

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**DEPRESİF BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE ÖZKİYIM
VE ÖZKİYIM DIŞI KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞLARININ UYKU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Tuğçe TURAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**DEPRESİF BOZUKLUK TANILI ERGENLERDE ÖZKİYIM
VE ÖZKİYIM DIŞI KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞLARININ UYKU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Tuğçe TURAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sevey ALŞEN GÜNEY

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	vi
EKLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
TEŞEKKÜR.....	xi
ÖZET	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Depresif Bozukluk	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri	5
2.1.4. Klinik Görünüm.....	5
2.1.5. Komorbidite.....	5
2.1.6. Seyir ve Prognoz.....	6
2.1.7. Tedavi	6
2.2. Uyku ve Uyku Bozuklukları.....	6
2.2.1. Uykunun Tanımı ve Nörofizyolojisi.....	6
2.2.2. Uyku Dönemleri	7
2.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Normal Uyku	8
2.2.4. Çocuk ve Ergenlerde Görülen Uyku Bozuklukları.....	9
2.2.4.1. Uykusuzluk (İnsomnia) Bozukluğu.....	9
2.2.4.2. Aşırı Uykululuk (Hipersomnolans) Bozukluğu.....	10
2.2.4.3. Sirkadiyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları.....	11
2.2.4.4. Narkolepsi.....	12
2.2.4.5. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları.....	12
2.2.4.6. Parasomniler	13
2.2.4.7. Huzursuz Bacak Sendromu	14
2.3. Depresyon ve Uyku	15
2.4. Özkıyım	17
2.4.1. Özkıyım ile İlgili Tanımlar.....	17
2.4.2. Epidemiyoloji	18
2.4.3. Sosyodemografik Özellikler	19

2.4.4. Risk Faktörleri	20
2.4.5. Tedavi	21
2.5. Özkıyım Düşünce, Davranışları ve Uyku.....	22
2.6. Özkıyım Dışı Kendine Zarar Verme	24
2.6.1. Tanımı.....	24
2.6.2. Epidemiyoloji	25
2.6.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri	25
2.6.4. Klinik.....	26
2.6.5. Komorbidite.....	26
2.6.6. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri	26
2.6.7. Seyri ve Tedavi.....	27
2.7. Özkıyım Dışı Kendine Zarar Verme ve Uyku.....	28
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER.....	30
4. GEREÇ VE YÖNTEM	31
4.1. Araştırmanın Türü	31
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
4.3. Araştırmanın Örneklemi	31
4.4. Örneklem Seçilimi.....	32
4.4.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	32
4.4.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri:.....	32
4.5. Veri Toplama Araçları.....	33
4.5.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu.....	33
4.5.2. Sosyodemografik Veri Formu	33
4.5.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T).....	33
4.5.4. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R)	34
4.5.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet Formu (KGİ-Ş).....	34
4.5.6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE).....	35
4.5.7. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS)	35
4.5.8. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	36
4.5.9. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA).....	37
4.6. Etik Kurul Onayı	37
4.7. Araştırmanın İstatistiği	37

5. BULGULAR.....	39
5.1. Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri	39
5.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
5.3. Uyku Parametreleri ve İlişkili Klinik Bulguların Değerlendirilmesi	57
5.4. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları	63
6. TARTIŞMA.....	65
6.1. Sosyodemografik Veriler, Bireysel ve Ailesel Özellikler	65
6.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	73
6.3. Uyku Parametreleri ve İlişkili Klinik Bulguların Değerlendirilmesi	77
6.4. Ölçekler Arası Korelasyon Değerlendirmeleri	82
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	85
7.1. Sonuçlar	85
7.2. Öneriler	86
8. KISITLILIKLAR	88
9. KAYNAKÇA.....	89
10. EKLER	112

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Grupların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 2. Grupların Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 3. Grupların Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4. Grupların Ders Başarısının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 5. Grupların Akran İlişkisine Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo 6. Grupların Aile Yapılarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 7. Grupların Kardeş Sayılarının ve Sıralarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 8. Grupların Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	43
Tablo 9. Grupların Psikiyatrik Tanılar Açısından Karşılaştırılması.....	43
Tablo 10. Grupların Komorbidite Varlığı ve Sayısı Açısından Karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Grupların Psikotrop İlaç Kullanımlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 12. Grupların Sigara Kullanımlarına Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 13. Grupların Alkol ve Madde Kullanımlarına Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 14. Grupların Tıbbi Özgeçmişlerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 15. Grupların Ailede Psikiyatrik Hastalık Yönünden Karşılaştırılması.....	48
Tablo 16. Grupların Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-Skoru Açısından Karşılaştırılması.....	48
Tablo 17. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet Formu Açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 18. Grupların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 19. Grupların Uyku Kalitesi Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 20. Grupların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Bileşenleri Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 21. Grupların Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	51
Tablo 22. Grupların Uyku Alışkanlıkları Açısından Karşılaştırılması.....	51
Tablo 23. Grupların Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi Bileşenleri Açısından Karşılaştırılması.....	52
Tablo 24. KZVD'si Bulunan Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanterine Göre Klinik Özellikleri.....	53

Tablo 25. Özkıyım Düşüncesi/Girişimi Olan Katılımcıların Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeğine Göre Klinik Özellikleri.....	56
Tablo 26. Uyku Kalitesine Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri İşlev Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 27. Uyku Alışkanlıklarına Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri İşlev Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 28. Kabus Varlığında KZVD, Özkıyım Düşüncesi ve Özkıyım Girişimlerinin Sayısal Değerlendirmesi.....	59
Tablo 29. Horlama Varlığında KZVD, Özkıyım Düşüncesi ve Özkıyım Girişimlerinin Sayısal Değerlendirmesi.....	60
Tablo 30. Grupların Uyku Sürelerinin Karşılaştırılması.....	60
Tablo 31. Grupların İnsomnia ve Hipersomni Varlığı Açısından Karşılaştırılması.....	61
Tablo 32. İnsomnia Varlığı ile Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu t-skoru, Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet puanı, KZVD sayısı, Ömür Boyu ve Geçen Ayki Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu ve Son Üç Aydaki Özkıyım Girişimi Sayısı Değerlerinin Karşılaştırılması.....	61
Tablo 33. Hipersomni Varlığı ile Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu t-skoru, Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet puanı, KZVD sayısı, Ömür Boyu ve Geçen Ayki Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu ve Son Üç Aydaki Özkıyım Girişimi Sayısı Değerlerinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 34. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi ile Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-skoru ve Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet puanlarının Korelasyonu.....	63
Tablo 35. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi, Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-skoru, Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet puanları ile Ömür Boyu ve Geçen Ayki Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu ve Son Üç Aydaki Özkıyım Girişimi Sayısı Değerlerinin Korelasyonu.....	64

EKLER LİSTESİ

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	112
EK 2. Çocuk ve Ergenler için Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	115
EK 3. Aileler için Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	117
EK 4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	119
EK 5. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi.....	120
EK 6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri	123
EK 7. Etik Kurul Onay Formu.....	126



KISALTMALAR

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

MDB: Major Depresif Bozukluk

KZVD: İntihar Amacı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TORDIA: The Treatment of Resistant Depression in Adolescents

GABA: Gama Aminobütirik Asit

EEG: Elektroensefalografi

EMG: Elektromiyografi

EOG: Elektrookülografi

NREM: Non-Rapid Eye Movement (hızlı olmayan göz hareketi)

REM: Rapid Eye Movement (hızlı göz hareketi)

ICSD: The International Classification of Sleep Disorders (Uyku Bozuklukları Uluslararası Sınıflandırması)

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

FDA: Food Drug Administration

DLMO: Dim Light Melatonin Onset (Loş ışık melatonin salınımı başlangıcı)

hPER3: human Period 3

CLOCK: Circadian Locomotor Output Cycles Kaput

HLA: Human Leucocyte Antigen

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome (obstrüktif uyku apne sendromu)

HBS: Huzursuz Bacak Sendromu

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (selektif serotonin geri alım inhibitörü)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

HPA: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal

DDT: Diyalektik Davranışçı Terapi

EKT: Elektrokonvulsif Terapi

K-SADS-PL: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime Version

ÇDDÖ-R: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

KGİ-Ş: Klinik Global İzlenim Ölçeği - Şiddet

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

C-SSRS: Columbia-Suicide Severity Rating Scale

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

ÇUAA: Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)

ANOVA: Varyans Analizi

n: Sayı

SS: Standart sapma

min-max: minimum-maksimum

AAP: Atipik Antipsikotik

ALSPAC: Avon Longitudinal Study of Parents and Children

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bana güvenini ve desteğini her alanda hissettiğim, tez çalışmamda yol gösterici ve kolaylaştırıcı olan, değerli danışman hocam Doç. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY'e,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini ve deneyimlerini aktaran, üzerimde emekleri olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Neslihan İNAL, Prof. Dr. Aynur AKAY, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Doç. Dr. H. Burak BAYKARA ve Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN'e; asistanlık sürecimin başlarında çalışma fırsatı bulduğum hocalarım Prof. Dr. Özlem GENCER ve Doç. Dr. Aylin ÖZBEK'e,

Tezimin istatistiğinde büyük yardımını gördüğüm, özverili meslektaşım Uzm. Dr. Büşra TOZDUMAN'a

İlk günden itibaren zorlukları birlikte aştığım yol arkadaşlarım, eşkıdemlerim Seren ATEŞ DERVİŞ, Nazan GÜNDOĞAN'a ve ayrıca yönlendirdiği hastalar için Eren BAŞ'a,

Dostlarım Ekin SÜT ve Samet ÇETİN başta olmak üzere; asistanlık sürecimde beraber çalışmaktan keyif aldığım sevgili meslektaşlarım Elif ÇETİNOĞLU, Beste Dila EREN SARIKAYA, Tuğçe Cansu ŞAHİN, Çağatay ERMİŞ, Remzi Oğulcan ÇIRAY, Doğukan KOÇ, Ezgi KARAGÖZ TANRIVERDİ, Berkin AKBAYDAR, Zeynep AYASLAN, Nurten Gözde KAMAR, Ecem İNCE ARSLAN, Eren HALAÇ, Buket BELENDİR, Ahmet Berkay ESEN, Nurgül NERGİZ, Zeynep EVLİYAOĞLU ATEŞ, Duru GÜLER MANDALI, Eda ÇELİK, Fadime TOKMAK BAYRAKTAR, Özüm Süeda TASAK, Nilay AĞAÇ, Gizem KESER, Oben ÖZKAN, Meliha Ceren ÖZGÜL, Gizem GÜNGÖR ATABAY, Güldal UNUTMAZ, Tanay KAPAKÇI, İlayda DALGAKIRAN, Kübra ÖZBEK ALPAY, Büşra ÖZEL, Berivan GÜNDÜRÜ ACAR, Serap UYSAL, Büşra BİLGE, Ayşenur ALP BALAT, Mehmet ESEN'e ve kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri, personellerine,

Erişkin psikiyatri, AMATEM, ÇEMATEM ve Çocuk Nöroloji rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Bugünlerimi borçlu olduğum, yardımlarını ve sevgilerini esirgemeyen, annem Hanife KÜÇÜKER ve babam Metin TURAN'a,

Bu süreçte kıymetli destekleri için Mehmet Kerem KAYA ve sevimli dostum Pişiciğime teşekkür ederim.

