötü muamele olarak tanımlanabilir. Çocuğa karşı kötü muamele Ulusal Araştırma Konseyi tarafından, çocuğa fiziksel veya duygusal zarar verme riski taşıyan davranış ve davranışsal normların dışında olan davranış olarak tanımlanmıştır [43]. Çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bazı kısıtlamalara sebep olan, ruhsal olarak yaralan ve uygunsuz davranışlar ise çocuk ihmal ve istismarı olarak nitelendirilir [44].

Çocuk ihmal ve istismarından eski tarihlerden beri bahsedilmektedir. 1860 yılında Paris Tıp Akademisi mensubu Adli Tıp Hekimi Tardieu ile birçok kez çocuğa kötü muameleden bahsetmiş, 1962’de bu durum Hırpalanmış Çocuk Sendromu olarak Kempe ve arkadaşları tarafından ele alınmıştır [45]. Türkiye’de ise bu konu çok sonra konuşulmaya başlanmıştır. 1988 yılında Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği, 1991 yılında Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği kurulmuş ve zaman zaman çeşitli araştırma merkezleri tarafından çocuk ihmali ve istismarı ele alınmıştır [46].

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayımlanmış olduğu rapora göre, yetişkinlerin çocukluk dönemlerinde %23'e yakın oranda fiziksel istismara, %16.3'ü fiziksel ihmale, %36.3'ü duygusal istismara maruz kalmışlardır. Yaşam boyunca istismara maruz kalma oranının cinsiyetler arasında büyük farklar göstermediği ancak kadınların cinsel istismarı daha yüksek oranda yaşadıkları belirtilmiştir [10].

Türkiye'de ise oran en az dünyadaki kadar yüksektir. Sofuoğlu ve arkadaşları 2014 yılında 7540 çocukla çocukluk çağı deneyimleri ile alakalı bir çalışma yapmış ve çocukların %42-70 arasında bir oranla travma yaşandığını göstermişlerdir [47]. Yine Türkiye'de UNICEF tarafından 2010 yılında yapılmış çalışmada; araştırmaya dâhil edilen 7-18 yaş grubu çocukların %51'inin duygusal istismara maruz kaldığı, %43'ünün fiziksel istismara ve %3'ünün de cinsel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir [49]. 2015 yılında TÜİK'in açıkladığı verilere göre ise, işlenen suçların %46'sının çocuklara karşı işlendiği ve bu suçlarda özellikle çocuğa karşı şiddet ve cinsel istismarın öne çıktığı bildirilmiştir [49].

Bahsedilen çalışmalarda da vurgulandığı gibi çocukluk çağı travmalarının, ihmal ve istismar alt başlıklarıyla incelenmesi önemlidir.

2.3.2.1.Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar literatürde en çok rastlanan ve gözle görülebilen hasara sebep olduğu için en kolay anlaşılan istismar türü olarak yer almaktadır [50]. Fiziksel istismar çocuğun anne babası ya da bakım vereni tarafından fiziksel bir örselenme, yaralanma veya yaralanma riskinin olması durumudur [51]. Çocukta görülebilecek izler, ekimozlar, yanıklar fiziksel istismar belirtisi niteliğinde sayılmaktadır ve özellikle çocuğun ailesinin ya da bakım vereninin yanından kaçmaya çalışması, akşam eve gitmek istememesi, yakınındakilere fiziksel zarar verme eğiliminin olması da fiziksel istismar yönünden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir [5].

Çocuktan ayrı değerlendirilecek olursa ailenin ya da bakım verenin aşırı endişeli veya ilgisiz davranışları, çocuğun tedavisine gerekli ilgiyi göstermemeleri ve başkalarının çocuklarına zarar verdiğinden yakınmaları ya da bahsettikleri olayların çocukta görülen bulgularla eşleşmemesi de fiziksel istismar olduğunun göstergesi olarak nitelendirilir [53].

Fiziksel istismar en kolay haliyle fiziksel olarak görülse de duygusal istismarı da beraberinde getirmektedir [54]. Çocukluk çağında fiziksel istismar görmek çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimini olumsuz etkiler birçok psikiyatrik bulguyu da ortaya çıkarır. Aileye ve çocuğa ciddi hasarlar bırakır ve en önemlisi istismara uğramış bireyin yaşantısında da istismar edici davranışlar olduğu gözlenebilir [52]. Bir takım çalışmalarda istismarın nesilden nesile aktarılarak devam ettiği ifade edilmektedir [55].

Fiziksel istismarın en çok görüldüğü yaş grubunu değerlendirmek için birçok çalışma yapılmış ancak ortak bir görüşe varılamamıştır. Bebeklikten ergenliğe kadar yaşantı ve kültür farklılıkları olsa da fiziksel istismara maruz kalan çocuk oranları oldukça yüksektir. UNICEF tarafında yürütülen bir çalışmaya göre disiplin amacıyla olduğu savunulan ya da bedensel ceza olarak dillendirilen fiziksel istismar daha çok erkek çocuklarda görülmüştür [56].

Fiziksel istismarın en çok görülen şekli vurma, dayaktır. Bazı çalışmaların ortaya koyduğu gibi dayak ülkemizde disiplinin bir aracı olarak görülmektedir [57]. Dünyadaki bir takım çalışmalar sonucu çocukların %80-90 arası bir oranla evde fiziksel ceza aldığı ortaya konmuştur [58]. Ancak bu bedensel ceza verme disiplini sağlama ya da eğitim aracı olarak kullanıldığı için ülkemizde diğer ülkelere nazaran fiziksel istismar oranını yükseltmektedir [57].

2.3.2.2.Duygusal İstismar

Duygusal istismar çok sık rastlanmasına rağmen fiziksel ve cinsel istismara göre daha az dikkat çekmektedir. Duygusal istismar DSM-V'e göre çocuğa ailesi ya da bakım vereni tarafından sergilenen olumsuz tutum ve davranış olarak tanımlanmıştır. Bu tutum ve davranışlar bağırma, tehdit etme, küçümseme, lakap takma, alay etme, kardeşler arasında ayırım yapma, aşırı baskı ya da aşırı koruma, saldırgan davranışlara meylettirme olabilir [59, 60].

Ailede güvenli bağların olmaması, birbirine sevgi ve saygı beslemeyen çiftler, ebeveynin çocuğa bakım verebilecek yetişkinlikte olmaması, psikiyatrik bozukluğa sahip ebeveynler, sosyoekonomik düzeyin ve yaşam kalitesinin düşük olması duygusal istismar olasılığını artıran faktörlerdir [50].

Duygusal istismar tek görülebileceği gibi genellikle fiziksel ve cinsel istismarla birlikte gözlenmektedir. Bunun sebebi belirtilerin ya da saptanmasının diğer istismar türlerine göre daha zor olmasından ve kanıtlanmasının oldukça güç olmasından kaynaklanmaktadır. Fiziksel ya da cinsel istismarın olumsuz etkileri ortadan kalktığı anda bile duygusal istismarın etkileri sürebilmektedir [38].

Duygusal istismar bireyin ruh sağlığının gelişiminde oldukça etkili bir faktördür [61]. Gelişim dönemlerinde olumsuz etkilenen bireylerin hayatının ilerleyen dönemlerinde sorun oluşturacak davranışlara eğilimli olduğu görülmüştür. Özellikle kişilik bozuklukları, düşük psikolojik sağlamlık, madde kullanımı ya da intihar düşüncesinin olması gelişim dönemindeki sıkıntılardan kaynaklanmaktadır [62, 63].

2.3.2.3. Cinsel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre bir çocuğun onayı alınmadan, gelişimsel olarak hazır olmadığı ve anlamlandıramadığı bir şekilde toplumun ahlak ve yasalarına da aykırı bir şekilde cinsel aktivitede yer aldırılması cinsel istismar olarak tanımlanır. Bir başka tanımla tehdit edilerek, güç kullanılarak, izni alınmaksızın ondan avantaj sağlamak suretiyle yapılan cinsel davranışların tümü cinsel istismardır [64].

Geniş değerlendirilerek bakılırsa, genital bölgeye dokunma, teşhircilik ve pornografik suçlarda çocuğu obje olarak kullanmak da cinsel istismara girer. Cinsel istismarda değerlendirici şiddetin eşlik edip etmediğine ya da rızasının alınıp alınmadığına bakmaz [65]. Cinsel istismarla alakalı yapılan bazı çalışmalar; cinsel istismarı sınıflandırılmıştır. Temas içeren ve temas içermeyen cinsel istismar olarak değerlendirmeye alan çalışmalarda çocuğa dokunulmaya çalışılması, cinsel amaçlı dokunma, mastürbasyon ya da oral seks yapılması temas içeren; cinsel içerikli konuşmaların yapılması, cinsel materyaller gösterilmesi, çocuğun önünde mastürbasyon yapılması ya da pornografik içeriklere ve başkalarının istismarına tanık edilmesi, çocuğun cinsel içerikli fotoğraflarının çekilmesi ise temas içermeyen cinsel istismar olarak tanımlanır [50, 66].

Günümüzde cinsel istismara yönelik medyanın da dâhil olduğu birçok farkındalık artırıcı çalışma yapılırsa da ülkenin ahlaki değerlerine ve toplum baskısına bağlı olarak konunun üstü genellikle kapatılmaktadır. Yüksek oranla istismarcı çocuğun çevresinden, yakından tanıdığı kişilerden oluşmaktadır [67]. Özellikle aile içi istismar

ve ensest vakaları utanç, suçluluk ve özellikle toplum baskısı sebebiyle saklanarak fark edilmesi engellenmektedir. Bu anlamda istismar gördüğü bilindiği halde bildirilmesi yapılmayan birçok vaka vardır [68]. Cinsel istismara uğramış çocukların genelinde fiziksel, davranışsal, duygusal ve seksüel belirtiler gözlenmektedir. Genital bölgelerde yara veya çamaşırdaki kan kalıntıları, yürümede güçlük, kalp ritminde bozukluk ve gebelik durumu fiziksel bulgular; uyku düzensizlikleri, bulunduğu ortamdan kaçma, duygu patlamaları, normale göre daha asosyal davranmaya ruhsal bir takım bozukluklar duygusal ve davranışsal bulgular; dokunmaktan kaçınma, mastürbasyon eğilimi, farklı cinsel bilgilere sahip olma ve uzun vadede cinsel kimlik bozuklukları ise seksüel belirtiler olarak değerlendirilmektedir [50, 69].

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda 5-15 yaş grubu çocukların %80-95'inin bildikleri ortamda istismara maruz kaldıkları ve buna cinsel istismarla beraber fiziksel ve duygusal istismarında eşlik ettiği belirtilmektedir [70]. İstismara maruz kalan çocukların birçoğunda ciddi ruhsal bozuklukların olduğu görülmektedir. Özellikle de ilerleyen yaşamlarında tırnak yeme, enürezis, depresyon, kaygı bozuklukları, saldırganlık ve intihar düşüncesi olduğu ifade edilmektedir [71].

2.3.2.3.İhmal

Kabaca iyi olmayan bakım olarak tanımlanan ihmal, çocuğa bakmakla yükümlü aile ya da bakım verenin çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını karşılayamaması, beslenme, barınma ve korunma gereksinimlerine yeterli karşılığı verememesi durumudur [49, 72]. Çocuk istismarının bir başa türü olarak nitelendirilen ihmal; çocuğun gelişimine ve güvenliğine zarar gelmesine sebep olur [72].

İstismar ile ihmalin çoğu kez birlikte anılması etkilerinin kolaylıkla ayırt edilemediğindendir. İstismar belirtileri ihmale göre daha aktif belirtilerdir ve anlaşılması daha olasıdır. İhmale maruz kalmış çocuklar ilerleyen yıllarda sıklıkla depresif bozukluklar yaşamakta, istismar görmüş çocuklar ise daha çok saldırgan davranışlar sergilemektedir [73].

İhmal kavramı çoğu kez duygusal ve fiziksel ihmal olarak iki grupta incelenmektedir. Duygusal ihmal çocuğun sevgi, ilgi, güven gereksinimlerinin karşılanamaması olarak tanımlanır [74]. Duygusal ihmal genellikle çocuğun ergenlik döneminde gerekli desteği

görememesi, güven duygusunun hissedilememesi durumudur. Çocukta sevgi eksikliği, tartışmalara maruz kalma, alkol ve maddeye yönelmeye müdahale edilmemesi de duygusal ihmal olduğunu gösterir [75]. Duygusal ihmal istismarın pasif şeklidir. Fiziksel ihmal ve istismarın somut belirtileri ortadan kalktığında bile uzun zaman etkisi sürebilir. Fiziksel ihmal ise çocuğun beslenme, barınma gibi daha somut gereksinimlerinin karşılanamamasıdır. Beslenme gereksinimindeki eksiklikler ya da dikkatsizlikler çocuğun fiziksel gelişim sürecinde olumsuz ve geri dönüşsüz etkiler yaratmaktadır.

Ülkemizde 2011 yılında yapılan bir çalışmaya göre psikiyatrik sorunu olan bireylerde çocuklukta maruz kaldığı fiziksel ihmal oranı %72.1, duygusal ihmal oranı ise %81.6 olarak belirtilmiştir [76]. Çocuğun bakımsız kıyafetleri, temizliğine dikkat edilmemesi ihmalin göstergesidir; hemen fark da edilebilir, anlaşılması zor olan bir durum halini de alabilmektedir. Bazı kaynaklar ihmalin kasıtlı yapılabildiğini söylemektedir. Büyük bir halk sağlığı sorunu olarak bilinen ihmal; ilerleyen yaşlarda çocukta problem çözme becerisini olumsuz etkileyen ve gelişimiyle alakalı geriliklere neden olan geri dönüşsüz bir süreçtir [77].

2.4. Başa Çıkma Tutumları

Türk Dil Kurumu-TDK (2018) deyimler ve atasözleri sözlüğünde yer alan başa çıkma deyimini gücü yetmek olarak tanımlanmaktadır. Başa çıkma için araştırmalarda birçok tanım yapılmıştır. Folkman ve arkadaşları (1979) 'na göre başa çıkma, "birey tarafından stresli olarak algılanan ve bireysel kaynakları zorlayan belli içsel ve dışsal gereklilikleri ve bunlar arasındaki çatışmaları kontrol altına almak, azaltmak veya tolere etmek için devamlı olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar"dır [78]. Baltaş'a göre stresle başa çıkma, "bireyin yaşantısını tehdit edici olarak algıladığı bir durumda, kendisini daha iyi bir duruma getirmek için, durumu kontrol etmesini ve davranış örüntüsünü içeren çabaların tümüdür" [79]. Dressler'e göre stresle başa çıkma, "stres kaynaklarını değiştirmek, tolere etmek veya onlardan kaçınmak için ortaya konulan bilişsel ve davranışsal çabalar"dır". Stresle başa çıkma, stresle ilgili olumsuz etkileri azaltan veya yok eden bilişsel tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Stresle başa çıkma hayati bir tehlike karşısında hayatta kalabilmek için öğrenilmiş davranışlardır. Stresle başa çıkma bilişsel

ve davranışsal çaba olarak da tanımlanabilir [80]. Stres verici durumları hafifletmek veya ortadan kaldırmak için başa çıkma tutumu kullanmak genel bir durumdur [11].

Özellikle Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra bireylerin farklı başa çıkma yöntemleri kullandığının fark edilmesi araştırmacıları bu yöntemleri tanımlamaya ve nedenlerini araştırmaya yönlendirmiştir [81]. Başa çıkma karmaşık ve güç anlaşılan bir süreçtir. Bu süreçte kullanılan bazı yöntemler pasif kalırken bazen de mevcut olumsuz durumu ortadan kaldırmaya yönelik aktif çözüm yolları üretilebilir. Başa çıkmanın temel olarak iki ana odağı vardır. Bunlar stres durumunda duyguları düzenlemeye yönelik duygu odaklı başa çıkma ve bireyin çevresi ile ilişkilerini düzenlemeye yönelik sorun odaklı başa çıkmadır [82]. Bu konuyla ilgili çok kez araştırmalar yapılmış ve birçok kuramcı tarafından başa çıkma tutumları sınıflandırılmıştır. Genel olarak başa çıkma bilişsel başa çıkma ve davranışsal başa çıkma olarak ayrıştırılmıştır. Bilişsel yöntemler daha çok duygulara ve düşüncelere yönelik bir değişim, davranışsal yöntemler ise mevcut durumu azaltmak için yapılan gözlemlenebilen yöntemler olarak tanımlanmıştır [83]. Bazı kuramcılar etkili ve etkisiz başa çıkma, bazıları ise aktif başa çıkma ve pasif başa çıkma olarak sınıflandırmıştır. Aktif başa çıkma stresörü yok etmeyi amaçlamış, pasif başa çıkma ise stresörden uzaklaşmayı amaçlamıştır [84, 85].

Carver ve arkadaşlarının geliştirdikleri Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) başa çıkma tutumlarını ve sınıflandırmasını detaylı olarak şekillendirmiştir. Bu sınıflandırma şu şekildedir; soruna odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma. Bu üç alt grubun her birinde beşer alt ölçek bulunmakta ve toplam on beş alt ölçekten bahsedilmektedir [11, 86]. Soruna odaklı başa çıkma yöntemleri; durumu iyileştirmek ve stresörü yok etmek için çaba gösteren bir yöntem olan *aktif başa çıkma*, etrafından öneriler arayan *yararlı sosyal destek kullanımı*, sorunu çözmek için düşünmeyi içeren *planlama*, stresör dışındaki durumlarla ilgilenmeyerek çözmeye odaklanan *diğer meşguliyetleri bastırma* ve aslında pasif bir yöntem olan bireyi uygun başa çıkma durumu oluşana kadar durduran *geri durmadan* oluşur [11, 86]. Duygu odaklı başa çıkma yöntemleri; çevresinden duygusal destek arayan *duygusal sosyal destek kullanımı*, olumlu bakabilmeyi beceren *pozitif yeniden yorumlama*, olayı dini yöntemlerle çözmeye çalışan *dini başa çıkma*, durumun gerçek olduğunu kabullenmiş bir yöntem olan *kabullenme* ve baş etmek için mizahı kullanan *şaka yapmadır* [11, 86]. Stresörden uzaklaşmak için çaba göstermeyi bırakmayı içeren

davranışsal boşverme, ilgisini ve dikkatini başka yönlelere çekmeyi içeren *zihinsel boşverme*, alkol veya maddeye yönelen *madde kullanımı*, duruma odaklanarak duygularını açığa çıkaran *duruma odaklanma ve duygu dışı vurumu* ve mevcut stres halinin gerçekleştiğini reddeden *inkar* da işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarıdır [11, 86]. Bireyler başa çıkma konusunda bir yöntem kullanabileceği gibi aynı zamanda farklı yöntemleri bir arada kullanabilirler. Bazı araştırmaların da söylediği gibi soruna odaklı ve duygu odaklı yöntemler bir arada ya da işlevsel olmayan bir yöntem ile duygu odaklı başa çıkma tutumları birlikte sergilenebilir [12, 82].

Folkman ve Lazarus'un yaptığı çalışmalar sonucu bireylerin stresli durumlarda %98 oranında duyguya ve soruna odaklı başa çıkma tutumlarını birlikte kullandıklarını belirtmişlerdir [82]. Bir takım çalışmalar bireyin içinde bulunduğu stresli durum ile kullandığı başa çıkma tutumu arasında bir entegrasyon bulunmasını vurgulamıştır. Soruna yönelik başa çıkma tutumlarının içinde bulunulan durumun kontrol edebildiği zamanlarda daha etkin olduğu, duyguya yönelik tutumların ise kontrol edilmesi güç olan durumlarda daha etkin ve olumlu sonuçlar doğurduğu belirtilmiştir [81, 87].

Başa çıkma tutumları ile ilgili birçok araştırma yapılmış ve her tutumun bireysel farklılıklarla özgün şekillendiği belirtilmiştir. Bireyleri yaş, cinsiyet gibi özelliklerinin, hastalığa sahip olma durumlarının ya da yaşadığı ortam, çevre faktörünün başvuracağı başa çıkma tutumu üzerinde etkisinin yadsınamayacağı vurgulanmıştır [81]. Bir çalışma erkeklere kıyasla kadınların duygu odaklı başa çıkma tutumlarına daha çok başvurduğunu söylemektedir [88]. Ancak henüz başa çıkma tutumlarını kullanma ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenememektedir [82]. Araştırmalar stresli durumlar yaşayan bireylerin %80 kadarının başa çıkma tutumlarını doğru kullandığını ve başa çıkabildiğini belirtmektedir. Ancak başa çıkmayı deneyip olumsuz sonuçlar gören bireylerde (yaklaşık %10-30) başarısız başa çıkmanın psikiyatrik problemler doğurduğu görülmüştür [89]. Bu psikiyatrik problemlerin genel olarak kaygı bozuklukları, anksiyete, depresif bozukluklar ve somatik yakınmalar olduğu belirlenmiştir [90, 91].

Başa çıkma tutumlarının yetersizliği benlik saygısında azalma, madde kullanımı ve intihar gibi davranışlarla ilişkilendirildiği için, bireylerin kullandığı başa çıkma

tutumunun belirlenmesi stresi yönetme hedeflerinin belirlenmesinde ve özellikle terapötik etkinin izlenmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır [11, 90].

2.5. Depresyon Hastalarının İyileştirilmesinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşirelerin rollerinde eski yıllara oranla oldukça büyük değişiklikler ve gelişmeler söz konusudur. Eğitim ve uygulama alanındaki gelişmeler, yaşanan sosyal olaylar ve teknolojik ilerlemeler, uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu uzmanlık alanlarından birisi de psikiyatri hemşireliğidir [92].

Amerikan Hemşireler Birliğinin 2007 yılında yaptığı tanımlamaya göre; “Psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği sanat olarak kendiliğın amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik teorilerin, araştırma bulgularının ve hemşireliğin geniş çeşitlilikteki rollerinin kullanımında hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli” [93]. Psikiyatri hemşiresi ruh hastalıklarından korunmada sağlık eğitimi veren, danışmanlık yapabilen, sağlıklı ya da hasta bireyin psikolojik durumunu anlayıp davranışlarını değerlendirebilen, psikolojik gereksinimleri kavrama yeteneği yüksek, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen, kişilerarası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan hemşiredir [92].

Psikiyatri hemşiresinin amacı; ruh sağlığını korumak ve sürdürmek, ruhsal hastalıkları veya oluşabilecek bozuklukları önlemek, hastaların kendileri ve çevreleri ile olan iletişim ve ilişkilerinin sağlıklı olmasına, baş etme becerilerini yeniden kazanabilmeleri veya geliştirebilmeleri konusunda yardım etmek, hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal durumunu değerlendirerek bütüncül hemşirelik bakımı vermek, tedavinin olumlu yönde sonuç vermesinde ve hastaların toplumsal yaşama yeniden dönebilecek duruma gelmelerinde, ayrıca toplum ruh sağlığının korunmasında rol almaktır [92].

Depresyon; görülme sıklığı, yaygınlığı, yineleyici olması ve kronikleşmesi açısından oldukça önemli bir ruh sağlığı sorunudur [14]. Hastalığın önemi göz önüne alındığında verilecek tedavi ve bakımın da son derece önemli olduğu anlaşılmaktadır. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresi Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu tarafından 2007 yılında yayınlanan mesleki uygulama standartlarına göre depresyon tanısı almış hastasının sağlığı ve durumu ile ilgili kapsamlı veri toplar, topladığı veriler

sonucunda risk derecesine göre tanı ve problemleri belirleyerek analiz eder [92]. Duruma yönelik bireysel planlar doğrultusunda oluşmasını beklediği sonuçları belirler ve beklenen sonuçlara ulaşmak için stratejileri ve alternatifleri belirten planlar geliştirir. Tüm bu aşamalarda bakım uygulamasını koordine eder. Depresyonun altında yatan etkenleri ve etkileyen faktörleri bilerek ve buna bakımı planlar [15]. Depresyonun sebep olabileceği intiharı ya da intihar düşüncesini önceden tanıyarak hastasına özgü bakım uygular. Ruh sağlığını geliştirmek ve sürdürmek, araştırma, değerlendirme ve triaj yapmak, vaka yönetimi, terapötik ve güvenli çevreyi sağlamak, ortam terapisi, gerekli öz bakım aktivitelerini geliştirmek, tedavinin yönetimi ve tedaviye verilen yanıtların izlenmesi, krizde müdahale ve psikiyatrik rehabilitasyon uygulamalarını yapabilme psikiyatri hemşiresinin sorumluluğudur [92, 93].

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları, intihar düşüncesinin düzeyi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Niğde İl Merkezinde bulunan, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinik ve Psikiyatri Servislerinde depresyon tanısı ile izlenen bireylerle yapılmıştır. Hastane bünyesinde aktif olarak çalışan 6 uzman doktor bulunmaktadır. Yine aktif çalışan iki ayrı psikiyatri servisi bulunmaktadır. Araştırma yapılırken; hastanenin bir eğitim araştırma hastanesi olması, hasta ve hekim sayısı açısından yeterli olması ve ulaşılabilirlik açısından uygunluğu göz önünde bulundurulmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Niğde ilindeki Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümüne başvuran, depresyon tanısı ile izlenen bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için Power analiz yöntemi kullanılmıştır. Gül ve arkadaşları (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışma referans alınıp depresif belirti düzeyinde 5 birimlik farkın anlamlı olduğu kabul edilerek yapılan analizde Tip I hata 0.05 ve 0.80 güçte minimum denek sayısı 102 olarak belirlenmiştir. Kasım 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında depresyon tanısı almış, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 120 hasta araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Araştırmaya;

- 18 yaş ve üzerinde,
- Depresyon tanısı almış,
- İletişim sorunu olmayan,
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dâhil edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Katılımcı Bilgi Formu (Ek 3), Beck Depresyon Ölçeği (Ek 4), İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) (Ek 5), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek 6) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) (Ek 7) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

3.5.1.1. Katılımcı Bilgi Formu (EK 3)

İlgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan katılımcı bilgi formunda; bireylerin sosyodemografik özelliklerini, hastalık bilgisini ve hastalıkla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır [94, 95].

3.5.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (EK 4)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck, Rush, Shaw ve Emery tarafından 1978 yılında kişilerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Beck depresyon ölçeği depresyonda görülen duygusal, bedensel, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen ve sık kullanılan bir ölçektir. Bu ölçeğin asıl amacı, depresyon tanısı koymak değil, kişinin göstermiş olduğu depresyon derecesini nesnel olarak belirlemektir. Ölçeğin Cronbach alfa iç güvenilirlik katsayısı, Spearman-Brown katsayısı ve Guttman Split-Half katsayısı sırasıyla 0.85, 0.86 ve 0.82 olarak hesaplanmıştır [96]. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.96 bulunmuştur.

3.5.1.3.İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)(EK 5)

Levine ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilen, kontrol edilemeyen öfke, kendine veya başkasına zarar verme isteği, umutsuzluk, ölüm düşüncesi ve isteği, kendilik saygısında azalma, suçluluk duygusu, yavaş düşünme ve yavaş konuşma gibi depresyon ve umutsuzluk gibi intihar düşüncesini artıran parametreleri içeren 17 sorudan oluşan bir ölçektir. İntihar düşüncesinin şiddetini belirlemeyi amaçlayan bu soru formu hastanın kendisi tarafından yanıtlanmaktadır [97]. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.81 bulunmuştur.

3.5.1.4.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)(EK 6)

Bernstein tarafından (1995) geliştirilen bu ölçeğin, 1996'da Türkçe'ye uyarlanması, 2012'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri bütün deneklerden oluşan grup için (N=123) 0,93 olarak bulunmuştur. 20 yaş öncesi ihmal ve istismar yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Bu ölçek; üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarını ve duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların bileşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir [98]. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.75 bulunmuştur.

3.5.1.5.Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) (EK 7)

Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alpha değeri 0.79 olarak bulunana ölçek, 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumunu sorgular. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği, kişi tarafından daha çok hangi başa çıkma tutumunun kullanıldığına dair fikir verir. Bu alt ölçekler şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal

destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma [11]. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.92 bulunmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Hazırlanan anket formunun işlerliğini belirlemek amacıyla, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümüne başvuran ve depresyon tanısı almış 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrası veri toplama araçları gözden geçirilmiştir. Ön uygulama sonrası anket formunda herhangi bir değişiklik yapılmadan veri toplamaya başlanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alındıktan sonra Kasım 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında çalışmaya katılma kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden depresyon tanısı almış bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Veriler toplanırken anketör ve katılımcının yalnız kalabilecekleri bir ortamda; görüşme yöntemi kullanılmış ve her bir görüşme ortalama 30-45 dakikalık bir sürede tamamlanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version22, Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı ve analitik istatistikler kullanılmıştır. Veri toplama araçlarından elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler ile ölçeklerden alınan puanlar ve ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile kategorik değişkenlerde ölçeklerden alınan puanlar arasındaki fark ise ikili gruplarda Mann Whitney U, ikiden fazla gruplarda Kruskall Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

- Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)’nden alınan puanlardır.
- Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri Katılımcı Bilgi Formu’ndan elde edilen verilerdir.

3.8.1. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

3.8.1.1. Beck Depresyon Ölçeği

Ölçek toplamda 21 kategori ve bu kategorilerden her biri 4 tane kendini değerlendirme maddesinden oluşur ve 0 ile 3 puan arasında derecelendirilir. Ölçekte en düşük 0, en yüksek 63 puan alınmaktadır. Alınan puanlar 0–9 puan arası normal, 16–23 orta derecede depresyon, 24–63 puanları arası ciddi derecede depresyon olarak değerlendirilmektedir [96].

3.8.1.2. İntihar Düşüncesi Ölçeği

Ölçek toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar evet ve hayır olarak verilmekte ve evet seçeneği 1, hayır seçeneği 0 olarak puanlanmaktadır. Toplam puan 0-17 arasında değişmekte olup yüksek puan belirgin intihar düşüncesinin varlığı anlamına gelmektedir [97].

3.8.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)(EK 6)

Bu ölçek; üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarını ve duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların bileşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir . Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman , (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her bir soruya 1-5 arası puan verilir. Duygusal istismar alt ölçeği 12-60, fiziksel istismar alt ölçeği 7-35, cinsel istismar alt ölçeği 7-35, duygusal ihmal alt ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmal alt ölçeği 8-40 arasında puan alır [98].

3.8.1.4.Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) (EK 7)

Bu ölçek dörtlü likert tipinde (1:Asla Böyle Birşey Yapmam, 4: Çoğunlukla Böyle Yaparım) 60 soru ve her biri 4 maddeden oluşan 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumunu sorgular. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği, kişi tarafından daha çok hangi başa çıkma tutumunun kullanıldığına dair fikir verir. Bu alt ölçekler şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1,29,38,59), 2. Zihinsel boş verme (2,16,31,43), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3,17,28,46), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı (4,14,30,45), 5. Aktif başa çıkma (5,25,47,58), 6. İnkâr (6,27,40,57), 7. Dini olarak başa çıkma (7,18,48,60), 8. Şakaya vurma (8,20,36,50), 9. Davranışsal olarak boş verme (9,24,37,51), 10. Geri durma (10,22,41,49), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı (11,23,34,52), 12. Madde kullanımı (12,26,35,53), 13. Kabullenme (13,21,44,54), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (15,33,42,55), 15. Plan yapma (19,32,39,56) [11].

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen veriler, veri toplama araçlarının Türkiye’de yapılmış geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile sınırlıdır. Araştırmadaki sonuçlar yapılan istatistiksel analizlerle sınırlıdır. Çalışma hem ayaktan hem de yatarak tedavi alan depresyon hastalarıyla yapılmıştır. Katılımcıların bazılarında hastalığın remisyon bazılarında relaps döneminde olması bir sınırlılık olabilir. Ayrıca hastaların bir bölümünde depresyon dışında ikinci bir psikiyatrik hastalık olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul onayı ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onayları ve Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 8) ile yazılı onayları alınmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları ve intihar düşüncesi düzeyini değerlendirmek ve aralarındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla yapılan çalışmanın bu bölümünde katılımcıların sosyodemografik ve hastalık özellikleri, ölçeklerden alınan puanların dağılımları, ölçek puanları arasındaki ilişki ile katılımcıların bazı özelliklerine göre yapılan gruplamalara göre ölçeklerden alınan puanlara ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet • Kadın • Erkek	68 52	56.7 43.3
Medeni Durum • Evli • Bekâr • Dul veya Boşanmış	64 37 19	53.3 30.8 15.8
Eğitim Durumu • Okuryazar değil • İlkokul mezunu • Ortaokul mezunu • Lise mezunu • Üniversite mezunu	3 17 19 39 42	2.5 14.2 15.8 32.5 35.0
Mesleği • Emekli • Ev Hanımı • İşçi • İşsiz • Memur • Öğrenci	5 28 52 8 21 6	4.2 23.3 43.3 6.7 17.5 5.0
Birlikte Yaşadığı Kişiler • Aile (anne, baba, kardeş) • Aile (eş, çocuklar) • Yalnız	55 41 24	45.8 34.2 20.0
TOPLAM	120	100.0
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	40.18 $\pm$ 11.96 yaş	

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 40.18 ± 11.96 olarak belirlenmiştir ve bireylerin yarıdan fazlasını (%56.7) kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %53.3’ü evli, %32.5’i lise mezunu, %43.3’ü işçi olarak çalışmakta ve büyük çoğunluğu (%80.0) ailesi ile yaşamaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Başka Bir Kronik Hastalık Durumu		
• Yok	76	63.3
• Var	44	36.7
İkinci Bir Psikiyatrik Hastalık Durumu		
• Yok	108	90.0
• Var	12	10.0
Ailede Psikiyatrik Hastalık Olma Durumu		
• Yok	94	78.3
• Var	26	21.7
İntihar Düşüncesi Varlığı		
• Yok	62	51.7
• Var	58	48.3
İntihar Girişimi Varlığı		
• Yok	86	71.7
• Var	34	28.3
Toplam	120	100.0
Psikiyatrik Hastalık Süresi ($\bar{x} \pm SS$)	3.47 $\pm$ 2.79 yıl	

Tablo 2’de araştırmaya katılan bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Hastaların depresyon tanısına sahip olma süreleri ortalama 3.47 ± 2.79 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %21.7’sinin ailesinde de psikiyatrik hastalığın olduğu, %36.7’sinin başka bir kronik hastalığının olduğu ve %10’unun ikinci bir psikiyatrik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısında (%48.3) intihar düşüncesi, %28.3’ünde ise intihar girişimi olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

ÖLÇEKLER	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	30.90±13.22	31.00(0.00-63.00)
İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)	9.60±4.06	10.00(0.00-17.00)
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)		
• Duygusal İstismar Alt Boyutu	10.71±4.78	10.00(5.00-25.00)
• Fiziksel İstismar Alt Boyutu	9.60±4.06	6.00(5.00-25.00)
• Fiziksel İhmal Alt Boyutu	13.85±2.10	13.00(10.00-21.00)
• Duygusal İhmal Alt Boyutu	20.54±2.90	21.00(15.00-25.00)
• Cinsel İstismar Alt Boyutu	9.11±5.28	7.00(5.00-25.00)
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)		
• Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	9.39±3.02	9.00(4.00-16.00)
• Zihinsel Boşverme	9.57±2.80	9.00(4.00-16.00)
• Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	9.95±3.12	10.00(4.00-16.00)
• Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	8.63±3.22	9.00(4.00-16.00)
• Aktif Başa Çıkma	9.05±3.12	9.00(4.00-16.00)
• İnkâr	7.47±2.84	7.00(4.00-16.00)
• Dini Başa Çıkma	9.35±3.81	9.00(4.00-16.00)
• Şakaya Vurma	6.96±3.11	6.00(4.00-16.00)
• Davranışsal Boş Verme	9.14±3.07	9.00(4.00-16.00)
• Geri Durma	8.92±2.36	9.00(4.00-16.00)
• Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	9.30±2.80	9.00(4.00-16.00)
• Madde Kullanımı	9.54±3.78	9.00(4.00-16.00)
• Kabullenme	9.45±2.64	10.00(4.00-16.00)
• Diğer Meşguliyetleri Bastırma	8.28±2.23	8.00(4.00-13.00)
• Plan Yapma	8.68±3.05	9.00(4.00-16.00)

Araştırmaya katılan bireylerin ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 3’de gösterilmektedir. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 30.90±13.22, İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) puan ortalaması 9.60±4.06’dır. Çocukluk Çağı

Travmaları Ölçeği'ne ait Duygusal İstismar alt boyut puan ortalaması 9.60 ± 4.06 , Fiziksel İstismar alt boyut puan ortalaması 9.60 ± 4.06 , Fiziksel İhmal alt boyut puan ortalaması 13.85 ± 2.10 , Duygusal İhmal alt boyut puan ortalaması 20.54 ± 2.90 ve Cinsel İstismar alt boyut puan ortalaması ise 9.11 ± 5.28 'dir. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'ne ait Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme alt boyut puan ortalaması 9.39 ± 3.02 , Zihinsel Boşverme alt boyut puan ortalaması 9.57 ± 2.80 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt boyut puan ortalaması 9.95 ± 3.12 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalaması 8.63 ± 3.22 , Aktif Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 9.05 ± 3.12 , İnkâr alt boyut puan ortalaması 7.47 ± 2.84 , Dini Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 9.35 ± 3.81 , Şakaya Vurma alt boyut puan ortalaması 6.96 ± 3.11 , Davranışsal Boş Verme alt boyut puan ortalaması 9.14 ± 3.07 , Geri Durma alt boyut puan ortalaması 8.92 ± 2.36 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalaması 9.30 ± 2.80 , Madde Kullanımı alt boyut puan ortalaması 9.54 ± 3.78 , Kabullenme alt boyut puan ortalaması 9.45 ± 2.64 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt boyut puan ortalaması 8.28 ± 2.23 , Plan Yapma alt boyut puan ortalaması ise 8.68 ± 3.05 'dir. Katılımcıları ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde Beck Depresyon Ölçeği'nden ciddi düzeyde, İntihar Düşünceleri Ölçeği ile Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından ortalama düzeyde puan aldıkları söylenebilir. Benzer şekilde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar alt boyutlarından ortalama, Duygusal İhmal alt boyutundan ise yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süreleri ile BDÖ, İDÖ ve ÇÇTÖ'den Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

Korelasyon	BDÖ Toplam	İDÖ Toplam	ÇÇTÖ				
			Duygusal istismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar
Yaş							
Spearman's Korelasyon (r)	.017	-.014	-.199	-.015	-.115	.050	-.150
Sig (p)	.853	.883	.029	.870	.211	.590	.103
Psikiyatrik Hastalık Süresi							
Spearman's Korelasyon (r)	.290	.300	-.006	-.062	.133	.132	-.065
Sig (p)	.026	.018	.962	.642	.317	.319	.623

Tablo 4’te hastaların yaşları ve psikiyatrik hastalık süreleri ile ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki yer almaktadır. Katılımcıların yaşı ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nin Duygusal İstismar alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgu bize yaş azaldıkça duygusal istismarın arttığını göstermektedir. Psikiyatrik hastalık süresi ile Beck Depresyon Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Ölçeği toplam puanları arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$). Bulguya dayalı olarak psikiyatrik hastalık süresi arttıkça depresif belirti düzeyinin ve intihar düşüncesinin arttığını söyleyebiliriz.