Dr. Tuğçe TURAN

ÖZET

Depresif Bozukluk Tanılı Ergenlerde Özkıyım ve Özkıyım Dışı Kendine Zarar Verme Davranışlarının Uyku ile İlişkisinin İncelenmesi

Dr. Tuğçe TURAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Özkıyım girişimi ve özkıyım dışı kendine zarar verme davranışları (KZVD) depresif bozukluk tanılı ergenlerde sıktır, mortalite ve morbidite nedenidir. Depresyonun sonuçlarını iyileştirmede uykunun rolü uzun süredir araştırılmaktadır. Bu çalışmada Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanılı ergenlerde KZVD ve özkıyım girişimi olan grupların uyku alışkanlıklarının ve uyku kalitelerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğine başvuran MDB tanılı 68 ergenle gerçekleştirilmiştir. Son bir yılda sadece KZVD öyküsü olan 25 kişi, sadece özkıyım girişimi olan 18 kişi, hem KZVD hem özkıyım girişimi olan 25 kişi şeklinde üç olgu grubu oluşturulmuştur. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli ile MDB tanısı ve komorbiditeleri belirlenmiştir. Tüm katılımcılara Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R), Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet (KGI-Ş) formu, Sosyodemografik Veri Formu uygulanmıştır. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ile KZVD sorgulanmıştır. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği ile özkıyım düşünce ve davranışı değerlendirilmiştir. Ergenlerden Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), ebeveyn/bakımverenlerinden Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) doldurmaları istenmiştir.

Çalışmamızda üç grubun sosyodemografik verileri değerlendirildiğinde; sigara kullanımı ve ailedeki psikiyatrik öykü KZVD ve özkıyım birlikte olan grupta daha fazla bulunmuştur (sırasıyla $p=0.16$, $p=0.013$). Gruplar ÇDDÖ-R t-skoru açısından benzerdir. KGI-Ş skoru KZVD grubunda anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p=0.005$). Katılımcıların %89.7'sinde kötü uyku kalitesi, %83.8'inde bozulmuş uyku alışkanlığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %33.8'inde insomnia, %13.8'inde hipersomni mevcuttur. Üç grup arasında uyku kalitesi, uyku alışkanlığı, insomnia ya da hipersomni varlığı açısından anlamlı farklılık yoktur. PUKİ ve

ÇUAA puanları ile ÇDDÖ-R t-skoru pozitif, orta düzeyde anlamlı koreledir (sırasıyla $p=0.009$, $r=0.32$; $p < 0.01$, $r=0.43$). PUKİ toplam puanı ile son bir aydaki özkıym düşüncesi şiddeti arasında pozitif, düşük düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p=0.022$, $r=0.28$). ÇUAA toplam puanı KZVD sayısı ile pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p=0.003$, $r=0.36$).

Sonuç olarak; depresyon ve uyku sorunlarıyla başvuran ergenler, yüksek riskli bir grubu oluşturur. Uyku sorunları bu hastalarda depresyon şiddetinin göstergesi olabilir. KZVD ve özkıym girişimlerinde bulunan olguların benzer özelliklere sahip oldukları düşünülse de uyku özellikleri bakımından farklı profiller çizebilirler. Uyku sorunları ile bu davranışlar arasındaki ilişkiler muhtemelen küçük, bireysel ve oldukça değişkendir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Özkıym, Özkıym Dışı Kendine Zarar Verme Davranışı, Uyku

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Suicide and Non-Suicidal Self-Injury Behaviors with Sleep in Adolescents Diagnosed with Depressive Disorder

Dr. Tuğçe TURAN

Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry

Suicide attempt (SA) and non-suicidal self-injury (NSSI) are common in adolescents with depressive disorder, are also a cause of mortality and morbidity. The idea that sleep may be an important parameter to improve outcomes of depression has been investigated for a long time. In this study, it was aimed to determine and compare the sleep habits and sleep quality of the groups with NSSI and SA in adolescents diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD).

The study was performed in the outpatient unit of the Child and Adolescent Psychiatry Department at Dokuz Eylul University Hospital, with 68 adolescents diagnosed with MDD. Three case groups were categorized: 25 individuals with a history of NSSI only, 18 individuals with a history of SA only and 25 individuals with both NSSI and SA in the last year. Diagnosis of MDD and comorbidities were performed using KSADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version). Children's Depression Rating Scale-Revised Form (CDRS-R), Clinical Global Impressions-Severity Index (CGI-SI) form and sociodemographic data form were applied to all participants. NSSI was questioned by using the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). Suicidal attitudes were evaluated using the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Adolescents were asked to fill out the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and their parents/caregivers were asked to fill out the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ).

In our study, smoking and family psychiatric history were higher in the group with NSSI and SA together ($p=0.16$, $p=0.013$, respectively). The groups were similar in terms of CBCL-R t-score. CGI-S score was found to be significantly lower in the NSSI group ($p=0.005$). About 90% of the participants had poor sleep quality and 83.8% had impaired sleep habits. 33.8% of the participants had insomnia and 13.8% had hypersomnia. There was no significant difference between the three groups in terms of sleep quality, sleep habits, insomnia or hypersomnia. PSQI and CSHQ scores were moderately correlated with the CBCL-R t-score ($p=0.009$, $r=0.32$, p

<0.01, $r=0.43$, respectively). PSQI score was poorly correlated with the severity of suicidal ideation in the last month ($p=0.022$, $r=0.28$). CSHQ score was moderately correlated with the number of NSSI behaviors ($p=0.003$, $r=0.36$).

In conclusion; adolescents presenting with depression and sleep problems can be considered a high-risk group. Sleep problems may be an indicator of the severity of depression in these patients. Although patients with NSSI and SA are thought to have similar characteristics, they may have different profiles in terms of sleep characteristics. Sleep problems show individual differences in these groups, and the relationship between depression and self-harm behavior is small and highly variable.

Keywords: Depression, Suicide, Non-Suicidal Self-Injury, Sleep

1. GİRİŞ

Majör depresif bozukluk, üzüntü veya sinirlilik ile karakterize ve uyku da dahil olmak üzere eşlik eden en az birkaç psikofizyolojik değişikliğin olduğu bir duygudurum bozukluğudur. Uyku sorunları, hem Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) hem Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nda (ICD-10) depresyonun temel semptomlarından biri olarak yer almaktadır [1,2]. 1960'lardan bu yana depresyon ve uyku bozuklukları arasındaki ilişkiye büyük ilgi duyulmuş olup, literatürde 2000'den fazla yayında bu durum ele alınmıştır. Depresyonun patofizyolojisini anlamak ve depresyonu tedavi etmek için uykuyu düzenlemek temel bir bileşen olarak görülmektedir. Prepubertal depresyonda, majör depresif bozuklukla ilişkili uykuda nesnel değişiklikler nadiren olmaktadır. Değişiklikler puberte sonrası yavaş yavaş ortaya çıkmakta ve ergenlik döneminde tutarlı biyolojik bulgular haline gelmektedir. Ergenin gelişimi sürecinde depresyon riski artmakta olup ergenlik sürecinde depresyonla ilişkili uyku değişiklikleri görece daha güçlü olmaktadır. Tüm bunlar depresyona karşı artmış eğilim ile uyku düzensizliği arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir [3].

“Uyku bozuklukları” kavramı; “insomnia”, “uykuya dalma sorunu”, “uykuyu sürdürme sorunu”, “hipersomni”, “erken uyanma” ve “kabuslar” gibi çeşitli bileşenlerden oluşur [4]. Bir diğer kavram olan uyku kalitesi ise, bireyin uyandıktan sonra kendini dinç ve yeni başlayan güne hazır hissetmesi şeklinde tanımlanır. Uyku kalitesi niceliksel olarak uyku süresi, uyku latansı ve bir gecedeki uyanma sayısını; niteliksel olarak uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini içerir [5]. Benzer şekilde “düşük uyku kalitesi” uyku hakkında pek çok farklı sorunu kapsar. Bu tanımlama zorlukları sebebiyle “yetersiz uyku”, “düşük uyku kalitesi” ve “uyku bozuklukları” ifadelerini karşılamak için “uyku sorunları” şemsiye terimi kullanılmaktadır [4].