Tablo 5. Katılımcıların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süreleri ile BÇTDÖ’den Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

Korelasyon	BÇTDÖ		
	Soruna Odaklı Başetme	Duygu Odaklı Başetme	İşlevsel Olmayan Başetme
Yaş			
Spearman’s Korelasyon (r)	.114	.115	-.138
Sig (p)	.012	.215	.133
Psikiyatrik Hastalık Süresi			
Spearman’s Korelasyon (r)	-.272	-.304	-.281
Sig (p)	.037	.019	.031

Katılımcıların yaşları ve psikiyatrik hastalık süreleri ile BÇTDÖ’nin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile soruna odaklı başetme yöntemlerini kullanma arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların psikiyatrik hastalık süreleri ile BÇTDÖ’nin tüm alt boyutları arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bulgular doğrultusunda yaşın artmasıyla birlikte problemlerin çözümünde soruna odaklanan başetmenin daha çok kullanıldığını, psikiyatrik hastalık süresinin artması ile birlikte ise tüm başetme yöntemlerini kullanmanın azaldığını söyleyebiliriz.

Tablo 6. Katılımcıların BDÖ, İDÖ, ÇÇTÖ Alt Ölçekleri ve BÇTDÖ Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Korelasyon	BECK Toplam	İDÖ Toplam	ÇÇTÖ				
			Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar
BECK Toplam							
Spearman's Korelasyon (r)	-	.790	.319	.133	.122	-.041	.003
Sig (p)		.000	.000	.147	.185	.654	.978
İDÖ Toplam							
Spearman's Korelasyon (r)	.790	-	.343	.268	.202	-.125	.064
Sig (p)	.000		.000	.003	.027	.175	.485
BÇTDÖ Soruna OdaklıBaşetme							
Spearman's Korelasyon (r)	-.326	-.165	-.083	-.178	.077	-.174	.277
Sig (p)	.000	.072	.365	.051	.405	.057	.002
BÇTDÖ Duygu OdaklıBaşetme							
Spearman's Korelasyon (r)	-.381	-.362	-.150	-.216	.040	.080	.073
Sig (p)	.000	.000	.101	.018	.665	.387	.427
BÇTDÖ İşlevsel OlmayanBaşetme							
Spearman's Korelasyon (r)	.002	.143	.165	.030	.054	-.123	.403
Sig (p)	.978	.119	.072	.748	.561	.182	.000

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 5'te yer almaktadır. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar alt boyut puanları arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki belirlenmiştir. Bulguya dayalı olarak depresif belirti düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin arttığını, çocukluk çağında duygusal istismar arttıkça depresif belirtilerin arttığını söyleyebiliriz. İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden alınan puanlar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır. Bu doğrultuda çocukluk çağında duygusal istismarın, fiziksel ihmal ve istismarın artmasının intihar düşüncesini arttırdığı ifade edilebilir. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin Soruna Odaklanan Başetme alt boyutu puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur. Böylece soruna odaklanan başetme yöntemlerinin kullanımı arttıkça depresif belirti düzeyinin azaldığını, çocukluk çağında cinsel istismar arttıkça soruna odaklanan başetme yöntemini kullanmanın arttığını söyleyebiliriz. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin Duyguya Odaklanan Başetme alt boyutunu puanları ile Beck Depresyon Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Fiziksel İstismar alt boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki belirlenmiştir. Bulgu, duyguya odaklanan başetme yöntemlerinin kullanımı arttıkça depresif belirti düzeyi, intihar düşünceleri ve çocukluk çağı fiziksel istismarının azaldığını ifade edebiliriz. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin İşlevsel Olmayan Başetme alt boyutu puanları ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Cinsel İstismar alt boyutu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır. Çocukluk çağı cinsel istismarı artışının işlevsel olmayan başetme kullanımını arttırdığı görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre İDÖ ve BECK Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	İDÖ Toplam		BECK Toplam	
	$\bar{x}\pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med(Min-Max)
Cinsiyet				
• Kadın	8.38 $\pm$ 4.00	9.00(0.00-17.00)	28.91 $\pm$ 12.66	28.50(0.00-63.00)
• Erkek	11.21 $\pm$ 3.59	11.00(4.00-17.00)	33.50 $\pm$ 13.61	33.00(6.00-62.00)
p*	0.000		0.056	
Medeni Durum				
• Bekâr	9.29 $\pm$ 3.31	9.00(1.00-17.00)	28.70 $\pm$ 11.55	28.00(0.00-61.00)
• Evli	9.93 $\pm$ 4.44	11.00(0.00-17.00)	31.43 $\pm$ 14.25	32.50(5.00-63.00)
• Dul	9.10 $\pm$ 4.17	10.00(2.00-16.00)	33.36 $\pm$ 12.69	31.00(14.00-55.00)
p**	0.489		0.335	
Eğitim Durumu				
• Okuryazar değil	4.33 $\pm$ 1.15	5.00(3.00-5.00)	16.33 $\pm$ 6.80	14.00(11.00-24.00)
• İlkokul mezunu	9.41 $\pm$ 3.50	10.00(2.00-14.00)	30.76 $\pm$ 12.65	29.00(6.00-56.00)
• Ortaokul mezunu	9.84 $\pm$ 3.94	10.00(3.00-17.00)	35.00 $\pm$ 12.36	34.00(12.00-63.00)
• Lise mezunu	9.97 $\pm$ 3.78	10.00(3.00-17.00)	30.41 $\pm$ 12.38	31.00(7.00-62.00)
• Üniversite mezunu	9.61 $\pm$ 4.57	10.00(0.00-17.00)	30.59 $\pm$ 14.49	31.00(0.00-61.00)
p**	0.231		0.169	
Meslek				
• Memur	8.61 $\pm$ 4.66	9.00(0.00-16.00)	28.33 $\pm$ 13.72	28.00(0.00-50.00)
• İşçi	9.92 $\pm$ 4.19	10.00(0.00-17.00)	31.82 $\pm$ 14.17	31.50(5.00-62.00)
• Ev hanımı	8.85 $\pm$ 3.64	9.00(2.00-14.00)	31.82 $\pm$ 12.82	29.00(13.00-63.00)
• Emekli	11.60 $\pm$ 2.96	12.00(7.00-15.00)	29.80 $\pm$ 5.06	32.00(23.00-35.00)
• Öğrenci	9.66 $\pm$ 3.44	10.00(6.00-14.00)	26.66 $\pm$ 10.78	28.50(11.00-37.00)
• İşsiz	11.50 $\pm$ 3.66	11.00(7.00-17.00)	32.25 $\pm$ 13.85	31.50(15.00-61.00)
p**	0.421		0.955	
Birlikte Yaşadığı Kişi				
• Aile (Anne, Baba, Kardeş)	9.36 $\pm$ 4.20	10.00(0.00-17.00)	29.41 $\pm$ 13.50	29.00(0.00-63.00)
• Aile (Eş, Çocuklar)	10.26 $\pm$ 4.18	12.00(3.00-17.00)	33.29 $\pm$ 13.28	33.00(7.00-62.00)
• Yalnız	9.04 $\pm$ 3.53	9.50(2.00-15.00)	30.20 $\pm$ 12.39	27.50(11.00-61.00)
p**	0.405		0.387	

** Kruskal Wallis test

Tablo 7'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Beck Depresyon Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden aldıkları ortalama puanların dağılımları yer almaktadır.

Cinsiyete göre yapılan grupta erkek hastaların intihar dūřüncesi düzeyinin kadın hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Medeni durum, eğitim durumu, meslek ve birlikte yaşanan kişiye göre yapılan gruplamalarda ise Beck Depresyon Ölçeđi ve İntihar Düşüncesi Ölçeđi puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	ÇÇTÖ									
	Duygusal İstismar		Fiziksel İstismar		Fiziksel İhmal		Duygusal İhmal		Cinsel İstismar	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Cinsiyet										
• Kadın	10.89±5.00	10.00 (5.00-25.00)	7.76±5.11	5.50 (5.00-26.00)	13.52±184	13.00 (10.00-19.00)	20.70±2.77	21.00 (15.00-25.00)	10.08±6.08	7.50 (5.00-25.00)
• Erkek	10.48±4.52	10.00 (5.00-25.00)	8.76±4.78	8.00 (5.00-26.00)	14.28±2.36	13.50 (10.00-21.00)	20.32±3.09	20.50 (15.00-25.00)	7.84±3.68	5.50 (5.00-18.00)
p*	0.764		0.034		0.072		0.421		.063	
Medeni Durum										
• Bekâr	11.48±4.70	10.00 (5.00-25.00)	7.35±4.01	6.00 (5.00-25.00)	14.16±2.20	14.00 (10.00-21.00)	20.18±2.95	21.00 (16.00-25.00)	9.75±5.37	9.00 (5.00-24.00)
• Evli	10.46±5.03	10.00 (5.00-25.00)	8.60±5.76	6.00 (5.00-26.00)	13.84±2.14	13.00 (10.00-19.00)	20.81±2.87	21.00 (15.00-25.00)	9.20±5.68	6.50 (5.00-25.00)
• Dul	10.05±4.07	9.00 (5.00-26.00)	8.47±3.64	8.00 (5.00-17.00)	13.31±1.73	13.00 (11.00-17.00)	20.31±3.00	20.00 (15.00-25.00)	7.57±3.22	6.00 (5.00-15.00)
p**	0.371		0.340		0.256		0.512		0.475	

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	ÇÇTÖ									
	Duygusal İstismar		Fiziksel İstismar		Fiziksel İhmal		Duygusal İhmal		Cinsel İstismar	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Eğitim Durumu										
• Okuryazar değil	9.33±3.21	8.00 (7.00-13.00)	9.00±3.60	8.00 (6.00-13.00)	12.00±1.73	13.00 (10.00-13.00)	21.00±1.00	21.00 (20.00-22.00)	10.66±2.88	9.00 (9.00-14.00)
• İlkokul mezunu	11.00±4.86	11.00 (5.00-25.00)	8.00±5.39	6.00 (5.00-25.00)	13.94±1.71	13.00 (12.00-17.00)	20.82±2.96	21.00 (16.00-25.00)	7.70±5.75	5.00 (5.00-25.00)
• Ortaokul mezunu	11.05±5.77	10.00 (5.00-25.00)	9.52±6.08	8.00 (5.00-25.00)	13.68±2.18	13.00 (11.00-19.00)	22.05±1.92	22.00 (17.00-25.00)	10.10±6.20	9.00 (5.00-25.00)
• Lise mezunu	10.02±3.78	9.00 (5.00-22.00)	8.12±4.94	6.00 (5.00-26.00)	13.84±2.40	13.00 (10.00-19.00)	19.66±2.83	19.00 (15.00-25.00)	7.89±4.16	5.00 (5.00-20.00)
• Üniversite mezunu	11.19±5.28	10.00 (5.00-25.00)	7.69±4.45	5.50 (5.00-25.00)	14.04±1.96	13.00 (11.00-21.00)	20.52±3.18	21.00 (15.00-25.00)	10.26±5.51	9.50 (5.00-24.00)
p**	0.945		0.458		0.481		0.076		0.054	

** Kruskal Wallis test

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	ÇÇTÖ									
	Duygusal İstismar		Fiziksel İstismar		Fiziksel İhmal		Duygusal İhmal		Cinsel İstismar	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Meslek										
• Memur	9.85±3.07	10.00 (5.00-16.00)	6.61±2.33	5.00 (5.00-12.00)	13.66±1.42	13.00 (11.00-16.00)	20.57±2.87	21.00 (16.00-25.00)	10.90±4.57	11.00 (5.00-21.00)
• İşçi	10.59±4.53	10.00 (5.00-22.00)	7.92±3.88	6.00 (5.00-25.00)	13.80±2.16	13.00 (10.00-19.00)	20.17±3.07	20.00 (15.00-25.00)	8.50±4.53	5.50 (5.00-24.00)
• Ev hanımı	11.10±5.58	10.00 (5.00-25.00)	9.25±6.99	6.00 (5.00-26.00)	13.60±1.89	13.00 (11.00-19.00)	21.39±2.54	21.00 (16.00-25.00)	9.78±6.70	7.00 (5.00-25.00)
• Emekli	10.40±4.09	9.00 (6.00-17.00)	10.00±6.55	9.00 (5.00-21.00)	15.40±2.70	17.00 (12.00-18.00)	19.20±1.64	20.00 (17.00-21.00)	5.40±0.89	5.0 (5.00-7.00)
• Öğrenci	12.66±6.31	12.00 (5.00-23.00)	6.83±4.02	5.00 (5.00-15.00)	12.50±1.87	12.00 (11.00-16.00)	19.83±3.71	19.00 (16.00-25.00)	8.66±5.75	5.50 (5.00-19.00)
• İşsiz	11.12±6.89	9.00 (5.00-25.00)	10.37±7.00	7.00 (5.00-25.00)	15.62±2.82	15.00 (12.00-21.00)	21.25±2.91	22.00 (15.00-25.00)	8.75±6.56	5.00 (5.00-22.00)
p**	0.970		0.496		0.083		0.399		0.061	

** Kruskal Wallis test

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	ÇÇTÖ									
	Duygusal İstismar		Fiziksel İstismar		Fiziksel İhmal		Duygusal İhmal		Cinsel İstismar	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Yaşadığı Kişi										
• Aile (Anne, Baba, Kardeş)	10.63±4.62	10.00 (5.00-25.00)	7.83±4.31	6.00 (5.00-25.00)	13.89±1.82	13.00 (11.00-19.00)	21.00±2.88	22.00 (15.00-25.00)	9.87±5.58	9.00 (5.00-25.00)
• Aile (Eş, Çocuklar)	10.78±4.83	10.00 (5.00-25.00)	8.82±5.92	6.00 (5.00-25.00)	13.87±2.27	13.00 (10.00-19.00)	20.21±2.81	21.00 (15.00-25.00)	8.43±5.23	5.00 (5.00-25.00)
• Yalnız	10.79±5.25	10.00 (5.00-25.00)	7.95±4.74	5.50 (5.00-25.00)	13.75±2.48	13.00 (11.00-21.00)	20.07±3.05	20.00 (15.00-25.00)	8.54±4.57	6.00 (5.00-20.00)
p**	0.996		0.831		0.664		0.233		0.234	

** Kruskal Wallis test

Tablo 8’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların dağılımları görülmektedir. Cinsiyete göre yapılan grupta erkek hastaların fiziksel istismar puan ortalamasının kadın hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Medeni durum, eğitim durumu, meslek ve yaşanan kişiye göre yapılan gruplamalarda ise Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nin alt boyutları arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 9. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	BÇTDÖ (SORUNA ODAKLI BAŞETME)									
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı		Aktif Başa Çıkma		Geri Durma		Diğer Meşguliyetleri Bastırma		Plan Yapma	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Cinsiyet										
• Kadın	9.16±3.28	9.00 (4.00-16.00)	9.27±3.38	9.00 (4.00-16.00)	8.85±2.50	9.00 (4.00-16.00)	8.30±2.31	8.00 (4.00-13.00)	8.97±3.22	9.00 (4.00-16.00)
• Erkek	7.24±3.04	8.50 (4.00-16.00)	8.76±2.76	9.000 (4.00-14.00)	9.01±2.19	10.00 (4.00-13.00)	8.25±2.14	8.00 (4.00-12.00)	8.30±2.79	8.50 (4.00-15.00)
p*	.046		.520		.483		.890		.314	
Medeni Durum										
• Bekâr	8.86±3.10	8.00 (4.00-16.00)	9.29±3.41	10.00 (4.00-16.00)	8.91±2.25	9.00 (4.00-13.00)	8.46±1.95	8.00 (5.00-12.00)	9.08±3.13	9.00 (4.00-16.00)
• Evli	8.70±3.38	9.50 (4.00-16.00)	9.04±2.91	9.00 (4.00-16.00)	8.92±2.37	9.50 (4.00-16.00)	8.39±2.33	8.00 (4.00-13.00)	8.46±2.90	9.00 (4.00-16.00)
• Dul	7.94±2.97	8.00 (4.00-13.00)	8.63±3.35	9.00 (4.00-14.00)	8.94±2.65	9.00 (4.00-15.00)	7.52±2.34	7.00 (4.00-12.00)	8.63±3.46	8.00 (4.00-15.00)
p**	.640		.704		.972		.295		.684	

*Mann Whitney U test, ** Kruskall Wallis test

Tablo 9. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (SORUNA ODAKLI BAŞETME)									
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı		Aktif Başa Çıkma		Geri Durma		Diğer Meşguliyetleri Bastırma		Plan Yapma	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Eğitim Durumu										
• Okuryazardeğil	10.33±0.57	10.00 (10.00-11.00)	9.00±1.00	9.00 (8.00-10.00)	9.66±1.54	9.00 (9.00-11.00)	9.56±0.57	8.00 (4.00-12.00)	9.33±0.57	9.00 (4.00-12.00)
• İlkokul mezunu	9.29±3.19	9.00 (4.00-15.00)	8.70±2.59	9.00 (4.00-13.00)	8.35±2.37	8.00 (4.00-12.00)	8.17±2.42	8.00 (4.00-13.00)	8.11±2.57	8.00 (4.00-12.00)
• Ortaokul mezunu	7.15±2.36	7.00 (4.00-11.00)	6.78±2.32	7.00 (4.00-10.00)	7.94±2.48	7.00 (4.00-11.00)	7.31±2.23	6.00 (5.00-11.00)	6.89±1.85	7.00 (4.00-10.00)
• Lise mezunu	8.48±3.15	8.00 (4.00-15.00)	8.58±2.67	9.00 (4.00-13.00)	8.92±2.24	9.00 (4.00-13.00)	8.20±2.12	8.00 (4.00-12.00)	8.20±2.83	8.00 (4.00-14.00)
• Üniversite mezunu	9.04±3.59	10.00 (4.00-16.00)	10.66±3.38	10.00 (4.00-16.00)	9.54±2.37	9.50 (5.00-16.00)	8.71±2.21	9.00 (4.00-13.00)	10.11±3.39	10.00 (4.00-16.00)
p**	.148		.000		.300		.106		.002	