Depresyon tanılı çocuk ve ergenlerde öznel uyku şikayetlerinin yaygınlığını ve doğasını değerlendiren oldukça az çalışma mevcuttur. Epidemiyolojik bir örneklemede, majör depresif bozukluk kriterlerini karşılayan ergenlerin yaklaşık %90'ında uyku bozuklukları saptanmıştır. Majör depresif bozukluk tanılı çocukları ve ergenleri içeren bir klinik çalışmada, katılımcıların yaklaşık %75'inde uyku bozuklukları olduğu; bu grubun %50'den fazlasında insomnia, yaklaşık %10'unda hipersomni ve %10'ununda hem insomnia hem de hipersomni olduğu bulunmuştur. Uyku bozukluğunun varlığı; depresif dönemin şiddeti, kendine zarar verme davranışı ve özkıyım davranışı riski ile ilişkilendirilmiştir [3].

İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme (KZVD), bireyin kendi beden dokusuna, intihar niyeti olmadan, yineleyici, doğrudan ve kasıtlı bir şekilde, toplumsal beklenti ve normlarla uyumsuz olarak kendi kendine zarar vermesini tanımlar. Uykunun emosyon regülasyonu ve kognitif süreçlerde önemli bir rol aldığına dair gözlemler sonucu, KZVD ile uyku arasında bir ilişki olduğu varsayımı geliştirilmiştir. Çalışmalarda daha yüksek KZVD riski; daha fazla insomnia semptomu, daha kısa uyku süresi, daha uzun uyku latansı, uyku sırasında daha çok uyanma ve daha düşük uyku kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan boylamsal çalışmalar, depresif belirtiler kontrol edildikten sonra dahi, uyku sorunlarının KZVD için bağımsız birer risk faktörleri olduklarına işaret etmiştir [4].

Özkıyım davranışı ölüm amacına sahip bütün düşünce ve davranışları içeren genel bir kavramdır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) özkıyım düşüncesi ve girişimini ayrı ayrı tanımlanmıştır. Özkıyım düşüncesi ölümü arzulama düşünceleri; özkıyım girişimi, kişinin ölme niyetiyle ya da ölmek için niyetinin doğrudan veya örtülü ispatıyla birlikte, ölüm ile sonuçlanmamış kendine zarar verici davranış olarak ifade edilir [6]. Ergenlerde insomnia; özkıyım düşünceleriyle, girişimleriyle ve tamamlanmış özkıyım ile ilişkilendirilmiştir [7]. Bir meta-analitik incelemeye göre insomnia, ergenlerde depresyondan bağımsız olarak özkıyım düşüncesi riskini yordamaktadır; ancak aynı sonuç özkıyım girişimleri için geçerli bulunmamıştır [8]. Farklı kesitsel ve boylamsal çalışmalarda kötü uyku kalitesinin özkıyım düşüncesi için risk artırdığına işaret edilmiştir [9]. Erişkinlerde yapılan bir çalışmada depresif semptomların aracılığıyla; öksürük, yüksek sesle horlama, kabus görme ve uyku ilacı kullanma gibi bazı uyku bileşenleri ile özkıyım düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır [10].

Çalışmalarda hem ergenlerde hem de erişkinlerde subjektif uyku bozukluğu; depresif atakların ortaya çıkması, tekrarlaması ve şiddetinin öngörücüsü olarak bulunmuştur. Ergenlerde objektif elektroensefalografik uyku ölçümlerinde tutarlı sonuçlar gösterilememiştir [3]. Objektif uyku ölçümleri ile özkıyım riski ilişkisini araştıran çalışmalar nadirdir. Son bulgular, hem subjektif hem de objektif ölçümlerin, riski benzer etki büyüklükleri ile önemli derecede yordadığını göstermektedir. Uykunun sürekli izlenmesinin maliyeti ve zahmeti birlikte değerlendirildiğinde, uyku bozukluklarının rutin takibi için derecelendirilmiş öz bildirim ölçeklerinin tercih edilebileceği düşünülmektedir [11].

Çalışmamızın depresif bozukluğu olan ergenlerin hangi uyku özellikleri gösterdiğini anlamak, bu özellikler ile depresyonda görülen özkıyım düşünceleri, girişimleri ve özkıyım dışı kendine zarar verme davranışları arasında nasıl bir ilişki olduğunu ortaya koymak, bu ilişki

doğrultusunda müdahaleler yapabilmek ve koruyucu önlemler alabilmek adına uyku üzerine araştırmaların sürdürülmesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada ergenlerdeki depresyona yönelik subjektif uyku özelliklerinin kendine zarar verme davranışları, özkıyım düşünceleri, girişimleri üzerine belirleyici rollerinin olup olmadığı; uyku sorunlarının ve komorbiditelerin sıklığı da araştırılmıştır. Literatürde özkıyım girişimi ve özkıyım dışı kendine zarar verme davranışlarına yönelik uykunun etkisi hakkında yapılan çalışmalar yetersiz olup sıklıkla bu ilişkinin ayrı ayrı ele alındığı görülmektedir. Türkiye’deki depresif bozukluk tanılı ergenlerin uyku özelliklerine yönelik çalışmaların yetersizliğinden dolayı bu alanda çalışıyor olmak da literatüre katkı sağlayabileceğini öngörülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Yazında "depresyon", "depresif dönem", "depresif bozukluk" ve "klinik depresyon" terimleri, DSM-5'te "majör (yeğin) depresyon bozukluğu" ve ICD-10'da "depresif epizod" olarak tanımlanır [12].

DSM-5'te Depresyon Bozuklukları alt başlığında yer alan major depresif bozukluk (MDB); en az iki haftalık süre içerisinde, neredeyse her gün ve günün büyük kısmında, çökkün ya da kolay kızan duygudurum ve/veya etkinliklere karşı ilgide azalma ya da etkinliklerden zevk alamamanın yanı sıra; uyku ve iştah değişiklikleri, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, enerji azlığı, konsantrasyon güçlüğü ya da kararsızlık, değersizlik ya da suçluluk duyguları, tekrarlayıcı özkıyım düşünceleri ya da girişimleri varlığı ile tanımlanır. Çocuklara özgü kriterler, irritabl duygudurum varlığı ve iştah kriterinde beklenen kilo alımının gerçekleşmemesi olarak belirtilmiştir. Tüm bu belirtiler klinik olarak sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye sebep olur. DSM-5'e göre depresyon tanısını koymak için manik ya da hipomanik bir öykün olmaması ve semptomların madde kullanımı veya bir sağlık durumu ile açıklanamaması gerekir [1].

Depresif bozukluk, dünya çapında sağlık sorunları içinde yeti kaybının önde gelen sebeplerinden biridir; ergenlik döneminde meydana gelen ölümlerin ikinci en sık nedenidir [13].

2.1.2. Epidemiyoloji

Pek çok çalışma, prepubertal dönemde çocukların %1-2'sinin ve ergenlerin %5'inin klinik olarak anlamlı düzeyde depresif olduğunu ifade etmektedir. Prepubertal dönemde erkek ve kızlarda eşit sıklıkta görülürken, ergenlikle birlikte kızlarda sıklık artar. 16 yaşından sonra, kızların %12'sinin ve erkeklerin %7'sinin hayatlarının bir döneminde depresif bozukluk yaşayacakları düşünülmektedir [14]. Yine gençlerin %5-10'unda subsendromal depresif belirtiler olduğu tahmin edilmektedir [12]. Türkiye'de gerçekleştirilen epidemiyolojik bir çalışmada ergenlik döneminde MDB prevalansı %1,7 olarak saptanmıştır [15].

2.1.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri

Depresyonun, kişinin genetik yapısından ve doğum öncesi faktörlerden kaynaklanabilen biyolojik nedenler ve işlevsiz kişilerarası ilişkiler, olumsuz bilişsel atıflar, zorlu mizaç, uyumsuz/destekleyici olmayan ebeveynlik tarzları, güvensiz bağlanma, stresli yaşam olayları, yoksulluk, ırksal/etnik ayrımcılık biçimleri gibi psikososyal nedenlerin etkileşimleri sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyolojik nedenlerle ilgili mekanizmalar henüz tam olarak aydınlatılamamıştır; ancak %40-60 oranında kalıtsallık tarif edilmiştir. Özellikle pubertal başlangıçlı depresyonda, puberte öncesine göre genetik özellikler daha ön plandadır [16,17]

Ebeveyn depresyonu, çocuklarda depresyon gelişimi için en tutarlı risk faktörüdür. Stresli yaşam olayları, özellikle de kayıplar depresyon riskini artırabilir. Çocuklar kayıp ve diğer stresli yaşam olaylarını olumsuz atıflar ile işlediklerinde bu risk daha da artar [12].

2.1.4. Klinik Görünüm

Depresyon, subsendromalden şiddetli veya psikotik tablolara kadar değişen bir spektrum boyunca kendini gösterir [1].

MDB'de DSM-5'te tanımlanan birincil semptomların dışında MDB'li birçok gençte baş ağrısı veya mide ağrısı gibi somatik şikayetler de mevcuttur. Ayrıca depresyonu olan bazı kişilerde kaygı da klinikte rol oynayabilir. Akademik performansta düşüş, davranış sorunları, alkol veya diğer maddeleri kötüye kullanımı eşlik edebilir [18].

Ergenlik dönemdeki depresyon erişkin depresyonuna benzemekle birlikte yapılan bir çalışmada ergenlikte iştah değişiklikleri, uykusuzluk, enerjide azalma, yorgunluk gibi vejetatif belirtilerin daha fazla görüldüğü; erişkinlerde ise anhedoni/ilgi kaybı ve dikkat sorunlarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir [19].

2.1.5. Komorbidite

MDB için %40-90 oranında komorbidite tariflenir [20]. Genellikle depresyonla birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar; anksiyete bozuklukları, davranış sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve öğrenme güçlükleridir. Üç aylık bir dönemi değerlendiren epidemiyolojik bir çalışma, depresif bozukluk tanısı konan gençlerin aynı zamanda %28'inde anksiyete bozukluğu, %7'sinde DEHB, %3'ünde davranım bozukluğu, %3'ünde karşı gelme-karşı gelme bozukluğu ve %1'inde madde kullanım bozukluğu olduğunu göstermiştir [14].