** Kruskall Wallis test

Tablo 9. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (SORUNA ODAKLI BAŞETME)									
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı		Aktif Başa Çıkma		Geri Durma		Diğer Meşguliyetleri Bastırma		Plan Yapma	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Meslek										
• Memur	9.95±3.20	11.00 (4.00-16.00)	11.09±3.17	11.00 (4.00-16.00)	9.80±2.46	10.00 (6.00-15.00)	9.09±2.34	9.00 (5.00-12.00)	10.61±3.48	10.00 (4.00-16.00)
• İşçi	8.17±2.96	8.50 (4.00-16.00)	9.09±3.03	9.00 (4.00-15.00)	8.75±2.05	9.00 (4.00-12.00)	8.11±2.07	8.00 (4.00-12.00)	8.48±2.66	8.50 (4.00-16.00)
• Ev hanımı	8.64±3.70	8.00 (4.00-16.00)	7.75±3.15	8.00 (4.00-16.00)	8.57±2.88	8.50 (4.00-16.00)	7.85±2.42	8.00 (4.00-13.00)	7.46±3.04	7.00 (4.00-16.00)
• Emekli	10.20±4.20	10.00 (4.00-15.00)	9.20±1.30	10.00 (7.00-10.00)	8.20±2.38	7.00 (6.00-12.00)	8.20±2.04	8.00 (5.00-15.00)	8.60±2.19	10.00 (5.00-10.00)
• Öğrenci	7.00±1.26	7.50 (5.00-8.00)	9.00±2.00	10.00 (5.00-10.00)	10.33±1.50	10.00 (9.00-13.00)	8.50±1.76	9.00 (6.00-10.00)	10.50±2.34	10.50 (7.00-13.00)
• İşsiz	8.37±2.87	9.50 (4.00-11.00)	8.00±2.72	9.00 (4.00-11.00)	8.37±2.13	9.00 (5.00-11.00)	8.62±2.66	8.50 (4.00-12.00)	7.87±2.90	8.00 (4.00-12.00)
p**	.177		.013		.345		.536		.012	

** Kruskal Wallis test

Tablo 9. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (SORUNA ODAKLI BAŞETME)									
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı		Aktif Başa Çıkma		Geri Durma		Diğer Meşguliyetleri Bastırma		Plan Yapma	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Yaşadığı Kişi										
• Aile (Anne, Baba, Kardeş)	8.92±3.29	9.00 (4.00-16.00)	9.47±3.29	7.00 (4.00-13.00)	8.76±2.43	9.00 (4.00-16.00)	8.56±2.33	8.00 (5.00-13.00)	8.80±3.13	8.00 (4.0-16.00)
• Aile (Eş, Çocuklar)	9.12±3.31	9.00 (4.00-16.00)	9.00±2.84	9.00 (4.00-15.00)	8.82±2.13	9.00 (5.00-14.00)	8.04±2.09	8.00 (4.00-12.00)	8.58±2.98	(4.00-15.00)
• Yalnız	7.12±2.50	7.00 (4.00-13.00)	8.20±3.14	9.00 (4.00-14.00)	9.45±2.60	10.00 (4.00-15.00)	8.04±2.21	8.00 (4.00-12.00)	8.58±3.09	9.00 (4.00-14.00)
p**	.032		.335		.497		.611		.992	

** Kruskal Wallis test

Tablo 9’da katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Başa Çıkma tutumları Ölçeği’nin Soruna Odaklı Başetme alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların dağılımları görülmektedir. Cinsiyete göre yapılan gruplamada kadın hastaların yararlı sosyal destek kullanımı alt boyutu puan ortalamalarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre yapılan gruplamaya göre aktif başa çıkma ve plan yapma alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında fark olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (post hoc) farkın üniversite mezunu olan gruptan kaynaklandığı, üniversite mezunu olanların puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleğe göre yapılan gruplama aktif başa çıkma ve plan yapma alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde memur grubunda olanların puan ortalamalarının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Birlikte yaşanan kişiye göre yapılan gruplamaya göre yararlı sosyal destek kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizde farkın eş ve çocuklardan oluşan ailesiyle birlikte yaşayanlardan kaynaklandığı, bu grubun puan ortalamasının anne, baba ve kardeşleri ile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	BÇTDÖ (DUYGU ODAKLI BAŞETME)									
	Pozitif Yeniden Yorumlama		Dini Başa Çıkma		Şakaya Vurma		Duygusal Sosyal Destek Kullanımı		Kabullenme	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Cinsiyet										
• Kadın	9.45±3.26	9.00 (4.00-16.00)	10.36±3.76	10.00 (4.00-16.00)	6.52±2.85	5.50 (4.00-16.00)	9.50±2.92	10.00 (4.00-10.00)	9.33±2.93	9.00 (4.00-16.00)
• Erkek	9.300±2.69	10.00 (4.00-15.00)	8.01±3.47	8.00 (4.00-16.00)	7.53±3.75	8.00 (4.00-16.00)	9.03±2.63	9.00 (4.00-16.00)	9.61±2.222	10.00 (5.00-15.00)
p*	.879		.002		.122		.475		.500	
Medeni Durum										
• Bekar	10.08±3.24	10.00 (4.00-16.00)	8.94±3.92	9.00 (4.00-16.00)	7.29±3.53	6.00 (4.00-16.00)	9.64±2.97	10.00 (4.00-16.00)	9.81±2.86	10.00 (4.00-16.00)
• Evli	9.20±2.86	9.00 (4.00-16.00)	9.39±3.65	9.00 (4.00-16.00)	6.39±2.95	7.00 (4.00-16.00)	9.23±2.85	9.00 (4.00-16.00)	9.34±2.40	9.00 (5.00-16.00)
• Dul	8.68±3.00	9.00 (4.00-14.00)	10.00±4.20	11.00 (4.00-16.00)	6.42±2.85	5.00 (4.00-12.00)	8.84±2.29	8.00 (6.00-13.00)	9.15±3.00	10.00 (4.00-13.00)
p**	.185		.606		.830		.662		.639	

*Mann Whitney U test, ** Kruskall Wallis test

Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (DUYGU ODAKLI BAŞETME)									
	Pozitif Yeniden Yorumlama		Dini Başa Çıkma		Şakaya Vurma		Duygusal Sosyal Destek Kullanımı		Kabullenme	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Eğitim Durumu										
• Okuryazardeğil	10.00±1.00	10.00 (9.00-11.00)	9.66±0.57	10.00 (9.00-10.00)	10.00±1.00	10.00 (9.00-11.00)	10.33±0.57	10.00 (10.00-11.00)	10.33±1.15	11.00 (9.00-11.00)
• İlkokul mezunu	8.94±1.85	9.00 (4.00-12.00)	10.52±2.93	11.00 (6.00-16.00)	6.94±3.13	6.00 (4.00-12.00)	10.00±2.95	10.00 (4.00-15.00)	8.88±2.31	9.00 (8.00-12.00)
• Ortaokul mezunu	7.15±2.03	7.00 (4.00-11.00)	9.00±2.84	9.00 (5.00-16.00)	7.21±3.25	6.00 (4.00-16.00)	7.63±1.86	8.00 (5.00-11.00)	7.57±1.86	7.00 (5.00-12.00)
• Lise mezunu	9.15±2.78	9.00 (4.00-14.00)	8.33±3.78	8.00 (4.00-16.00)	6.61±3.01	6.00 (4.00-16.00)	9.07±2.49	9.00 (5.00-14.00)	9.15±2.76	9.00 (4.00-16.00)
• Üniversite mezunu	10.76±3.42	11.00 (4.00-16.00)	9.95±4.47	9.00 (4.00-16.00)	6.97±3.23	6.00 (4.00-16.00)	9.90±3.17	10.00 (4.00-16.00)	10.76±2.40	11.00 (6.00-16.00)
p**	.000		.191		.348		.019		.000	

** Kruskal Wallis test

Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (DUYGU ODAKLI BAŞETME)									
	Pozitif Yeniden Yorumlama		Dini Başa Çıkma		Şakaya Vurma		Duygusal Sosyal Destek Kullanımı		Kabullenme	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Meslek										
• Memur	11.09±3.26	11.00 (4.00-16.00)	9.38±4.62	9.00 (4.00-16.00)	7.04±2.72	7.00 (4.00-12.00)	10.66±2.74	10.00 (7.00-16.00)	10.42±2.99	11.00 (6.00-16.00)
• İşçi	9.25±2.72	9.50 (4.00-16.00)	8.88±3.73	9.00 (4.00-16.00)	6.44±2.97	5.00 (4.00-16.00)	8.84±2.33	9.00 (4.00-14.00)	9.59±2.69	10.00 (5.00-16.00)
• Ev hanımı	7.96±2.76	8.00 (4.00-15.00)	9.96±3.37	10.00 (4.00-16.00)	7.07±3.29	6.50 (4.00-16.00)	9.32±3.28	9.50 (4.00-16.00)	8.10±2.14	8.00 (4.00-12.00)
• Emekli	9.80±2.48	9.00 (8.00-14.00)	8.20±5.21	6.00 (4.00-16.00)	8.00±2.54	8.00 (4.00-11.00)	9.80±3.89	11.00 (4.00-14.00)	9.60±1.34	9.00 (8.00-11.00)
• Öğrenci	12.16±2.31	12.50 (9.00-15.00)	11.16±2.92	11.50 (8.00-15.00)	10.16±4.30	9.50 (4.00-16.00)	8.50±2.42	8.50 (5.00-12.00)	11.50±2.07	11.50 (9.00-15.00)
• İşsiz	8.50±2.97	9.00 (4.00-12.00)	9.50±3.46	10.00 (4.00-16.00)	6.75±2.96	6.50 (4.00-10.00)	8.87±3.09	9.00 (4.00-13.00)	9.12±1.03	9.50 (6.00-12.00)
p**	.002		.555		.291		.291		.018	

** Kruskal Wallis test

Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (DUYGU ODAKLI BAŞETME)									
	Pozitif Yeniden Yorumlama		Dini Başa Çıkma		Şakaya Vurma		Duygusal Sosyal Destek Kullanımı		Kabullenme	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Yaşadığı Kişi										
• Aile (Anne, Baba, Kardeş)	9.63±3.22	9.00 (4.00-16.00)	9.34±3.77	9.00 (4.00-16.00)	6.80±2.79	6.00 (4.00-16.00)	9.50±2.79	9.00 (5.00-16.00)	9.45±2.75	10.00 (4.00-16.00)
• Aile (Eş, Çocuklar)	9.09±2.50	9.00 (4.00-14.00)	9.31±3.59	9.00 (4.00-16.00)	6.51±2.83	5.00 (4.00-12.00)	9.48±2.94	10.00 (4.00-16.00)	9.34±2.24	9.00 (5.00-16.00)
• Yalnız	9.33±3.39	9.00 (4.00-15.00)	9.20±4.39	10.00 (4.00-16.00)	8.12±4.01	8.00 (4.00-16.00)	8.50±2.53	8.00 (4.00-13.00)	9.66±3.07	10.00 (4.00-16.00)
p**	.781		.984		.234		.385		.891	

** Kruskal Wallis test

Tablo 10’da katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’nin Duygu Odaklı Başetme alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır. Cinsiyete göre yapılan grupta kadın hastaların dini başa çıkma alt boyut puan ortalamalarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre yapılan gruplama incelendiğinde pozitif yeniden yorumlama ve kabullenme alt boyutları puan ortalamaları arasında fark olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın üniversite mezunu grubundan kaynaklandığı, bu grubun puan ortalamalarının diğer eğitim seviyelerinden daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim düzeyine göre yapılan gruplamada duygusal sosyal destek kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasında fark olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde okuryazar olmayanların duygusal sosyal destek kullanımı alt boyut puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleğe göre yapılan gruplama incelendiğinde pozitif yeniden yorumlama ve kabullenme alt boyutları puan ortalamaları arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde öğrenci grubunda bulunanların pozitif yeniden yorumlama ve kabullenme alt boyut puan ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	BÇTDÖ (İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME)									
	Zihinsel Boş Verme		Soruna Odaklanma		İnkâr		Davranışsal Boş Verme		Madde Kullanımı	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Cinsiyet										
• Kadın	9.26±3.16	9.00 (4.00-16.00)	9.94±3.45	10.00 (4.00-16.00)	7.07±2.57	7.00 (4.00-13.00)	8.66±3.12	8.00 (4.00-18.00)	9.16±3.78	9.00 (4.00-16.00)
• Erkek	9.98±2.21	10.00 (5.00-16.00)	9.96±2.65	10.00 (4.00-16.00)	8.00±3.10	8.00 (4.00-16.00)	9.76±2.90	10.00 (5.00-16.00)	10.03±3.76	10.00 (4.00-16.00)
p*	.103		.804		.134		.030		.245	
Medeni Durum										
• Bekâr	10.45±3.17	10.00 (5.00-16.00)	10.02±3.33	10.00 (4.00-16.00)	7.35±3.00	7.00 (4.00-16.00)	8.59±2.76	8.00 (5.00-16.00)	10.89±4.18	10.00 (4.00-16.00)
• Evli	9.17±2.47	9.00 (4.00-15.00)	9.65±2.93	9.50 (4.00-16.00)	7.75±2.81	8.00 (4.00-16.00)	9.50±3.29	9.00 (4.00-18.00)	8.95±3.45	9.00 (4.00-16.00)
• Dul	9.31±2.85	9.00 (5.00-16.00)	10.78±3.30	10.00 (6.00-16.00)	6.78±2.61	6.00 (4.00-12.00)	9.00±2.84	9.00 (4.00-14.00)	8.89±3.54	9.00 (4.00-16.00)
p**	.170		.456		.415		.345		.052	

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME)									
	Zihinsel Boş Verme		Soruna Odaklanma		İnkâr		Davranışsal Boş Verme		Madde Kullanımı	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Eğitim Durumu										
• Okuryazar değil	9.33±0.57	9.00 (9.00-10.00)	9.66±0.57	10.00 (9.00-10.00)	10.66±1.52	11.00 (9.00-12.00)	10.00±2.00	10.00 (8.00-12.00)	9.66±0.57	10.00 (9.00-10.00)
• İlkokul mezunu	8.64±2.02	9.00 (4.00-12.00)	10.17±2.94	10.00 (4.00-15.00)	7.00±2.62	7.00 (4.00-12.00)	9.58±3.69	9.00 (4.00-18.00)	9.00±3.42	9.00 (4.00-15.00)
• Ortaokul mezunu	7.78±2.29	7.00 (4.00-11.00)	7.73±2.49	8.00 (4.00-13.00)	7.42±2.52	6.00 (4.00-12.00)	9.42±3.15	9.00 (5.00-18.00)	9.05±3.29	9.00 (4.00-16.00)
• Lise mezunu	9.15±2.87	9.00 (4.00-16.00)	9.84±3.44	10.00 (4.00-16.00)	7.41±302	7.00 (4.00-16.00)	8.69±2.94	8.00 (4.00-16.00)	9.61±3.73	9.00 (4.00-16.00)
• Üniversite mezunu	11.16±2.58	11.00 (6.00-16.00)	10.97±2.79	11.00 (6.00-16.00)	7.52±2.91	7.00 (4.00-13.00)	9.19±3.01	9.00 (4.00-16.00)	9.90±4.36	9.50 (4.00-16.00)
p**	.000		.004		.368		.776		.978	

** Kruskal Wallis test

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME)									
	Zihinsel Boş Verme		Soruna Odaklanma		İnkâr		Davranışsal Boş Verme		Madde Kullanımı	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Meslek										
• Memur	10.80±3.15	10.00 (5.00-16.00)	11.38±3.02	11.00 (6.00-16.00)	8.23±2.56	8.00 (4.00-13.00)	9.47±2.97	9.00 (4.00-16.00)	8.42±3.66	8.00 (4.00-16.00)
• İşçi	9.59±2.66	9.00 (4.00-16.00)	9.63±3.06	9.50 (4.00-16.00)	7.53±3.09	7.00 (4.00-16.00)	8.90±2.96	9.00 (4.00-16.00)	10.40±3.92	10.00 (4.00-16.00)
• Ev hanımı	8.25±2.45	9.00 (4.00-12.00)	9.25±3.27	8.50 (4.00-15.00)	7.07±2.69	6.50 (4.00-12.00)	9.46±3.71	9.00 (4.00-18.00)	8.42±3.31	9.00 (4.00-15.00)
• Emekli	9.60±1.51	9.00 (8.00-12.00)	11.00±3.39	11.00 (6.00-15.00)	7.20±1.78	7.00 (5.00-10.00)	8.00±1.87	8.00 (6.00-10.00)	8.20±0.83	8.00 (7.00-9.00)
• Öğrenci	11.66±2.25	12.50 (8.00-14.00)	11.33±2.94	10.00 (9.00-16.00)	7.00±2.96	6.00 (4.00-12.00)	8.83±1.72	8.00 (7.00-11.00)	9.66±4.80	11.00 (4.00-16.00)
• İşsiz	9.25±3.19	9.50 (4.00-15.00)	9.00±2.26	8.50 (6.00-13.00)	7.00±3.07	6.50 (4.00-11.00)	9.62±3.33	9.50 (5.00-14.00)	11.50±3.74	11.00 (5.00-16.00)
p**	.030		.101		.711		.842		.057	

** Kruskal Wallis test

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME)									
	Zihinsel Boş Verme		Soruna Odaklanma		İnkâr		Davranışsal Boş Verme		Madde Kullanımı	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Yaşadığı Kişi										
• Aile (Anne, Baba, Kardeş)	9.38±3.15	9.00 (4.00-16.00)	9.60±3.34	9.00 (4.00-16.00)	7.56±2.85	7.00 (4.00-13.00)	8.94±3.17	9.00 (4.00-18.00)	9.07±3.88	9.00 (4.00-16.00)
• Aile (Eş, Çocuklar)	9.60±2.34	9.00 (4.00-15.00)	10.24±2.87	10.00 (4.00-16.00)	7.31±2.4	7.00 (4.00-12.00)	9.29±2.90	9.00 (5.00-18.00)	9.78±3.46	9.00 (4.00-16.00)
• Yalnız	9.95±2.77	10.00 (5.00-16.00)	10.25±3.05	10.00 (6.00-16.00)	7.54±3.21	7.00 (4.00-16.00)	9.33±3.21	9.00 (4.00-14.00)	10.20±4.11	10.00 (4.00-16.00)
p**	.679		.471		.913		.751		.404	