2.1.6. Seyir ve Prognoz

Depresif bozukluk nedeniyle kliniğe başvuran olgularda bir depresif epizodun süresi ortalama dört ile dokuz aydır [21]. Tedavi edilmezse depresyon sıklıkla kronik, yineleyen bir hastalığa dönüşmektedir [12]. Depresif epizot geçiren hem çocukların hem de ergenlerin çoğu iyileşir. Ancak iyileşenlerin yaklaşık %40'ının yeni bir depresyon dönemi yaşayacağı öngörülür. Depresyon bir kez tekrarladığında, başka bir depresif epizot daha olası hale gelir [18]. Genel olarak yineleme riskinin belirleyicileri tedavi yanıtının düşük olması, hastalığın şiddetli olması, aile öyküsü varlığı, komorbidite varlığı, olumsuz bilişsel tarz, düşük sosyoekonomik düzey, aile içi çatışma ve istismar varlığı olarak tanımlanmaktadır. Tanımlanan bu durumlar aynı zamanda kötü prognozla da ilişkilidir [22].

2.1.7. Tedavi

Hafif şiddetteki depresyonda destek, psikoeğitim ve izlem tedavisi yeterliyken; orta-ağır şiddetteki depresyonda farmakolojik tedaviden ve/veya psikoterapiden faydalanılır [23]. Farmakolojik tedavi akut, sürdürüm ve idame tedavileri olmak üzere üç evreden meydana gelir. Akut tedavide, birinci basamak olarak selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI); ikinci basamak olarak, ilk basamakta kullanılmayan bir SSRI önerilmektedir. Tedaviye yanıt alınamıyorsa, üçüncü basamak olarak farklı bir grup antidepressana (venlafaksin, duloksetin, bupropion, mirtazapin) geçilir. Tedaviyi güçlendirmek için ise kanıtlar The Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) çalışmasından gelmektedir. İlk 12 haftada SSRI tedavisine duygudurum düzenleyici nitelikte ilaçlar (atipik antipsikotik, lityum, divalproex ya da topiramat) eklenmesinin remisyon oranlarını arttırdığı görülmüştür. Sürdürüm tedavisi; akut tedaviye yanıt veren her hastaya önerilen, en az 6-12 ay süren tedavidir. İdame tedavi ise ciddi, yineleyici ve kronik depresyona sahip hastalarda kullanılır; depresyonun yinelenmesini engellemek amaçlanır [24].

2.2. Uyku ve Uyku Bozuklukları

2.2.1. Uykunun Tanımı ve Nörofizyolojisi

Güncel literatürde uyku; basit bir uyanıklık azalması, askıya alınan duyuşal süreçler ya da algı yokluğu olarak görülmemekte; afferent uyarıların geri çekilmesi ve belirli beyin bölgelerindeki nöronların fonksiyonel aktivasyonunun bir birleşimi şeklinde düşünülmektedir. Bu nedenle uyku, pasif değil aktif bir süreçtir [25]. Yapılan araştırmalara göre uykunun

metabolizma düzenlenmesinde, enerjinin korunmasında, ısı regülasyonunda, bağışıklık sisteminde, büyüme ve hücre onarımında, uyum becerisinin gelişmesinde, nöron plastisitesinde, sinaptik bağlantılar arasında seçilimin sağlanıp güçlendirilmesinde, bilişsel performansın korunmasında, öğrenme ve bellek süreçlerinin gerçekleşmesinde önemli rolü vardır [26].

Bilinçlilik durumunu sağlayan sistemlerden biri olan ve beyin sapı boyunca uzanan Retiküler Aktive Edici Sistem, uyku-uyanıklık durumunun düzenlenmesinde de görevlidir. Bu sistemde yer alan locus seruleustan gelen noradrenerjik, pedunkulopontin ve laterodorsal tegmental çekirdekten gelen kolinerjik, rafe çekirdeklerinden gelen serotonerjik, substantia nigra ve ventral tegmental alandan gelen dopaminerjik, posterior hipotalamustaki tuberomamiller nükleustan gelen histaminerjik uyarılar Asendan Retiküler Aktivite Edici Sistem ile uyanıklığı sağlar. Lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik ve bazal ön beyinden gelen kolinerjik uyarılar da uyanıklıkta etkili diğer sistemlerdir. İnhibisyonları ise uykuyu oluşturur [27]. Buna karşın ventrolateral preoptik alan GABAerjik nöronlar barındırır; bu bölgedeki nöronların aktivasyon artışı uykuyu, inhibisyonu ise uyanıklığı meydana getirir [28].

İki süreçli modele göre uyku hem homeostatik hem de sirkadiyen faktörler tarafından düzenlenir. Uyanık kalma süresi arttıkça homeostatik uyku basıncı gün boyunca artar; buna karşılık sirkadiyen ritim insanları geceye kadar aktiftir ve kişiyi uyanık tutmak için çalışır. Melatonin, sirkadiyen ritim aracılığıyla uyku-uyanıklık döngüsünü düzenleyen önemli bir hormondur. Uykudan hemen önce salgılanmaya başlar ve uyanma saatinde sona erer [29].

2.2.2. Uyku Dönemleri

EEG (elektroensefalografi), EMG (elektromiyografi) ve EOG (elektrookülografi) paternlerine dayanarak uyku; ritmik olarak tekrarlayan, döngüsel olarak birbirini izleyen NREM (non-Rapid Eye Movement) ve REM (Rapid Eye Movement) dönemlerinden meydana gelir.

Hızlı olmayan göz hareketi (NREM) uykusu “yavaş dalga uykusu” olarak da adlandırılır. Kendi içerisinde dört aşamalıdır. Uykunun ilk evresi NREM evre 1’dir, uyku süresinin %3-8’ini oluşturur. Bu evrede yavaş yavaş dış çevrenin bilinçli farkındalığı kaybolur ve EEG’de teta dalgalarına rastlanır. NREM evre 2 uyku süresinin %45-55’ini oluşturur. EEG’de "uyku içciklerinin" ve "K-komplekslerinin" ortaya çıkmasının yanı sıra bilinçli farkındalığın tamamen kaybolmasıyla karakterize edilir. Yaygın olarak “derin uyku” olarak adlandırılan 3. ve 4. evre, toplam olarak uyku süresinin %15-20’sini oluşturur. Uyku sırasında, EEG’de delta dalgaları

(aynı zamanda yavaş dalga aktivitesi olarak adlandırılır) görünür [25,30]. NREM uykusu dinlendirici özelliktedir, vejetatif işlevlerde %10-30 arasında azalma yaşanır [31].

NREM'den sonra gelen hızlı göz hareketi yani REM uykusu uyku süresinin %25'ini oluşturur. Kortikal EEG; REM sırasında yüksek frekanslı, düşük amplitüdlü bir aktiviteye geçiş yapmıştır. Bununla birlikte uyanmanın aksine hızlı göz hareketleri ve iskelet kaslarında atoni görülür; bu atoniden ekstraoküler, iç kulak ve solunum kasları etkilenmez [30]. REM uykusunda aktif düş görme, buna bağlı kalp ve solunum hızında düzensizlik mevcuttur. Toplam beyin metabolizması %20 kadar artabilir. Duyusal uyaranlarla uyanmak yavaş dalga uykusuna göre daha zordur; ancak genellikle sabahları REM uykusu sırasında kendiliğinden uyanılır. Çok uykulu olduğunda REM dönemi kısalır ve ortadan kalkabilir. Gece uykuda dinlendikçe REM süresi yeniden uzar [31].

2.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Normal Uyku

Genel olarak toplam uyku süresi yaşla azalır. Yenidoğanda normal uyku süresi yaklaşık 16 saat/gün, 1-2 yaş grubunda 12-16 saat/gün, okul öncesi çocuklarda 10-13 saat/gün, okul çağındaki çocuklarda 9-13 saat/gün, ergenlerde 8-10 saat/gün ve yetişkinlikte 7,5-8 saat/gündür [32]. Ancak ergenlikteki ortalama uyku süresi yaklaşık 9,5 saat olmaktadır ve bu sürede kısalmanın aksine uyku ihtiyacı artmaktadır [33].

İlk altı ayda uyku yapısında meydana gelen en önemli değişim, en fazla uyunan ve deliksiz özellikteki tek uykunun devamlılığında artış yaşanmasıdır [34]. Sirkadiyen ritim bebeğin doğumundan sonra ilk altı ay hızlı bir şekilde gelişir. Gün batımında melatonin salınımı artmaya başlar, altıncı ay civarı ev içindeki uyku-uyanıklık düzenine uyum gerçekleşir [33]. Beş yaşa doğru gündüz uykusunda önemli bir azalma meydana gelir. Altı yaştan sonra gün içi uyku beklenmez. [32]. Okul çağı gün içi uykunun en az olduğu, en uyarılmış dönemdir. Eğer bu dönemde sürekli gün içi uykululuk hali varsa, bu ciddi bir soruna işaret edebilir. Ancak ergenlikte tekrar gün içi uykululuk hali ortaya çıkabilmektedir [35]. Uyku latansı altı yaşa kadar 20 dakikanın altında, daha büyük çocuklarda ve ergenlerde 30 dakikanın altında olması beklenir [32]. 15 dakikanın altında ise narkolepsi açısından değerlendirilmesi önerilir [36]. Uyku verimliliği (total uyku süresinin yatakta geçirilen zamana oranı) her yaş için %85'in üzerinde olmalıdır [32].

Yetişkinlerde her uyku döngüsü ortalama 90-110 dakikadır ve normal bir uyku periyodunda bu şekilde 4-6 döngü kaydedilir. Uyku döngüleri 0-1 yaşta yaklaşık 50 dakika, 2-

3 yaşta 60 dakika, 4-5 yaşta 60-90 dakika ve 10 yaşından sonra ise yetişkinler gibidir. NREM ve REM uykusunun yüzdesi yenidoğanda yaklaşık olarak aynıdır; zamanla REM uykusunun yüzdesi ilerleyici bir şekilde düşer [25,35]. REM yoğunluğundaki bu azalma, gündüz uyanıklık artışı ile ilişkilidir [35]. Ergenlikte REM latansında azalma, NREM evre 2'nin oranında artma ve yavaş dalga uykusunda azalma olduğu saptanmıştır [37].

2.2.4. Çocuk ve Ergenlerde Görülen Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları, çocuklarda ve ergenlerde sık görülmektedir ancak genellikle yetersiz tanı almaktadır. Çocukların yaklaşık %25'i uyku sorunu yaşarlar. Ergenlerde uykuya dalmakta zorlanma, sabah zor uyanma ve gece sık uyanma gibi uyku sorunlarının oranı %39,2 [38], uyku kalitesi kötü olanların oranı ise %54,7'dir [39]. Ergenler uykusuzluk, gün içi uykululuk, kronik kabuslar ve gecikmiş uyku fazı sendromu gibi pek çok uyku bozukluğu için risk altındadırlar [40].

Farklı çalışmalarda; çocukların %19'unda, ergenlerin %10'unda insomnia semptomları; ilkokul çocuklarının %3.4-34'ünde horlama ve çocukların %1'inde şiddetli uykuda solunum bozukluğu gösterilmiştir [41–43]. Pediatrik uyku sorunları; kötü uyku hijyenine, yetersiz uyku kalitesi ve miktarına, sirkadiyen anormalliklere, insomniaya, obstrüktif uyku apnesine, huzursuz bacak sendromuna, uykuda periyodik bacak hareketlerine, narkolepsiye, tıbbi bozukluklara veya psikiyatrik bozukluklara ikincil ortaya çıkabilmektedir [32].

Uyku bozuklukları için spesifik tanı kriterleri, DSM-5'te ve Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi'nin Uyku Bozuklukları Uluslararası Sınıflandırması üçüncü baskısında (ICSD-3) kodlanmıştır [1,44]. Bu iki tanı sistemi için uyku bozukluğu tanıları büyük ölçüde tutarlı görünmektedir [32].

2.2.4.1. Uykusuzluk (İnsomnia) Bozukluğu

Çocuklarda insomnia biyolojik, nörogelişimsel, sirkadiyen, psikolojik, çevresel ve davranışsal bir çok nedene bağlı gelişebilir. DSM-5 kriterlerine göre haftada en az üç defa ve en az üç ay süreyle uykuyu başlatmakta, sürdürmekte güçlük ya da erken uyanma; yetersiz uyku kalitesi ve gün içine yansıyan olumsuz sonuçların varlığı şeklinde tanımlanmaktadır [1]. Kişide yüksek uyarılmışlık seviyesinin insomniaya yatkınlık oluşturduğu, tetikleyici olarak genellikle stres oluşturan bir yaşam olayı varlığı, sürdürücü olarak işlevsel olmayan bilişsel yapılanmalar ve adaptif olmayan uyku alışkanlıkları olduğu düşünülmektedir [45].

Yatma zamanı direnci ve gece sık uyanma 6-12 ay arasındaki çocukların %25-50'sinde, 1 yaşındakilerin %30'unda ve 1-3 yaş arasındaki çocukların %15-20'sinde meydana gelmektedir [46]. Ergenlik döneminde insomnia %13.6-23.8 oranında, kız cinsiyet baskın olarak görülür [47]. Ödevlerin uzun sürmesi, artan sorumluluklar, okul başlama saatlerinin erken olması, aktif bir sosyal yaşam ve ekran kullanımında artış sirkadiyen ritimde gecikmeye neden olur. Tüm bunlar daha geç yatma, daha kısa uyku süresi ve gündüz aşırı uyku hali ile sonuçlanır. Gündüz dikkat azlığı, not ortalamalarında düşme, daha fazla otomobil kazası, riskli davranışlarda artış, dürtüsellik, madde kullanımı, özkıyım düşüncesinde artış ve daha yüksek depresyon, kaygı, obezite oranları yetersiz uykunun sonuçlarındandır [32].

İnsomnia tanılı ergenlerin %52.8'ine bir psikiyatrik bozukluk eşlik eder [42]. OSB'de insomnia sıklığı %50-80 arasında değişmektedir [48]. DEHB'li çocuk ve ergenlerin %50'den fazlası uyku sorunları yaşlar, bu durum semptomları şiddetlendirir [49].

Çocuklar ve ergenler için birinci basamak tedavi davranışsal tedavilerdir. İnsomniaya yönelik bilişsel davranışçı terapi uygulamaları (BDT-İ), uyku hijyeni sağlanması, uyku eğitimi, ebeveynlere davranış yönetimi eğitimi, okul temelli müdahaleler, bilinçli farkındalık (mindfulness) teknikleri bunlardan bazılarıdır [50]. Farmakolojik müdahaleler ikinci sıradadır ve FDA (Food Drug Administration) tarafından onaylanmış ilaç bulunmamasına rağmen, klinikte yaygın olarak tercih edilmektedir. Tek başına BDT başarısız olursa ya da komorbidite varsa (özellikle nörogelişimsel bozukluklar), davranışsal tedaviler ile farmakolojik müdahale birlikte kullanılabilir. Benzodiazepinler, alfa-2 agonistleri (klonidin, guanfasin), pirimidin türevleri (zaleplon, zolpidem), sedatif antidepresanlar (trazadon, mirtazapin) ve sedatif antihistaminikler (difenhidramin, hidroksizin) en çok reçete edilen ilaçlardandır; bununla birlikte melatonin, şu anda etkinliği konusunda en fazla veriye sahip ajandır. Melatonin, uygulamanın dozuna ve zamanlamasına bağlı olarak hem kronobiyotik hem de hipnotik etkilere sahiptir. İnsomniada uykuya geçişte gecikmeyi azaltmak için, yatma saatinden 30 dakika önce görece daha büyük bir hipnotik melatonin dozu (3-5 mg) uygulanabilir. Alternatif olarak sirkadiyen faz gecikmesi olan çocuklarda, akşamın erken saatlerinde (uyku saatinden 4-5 saat önce) daha küçük bir kronobiyotik melatonin dozu (0.3-0.5 mg) tercih edilebilir [51].

2.2.4.2. Aşırı Uykululuk (Hipersomnolans) Bozukluğu

Gece uykusu en az yedi saat olmasına rağmen gün içinde uyuma ya da gece uykusu dokuz saatin üzerinde olmasına rağmen dinlenememe, uyandıktan sonra tam uyanık hale geçmede zorluk yaşama ile karakterizedir. En az üç ay süreyle, en az haftada üç kez ortaya çıkmaktadır

[1]. Gündüz aşırı uyku hali hipersomniye özgü değildir; narkolepsi, insomnia, gecikmiş uyku fazı, Kleine-Levin sendromu ayırıcı tanıda yer alır. İdiyopatik hipersomni tanımı; kliniği madde kullanımı, diğer tıbbi ya da psikiyatrik durumlarla açıklanamayan hastalar için kullanılır. Sıklıkla uyku sarhoşluğu veya kafa karışıklığı ile uyanma, otomatik davranışlar gösterme ve tekrar tekrar uykuya dönme semptomlarını bildirirler. Gece uykuları uzun süreli ve kesintisizdir, gündüz uykuları uzundur ve dinlendirici değildir.

Çocuklar ve ergenler arasında aşırı gündüz uyku hali yaygın olarak görülür, sıklığı yaştan etkilenir. Ortaokul çağındaki çocuklarda okul öncesi çocuklara göre iki kat daha yaygındır. Ön ergenler arasındaki yaygınlık %4, lise son sınıflarda %20'dir [52].

Tedavide uyku hijyeni sağlanması, uzun gece uykusu ve uygun ortamlarda gündüz uykusunun sağlanması önerilir. Farmakolojik tedavide gün içi bölünmüş dozlar halinde metilfenidat ve modafinil kullanılmaktadır [29].

2.2.4.3. Sirkadiyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları

DSM-5'e göre gecikmiş uyku evresi, erken uyku evresi, düzensiz uyku-uyanıklık, yirmi dört saatlik olmayan uyku-uyanıklık, vardiyalı çalışma şeklinde alt tipleri tanımlanmıştır [1]. Gecikmiş uyku evresi bozukluğunun en yaygın sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozukluğu olduğu düşünülmektedir. Temel özelliği, doğal uyku periyodunun beklenen sürele kıyasla en az iki saat kaymasıdır. Sıklıkla bu durum daha geç uyku başlangıcı ve bitişi ile karakterizedir ve akşam kronotipi olarak adlandırılır. Toplum örneklemelerinde ergenlerde oran %30-40 arasındadır. Uyku evresi geciken ergenler sıklıkla insomnia, kötü uyku kalitesi ve gündüz uykululuk bildirirler. Bu durum, depresyon, anksiyete bozukluğu, madde kullanımı gibi psikiyatrik komorbiditelerle yüksek oranda ilişkilidir. Doğal uyku-uyanıklık evresi sosyal beklentilerle örtüşemez ve bundan kaynaklanan çok sayıda sosyal, akademik, kişilerarası ve mesleki olumsuz sonuçları beraberinde getirir [53]. Bu kişilerde gece melatonin salgısı gecikmiştir. Loş ışık melatonin salınımı başlangıcı (DLMO) ile tanı objektif olarak değerlendirilebilir. [54]. Etiyolojide ayrıca hPER3 (human period 3), CLOCK (circadian locomotor output cycles kaput), HLA (Human Leucocyte Antigen) gen polimorfizmleri tanımlanmıştır [55].

Tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri yapılması önerilir. Hedeflenen uyku-uyanıklık zamanlarına ulaşana kadar uyku ve uyanma zamanlarını kademeli olarak daha erkene çekilir. Hastanın önceden seçilen uyanma saatinde yataktan kalktığı ve ışığa maruz kalarak

etkinliklerde bulunduğu bir uyanma rutini oluşturulur. Gündüz uykusunun önlenmesi, uykudan önce mavi ışık engelleyen gözlüklerin kullanılması, melatonin tedavisi diğer seçeneklerdir [53].