** Kruskal Wallis test

Tablo 11’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’nin İşlevsel Olmayan Başetme alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır. Cinsiyete göre yapılan gruplamada erkek hastaların davranışsal boş verme alt boyutu puan ortalamalarının kadın hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre yapılan gruplama incelendiğinde zihinsel boş verme ve soruna odaklanma alt boyut puan ortalamalarında farklılık olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde üniversite mezunlarının zihinsel boş verme ve soruna odaklanma alt boyut puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Mesleğe göre yapılan gruplamada zihinsel boş verme alt boyut puan ortalamalarında farklılık olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizde farkın öğrenci grubundan kaynaklandığı, öğrencilerin zihinsel boş verme alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplarda yer alanlardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 12. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre İDÖ ve BECK Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	İDÖ Toplam		BECK Toplam	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Kronik Hastalık Varlığı				
• Yok	9.52±4.13	10.00 (0.00-17.00)	31.39±14.31	30.50 (0.00-63.00)
• Var	9.75±3.98	10.00 (2.00-16.00)	30.04±11.02	31.00 (11.00-52.00)
p*	.802		.630	
İkincil Bir Psikiyatrik Hastalık Varlığı				
• Yok	9.56±3.88	10.00 (0.00-17.00)	30.64±13.16	30.50 (0.00-63.00)
• Var	10.00±5.67	10.50 (2.00-17.00)	33.16±14.13	36.00 (12.00-52.00)
p*	.736		.512	
Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Olma Durumu				
• Yok	9.21±4.10	9.50 (0.00-17.00)	30.12±13.73	29.00 (0.00-63.00)
• Var	11.03±3.68	12.00 (2.00-17.00)	33.69±10.98	34.50 (7.00-52.00)
p*	.039		.065	
İntihar Düşüncesinin Varlığı				
• Yok	7.48±3.67	7.00 (0.00-15.00)	24.20±10.57	24.50 (0.00-47.00)
• Var	11.87±3.15	12.00 (4.00-17.00)	38.05±12.02	37.00 (10.00-63.00)
p*	.000		.000	
İntihar Girişiminin Varlığı				
• Yok	8.61±3.95	9.00 (0.00-17.00)	27.66±12.27	28.00 (0.00-62.00)
• Var	12.11±3.20	12.50 (5.00-17.00)	39.08±12.10	38.00 (18.00-63.00)
p*	.000		.000	

*Mann Whitney U test

Katılımcıların hastalıkla ilgili özelliklerine göre İDÖ ve BECK Depresyon ölçeğinde aldıkları puan ortalamaları Tablo 12’de gösterilmiştir. Ailesinde psikiyatrik hastalık olanların İDÖ puan ortalamaları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). İntihar düşüncesi olanların İDÖ ve BECK depresyon ölçeği puan ortalamalarının intihar düşüncesi olmayanlardan yüksek olduğu ve gruplar

arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İntihar girişimi olanların ise yine İDÖ ve BECK depresyon ölçeği puan ortalamalarının intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür ($p<0.05$).



Tablo 13. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	ÇÇTÖ									
	Duygusal İstismar		Fiziksel İstismar		Fiziksel İhmal		Duygusal İhmal		Cinsel İstismar	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Kronik Hastalık Varlığı										
• Yok	10.61±5.32	9.50 (5.00-25.00)	8.15±5.26	6.00 (5.00-25.00)	14.00±2.01	13.00 (11.00-21.00)	21.01±2.72	21.00 (15.00-25.00)	9.30±5.84	7.00 (5.00-25.00)
• Var	10.88±3.73	11.00 (5.00-21.00)	8.27±4.50	6.00 (5.00-26.00)	13.61±2.26	13.00 (10.00-19.00)	19.72±3.06	20.00 (15.00-25.00)	8.79±4.18	7.00 (5.00-20.00)
p*	.233		.237		.229		.020		.829	
İkincil Bir Psikiyatrik Hastalık Varlığı										
• Yok	10.87±4.94	10.00 (5.00-25.00)	8.22±5.13	6.00 (5.00-26.00)	13.77±2.07	13.00 (10.00-21.00)	20.39±3.00	21.00 (15.00-25.00)	9.17±5.41	7.00 (5.00-25.00)
• Var	9.25±2.70	10.00 (5.00-14.00)	8.00±3.41	7.00 (5.00-25.00)	14.58±2.39	14.00 (12.00-19.00)	21.83±1.26	22.00 (19.00-23.00)	8.58±4.01	7.50 (5.00-16.00)
p*	.442		.590		.253		.098		.982	
Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Olma Durumu										
• Yok	10.52±4.77	10.00 (5.00-25.00)	8.48±5.24	6.00 (5.00-26.00)	13.72±2.11	13.00 (10.00-21.00)	20.82±2.80	21.00 (15.00-25.00)	8.68±5.12	6.00 (5.00-25.00)
• Var	11.42±4.85	9.50 (5.00-22.00)	7.15±3.74	5.50 (5.00-21.00)	14.34±2.05	14.00 (12.00-19.00)	19.50±3.10	19.00 (15.00-25.00)	10.69±5.64	10.50 (5.00-24.00)
p*	.384		.228		.167		.054		.068	

*Mann Whitney U test

Tablo 13. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	ÇÇTÖ									
	Duygusal İstismar		Fiziksel İstismar		Fiziksel İhmal		Duygusal İhmal		Cinsel İstismar	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
İntihar Düşüncesinin Varlığı										
• Yok	9.37±3.68	9.00 (5.00-22.00)	7.27±3.43	6.00 (5.00-26.00)	13.51±1.89	13.00 (10.00-19.00)	20.62±2.88	21.00 (15.00-25.00)	8.43±4.55	7.00 (5.00-22.00)
• Var	12.15±5.40	12.00 (5.00-25.00)	9.18±6.09	6.00 (5.00-25.00)	14.22±2.27	13.50 (11.00-21.00)	20.44±2.95	21.00 (15.00-25.00)	9.84±5.91	8.50 (5.00-25.00)
p*	.003		.297		.080		.638		.414	
İntihar Girişiminin Varlığı										
• Yok	9.83±3.73	9.00 (5.00-22.00)	7.83±4.19	6.00 (5.00-26.00)	13.66±13.00	13.00 (10.00-19.00)	20.66±2.75	21.00 (15.00-25.00)	8.06±4.12	6.00 (5.00-25.00)
• Var	12.94±6.29	12.00 (5.00-25.00)	9.11±6.54	6.00 (5.00-25.00)	14.35±2.41	14.00 (11.00-21.00)	20.23±3.28	20.00 (15.00-25.00)	11.76±6.82	11.00 (5.00-25.00)
p*	.020		.870		.181		.458		.018	

*Mann Whitney U test

Katılımcıların hastalıkla ilgili özelliklerine göre Çocukluk Çağı Travmaları ölçeğinde aldıkları puan ortalamaları Tablo 13'te gösterilmiştir. Kronik hastalığı olanların Duygusal İhmal alt boyutu puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). İntihar düşüncesi olanların Duygusal istismar alt boyutu puan ortalamalarının intihar düşüncesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İntihar girişimi olanların Duygusal istismar ve Cinsel istismar alt boyut puan ortalamalarının intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 14. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	BÇTDÖ (SORUNA ODAKLI BAŞETME)									
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı		Aktif Başa Çıkma		Geri Durma		Diğer Meşguliyetleri Bastırma		Plan Yapma	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Kronik Hastalık Varlığı										
• Yok	8.31±3.30	8.00 (4.00-16.00)	8.53±3.23	9.00 (4.00-16.00)	8.80±2.33	9.00 (4.00-16.00)	8.03±2.10	8.00 (4.00-12.00)	8.19±3.01	8.00 (4.00-16.00)
• Var	9.18±3.03	9.00 (4.00-16.00)	9.95±2.74	10.00 (4.00-15.00)	9.13±2.42	9.00 (4.00-15.00)	8.70±2.39	9.00 (4.00-13.00)	9.52±2.96	9.50 (4.00-15.00)
p*	.120		.017		.664		.089		.018	
İkincil Bir Psikiyatrik Hastalık Varlığı										
• Yok	8.64±3.32	8.00 (4.00-16.00)	9.15±3.22	9.00 (4.00-16.00)	8.99±2.40	9.00 (4.00-16.00)	8.19±2.20	8.00 (4.00-13.00)	8.74±3.11	8.00 (4.00-16.00)
• Var	8.50±2.19	9.50 (4.00-11.00)	8.16±1.99	9.00 (4.00-16.00)	8.33±1.92	8.00 (4.00-11.00)	9.08±2.39	10.00 (4.00-11.00)	8.16±2.44	9.00 (4.00-11.00)
p*	.958		.252		.389		.118		.699	
Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Olma Durumu										
• Yok	8.36±3.14	8.00 (4.00-16.00)	8.67±3.03	9.00 (4.00-16.00)	8.84±2.46	9.00 (4.00-16.00)	8.22±2.25	8.00 (4.00-13.00)	8.43±2.97	8.00 (4.00-16.00)
• Var	9.61±3.38	9.50 (4.00-16.00)	10.46±3.10	10.00 (4.00-16.00)	9.23±1.96	9.00 (5.00-14.00)	8.50±2.17	9.00 (4.00-12.00)	9.57±3.20	10.00 (4.00-16.00)
p*	.110		.011		.509		.441		.098	

*Mann Whitney U test

Tablo 14. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (SORUNA ODAKLI BAŞETME)									
	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı		Aktif Başa Çıkma		Geri Durma		Diğer Meşguliyetleri Bastırma		Plan Yapma	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
İntihar Düşüncesinin Varlığı										
• Yok	9.19±3.07	9.00 (4.00-16.00)	9.37±2.90	9.00 (4.00-16.00)	8.83±2.38	9.00 (4.00-16.00)	8.54±2.28	9.00 (4.00-12.00)	9.09±3.00	9.00 (4.00-16.00)
• Var	8.03±3.30	8.00 (4.00-16.00)	8.72±3.33	9.00 (4.00-15.00)	9.01±2.35	9.00 (5.00-15.00)	8.00±2.16	8.00 (4.00-13.00)	8.24±3.06	8.00 (4.00-15.00)
p*	.051		.348		.599		.153		.144	
İntihar Girişiminin Varlığı										
• Yok	8.83±3.12	9.00 (4.00-16.00)	8.96±3.01	9.00 (4.00-16.00)	8.84±2.56	9.00 (4.00-16.00)	8.30±2.21	10.00 (4.00-12.00)	8.63±2.86	8.50 (4.00-16.00)
• Var	8.11±3.46	8.00 (4.00-16.00)	9.29±3.44	10.00 (4.00-16.00)	9.11±1.77	10.00 (5.00-12.00)	8.23±2.31	8.00 (4.00-13.00)	8.79±3.51	9.00 (4.00-16.00)
p*	.479		.260		.439		.842		.840	

*Mann Whitney U test

Tablo 14’te katılımcıların hastalıkla ilgili özelliklerine göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)’nin Soruna Odaklı Başetme Alt Boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların aktif başa çıkma ve plan yapma alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ailesinde psikiyatrik hastalık olanların aktif başa çıkma alt boyut puan ortalamalarının ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 15. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	BÇTDÖ (DUYGU ODAKLI BAŞETME)									
	Pozitif Yeniden Yorumlama		Dini Başa Çıkma		Şakaya Vurma		Duygusal Sosyal Destek Kullanımı		Kabullenme	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Kronik Hastalık Varlığı										
• Yok	8.77±3.08	9.00 (4.00-16.00)	9.36±3.83	9.00 (4.00-16.00)	6.90±2.96	6.00 (4.00-16.00)	8.88±2.82	9.00 (4.00-16.00)	8.94±2.49	9.00 (4.00-15.00)
• Var	1045±2.60	10.50 (5.00-16.00)	9.31±3.81	9.00 (4.00-16.00)	7.06±3.39	5.50 (4.00-16.00)	10.02±2.63	10.00 (4.00-16.00)	10.34±2.68	10.50 (4.00-16.00)
p*	.003		.959		.951		.022		.009	
İkincil Bir Psikiyatrik Hastalık Varlığı										
• Yok	9.47±3.10	9.00 (4.00-16.00)	9.35±4.01	9.00 (4.00-16.00)	6.85±3.14	6.00 (4.00-16.00)	9.33±2.80	9.00 (4.00-16.00)	9.39±2.70	9.00 (4.00-16.00)
• Var	8.66±2.05	9.00 (4.00-11.00)	9.33±0.88	9.00 (8.00-11.00)	8.00±2.82	9.50 (4.00-11.00)	9.00±2.86	10.00 (4.00-12.00)	10.00±2.00	10.00 (6.00-12.00)
p*	.449		.765		.144		.965		.346	
Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Olma Durumu										
• Yok	9.17±3.14	9.00 (4.00-16.00)	9.60±3.76	9.00 (4.00-16.00)	6.96±3.06	6.00 (4.00-16.00)	9.03±2.69	9.00 (4.00-16.00)	9.23±2.60	9.00 (4.00-16.00)
• Var	10.19±2.43	10.00 (6.00-15.00)	8.42±3.93	8.00 (4.00-16.00)	6.96±3.36	6.50 (4.00-16.00)	10.26±3.02	10.00 (4.00-16.00)	10.26±2.66	10.00 (5.00-16.00)
p*	.119		.151		.685		.046		.128	

*Mann Whitney U test

Tablo 15. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (DUYGU ODAKLI BAŞETME)									
	Pozitif Yeniden Yorumlama		Dini Başa Çıkma		Şakaya Vurma		Duygusal Sosyal Destek Kullanımı		Kabullenme	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
İntihar Düşüncesinin Varlığı										
• Yok	10.11±3.01	10.00 (5.00-16.00)	9.83±3.83	9.50 (4.00-16.00)	7.48±3.01	7.50 (4.00-16.00)	9.66±2.72	10.00 (5.00-16.00)	9.74±2.89	10.00 (4.00-16.00)
• Var	8.62±2.83	9.00 (4.00-14.00)	8.82±3.75	8.00 (4.00-16.00)	6.41±3.15	5.00 (4.00-16.00)	8.91±2.86	9.00 (4.00-16.00)	9.15±2.32	9.00 (5.00-13.00)
p*	.017		.141		.019		.163		.313	
İntihar Girişiminin Varlığı										
• Yok	9.36±2.93	9.00 (4.00-16.00)	9.542±3.65	9.00 (4.00-16.00)	7.13±3.02	7.00 (4.00-16.00)	9.40±2.66	10.00 (4.00-16.00)	9.39±2.57	9.0 (4.00-16.00)
• Var	9.47±3.27	9.00 (4.00-16.00)	8.91±4.21	8.00 (4.00-16.00)	6.52±3.34	4.50 (4.00-16.00)	9.02±3.15	9.00 (4.00-16.00)	9.61±2.82	10.00 (5.00-16.00)
p*	.752		.299		.192		.515		.712	

*Mann Whitney U test

Tablo 15’te katılımcıların hastalıkla ilgili özelliklerine göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)’nin Duygu Odaklı Başetme Alt Boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Kronik hastalığı olanların pozitif yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ailesinde psikiyatrik hastalık olanların duygusal sosyal destek kullanımı alt boyutu puan ortalamalarının ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İntihar düşüncesi olmayanların pozitif yeniden yorumlama ve şakaya vurma alt boyut puan ortalamalarının intihar düşüncesi olanlardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 16. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Özellikler	BÇTDÖ (İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME)									
	Zihinsel Boş Verme		Soruna Odaklanma		İnkâr		Davranışsal Boş Verme		Madde Kullanımı	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Kronik Hastalık Varlığı										
• Yok	8.98±2.82	9.00 (4.00-16.00)	9.30±3.23	9.00 (6.00-16.00)	7.60±2.88	7.00 (4.00-16.00)	9.18±3.40	9.00 (4.00-18.00)	9.51±3.80	10.00 (4.00-16.00)
• Var	10.59±2.50	10.00 (5.00-16.00)	11.06±2.60	11.00 (6.00-16.00)	7.25±2.77	6.50 (4.00-12.00)	9.06±2.43	9.00 (4.00-15.00)	9.59±3.79	9.00 (4.00-16.00)
p*	.002		.001		.639		.848		.948	
İkincil Bir Psikiyatrik Hastalık Varlığı										
• Yok	9.67±2.88	9.50 (4.00-16.00)	10.05±3.24	10.00 (4.00-16.00)	7.31±2.79	7.00 (4.00-16.00)	9.08±3.17	9.00 (4.00-18.00)	9.50±3.86	9.50 (4.00-16.00)
• Var	8.66±1.82	9.00 (7.00-11.00)	9.00±1.47	9.00 (7.00-11.00)	8.91±2.96	10.00 (4.00-12.00)	9.66±1.96	9.50 (5.00-13.00)	9.83±3.13	9.00 (4.00-16.00)
p*	.265		.270		.077		.258		.860	

*Mann Whitney U test

Tablo 16. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı(devamı)

Özellikler	BÇTDÖ (İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞETME)									
	Zihinsel Boş Verme		Soruna Odaklanma		İnkâr		Davranışsal Boş Verme		Madde Kullanımı	
	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Olma Durumu										
• Yok	9.17±2.69	9.00 (4.00-16.00)	9.34±2.88	9.00 (4.00-16.00)	7.45±2.79	7.00 (4.00-13.00)	9.14±3.21	9.00 (4.00-18.00)	8.93±3.62	9.00 (4.00-16.00)
• Var	11.03±2.79	11.00 (4.00-16.00)	12.15±3.01	12.00 (6.00-16.00)	7.53±3.06	7.00 (4.00-16.00)	9.11±2.53	9.00 (5.00-16.00)	11.73±3.61	11.50 (7.00-16.00)
p*	.001		.000		.982		.880		.003	
İntihar Düşüncesinin Varlığı										
• Yok	9.62±2.77	9.00 (4.00-16.00)	9.72±2.97	9.00 (5.00-16.00)	7.38±2.94	7.00 (4.00-16.00)	8.25±2.54	8.00 (4.00-16.00)	9.01±3.60	9.00 (4.00-16.00)
• Var	9.51±2.86	10.00 (4.00-16.00)	10.18±3.28	10.0 (4.00-16.00)	7.56±2.74	7.50 (4.00-12.00)	10.08±3.32	9.50 (5.00-18.00)	10.10±3.92	10.00 (4.00-16.00)
p*	.979		.333		.602		.003		.110	
İntihar Girişiminin Varlığı										
• Yok	9.18±2.42	9.00 (4.00-16.00)	9.84±3.14	10.00 (4.00-16.00)	7.47±2.69	7.00 (4.00-13.00)	8.83±2.82	9.00 (4.00-16.00)	8.95±3.37	9.00 (4.00-16.00)
• Var	10.55±3.44	10.50 (4.00-16.00)	10.20±3.11	10.00 (4.00-16.00)	7.47±3.22	7.00 (4.00-16.00)	9.91±3.55	9.00 (4.00-18.00)	11.02±4.39	11.00 (4.00-16.00)
p*	.052		.479		.819		.193		.021	

*Mann Whitney U test

Tablo 16’da katılımcıların hastalıkla ilgili özelliklerine göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)’nin İşlevsel Olmayan Başetme Alt Boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Kronik hastalığı olanların zihinsel boş verme ve soruna odaklanma alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ailede psikiyatrik hastalık olanların zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamalarının ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). İntihar düşüncesi olanlarda davranışsal boş verme alt boyut puan ortalamasının intihar düşüncesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İntihar girişimi olanların madde kullanımı alt boyut puan ortalamasının ise intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırma, depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları, intihar düşüncesinin düzeyi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde depresyon tanılı hastalarla BDÖ, İDÖ, ÇÇTÖ ve BÇTDÖ ile yapılan değerlendirmeler sonucu elde edilen bulgular literatürdeki benzer çalışmalarla kıyaslanarak tartışılacaktır.