2.2.4.4. Narkolepsi

Gün içinde tekrarlayan, engellenemeyen uyku ihtiyacı ve gündüz uykusu, katapleksi, hipnogojik-hipnopompik halüsinasyonlar ve uyku paralizi varlığı ile tanımlanır. Katapleksi gülme ya da şaka yapılması ile tetiklenen, bilinç açık olarak birkaç saniye ya da dakika süren, bilateral kas tonusunun yitirilmesidir. Çocuklarda duygusal tetikleyiciler olmaksızın gelişen dili yanlış yerleştirme, yüz buruşturmaları ya da çeneyi açma da olabilmektedir [1]. Okul çağı çocuğunda gündüz olan aşırı ve kontrol edilemeyen uykululuk en sık görülen bulgudur [56]. Katapleksi ise narkolepsi için en spesifik bulgudur [57]. Etiyolojisinde genetik faktörler ve hipokretin seviyelerinde düşüklük yer alır. Otozomal dominant özellik gösterebilmektedir. Obezite, tip 2 diyabet ile birlikteliği sıktır. Tanısı polisomnografi ve çoklu uyku latans testi ile konur. Narkolepside uyku başlangıcında REM görülür ve uyku latansı kısa saptanır [1]. Çocuk ve ergende bu alanda prevalans çalışması olmamakla birlikte [58]; Chammel ve arkadaşları narkolepsi tanısı konan erişkinlerin yaklaşık üçte birinde semptomların 15 yaş öncesinde de görüldüğünü belirtmiştir [59].

Tedavide düzenli uyku uyanıklık döngüleri oluşturmak, gün içinde uyku zamanları oluşturmak, düzenli spor aktivitesi yapmak önemlidir. FDA tarafından çocuk ve ergenler için onaylanmış tedavi yoktur. Modafinil, metilfenidat, atomoksetin, gibi ilaçlar gündüz uykululuğunda; fluoksetin, venlafaksin, klomipramin, imipramin ise katapleksi için kullanılmaktadır [60].

2.2.4.5. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları

Solunumla ilişkili gelişen uyku sorunları; horlama, üst solunum yolu direnç sendromu ve obstrüktif uyku apne sendromunu da (OSAS) içeren klinik bir spektrumda sıralanır [25]. OSAS çocuklarda uykudaki olağan solunumu ve düzeni bozan, uzun süreli kısmi ve/veya aralıklı total üst hava yolu obstrüksiyonu olması şeklinde tanımlanır [61]. Çocuklarda horlama sıklığı %27, OSAS sıklığı %1.2-5.5 arasındadır. Özellikle iki ile sekiz yaş arası en sık görüldüğü dönemdir; buna tonsil ve adenoid hipertrofisinin neden olduğu sanılmaktadır [25]. Obezite OSAS gelişimi için bağımsız bir risk faktörüdür [61]. Tanıda polisomnografi kullanımı altın standarttır [62]. OSAS ile eş zamanlı en sık bildirilen davranışsal sorun hiperaktivitedir. Ancak gündüz uykululuğu şeklinde de görülebilmektedir [61]. Davranış sorunları, dürtüsellik, dikkat

sorunları, yürütücü işlev ve bellek sorunları ile birlikteliği sıktır, OSAS'ın tedavisiyle bu şikayetlerin gerilediği gösterilmiştir. Tedavide adenotonsillektomi etkilidir, cerrahiye yanıtı olmayan hastalarda pozitif hava basıncı sağlayan cihazlar kullanılır [25].

2.2.4.6. Parasomniler

Uykuya geçiş evresinde, uyku esnasında veya uykudan uyanırken gerçekleşen istenmeyen fiziksel olay veya yaşantılardır. Çoğu parasomni benigndir, spesifik uyku dönemleri ile ilişkilidir ve ergenlik döneminde spontan olarak sonlanır [63]. 13 yaşına kadar en az bir parasomni görülme prevalansı %78'e kadar çıkar [64]. DSM-5'e göre NREM uykusundan uyanma bozuklukları, kabus bozukluğu, REM uykusu davranış bozukluğu; ICSD-3'e göre ise NREM, REM (kabus bozukluğu burada yer alır) ve diğer parasomniler (uyku enürezisi dahil) olarak sınıflandırılır [63].

NREM parasomnileri ana uykunun ilk üçte birlik döneminde görülür, uykudan tam uyanma yoktur. Düşsel imge genellikle hatırlanmaz. Uyurgezerlik ve uykuda korku duyma (gece terörü) bu gruptadır. Uyurgezerlik uykuda yataktan kalkma, dolaşma, bu sırada boş ve dik dik bakma, iletişim kurmama ve güçlkle uyandırılma şeklinde tanımlanır. Gece teröründe ise panik bir çığlıkla ve büyük bir korkuyla aniden uyanma söz konusudur. Bu kliniğe otonom uyarılma belirtileri eşlik eder, rahatlatılma çabaları etkisizdir [1]. Uyurgezerliğin çocuklardaki sıklığı %3-14.5 arası olup genellikle 10 yaşından sonra düzeldiği bildirilmektedir [65,66]. Gece terörü prevalansı okul öncesi çocuklarda en yüksek olmakla birlikte 3-13 yaş arası çocuklarda %17.3 olduğu gösterilmiştir. Uykuda konuşma 3-13 yaş arasında en sık görülen parasomnidir, bu yaş grubunda %50 üzerinde bulunur [64]. Sıklıkla uyurgezerlik ve uyku terörüne eşlik eder [25]. Yaş ilerledikçe yavaş dalga uykusu azalır, NREM parasomnilerinde yaşla azalmanın buna bağlı olduğu düşünülmektedir. NREM parasomnilerine yaklaşık %80 aile öyküsü eşlik eder. Tedavide epizod anında değil, epizodun beklendiği zamandan 15 dakika önce uyandırılması denenebilir. Klonazepam, trisiklik antidepressanlar, melatonin uyku terörü ve uyurgezerlik tedavisinde kullanılmaktadır [63].

REM ile ilişkili parasomniler uykunun ikinci yarısında görülür. REM uykusu davranış bozukluğu; genellikle şiddet ve aksiyon içerikli rüyaların sahnelendiği, kompleks motor hareketlerin olduğu ve yanındakilere zarar verme riski olan bir parasomnidir. REM'de beklenen atoninin olmamasıyla ilgilidir. Kişi genellikle rüyasını hatırlar. Çocukluk ve ergenlikte nadir görülür. Narkolepsi, idiopatik hipersomni, nörogelişimsel-nörodejeneratif hastalıklar veya yapısal beyin sapı anomalileri ile ilişkilidir veya SSRI gibi ilaç yan etkisine bağlıdır. Çocuk-

ergen yaş grubunda mutlaka nörolojik olarak tetkik edilmelidir [63]. Klonazepam ve melatonin tercih edilen ajanlardandır [67].

Kabus bozukluğu (karabasan) çoğunlukla uyku döneminin ikinci yarısında ortaya çıkan, korkutucu durumlardan kaçınmayı içeren, yoğun disfori ile seyreden rüyalar şeklinde tanımlanır [1]. Uyandığında kişinin yönelimi yerine gelir ve rüyayı hatırlar. Canavarlar ve fantastik yaratıklar daha küçük çocukların kabus içeriklerinde görülürken, ergenlerde travmatik olaylar veya günlük stresörler gibi daha gerçekçi temalara rastlanır. Epizod esnasında atoni devam eder, rüya sahnelenmesi görülmez. Uyanma esnasında ebeveynin müdahalesi çocuk tarafından olumlu karşılanır [63]. Kabuslar çocukluk döneminde sıktır (%60-%75) [68]. Ancak kabus bozukluğu çok daha nadirdir (%1.8-%6) [69]. Tedavide prazosin, risperidon, trazadon en çok tercih edilen ilaçlardır [70].

Genel olarak parasomnilerin tedavisinde düzenli bir yaşam tarzını ve yeterli uyku hijyenini teşvik etmek, uyku yoksunluğunu önlemek, düzenli yatma saatleriyle kişiye özel uyku ritüeli oluşturmak, sessiz uyku koşulları sağlamak önemlidir. Yaralanmaları önlemek için güvenlik önlemleri alınmalıdır [63].

2.2.4.7. Huzursuz Bacak Sendromu

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS), çocuklarda ve ergenlerde sık görülen ancak gözden de kaçabilen bir hastalıktır. Kliniğinde bacaklarda rahatsız edici duyumlar ya da buna tepki olarak hareket ettirme dürtüsü yer alır. Özellikle klasik HBS semptomlarından ziyade genellikle yatma zamanı direnci veya insomnia ile gelen hastalarda tanı koymak zorlayıcıdır. HBS klinik bir tanıdır ve tanı için polisomnogram gerekli değildir. Semptomlar sıklıkla akşamları, dinlenirken ya da uykuya dalmaya çalışırken ortaya çıkar. Yaygın olarak kullanılan psikotrop ilaçlar da HBS semptomlarını şiddetlendirebilir [71]. Bazen bacaklara ek olarak kollar ve diğer vücut parçaları da etkilenir, tek ekstemitede de görülebilmektedir. HBS'nin etyolojisinde genetik nedenler, başta dopamin olmak üzere monoaminerjik sistem anormallikleri, demir metabolizması sorunları yer alır [72]. Ancak yapılan çalışmalarda çocuklarda serum ferritin düzeyinin düşük olması ve demir eksikliği ile ilişkisinin erişkindeki kadar net olmadığı düşünülmektedir [73]. DEHB ile sık birliktelik gösterir [72].

Tedavi seçeneklerinde uyku hijyeni eğitim, kafein ve alkol tüketiminden uzak durma, demir replasmanı, pramipeksol, klonidin, gabapentin, klonazepam yer alır [71].