5.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma depresyon tanılı hastalarla yapılmıştır ve hastaların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 30.90 ± 13.22 'dir. Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puan ciddi düzeyde depresif olduklarını göstermektedir. Major depresyon hastalarıyla yapılmış bir araştırmada katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden aldığı puan kadınlarda 36.35 ± 14.28 , erkeklerde 36.35 ± 14.28 olarak bulunmuştur. Yapılmış benzer çalışmalarda da mevcut araştırmaya benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu durum bize söz konusu hastalarda depresif duygu durumun ciddi düzeyde olduğunu göstermektedir [96,99-104]. Mevcut çalışmada katılımcıların İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)'nden aldığı puan ortalaması 9.60 ± 4.06 'dır. Ölçekten alınan puan aralığının 0-17 arasında değiştiği düşünüldüğünde katılımcıların orta düzeyde puan aldıkları söylenebilir. Bu bulgu literatürdeki birçok çalışmayla benzer niteliktedir [94,97,100,105-107]. Majör depresyonlu hastalarla çalışılmış benzer bir araştırmada katılımcılar İntihar Düşüncesi Ölçeğinden 9.80 ± 3.80 puan almışlardır. Depresyon tanılı hastalarda intihar düşüncesi sık karşılaşılan ve incelenmesi gereken önemli bir konudur. Depresyon hastalığında intihar ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. İlgili literatürde de görüldüğü gibi depresyon tanısına sahip hastaların orta düzeyde intihar düşüncesine sahip oldukları söylenebilir. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ne ait Duygusal İstismar alt boyut puan ortalaması 9.60 ± 4.06 , Fiziksel İstismar alt boyut puan ortalaması 9.60 ± 4.06 , Fiziksel İhmal alt boyut puan ortalaması 13.85 ± 2.10 , Duygusal İhmal alt boyut puan ortalaması 20.54 ± 2.90 ve Cinsel İstismar alt boyut puan ortalaması ise 9.11 ± 5.28 'dir. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Cinsel İstismar alt boyutlarından

ortalama, Duygusal İhmal alt boyutundan ise yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları incelenmiş katılımcıların ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama olduğu belirtilmiştir [95,103,108-110]. Bizim çalışmamız da duygusal ihmal dışındaki alt ölçeklerden ortalama puanlar elde edilmiş ve literatürle benzer bulgular ortaya konulmuştur.

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'ne ait alt boyut puan ortalamalarının 6.96 ± 3.11 - 9.95 ± 3.12 arasında değiştiği görülmektedir. Katılımcıların ölçeğin alt boyutlarının çoğunluğundan orta düzeyde puan aldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların en çok Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma (soruna odaklı başetme), Zihinsel Boş Verme (işlevsel olmayan başetme) ile Madde Kullanımı (işlevsel olmayan başetme) başetme biçimlerini tercih ederken, en az Şakaya Vurma (duygu odaklı başetme), İnkâr (işlevsel olmayan başetme) ve Diğer Meşguliyetleri Bastırma (soruna odaklı başetme) başetme biçimlerini kullandıkları saptanmıştır. Literatürde Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'yle yapılan benzer çalışmalarla araştırmamızın bulguları benzerlik göstermektedir; Hamurişçi Yalçın'ın Depresyon tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastaların BÇTDÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde en yüksek puanların pozitif yeniden yorumlama, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, plan yapma ve aktif başa çıkma alt boyutlarında; en düşük puanların ise şakaya vurma ve inkâr alt boyutlarında olduğu belirtilmiştir [95]. Depresyon hastalarıyla çalışılmış başka bir araştırmada ise katılımcıların başa çıkma tutumlarının birçoğundan orta düzeyde puan aldığı ancak pozitif yeniden yorumlama, dini olarak başa çıkma, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, plan yapma ve aktif başa çıkma alt boyutlarında daha yüksek puanlar alındığı görülmüştür [11,111-116].

5.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin BDÖ, İDÖ, ÇÇTÖ Alt Ölçekleri ve BÇTDÖ Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar alt boyut puanları arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Bulguya dayalı olarak depresyon düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin ve duygusal istismar arttıkça depresyonun arttığını söyleyebiliriz. Litaratür incelendiğinde depresyon hastalarında intihar riskinin 20-30 kat daha fazla olduğu görülmektedir [97,103,116]. Çocukluk çağı travmalarının depresyon hastalığındaki rolüne değinen araştırmalar da bizim bulgularımızla eşdeğerdir [120].

Depresyonda intihar girişimi ya da intihar riskiyle ilgili yapılan araştırmalar da bizim araştırmamızı destekler niteliktedir. Çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek adına yapılan bazı araştırmalar çocukluk çağı travmaları arttıkça depresyon şiddetinin arttığını söylemektedir(110). Bununla birlikte çocukluk çağı travma şiddeti yüksek grupla depresyon puanları arasında anlamlı derecede güçlü ilişki olduğu tespit edilmiştir [110].

İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden alınan puanlar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır. Bu doğrultuda duygusal istismarın, fiziksel ihmal ve istismarın artmasının intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu ifade edilebilir. Literatür tarandığında intihar düşüncesini etkileyen faktörler arasında çocukluk çağı travmaları ön sıralarda yer almaktadır [117-119]. Aynı zamanda çocukluk çağı travmalarının depresyon hastalığındaki rolü ile intihar girişimi riski de bulgularımızla eşdeğer sonuçlar vermektedir [120].

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin Soruna Odaklanan Başetme alt boyutu puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Böylece soruna odaklanan başetme kullanımı arttıkça depresyon düzeyinin azaldığını, cinsel istismarın artmasının soruna odaklanan başetme kullanımı ile ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Folkman ve Lazarus'un yaptığı çalışma, stresli durumlarda hem sorun odaklı hem de duygu odaklı başetme tutumlarının bir arada kullanıldığını ancak sorun odaklı başetmenin daha fazla kullanıldığını göstermektedir [121-123]. Bu bulgular bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları destekler niteliktedir. Cinsel istismarın artmasıyla soruna odaklı başetmenin artması bulgusu literatürdeki bulgularla kıyaslandığında, yapılan araştırmalar daha çok cinsel istismar arttıkça madde kullanımı gibi işlevsel olmayan baş etme tutumlarının kullanıldığını söylemektedir. Mevcut

Çalışma 15 alt ölçekten oluşan başa çıkma tutumlarını soruna odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başetmeler şeklinde üç boyutta birleştirerek değerlendirmiştir. Literatürle farklı bulgular ortaya koyuyor olmanın bu değerlendirme biçimi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir [114,124-126].

Başa ıkma Tutumları leği'nin Duyguya Odaklanan Başetme alt boyutunu puanları ile Beck Depresyon leği, İntihar Düşüncesi leği ve çocukluk ağı Travmaları leği Fiziksel İstismar alt boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bi ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgu, duyguya odaklanan başetme kullanımı arttıķa depresyon düzeyi, intihar düşünceleri ve fiziksel istismarın azaldığını göstermektedir. Araştırmamızdaki bu bulgu bize duygu odaklı başetme tutumlarının birden fazla değişken için etkin bir tutum olduğunu söylemektedir. Literatürde birçok araştırma duygu odaklı başa çıkma tutumları ile ilgili anlamlı bulgular ortaya çıkmıştır [127-129].

Yapılan bir araştırmada duygu odaklı başetmenin fiziksel istismar ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bulguyu destekler nitelikte bazı çalışmalar çocukluk ağı travmalarının genellikle madde kullanımı gibi işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarıyla daha yakından ilişkili olduğunu söylemektedir [92,112,130]. Araştırma grubu dikkate alındığında depresyon hastalarında duygu odaklı başa çıkmanın daha sık kullanıldığı, sorun odaklı başa çıkma gibi diğer başetme yöntemlerinin daha az kullanıldığı bildirilmektedir [131].

İntihar düşüncesi açısından bakılacak olursa intihar ve nedenlerini araştıran bir çalışma etkin başetme yönteminin psikolojik sağlığı beraberinde getirdiğini ve intiharın başlıca sebeplerinden birinin de psikolojik sağlığın olmayışı durumu olduğunu söylemektedir [117,129]. Bu nedenle etkili bir başetme biçimi olan duyguya odaklı başetmenin kullanımının artmasının intihar düşüncesini azaltıyor olması anlaşılır bir durumdur.

Başa ıkma Tutumları leği'nin İşlevsel Olmayan Başetme alt boyutu puanları ile çocukluk ağı Travmaları leği'nin Cinsel İstismar alt boyutu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çocukluk ağında yaşanan cinsel istismarın artışının işlevsel olmayan başetme kullanımıyla ilişkili olabileceği görülmektedir. Yapılan araştırmalar cinsel istismara maruz kalmış bireylerin işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarına başvurduğunu, özellikle cinsel

istismar sonrası çökkünlük, düşük benlik saygısı gibi duyguları giderebilmek için madde kullanımı eğiliminde olduklarını göstermektedir [114,132-134].

Bu veriler de bizim araştırmamızın literatürle benzer bulgular ortaya koyduğunu göstermektedir. Oldukça kırılgan olunan çocuk yaşta, cinsel istismar gibi travmatik bir deneyime maruz kalmak kişinin mevcut başetme yöntemleriyle üstesinden gelebileceği bir şey değildir. Travmatik yaşantının eziciliği altında henüz etkili başetme yöntemi geliştirememiş bir çocuk için inkâr, geri durma, madde kullanımı gibi işlevsel olmayan başetme yöntemleri daha sık kullanılabilir.

5.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süreleri ile Ölçeklerden Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 40.18 ± 11.96 'dır. Katılımcıların yaşı ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Duygusal İstismar alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu bize yaş küçüldükçe duygusal istismarın arttığını göstermektedir. Şar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde yaş ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir [98].

Araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik tedavi alma süresi 3.47 ± 2.79 yıldır. Psikiyatrik hastalık süresi ile Beck Depresyon Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bulguya dayalı olarak psikiyatrik hastalık süresi arttıkça depresyon düzeyinin ve intihar düşüncesinin arttığını söyleyebiliriz. Literatür incelendiğinde benzer konuları işleyen bazı çalışmaların bulgularının bizim bulgularımız ile benzer olduğu görülmektedir [104,119,135,136]. Çalışmalarda psikiyatrik hastalık öyküsü ve tedavi alma süresi ile depresyon ve intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bu bulgular eşliğinde depresyonun kronikleşen bir hastalık olması ve beraberinde bir psikiyatrik hastalığın varlığı, hastalıklarla baş etmede yetersizlik sonucu bireylerin intihara eğiliminin arttığı söylenebilir.

Katılımcıların yaşları ve psikiyatrik hastalık süreleri ile BÇTDÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile soruna odaklı başetme yöntemlerini kullanma arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki

saptanmıştır. Hastaların psikiyatrik hastalık süreleri ile BÇTDÖ'nin bütün alt boyutları arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgular doğrultusunda yaşın artmasıyla birlikte problemlerin çözümünde soruna odaklanan başetmenin daha çok kullanıldığını, psikiyatrik hastalık süresinin artması ile birlikte ise tüm başetme yöntemlerinin kullanımının azaldığını söyleyebiliriz. Literatürde yaş arttıkça soruna odaklı baş etme tutumlarına yönelme arasında anlamlı ilişki saptandığı belirtilmiştir [79,137,138].

5.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden aldıkları ortalama puanlar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkek hastaların intihar düşüncesinin kadın hastalardan daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Dünyada ve Türkiye'de yapılan birçok çalışmanın ortak bulgusu intihar edenlerin çoğunun erkek olmasıdır [103]. Bununla ilgili birçok araştırmanın verileri ile bizim bulgumuz benzerdir [139,140]. Katılımcıların cinsiyetlerine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise erkeklerin fiziksel istismar düzeyinin kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılmış bir çalışmada kadın hastaların çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarının genelinde anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı belirtilmiştir [141]. Ancak literatürdeki araştırmalar çocukluk çağında cinsel istismar dışında ihmal ve istismara maruz kalmada erkeklerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha dezavantajlı olduklarını göstermektedir [142]. Katılımcıların cinsiyetlerine göre yapılan gruplamada kadınların BÇTDÖ ölçeği Yararlı Sosyal Destek Kullanımı ve Dini Başa Çıkma alt boyutları puan ortalamaları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Erkeklerin ise Davranışsal Boş Verme alt boyutunda kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Bulgular doğrultusunda kadınların duyguya odaklı başetme biçimlerini, erkeklerin ise işlevsel olmayan başetmeleri daha çok kullandıklarını söyleyebiliriz. Literatür cinsiyetle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyle ilgili farklı bulgular ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalar cinsiyet ve başa çıkma arasında anlamlı ilişkiler bulunmadığını söylemektedir [143]. Boşanmış bireylerde başa çıkma tutumları ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kadınların duygusal sosyal

destek kullanımı, dini başa çıkma, aktif başa çıkma ve plan yapma tutumlarını kullanmadaki düzey erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [143]. Başka bir çalışma ise kadınların daha çok duygu odaklı başa çıkma tutumlarına başvurduğu, erkeklerinde ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarına başvurduğunu söylemektedir [144]. Bu bağlamda bulgumuz bir grup literatür ile uyumludur. Mevcut çalışmada da kadınların duyguya odaklı başetmeyi, erkeklerin ise işlevsel olmayan başetmeyi daha çok kullandıkları görülmüştür [11,88,145]. Katılımcıların eğitim durumlarına göre BÇTDÖ ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde üniversite mezunlarının Aktif Başa Çıkma, Plan Yapma, Pozitif Yeniden Yorumlama, Kabullenme, Zihinsel Boş Verme ve Soruna Odaklanma alt boyutlarında diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Duygusal Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalamalarında ise okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Bulgulara bakılınca üniversite mezunlarının genel olarak soruna ve duyguya odaklı başetmeler kullandıkları, okuryazar olmayanların ise duyguya odaklı işlevsel başetme tercih ettikleri söylenebilir. Literatürde 2012 de yapılan bir araştırmaya göre eğitim düzeyi azaldıkça sosyal destek arama gibi yaklaşımların artış gösterdiği belirtilmiştir [146]. Katılımcıların mesleklerine göre puanları incelendiğinde BÇTDÖ ölçeğinin Aktif Başa Çıkma ve Plan Yapma gibi soruna odaklanan alt boyutlarında memurlar diğer meslek mensuplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır. Öğrencilerin Pozitif Yeniden Yorumlama, Kabullenme ve Zihinsel Boş Verme alt boyutlarında diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Meslek ve başa çıkma tutumları ile ilgili literatürde çok fazla araştırmaya ulaşılamamıştır. Daha çok gelir durumu ya da ekonomik düzey olarak değerlendirmeler yapılmış ve elde edilen bulgularda ekonomik durumu düşük bireylerin daha çok çaresizce yaklaşımlar sergilediği ve duygu odaklı başetmeye başvurduğu belirtilmiştir [128,147,148]. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre yapılan grupta eş ve çocuklardan oluşan ailesiyle yaşayanların BÇTDÖ ölçeği Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalamaları diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bu bulgu ailesiyle birlikte yaşayan kişilerin; problem çözmeye yaklaşımda ailesinin de etkisi olduğunu göstermektedir. Bu konuda araştırmalar daha çok medeni hal olarak değerlendirilmiştir. Evli ve çocuğu olan bireylerin soruna odaklı başetme tutumlarına başvurduğunu ve aile

yaşantısı olmayan yada ailesinden ayrılmış bireylerin daha çok işlevsel olmayan başetme tutumlarını kullandıklarını göstermektedir. Şüphesiz ailenin varlığı önemli bir sosyal destek aynı zamanda ciddi bir sorumluluktur. Bunun farkında olanların sorunların çözümünde daha işlevsel başetmeler tercih etmesi ve ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceği bir sosyal destek kaynağına sahip olması literatür bilgisi ile örtüşmektedir [129].