2.3. Depresyon ve Uyku

Uyku sorunları psikiyatrik bozukluklarda çok yaygındır; major depresif bozukluk, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunun klinik özelliklerinin doğrudan bir parçasıdır [74]. Depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları ile uyku arasındaki potansiyel mekanizma henüz netlik kazanmamıştır. Dahl tarafından şu şekilde açıklanmaktadır: Aşırı uyanık olan ya da çevresinden tehdit algılayan kişi, uyku durumuna geçmeyi engelleyen bir çatışma yaşar. Eğer depresif kişinin kendisi ve çevresi hakkında olumsuz bilişleri varsa, bu durum uyanıklığı artırıp uykuya başlamayı ve sürdürmeyi engeller. Dahl, ayrıca uykunun bilişsel düzenlenmesi ile afekt arasında bir bağlantı olduğunu da öne sürmüştür. Bu ikinci teori, duygusal rahatsızlıklarda uykunun bölündüğünün gözlemlenmesiyle, uyku yoksunluğunun dikkat ve duyguyu düzenlemede güçlüklerle neden olmasıyla doğrulanmıştır. Bu nedenle, duygusal rahatsızlıklar uyumada güçlüğü neden olabilir ve uyku yoksunluğu da ruh sağlığının bozulmasına yol açabilir; bu durum çift yönlü bir kısır döngüyü işaret eder. Kişi uykuyu sürdürmek için gerekli başa çıkma mekanizmasını oluşturamaz ve duygusal homeostazi sağlamakta zorlanır [75].

Depresyonda hem homostatik hem de sirkadiyen uyku süreçlerinin bozulduğu bilinmektedir [76]. Depresif hastalarda %81 oranında akşam kronotipi özelliklerinin görüldüğü, ayrıca akşam kronotipi tercihinin de depresyonun önemli bir belirleyicisi olabileceği belirtilmektedir [77]. Uyku bozukluklarının depresyona yol açtığı ile ilgili metaanalizler küçük fakat anlamlı etki büyüklüğüne sahiptirler [78]. Çalışmalarda, başlangıçta uyku bozuklukları bildiren ergenlerin yaklaşık %75'i daha sonra bir depresif dönem geliştirmiştir [79]. İnsomnianın depresyon sonrasında ortaya çıkmadığı, depresyon öncesinde ya da depresyonla eş zamanlı olduğu boylamsal bir çalışmada gösterilmiştir [80]. Yedi saatten az gece uyku süresi, ergenlerde ilerleyen dönemde depresif bozukluğun güçlü bir yordayıcısı olarak saptanmıştır [81]. Bu bulguları destekler şekilde ergenlerde polisomnografide REM yoğunluğunda artış ve REM latansında kısalmanın depresyon gelişmesiyle ilgili öngörücü olabileceği düşünülmektedir [82].

Uykuda bozulma, en yaygın MDB semptomlarından biridir ve MDB için tanı kriterleri karşılayanların %88,6'sının bu semptomu gösterdiği belirtilmiştir [79]. Liu ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada, depresif çocuk ve ergenlerin %73'ünün uyku bozukluğu yaşadığı, en sık görülen uyku bozukluğunun da insomnia olduğu ifade edilmiştir. Bu popülasyonda insomnia %50'nin üzerinde, hipersomni %10, hem insomnia hem de hipersomni

de %10 olarak bildirilmiştir. İnsomnia daha çok psikomotor ajitasyon, aşırı endişe ve somatik şikayetlerle; hipersomni ise daha çok psikomotor retardasyon, yorgunluk, iştah azalması, umutsuzluk ve çaresizlikle ilişkilendirilmiştir. İnsomnia ve hipersomni belirtilerinin birlikte bulunması daha uzun süren ve yineleyen depresif dönemlerine ve yüksek depresyon şiddetine işaret etmiştir. Uyku bozukluğu olanlarda komorbid anksiyete bozukluğunun, depresyon şiddetinin, SSRI kullanımının daha fazla olduğu ifade edilmiştir [83].

Benzer şekilde MDB'si olan ergenlerle yapılan bir Fin çalışmasında ergenlerin %83,1'inde klinik olarak anlamlı uyku yakınmalarına rastlanmıştır. En sık görülen uyku yakınmaları dinlendirici olmayan uyku ve insomnia olarak saptanmıştır. Olguların %25,3'ünde hipersomni, %24,7'sinde uyku-uyanıklık-ritim bozukluğu görülmüştür. MDB'li ergenlerin %29,5'i normalden çok daha sık kabus gördüğünü bildirmişlerdir. İşlevsellik ölçümleri çoklu uyku sorunu bildirenlerde daha düşük saptanmıştır [84].

Sıkıntılı ve stresli olma, insomnia ve depresyonun birlikte ortaya çıkmasıyla bağlantılıdır [85]. MDB'de ruminasyon sıktır ve uykuya etki ederek insomniaya katkı sağlayabilir. Ergenler geceleri yeterli miktarda uyumalarına rağmen hipersomni de yaşayabilirler, gün içinde kendilerini yorgun hissedebilirler. Hipersomni durumunda sabahları uyanmak zor olabilir. Sınıfta ya da başka ortamlarda, uygun olmayan zamanlarda uyuyakalabilirler [18].

Çalışmalar insomnia ve hipersomniye daha çok odaklanmış olsa da obstrüktif uyku apnesi ve sirkadyen ritim bozuklukları ile depresyon arasında birliktelik gösterilmiştir [77,86].

Depresif bozukluğa sahip ergenler daha düşük uyku kalitesi, daha uzun uykuyu başlatma süresi, artmış gece uyanma sayısı, daha uzun uyanma süresi ve daha fazla sabahları uyanma güçlüğü bildirmektedirler [87]. Ergenlerin kendileri tarafından bildirdikleri uyku sorunları, kesitsel olarak daha yüksek depresif semptomlarla koreledir [81]. Başka bir çalışmada ise depresif belirtiler ve bozukluklardaki artışın, ergenlik döneminde uyku süresinin azalması ile paralel olduğu ancak genel uyku kalitesi ile ilişki olmadığı; ergenlik dönemine özel olarak ortaya çıkan uyku süresindeki düşüşün, bu yaş grubunda depresyon gelişiminde uyku kalitesinden daha güçlü bir faktör olduğu öne sürülmüştür. [88].

Polisomnografi ölçümü ile yapılan klinik çalışmalarda, kısalan REM latansı (uyku başlangıcı ile ilk REM periyodunun oluşumu arasındaki aralık), artan REM uyku süresi, artan REM yoğunluğu (REM periyodu başına hızlı göz hareketlerinin sıklığı) ve yavaş dalga uykusu (SWS) kaybı depresyonun biyolojik belirteçleri olarak kabul edilmiştir [89,90]. MDB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan 28 çalışmanın metaanalizi, uzamış uyku latansını en çok

tekrarlanan veri olarak bulmuştur [91]. Başka bir çalışmada, REM latansının kısalığı ile daha ciddi depresyon varlığı korele bulunmuştur. Ancak literatürde bu objektif ölçümlerin bulguları arasında heterojenite de dikkat çekmektedir. Bazı yazarlar, depresif çocuk ve ergenlerde objektif uyku EEG'si ile subjektif uyku ölçümleri arasında tutarsızlıklar olduğunu; subjektif uyku şikayetlerinin bu yaş grubunda oldukça yaygın olmasına rağmen, uyku düzensizliğine dair tutarlı nesnel kanıt bulunamadığını ifade etmektedir [3].

Depresif bozuklukların tedavisinde süreklilik gösteren uyku sorunlarının varlığı, düşük tedavi yanıtı ile ilişkilidir [92]. Dolayısıyla uykuyu iyileştirmek, depresyonun sonuçlarını da iyileştirmektedir [93]. İnsomnia, depresyon hastalarında sık görülen kalıntı semptomlardan biridir ve depresyonun yinelemesinde hayati bir belirleyici olarak kabul edilir [94]. Depresif bozukluk tedavisinin komorbid uyku sorunları üzerindeki etkisini veya uyku sorunlarının tedavisinin depresyon üzerindeki etkisi çok az araştırılmıştır. Depresif semptomlar ve uyku sorunlarına antidepresan ilaç tedavisi ve davranışsal müdahale kombinasyonu ile eş zamanlı müdahale önerilir. SSRI'lar canlı rüyalar, huzursuz bacak sendromu, insomnia yan etkilerine neden olabilse de REM uykusunu azaltıp REM uyku latansını uzatarak depresyonda uykunun sayısal parametrelerinin düzelmesine yardımcı olurlar. İnsomnia için antidepresan tercihi olarak mirtazapin, trazadon önerilebilmektedir; bu ilaçlar yavaş dalga uykusunu artırabilmektedirler [95].

2.4. Özkıyım

2.4.1. Özkıyım ile İlgili Tanımlar

Özkıyım, kasıtlı olarak ölüm niyetiyle kendine zarar vermekten kaynaklanan ölüm şeklinde tanımlanır. Özkıyım girişimi ölme niyeti taşıyan ancak ölümle sonuçlanmamış, kasıtlı ve potansiyel zarar verici davranışlardır; herhangi bir yaralanma veya zarar olması gerekmemektedir. Tamamlanmamış girişim, kişinin özkıyım girişiminde bulunmak için adımlar atması ancak herhangi bir yaralanma öncesinde kendisi ya da başkası tarafından durdurulmasıdır. Ancak ilk hap yutulduğu veya ilk çizik atıldığı anda özkıyım girişimi olarak adlandırılır. Düşünce aşamasının ötesinde, girişimi yapmaya yönelik eylemlere ise hazırlık davranışları denir. Özkıyım amacı olmayan kendine zarar verme davranışı (KZVD); özkıyım ve özkıyım girişimlerinden farklı olarak, ölme niyeti olmadan kendine zarar verme amacıyla gerçekleştirilir. KZVD ile kişiyi rahatsız eden içsel durum düzenlenir, dayanılamayan olumsuz duygusal veya bilişsel durumlar azaltılır; kendini cezalandırmak veya hissizlikten kurtulmak

için kişi kendisine farklı bir tür duygu yaratır. Özkıyım girişimlerinde rahatsız edici psikolojik durumları modüle etme ve rahatlama motivasyonu bildirilen çalışmalar olsa da; araştırmalar özkıyım girişimlerinin öncelikle kaçmak/ölmek veya başkalarını rahatlatmak için yoğun bir istek taşıdığını, depresyon ve umutsuzluğun belirgin olduğunu göstermiştir [96,97]. Her iki kendine zarar verme biçimi kimi durumlarda bir arada olabilir; özkıyım girişimi olan kişiler özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı gösterebilirler ve bunun tersi de görülebilir [98].