5.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine bakıldığında ailesinde psikiyatrik hastalık olanların olmayanlara göre İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. İlgili literatür incelendiğinde psikiyatrik rahatsızlıkların çevresel faktörlerden etkilendiğini ortaya koyan birçok araştırma vardır [105,117]. İntihar ve intiharın nedenlerini araştıran bir çalışmada psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi intihar davranışında da ailesel yatkınlığın etkili bir faktör olduğu söylenmektedir [117]. Katılımcılar arasında intihar düşüncesinin var olduğunu söyleyenlerin intihar düşüncesi olmayanlara göre İntihar Düşüncesi Ölçeği ve BECK Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Benzer şekilde intihar girişimi olanların olmayanlara göre İntihar Düşüncesi Ölçeği ve BECK Depresyon Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Literatüre bakıldığında intiharın nedenlerini araştıran bir çalışma intihar risk gruplarını belirlemiş ve intihar girişiminde en az bir kez bulunmuş bireyleri yüksek riskli grup olarak değerlendirmiştir. Aynı çalışmada depresyonu olan bireylerin de riskli grupta olduğunu belirtmişlerdir [117]. Benzer çalışmalarda yine bizim bulgularımızı destekler nitelikte, intihar düşüncesi olan ve öncesinde girişimde bulunmuş hastaların depresyon ölçekleri ve intihar düşüncesi ölçeklerinden daha yüksek puan almışlardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür [105,117,149,150]. Araştırmaya katılan bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelendiğinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre Duygusal İhmal alt boyutundan daha yüksek puan almışlardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür. Bu bulgu ile birlikte çocukluk çağında duygusal ihmale maruz kalmanın kronik hastalığın varlığı ile arttığını söyleyebiliriz. Literatürde yapılmış çalışmalar öncelikle anne baba

tutumlarının değerlendirilip; kronik hastalığın varlığının da bir travma olarak algılanabileceğini, çocukların bu travmayla birlikte kaygı ve endişe duygularına sürükleneceğini ve duygusal ihmalin travmayı küçümseme sonucu ortaya çıkabileceğini söylemektedir [151-153]. Araştırmaya katılan bireyler arasında intihar düşüncesi olanlar olmayanlara göre Duygusal İstismar alt boyutundan daha yüksek puan almışlardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür. İntihar girişimi olanların ise olmayanlara göre Duygusal İstismar ve Cinsel İstismar alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür. Bulgular kapsamında çocukluğunda duygusal olarak istismar edilmiş bireylerin intihar düşüncesine sahip olduğu veya intihar girişiminde bulunmuş olduğu söylenebilir. Aynı şekilde intihar girişiminde bulunmuş katılımcıların da cinsel istismar geçmişi olduğu düşünülebilir. Literatür tarandığında çocukluk çağı travmalarının intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirten birçok araştırmaya rastlanmıştır [117,132,154]. Brodsky yaptığı araştırma sonucunda intihar girişimi için çocukluk çağındaki istismarın çevresel bir faktör olduğunu belirtmiştir [159]. Araştırmaya katılan bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre BÇTDÖ ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre Aktif Başa Çıkma, Plan Yapma, Pozitif Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Kabullenme, Zihinsel Boş Verme ve Soruna Odaklanma alt boyutlarından daha yüksek puan almışlardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür. Literatürde başa çıkma tutumları ve kronik hastalığa sahip olma açısından değerlendirme yapılmış çalışmalar kronik hastalığa sahip olma ile genellikle zihinsel boşverme ve duygusal sosyal destek kullanımı arasında anlamlı ilişkiler olduğunu belirtmektedir [79,138,143]. Çalışmamızda kronik hastalığa sahip bireylerin birçok başa çıkma tutumundan anlamlı puanlar almasının; hastalığın türü, süresi, çevresel etkenler ve beraberindeki diğer faktörlerle ilişkili olduğu söylenebilir. Ailesinde psikiyatrik hastalık olan katılımcılar olmayanlara göre Aktif Başa Çıkma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Zihinsel Boş Verme, Soruna Odaklanma ve Madde Kullanımı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır. Bu bulgu doğrultusunda ailesinde psikiyatrik hastalık olanların zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve madde kullanımı gibi işlevsel olmayan başetme tutumlarına başvurduklarını söyleyebiliriz. Literatürdeki araştırmalar özellikle psikiyatrik hastalık öyküsü olan ailelerde hastalığın seyrine göre başetmede çaresizlik ve etkin olmayan

yollara yönelenlerin arttığını belirtmektedir [11,79,137,138,155]. İntihar düşüncesinin olmadığını söyleyen katılımcıların BÇTDÖ ölçeği Pozitif Yeniden Yorumlama, Davranışsal Boş Verme ve Şakaya Vurma alt boyut puan ortalamaları intihar düşüncesi olanlara göre daha yüksek puan almışlardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür. İntihar girişimi olanların ise BÇTDÖ ölçeği Madde Kullanımı alt boyutu puan ortalaması intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek puan almışlardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür. İntihar düşüncesinin olması ya da daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olmak başa çıkma tutumlarında daha çok işlevsel olmayan başetme yöntemini kullanmayı beraberinde getirmektedir. Yapılmış araştırmalar intihar girişimi öyküsü olan bireylerin madde kullanımı açısından risk grubu olduklarını göstermektedir [156,157]. İntiharı çözüm olarak gören ve girişimi bulunan bireylerin nasıl başedeceğini düşündüren ve çaba göstermeyi amaçlayan sorunu çözmeye odaklı yöntemlerden uzak olduğu söylenebilir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş ortalaması 40.18 ± 11.96 olarak belirlenmiştir ve bireylerin yarıdan fazlasını (%56.7) kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %53.3'ü evli, %32.5'i lise mezunu, %43.3'ü işçi olarak çalışmakta ve büyük çoğunluğu (%80.0) ailesi ile yaşamaktadır. Hastaların psikiyatrik tedavi alma süreleri ortalama 3.47 ± 2.79 yıl olarak saptanmıştır.

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde Beck Depresyon Ölçeği'nden ciddi, İntihar Düşünceleri Ölçeği ile Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından ortalama düzeyde puan aldıkları görülmektedir. Bununla birlikte Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar alt boyutlarından ortalama, Duygusal İhmal alt boyutundan ise yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Yaş küçüldükçe duygusal istismarın arttığı ve psikiyatrik hastalık süresi arttıkça depresif belirti düzeyinin ve intihar düşüncesinin arttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Yaşın artmasıyla birlikte problemlerin çözümünde soruna odaklanan başetme yöntemini kullanımının arttığı, psikiyatrik hastalık süresinin artması ile birlikte ise tüm başetme yöntemlerini kullanımının azaldığını görülmektedir.

Ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde; depresif belirti düzeyi arttıkça intihar düşüncesinin ve çocukluk çağı duygusal istismarın arttığı, çocukluk çağı duygusal istismarın, fiziksel ihmal ve istismarın artmasının intihar düşüncesinin düzeyini arttırdığını, soruna odaklanan başetme kullanımı arttıkça depresif belirti düzeyinin azaldığını, çocukluk çağı cinsel istismarın artmasının soruna odaklanan başetme kullanımını artırdığını söyleyebiliriz. Duyguya odaklanan başetme kullanımı arttıkça depresif belirti düzeyi, intihar düşüncesinin düzeyi ve çocukluk çağı fiziksel istismarın azaldığı görülmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarın artışının işlevsel olmayan başetme kullanımını arttırdığı görülmektedir.

Cinsiyete göre yapılan grupta erkek hastaların intihar düşüncesi düzeyi puan ortalamasının kadın hastalardan daha yüksek olduğu, erkek hastaların çocukluk çağı

fiziksel istismar puan ortalamalarının kadın hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Kadınların BÇTDÖ Yararlı Sosyal Destek Kullanımı ve Dini Başa Çıkma alt boyut puan ortalamaları erkeklerden daha yüksektir. Erkeklerin ise Davranışsal Boş Verme alt boyut puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Üniversite mezunlarının genel olarak soruna ve duyguya odaklı başetmeler kullandıkları, okuryazar olmayanların ise duyguya odaklı işlevsel başetme tutumları tercih ettikleri söylenebilir.

Eş ve çocuklardan oluşan ailesiyle birlikte yaşayanların BÇTDÖ Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalamaları anne, baba ve kardeşleriyle yaşayanlar ile yalnız yaşayanlardan daha yüksektir.

Ailesinde psikiyatrik hastalık olanların İntihar Düşüncesi Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlara göre daha yüksektir.

İntihar düşüncesinin olduğunu ifade edenlerin İntihar Düşüncesi Ölçeği ve BECK Depresyon Ölçeği puan ortalamaları intihar düşüncesi olmayanlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde intihar girişimi olanların İntihar Düşüncesi Ölçeği ve BECK Depresyon Ölçeği puan ortalamaları intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan bireyler arasında intihar düşüncesi olanlar olmayanlara göre Duygusal İstismar alt boyutundan yüksek puan almışlardır. İntihar girişimi olanların ise olmayanlara göre Duygusal İstismar ve Cinsel İstismar alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Araştırmaya katılan bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre BÇTDÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre Aktif Başa Çıkma, Plan Yapma, Pozitif Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Kabullenme, Zihinsel Boş Verme ve Soruna Odaklanma alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

İntihar düşüncesinin olmadığını ifade eden katılımcıların BÇTDÖ Pozitif Yeniden Yorumlama, Davranışsal Boş Verme ve Şakaya Vurma alt boyut puan ortalamaları intihar düşüncesi olanlara göre daha yüksektir. İntihar girişimi olanların ise BÇTDÖ

Madde Kullanımı alt boyut puan ortalaması intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksektir.

Bu bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Depresyon hastalığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların daha geniş örneklemelerde yapılması,
- İntihar, intiharı etkileyen ve intihara sürükleyen yaşam olaylarını analiz eden çalışmaların yapılması,
- Çocukluk çağı travmalarını önleyici ve konuya ilişkin farkındalığı artırıcı çalışmaların yapılması,
- Özellikle psikiyatrik hastalık tanısına sahip bireylerde başa çıkma tutumlarını değerlendiren, etkin başa çıkma tutumları geliştiren deneysel desende düzenlenmiş çalışmalarının yapılması,
- Psikiyatrik hastalıklarda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin rolünü ortaya koyan, müdahale çalışmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. What is the WHO definition of health? <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> adresinden 07.08.2019 tarihinde erişilmiştir.
2. Köroğlu, E., Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı"ndan, çev., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
3. Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., Merikangas, K. R., "Major depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: prevalence, correlates, and treatment", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44, 2015.
4. Ulutaş, S., Ergin, D., "Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi", *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4):185-194, 2019.
5. Çevik, A., Özcan, H., Uysal, E., "İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip", *Klinik Psikiyatri* 15:218-225, 2012.
6. http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf
7. Çevik, A., Volkan, V.D., "Depresyonun psikodinamik etyolojisi", *Galenos Tıp Dergisi*, 5: 44-6, 2001.
8. Tyler, S., Allison, K., Winsler, A., "Child neglect: Developmental consequences, intervention, and policy implications", *Child and Youth Care Forum*, 35(1), 1–20, 2006.
9. Taner, Y., Gökler, B., Çocuk istismar ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82-86, 2004.
10. TÜİK Adalet İstatistikleri, 2016. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr> (Erişim tarihi:03.03.2019)

11. Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A., Kara, H., ‘‘COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma’’, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:221-226, 2005.
12. Roth, S., Cohen, L.J., ‘‘Approach, avoidance, and coping with stress’’, *Am Psychol* 41(7):813-819, 1986.
13. Folkman, S., Moskowitz, J.T., ‘‘Coping: pitfalls and promise’’, *Annu Rev Psychol*,55:745-74, 2004.
14. Townsend, M.C., Özcan, C.T.(Editör), ‘‘ Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları’’, Akademisyen Kitabevi, 2016.
15. Akın Aslan, A., Akın Sarı, B., Kuruoğlu, A., ‘‘Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum’’, *J Clin Psy.* 15(1): 56-64, 2012.
16. Cochrane Library: ‘‘Depresyon İçin Müzik Terapi’’ <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
17. Göğcegöz Gül,I., Karlıdağ, R., ‘‘Dünden Bugüne Depresyon’’ , *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5(2):1-6, 2012.
18. Balcıoğlu, İ., ‘‘Depresyonun Etiyopatogenezi’’, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Depresyon, *Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, İstanbul, s. 19-28, 1999.
19. Reddy, M., ‘‘Depresyon-Küresel Kriz’’, *Hint J PsycholMed* , Temmuz-Eylül; 34 (3): 201-203, 2012.
20. Boratav, C., ‘‘Duygudurum Bozuklukları ve Nozoloji: Eleştirel Bir İnceleme’’, 1:18-28, 2000.
21. Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Şar, V., ‘‘Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler’’, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013:24, 2013.

22. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. "Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik projesi". Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 267-305, 2004.
23. Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., "Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri" *Klinik Psikiyatri*, 5:8-15, 2002.
24. Leahy, R., Holland, S. "Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders", 2000 .
25. Coşar, B.(Editör), "Depresyonda Etyoloji", Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2005.
26. Tamam, L., Zeren, T., "Depresyonda Serotonerjik Düzenekler", *Klinik Psikiyatri*, Ek 4:11-18, 2002.
27. Öztürk, M., Uluşahin, A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, 11. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., Ankara, 337-427, 2008.
28. Emül, M., "Depresyon ve Psikososyal Kuramlar", Türkiye Klinikleri J Psychiatry- Special Topics, 5(2):14-20, 2012.
29. Devrimci, Özgüven, H., İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Epidemiyolojisi. I Sayılı (Ed). İntihar'da, Ege Psikiyatri Yayınları, s. 7-22, İzmir, 2002.
30. Nugent, AC., Ballard, ED., Park, LT., "İntiharın patofizyolojisi, tedavisi ve önlenmesi üzerine araştırmalar: pratik ve etik konular". *BMC Psikiyatrisi*, 19, 332, 2019.
31. <http://tuik.gov.tr/OncekiHBArama.do>
32. Library: "üniversite ve Diğer Ortaöğretim Sonrası Eğitim Ortamlarında İntiharın Önlenmesine Yönelik Müdahaleler". <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009439.pub2>
33. Mdpi.com: İntihar Epidemiyolojisi ve Psikiyatrik Perspektif. <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1425/htm>

34. Eskin, M., Akoğlu, A., Uygur, B., ‘‘Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışı İle İlişkisi’’, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4), 266-275, (2006).
35. Acedemia.edu., Türkiye’de İntihar, 2002.https://www.academia.edu/20214374/T%C3%9CRK%C4%B0YEDE_%C4%B0NT%C4%B0HAR
36. Harmancı, P., ‘‘Dünya’daki Ve Türkiye’deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi’’. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88833>
37. Altıparmak, S., ‘‘Çocuk istismar ve ihmalinin çocuk bedeni üzerine etkileri’’, *Çocuk Dergisi*, 8(1), 9–13, 2008.
38. Bayramoğlu, S., ‘‘Aile içi Şiddet Konusunda Yasal Koruma ve Düzenlemeler’’, Çocuk ve Şiddet Çalıştay, İstanbul: İstanbul Tabip Odası Çocuk Hakları Komisyonu, (2009).
39. Herman, J., ‘‘Travma ve İyileşme’’. İstanbul: Şefik Basım Yayıncılık.,2011.
40. Micale, M., ‘‘Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings’’, 1989.
41. Kokurcan, A., Özsan, H., ‘‘Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri’’ *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24, 2000.
42. National Child Traumatic Stress Network., 2003. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//what_is_child_traumatic_stress.pdf
43. Tyler, S., Allison, K., Winsler, A., ‘‘Child neglect: Developmental consequences, intervention, and policy implications’’, *Child and Youth Care Forum*, 35(1), 1–20, 2006.
44. Taner, Y., Gökler, B., Çocuk istismar ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82-86, 2004.

55. Mulryan, K., Cathers, P., Fagin, A. Protecting the child, *Nursing*, 30, 39-43, 2000.
56. Unicef, 2003. "A Gender Review in Education".
<http://www.unicef.org/turkey/gr/ge21.html>
57. Güner, Ş.İ., Güner, S., Şahan, M.H., "Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem: İstismar", *Van Tıp Dergisi*, 17 (3), 108-113, 2010.
58. Waterston, T. ve Mok, J., "Violence against children: The UN report" *Archives of Disease in Childhood*, 93(1), 85-88, 2008.
59. Sibert, J.R., Payne, E.H., Kemp, A.M., Barber, M., Rolfe, K., Morgan, R.J., Lyons R.A., Butler, I., "The incidence of severe physical child abuse in Wales", *Child Abuse and Neglect*, 26(12), 1207, 2016.
60. Demir, G. M., "Kendine Zarar Verme Davranışı Ve/Veya İntihar Girişimi Olan Ergenlerde Çocukluk Travmaları ve Bağlanma Stillerinin Değerlendirilmesi", Antalya: T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017.
61. Arslan, G., Balkıs, M., "Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki", *Sakarya University Journal Of Education*, 6(1), 8-22, 2016.
62. Cicchetti, D., "Annual research review: Resilient functioning in maltreated children-past, present and future perspectives", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 402-422, 2013.
63. Evans, C. B., Burton, D., "Types of child maltreatment and subsequent delinquency: Physical neglect as the most significant predictor", *Journal of Child Adolescent Trauma*, 6(4), 231-245, 2013.
64. Naszydlowska, K., Kossak, D., "Sexual abuse in childhood outcomes and psychological help", *Acta Neuro-psychologica*, 14(2), 2016.
65. Ovayolu, N., Uçan, Ö., Serindağ, S., "Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 14-22, 2007.

66. Finkelhor, D., "The international epidemiology of child sexualabuse", *Child Abuse&Neglect*, 18(5), 409-417, 1994.
67. Hancı, H., Özdemir, Ç., "Çocuk cinsel istismarı", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2001.
68. Pınarbaşı Tuncer, R.D., Özkök, M.S., Katkıcı, U., Erel, Ö., Dirlik, M., "Aydın'da erkeklerde cinsel istismar", *Adli Tıp Bülteni*, 8 (2), 41-47, 2003.
69. Child Welfare Information Gateway., "What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms." Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, 2013.
70. Ceylan, A., Tuncer, O., Melek, M., Akgün, C., Gülmehmet, F., Erden, Ö., "Van bölgesindeki çocuklarda cinsel istismar", *Van Tıp Dergisi*, 16(4), 131- 134, 2009.
71. Erten, E., Kalkay Uney, A.F., Fıstıkcı, N., "Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 157-165, 2015.
72. Bayraktar, S., "Psikolojik Travma" İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2016.
73. Biçer, Ü., Çolak B., Gündoğmuş Ü.N., "Bir çocuk istismarı olgusu", *Çocuk Forumu*, 2(1), 18-22, 1999.
74. Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D., Temple, J. R., "The distal consequences of physical and emotion alneglect in emergingadults: A person-centered, multi-wave, longitudinalstudy", *Child Abuse&Neglect*, 63, 151-161, 2017.
75. Abalı, C., "Çocukluk Çağı Travmalarının Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi", İstanbul: T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 2017.
76. Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlu Kahiloğulları, A., Akgün Aktaş, E., "Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 130-136, 2011.

77. Bedirhanbeyoğlu, H., “Çocukluk Çağı Travmaları Bilisel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkiler”, İstanbul: T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 2018.
78. Ergin, A., Uzun, S.U., Ali İhsan Bozkurt, A.İ., “Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi”, *Fırat Tıp Dergisi*, 19(1), 31-37, 2014.
79. Baltaş, Z., Baltaş, A., “Stres ve stresle başa çıkma yolları”, (24. Baskı), İstanbul; Remzi Yayınevi, 2008.
80. Dressler, W., “Stress and Adaptation in the Context of Culture: Depression in a Southern Black Community”, Albany: State University of New York Press, 1991.
81. Aker, T., Önder, M.E., “Psikolojik Travma ve Sonuçları” 5US Yayınları, Epsilon Reklamcılık, İstanbul, 52-53, 2003.
82. Folkman, S., Lazarus, R.S., Schetter, C.D., De Longis, A., Gruen, R.J., “Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping and Encounter Outcomes” *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5):992-1003, 1986.
83. Gutner, C.A., Rizvi, S.L., Monson, C.M., Resick, P.A., “Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and post traumatic distress in female crime victims” *J Trauma Stress*, 19(6):813-823, 2006.
84. Rohde, P., Lewinshon, P.M., Tilson, M., Seeley, J.R., “Dimensionality of coping and its relation to depression”, *J Pers Soc Psychol*, 58(3):499-511, 1990.
85. Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., White, T.L., “Paradoxical effects of thought suppression”, *J Pers Soc Psychol*, 53(1):5-13, 1987.
86. Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K., “Assessing coping strategies: a theoretical ally based approach”, *J Pers Soc Psychol*, 56(2):267-283, 1989.
87. Folkman, S., Moskowitz, J.T., “Coping: pitfalls and promise”, *Annu Rev Psychol*, 55:745-74, 2004.

88. Hassan, S., Mallozzi, L., Dhingra, N., Haden, S.C., "Victimization in young urban adults and depressed mood: understanding the inter play of coping and gender", *Violence Vict*, 26(3):329-346, 2011.
89. Oflaz, F., "Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması" Cumhuriyet Üniveristesi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3):70-76, 2008.
90. Compas, B.E., Davis, G.E., Forsythe, C.J., Wagner , B.M., "Assessment of major and daily stress fulevents during adolescence: the adolescent perceivedevents scale" *J Consult Clin Psychol* , 55(4):534-541, 1987.
91. Erdem, M., Çelik, C., Doruk, A., Özgen, F., "Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları." *Anatol J Clin Investig*, 2:101-105, 2008.
92. Pektekin, Ç., "Psikiyatri Hemşireliği", Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir: Etam A.Ş.;2-10, 1992.
93. Özbaş, D., "Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini Algılayışı", İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
94. Epözdemir, A., "Major Depresyonu Olan Olgularda İntihar Girişimi ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi", Uzmanlık Tezi, 2014.
95. Hamurişçi Yalçın, B., "Major Depresyon Hastalarında Travmatik Yaşam Olaylarının Baş Etme Tutumları Üzerine Etkisi", Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
96. Aktürk, Z., Dağdeviren, N., "Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliği", *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 9(3): 117-122, 2005.
97. Bayam, G., Dilbaz, N., "İntihar Davranışı ile Depresyon, Ümitsizlik, İntihar Düşüncesi İlişkisi: İntihar Davranış Ölçeği Geçerlilik, Güvenirlik Çalışması", *Kriz Dergisi*, 3(1-2): 223-225.

98. Şar, V., İkikardeş, E., “Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlilik ve Güvenilirlik”, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4), s1058, 2012.
99. Gül, A., Gül H., Özen, N., Battal, S., “Major Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Başa Çıkma Tutumlarının Cinsiyete Özgü Farklılıkları”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(4):246-54, 2017.
100. Duran, İ., Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Bilici, M., Çalışkan, M.. “ADHD in adult psychiatric outpatients: prevalence and comorbidity”, *Türk Psikiyatri Derg.*, 25(2): 84-93, 2014.
101. Kaya, B., Kaya, M., “1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi: Tarihsel Bir Bakış” *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(Ek 6): 3-10, 2007.
102. Alper, Y., Pırıldar, İ., “Depresyon ve İntihar”, I Sayıl (Ed): İntihar“da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s. 47–60. 2002.
103. Ak M., Özmenler K.N., Bozkurt, A., “Depresyon hastalarındaki belirti Şiddeti ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi”, *Kriz Dergisi*, 14(3): 1-7, 2006.
104. Ünal, S., Özcan, E., “Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1): 41-8, 2000.
105. Sengül, C.B., Serinken, M., Sengül, C., Bozkurt, S., Korkmaz, A., “Acil Servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri”, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 8 (3): 127–131, 2008.
106. Zouk, H., Tousignant, M., Sequin, M., Lesage, A., Turecki, G., “Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions”, *J Affect Disord*, 92(2-3): 195-204, 2006.
107. Corbitt, M.E., Malone, K.M., Heas, G.L., Mann, J.J., “Suicidal behaviour in patients with major depression and comorbid personality disorders”, *J Affect Disord*, 39: 61-72, 1996.

108. Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ., Çoban, İ., “Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi” *New/Yeni Symposium Journal* 44(4), 189-195, 2006.
109. Demirci, K., “Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi”, *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7-13, 2016.
110. Gül, A., Gül, H., Erberk, Özen, N., Battal, S., “Çocukluk çağı travmaları zemininde depresyon anksiyete ve dissosiasyon semptomları ilişkisinin araştırılması”, *Journal of Mood Disorders*, 6(3), 107-115, 2016.
111. Tuval-Mashiach, R., Freedman, S., Bargai, N., Boker, R., Hadar, H., Shalev, A.Y., “Coping with trauma: narrative and cognitive perspectives”, *Psychiatry*, 67(3):280-293, 2004.
112. Rayburn, R.N., Wenzel, S.L., Elliott, M.N., Hambarsoomians, K., Marshall, G.N., Tucker J.S., “Trauma, depression, coping, and mental health service seeking among impoverished women”, *J Consult Clin Psychol*, 73(4):667- 677, 2005.
113. Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., Pehlivan, E., “Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2):137-146, 2007.
114. Toker, T., Tiryaki, A., Özçürümez, G., İskender, B., “Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları İle İlişkisi” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22: 1-9, 2011.
115. Korkut, F., “Saldırganlık Düzeyleri Farklı Lise Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yolları”, *3 P Dergisi*, 11 (4), 2003.
116. Aydemir, Ç., Vedin Temiz, H., Göka, E., “Major depresyon ve özkıyımında kognitif ve emosyonel faktörler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1):33-39, 2002.
117. Kozatepe, E., “İntihar ve İntihara Teşebbüs Yöntemleri Nedenleri ve Çözüm Yolları”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

118. Ekinci, S., Öncü, B., Canat, S., “Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3): 185-91, 2011.
119. Can, S.S., Yineleyici İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi*, 12: 53-62. 2004.
120. Guang, Y., Feng, Z., Yang, G., Yang, Y., Wang, L., Dai, Q., “Depressive symptoms and negative life events: Whatpsycho-social factors protect or harmleft-behind children in China”, *BMC psychiatry*, 17(1), 402, 2017.
121. Kılınç, S., Torun, F., “Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri”, *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1):39-47, 2011.
122. Folkman, S., Lazarus, R.S., “An analysis of coping in a middle-aged community sample”, *J Health Soc Behav*, 21(3):219-239, 1980.
123. Folkman, S., Lazarus, R.S., “If it changes, it must be a process: study of emotion and coping during threest ages of a college examination” *J Pers SocPsychol*, 48(1):150-170, 1985.
124. Avşaroğlu, S., Üre, Ö., “Üniversite öğrencilerinin karar vermede özsaygı, karar verme ve stresle başa çıkma stillerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından incelenmesi”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (18), 85-100, 2007.
125. Kurt, T., “Ebeveynleri Boşanmış Ergenlerin Yılmazlık, Benlik Saygısı, Başa Çıkma ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Yılmazlığın Aracı Rolü”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013.
126. Briere, J., Jordan, C.E., “Childhood maltreatment, intervening variables and adult psychological difficulties in women: anoverview”, *Trauma Violence Abuse*, 10(4):375-388, 2009.

127. Özdemir, İ., ‘‘Aile yanında yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma tarzları, kaygı düzeyleri ve psikolojik belirtiler açısından karşılaştırılması’’, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
128. Yiğit, R., ‘‘Çevik kuvvet görevlilerinin benlik saygıları ile yaşam doyumu ve stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi’’, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(1), 61-75, 2012.
129. Yüksel, Ö., ‘‘Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri’’, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013.
130. Fallot, R.D., Heckman, J.P., ‘‘Religious/spiritual coping among women trauma survivor swith mental health and substanceuse disorders’’, *J Behav Health Serv Res*, 32(2):215-226, 2005.
131. Wingenfeld, K., Mensebach, C., Rullkoetter, N., Schlosser, N., Schaffrath, C., Beblo, T., Driessen, M., ‘‘Relationship between coping with negative life-events and psychopathology: Major depression and borderline personality disorder’’, *Psychol Psychother*, 82(Pt 4):421-425, 2009.
132. Lu, W., Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Jankowski, M.K., ‘‘Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorder’’, *Psychiatr Serv*, 59(9):1018-1026, 2008.
133. Widom, C.S., DuMont, K., Czaja, S.J., ‘‘A prospective investigation of major depression and comorbid in abused and negleted children grown up’’, *Arch Gen Psychiatry*, 64(1):49-56, 2007.
134. Kmett Danielson, C., McCart, M.R., de Arellano, M.A., Macdonald, A., Doherty, L.S., Resnick, H.S., ‘‘Risk reduction for substance use and trauma-relatedn psychopathology in adolescent sexual assault victims: Findings from an open trial’’, *Child Maltreat*, 15(3): 261-268, 2010.

135. Polatöz, Ö., Kugu, N., Doğan, O., Akyüz, G., “Sivas İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı ve Bazı Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi”. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24: 13-23, 2011.
136. Cirit, H., Eğrilmez, A., Kültür, S., “İntihar girişiminde bulunan erişkinlerde görülen psikiyatrik semptomatoloji ve aile özelliklerinin araştırılması”, XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 547-553, 1990.
137. Printz, B., Shermis, M.D., Webb, P.M., “Stress-buffering factors related to adolescent coping”, A path analysis, *Journal of Adolescence*, 34, 715-734, 1999.
138. Rowshan, A., “Stres Yönetimi”, Çev: Cüceloğlu, Ş., Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2003.
139. Balcı, Y., “Toplumsal Cinsiyet Açısından İntiharlara Yaklaşım”, *Çalışma Ortamı Dergisi*, S.70, Ankara, s.4, 2003.
140. Saraçoğlu, U., “Acil Servise Zehirlenme Sonucu Gelen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Analizi”, ÇÜ, Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, s. 7, 2011.
141. Cankılıç, N., “Çocukluk Çağı Travmaları İle Depresyon İlişkisinde Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü”, Işık Üniversitesi, İstanbul, 2019.
142. Bakım, B. ve ark., “Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Cinsel İşlev Üzerine Etkileri” *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:182-188, 2011.
143. Düzgören, B., “Boşanmış Bireylerde Başa Çıkma Tutumu ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
144. Cotton, D.G., “Stress Management”. New York: Brunner Mazel, 1990.

145. McCutcheon, V.V., Heath, A.C., Nelson, E.C., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Martin, N.G., "Accumulation of trauma over time and risk for depression in a twin sample", *Psychol Med*, 39(3):431-441, 2009.
146. Ayyıldız T., Şener D.K., Kulakçı H. Veren F., "Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin stresle baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi", *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(2), 1-12, 2012.
147. Yılmaz, S.D., Beji, N.K., "Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler", *Genel Tıp Dergisi*, 20 (3), 99- 108, 2010.
148. Brantley, P.J., OHea, E.L., Jones, G., Mehan, D.J., "The influence of income level and ethnicity on coping strategies", *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 24, 39-45, 2002.
149. <http://www.psikoloji.com.tr/yetiskin/intihar/intihar-ve-nedenleri-1136.html> (22.10.2013)
150. <http://www.dw.de/depresyon-intiharın-başlıca-nedeni/a-4882623> (21.10.2013)
151. Erol, A., Ersoy, B., ve Mete, L., "Majör Depresyonda Özkıym Girişimi ile Çocukluk Çağı Örselenmeleri Arasındaki İlişki", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(1):1-6, 2013.
152. Güz, H., Doğanay, Z., Çolak, E., Tomaç, A., Sarısoy, G., Özkan, A., "Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mıdır?", *Klinik Psikiyatri*, 6:80-85, 2003.
153. Ertürk, A. A., "Çocukluk Çağı Travmaları, Travma, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon ve Disosiyatif Yaşantıların Şizofreninin Klinik Özellikleri Üzerindeki Etkileri" Ankara: T.C.Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2014.
154. Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., Roy, A., "Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression". *DepressAnxiety*, 24(4):268-272, 2007.

155. AYSAN, F., ‘‘Stresle Başa ıkma Programı: Lise Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama’’, *Ç.Ü. Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 2, 17, 118-121, Adana, 1999.
156. Pollock, L.R., Williams, J.M., ‘‘Problem-solving in suicide attempters’’, *Psychol Med*, 34:163- 167, 2004.
157. Odağ, C., ‘‘İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım’’, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir, 2002.



EKLER

Ek 1:Hastane Çalışma İzin Formu

TOPLANTININ TARİHİ :27.12.2018
TOPLANTININ SAYISI : 14

Karar-2018/14-05 :Sağlık Müdürlüğümüze yapılan bilimsel araştırma izin başvurularını ilgili mevzuat kapsamında değerlendirerek karara bağlamak üzere, Valilik Makamının 12.02.2018 tarih ve E.60 sayılı oluru ile Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan "Başvuru İnceleme Komisyonu, 27.12.2018 tarihinde saat:16:30'da toplanmıştır.

Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Rektörlüğünün 23.11.2018 tarih ve E.5824 sayılı yazısı ile Niğde İl Sağlık Müdürlüğüne sunulan, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Tuğba ÜZEL'in "**Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Tutumları, İntihar Düşüncesinin Düzeyi ve Aralarındaki İlişkinin incelenmesi**" konulu bilimsel araştırmayı 26.11.2018-10.04.2019 tarihleri arası Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr.Harun YARDIMCI
Acil Sağ.Hiz.Sağ.Hizm.
İlaç ve Tıbbi Cihaz Hzm.Başkanı
(Komisyon Başkanı)

Dr.Rifat GÜVELİ
Niğde İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hzm. Bşk.
(Üye)

Dr.Fulya AKKAYA
Niğde İl Sağlık Müdürlüğü
Kamu Hast.Hizm.Başk.Yrd
(Üye)

Uzm.Dr.Mehlika ATMAR
Niğde Ömer Halisdemir Üni. E.A.H
Ruh Sağlığı ve Hast.Uzm.
(Üye)

Ek 2: Etik Kurul İzin Formu

ETİK KURUL İZİN BELGESİ
T.C.
NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi : 31/10/2018
Toplantı Sayısı :13

KARAR-2018/13-19: Üniversitemiz Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr. Figen İNCİ'nin yürütücülüğünü yaptığı "Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Tutumları, İntihar Düşüncesinin Düzeyi ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezi etik yönden incelenmiş olup, etik açıdan **uygunluğuna**, oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet ŞENER
Başkan

Prof. Dr. Ayhan CEYHAN
(Üye)

Prof. Dr. Ayten ÖZTÜRK
(Üye)

Prof. Dr. Çiğdem ULUBAŞ SERÇE
(Üye)

Prof. Dr. Esen GÜRBÜZ
(Üye)

Prof. Dr. Zeliha YILDIRIM
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nalan GÖRDELES BEŞER
(Üye)

Mustafa ÇOLAK
(Üye)

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Mehmet ŞENER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Rektör (Prof.Dr.Mühsin KAR) Vekili Prof.Dr.Cahit Tagi CELİK tarafından 06.11.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı <http://eimza.ohu.edu.tr/eimza/default.aspx> linkinden B1082EE3XC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK 3. Katılımcı Bilgi Formu

Sıra no:
Tarih:.....

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Dul
4. Eğitim Durumunuz: () Okuyazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite
5. Mesleğiniz:
6. Kiminle yaşıyorsunuz?.....
7. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? () Yok () Var
i.Var ise kaç yıldır?
8. İkinci bir psikiyatrik hastalığınız var mı? () Yok () Var
i.Var ise kaç yıldır?
9. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı? () Yok () Var
i.Var ise kaç yıldır?
10. Şimdiye kadar psikiyatrik bir tedavi aldınız mı? () Hayır () Evet
i.Evet ise kaç yıldır?
11. İntihar düşüncesi var mı? () Yok () Var
12. İntihar girişimi var mı? () Yok () Var

Ek 4.Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

1. (a) Kendimi üzđün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzđün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzđünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzđün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekten umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum; fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim; ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskiye göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20. (a) Sağlığım beni pek ilgilendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılarım beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 5. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)

Son 1 Hafta İçinde Aşağıdaki Cümlelerde Belirtilen Düşüncelerden Size Uyanlar İçin Evet Uymayanlar İçin Hayır Yanıtını İşaretleyiniz.

1. Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.

Evet Hayır

2. Bazen başkalarını incitme isteği duyuyorum.

Evet Hayır

3. İncinmem veya yaralanmam umurumda değil.

Evet Hayır

4. Kendim için birşeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim.

Evet Hayır

5. Geleceğim bana karanlık görünüyor.

Evet Hayır

6. İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.

Evet Hayır

7. İstedğim hiçbir şeyi elde edemiyorum.

Evet Hayır

8. Hiçbir şey istediğim gibi değil.

Evet Hayır

9. Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.

Evet Hayır

10. İntihar girişiminde bulunacak olsam, öncesinde en az üç saat bunu düşünürdüm.

Evet Hayır

11. Geçen yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim.

Evet Hayır

12. Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.

Evet Hayır

13. Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.

Evet Hayır

14. İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum.

Evet Hayır

15. Kötü birşeyler yapmışım gibi geliyor.

Evet Hayır

16. Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum.

Evet Hayır

17. Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum.

Evet Hayır

Ek 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Adı Soyadı:

Tarih:

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan kutuyu işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedirlerdi.					

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

Ek 7. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)

Sayın Katılımcı, Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“Asla Böyle Yapmam” için 1’i, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2’yi, “Böyle Yaparım” için 3’ü, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir.

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 2 3 4

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 2 3 4

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 2 3 4

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 2 3 4

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 2 3 4

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 2 3 4

7.Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.

1 2 3 4

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 2 3 4

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 2 3 4

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 2 3 4

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 2 3 4

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 2 3 4

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 2 3 4

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 2 3 4

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 2 3 4

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 2 3 4

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 2 3 4

18.Allah'ın yardımını umarım.

1 2 3 4

19.Bir eylem planı yaparım.

1 2 3 4

20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.

1 2 3 4

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 2 3 4

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 2 3 4

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 2 3 4

24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 2 3 4

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 2 3 4

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 2 3 4

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 2 3 4

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 2 3 4

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 2 3 4

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 2 3 4

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 2 3 4

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 2 3 4

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 2 3 4

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 2 3 4

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 2 3 4

36.Sorunla ilgili şaka yaparım.

1 2 3 4

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 2 3 4

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 2 3 4

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 2 3 4

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 2 3 4

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 2 3 4

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.

1 2 3 4

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 2 3 4

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 2 3 4

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 2 3 4

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 2 3 4

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedeflemek için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 2 3 4

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 2 3 4

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 2 3 4

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 2 3 4

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 2 3 4

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 2 3 4

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 2 3 4

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 2 3 4

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 2 3 4

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 2 3 4

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 2 3 4

58.Yapmam gereken şey neyse, atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 2 3 4

59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 2 3 4

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 2 3 4



Ek 8: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak “depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları, intihar düşüncesinin düzeyi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi” isimli bir çalışma yapılmaktadır.

Bu çalışmada sorgulama amaçlı Sosyo-Demografik Özellikleri içeren Katılımcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) kullanılacaktır. Soruları yanıtlamak ortalama 45 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmada üzerinizde herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi test edilmeyecektir. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz, hastalığınız ve hastalıkla ilişkili faktörlerin düzeyini belirleyecek ve bu konuda sizlere daha kapsamlı, etkin destek sağlamada katkı da bulunacaktır. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır.

1. Çalışmayla ilgili bilgilendirildim. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın adı: İmzası:

Tuğba ÜZEL

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Bölümü

ÖZGEÇMİŞ

Tuğba ÜZEL 1994 yılında Kayseri’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2012 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu’nda hemşirelik öğrenimine başladı. 2016 yılında Hemşirelik bölümü mezunu olduğu Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü’nde Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı (Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği)’na kayıt olmuş ve halen öğrenimi devam etmektedir. 2017 yılında başladığı Sivas Gemerek Devlet Hastanesi Acil Servis biriminde hemşire olarak görev yapmaktadır.

Adres : Sivas Gemerek Devlet Hastanesi Acil Servis
Gemerek/SİVAS

Telefon : 0534 247 38 99

e-posta : uzeltba@gmail.com