Özkıyım davranışları, DSM-5'te İntihar Davranışı Bozukluğu olarak "Daha İleri Araştırma Gerektiren Durumlar" bölümünde yer almaktadır. Tanı kriterlerine göre son iki yıl içerisinde, kişinin en az bir kez özkıyım girişiminde bulunması, eylemin kendi ölümüne yol açabileceğini düşünmesi; mevcut durumun özkıyım olmayan kendini yaralamanın kriterlerini karşılamaması gerekmektedir. Yani, negatif emosyon veya kognitif durumdan uzaklaşmak ya da pozitif duygudurum sağlamak için yapılan vücudun dış yüzeyindeki kendini yaralama davranışları, özkıyım fikirleri ya da hazırlayıcı eylemleri İntihar Davranışı Bozukluğu olarak değerlendirilmemektedir. Son 1 yıl içinde gerçekleşiyse "devam eden" belirtecini almaktadır [1].

2.4.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bildirdiğine göre dünyada her yıl yaklaşık 700 binin üstünde kişi özkıyım ile hayatını kaybetmekte ve girişim sayısı bu sayının çok daha üzerinde seyretmektedir. 2019 yılı verilerinde 15-29 yaş aralığı için özkıyımın 4. önde gelen ölüm nedeni olduğu ortaya konmuştur [99]. Dünya genelinde yaşam boyu özkıyım düşüncesi yaygınlığı %9.2; özkıyım girişimi yaygınlığı %2.7'dir [100].

Türkiye'de en son 2019 yılında Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) açıkladığı verilere göre tamamlanmış özkıyım ile ölenlerin sayısı 2017 yılında 3168, 2018 yılında 3161 kişidir. Bu kişilerin %75.6'sını erkek, %24.4'ünü ise kadındır. Kaba intihar hızı, 2017 yılında yüz binde 3.94 olarak saptanmış olup 2018 yılında yüz binde 3.88'e gerilemiştir. 2018'de yaklaşık her yüz bin kişiden dördü özkıyım ile hayatını kaybetmiştir. Kullanılan yöntemlere bakıldığında 2016'da hem kadın hem erkeklerde en sık %46.8 ile ası; sonrasında %27.6 ile ateşli silah kullanımı, %11.8 ile yüksekten atlama, %5.4 ile kimyasal madde kullanımı ve %1.6 ile kesici alet kullanımıdır [101].

Türkiye'de ergen intiharları bir halk sağlığı sorunu olup; 2015 yılında tamamlanmış özkıyımların %34.3'ünü 15-29 yaş grubu oluşturmuştur. Tamamlanmış özkıyımlar

değerlendirildiğinde kadınların %18'i 15-19 yaş aralığında, erkeklerin ise %12.8'i 20-24 yaş aralığında olduğu görülmektedir [102].

2.4.3. Sosyodemografik Özellikler

2.4.3.1. Yaş

Tamamlanmış özkıyım, özkıyım düşüncesi ve davranışı sıklığı 10 yaş öncesinde nadirdir; 12 yaşa kadar yavaşça ve 12-17 yaşları arasında daha hızlı şekilde artar. Ergenlerde yaşam boyu özkıyım düşüncesi, planı ve girişimi yaygınlığı sırasıyla %12.1, %4.0 ve %4.1'dir [103]. Özkıyım kavramı sekiz yaşından itibaren çocuklar tarafından anlaşılır hale gelmesi, yaşla psikiyatrik hastalıkların ve maddeye bağlı bozuklukların ortaya çıkması, aile ile yakın ilişkisinin sağladığı korumanın azalması tamamlanmış özkıyım oranlarının ergenlik çağında artmasını açıklayabilmektedir [98].

2.4.3.2. Cinsiyet ve Kullanılan Yöntemler

Kız cinsiyette erkeklere göre özkıyım düşüncesi planı ve girişimi daha fazladır. Özkıyım düşüncesinden plana ya da eyleme geçişte cinsiyetler arası önemli bir fark saptanmamıştır [103]. Son çalışmalar cinsiyetler arası farklılığın azaldığını göstermiş olup; özkıyım düşüncesi ve girişiminde kızların, tamamlanmış özkıyımda erkeklerin daha fazla risk taşıdığını belirtmektedir. Ergen nüfusta özkıyım nedeniyle hayatını kaybedenlerin %70'ini erkekler oluşturmakta ve sıklıkla erkekler daha ölümcül yöntemler (ateşli silah, ası, kesici-delici alet vb.) kullanmaktadır [104–106].

2.4.3.3. Aile Özellikleri

Ebeveyni liseden mezun olan gençler arasında girişimde bulunma olasılığı, ebeveyni daha fazla (üniversite mezunu) veya daha az (liseden mezun olmamış) eğitim almış olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Evde en küçük çocuk olma ile iki veya daha fazla kardeş sahibi olma, plansız özkıyım girişim olasılığının az olması ile ilişkilendirilmiştir [103].

2.4.3.4. Kültürel Özellikler

Bölgesel olarak özkıyım oranı farkları, çevresel ve sosyal risk faktörlerini gösterebilmektedir. Doğu Avrupa ülkeleri Dünya'da en yüksek oranlara sahipken; son yıllarda Asya'ya doğru bir geçiş dikkat çekmektedir. Körfez ülkelerinde görece düşük oranlar rapor

edilir. Kayıt yöntemleri, coğrafyaya ve iklime bağlı ışığa maruz kalma dereceleri, sosyoekonomik özellikler, göçler, ölümcül silahlara yasal erişim, alkol ve madde kullanımı, etnik köken ve dini inançlar belirleyici özelliklerdir [107].

2.4.4. Risk Faktörleri

Geçmişte özkıyım girişimlerinin varlığı, sonraki girişimlerin ve özkıyımlara bağlı ölümlerin en güçlü yordayıcısıdır, çalışmalarda riskin 3-17 kat arası arttığı gösterilmiştir [108]. Daha önce özkıyım girişimi olan ergenlerde ilk 12 ay içinde tamamlanmış özkıyım girişimi açısından yüksek risk taşımaktadırlar [109].

Özkıyım düşünceleri ve girişimi olan ergenlerde %90 üzeri sıklıkta psikopatoloji eşliği mevcuttur [103]. Tamamlanmış özkıyımlara yapılan psikolojik otopsilerde sıklıkla depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni/psikotik bozukluklar, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı ve yeme bozuklukları görülmüştür. Özkıyım davranışı sergileyen kızlarda daha çok major depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu; bipolar bozukluğu varlığında ise erkek cinsiyetin baskın olduğu gösterilmiştir [110]. Depresyonda yaşam süresinin normal popölasyona göre 10 yıl kısaldığı, özkıyımın bunun önemli bir sebebi olduğu bilinmektedir [111]. Depresif gençlerin yaklaşık %60'ının özkıyım düşüncesine sahip olduğu ve %30'unun gerçek bir özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmiştir [98]. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar antidepresan tedaviye başladıktan sonraki günler ve haftalarda özkıyım riskinin bir miktar artmış olduğunu, tedavi ile 3-6 ay sonra riskin anlamlı azaldığını göstermektedir [112]. Fakat antidepresan kullanımıyla ilişkili intihar eğilimi konusunda FDA uyarılarını takiben daha yüksek tedavi edilmemiş depresyon oranları ve intihar girişimleri saptanmıştır [113].

Farklı cinsel yönelim varlığı, umutsuzluk hissi, karamsar kişilik özellikleri, saldırgan-dürtüsel davranışlar özkıyım ile ilgili bulunmuştur [106,114–116]. Antisosyal, sınır, histrionik ve narsisistik özellikler taşıyan kişilik özellikleri özkıyım ile sık birliktelik taşır [117].

Ebeveyn psikopatolojisi varlığı, ebeveynlerde özkıyım girişimi ya da tamamlanmış özkıyım varlığı, yüksek özkıyım riskiyle ilişkilidir [107]. Yoksulluk özkıyım için psikopatolojiden bağımsız bir risk faktörüdür [118].

Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, ölümcül araçlara ulaşım, özkıyıma medya gibi çeşitli yollardan maruziyet diğer risk faktörleridir [117]. Okul güçlüklerinin de özkıyımla bağlantısı

olabilmektedir. 2010 yılında Türkiye'de akademik başarısızlıkla ilişkili olduğu düşünülen 19 yaşından küçük 13 gencin özkıyım ile hayatını kaybettiği bildirilmiştir [119].

Ergenlik döneminde hipokampus ve amigdala gibi limbik sistem bölgelerinin hızla olgunlaşması; karar verme ve emosyon regülasyonu görevleri olan prefrontal korteksin görece geç olgunlaşıp yavaş miyelinizasyonunu tamamlaması özkıyımla da ilişkili olabilecek şekilde dürtüsellik ortaya çıkaran etkenlerden biridir [120]. Erken çocukluk döneminde travmatik yaşam olayları nedeniyle serotinin taşıyıcı geninin kısa allelinin etkileşimi, hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aks işlev bozukluğu, artmış glukokortikoid reseptör duyarlılığı biyolojik yatkınlık oluşturur [121].

2.4.5. Tedavi

Özkıyım girişimiyle gelen çocuk ve ergenlerde ilk önce risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Girişim ile ilgili yatkınlık oluşturan faktörler, tetikleyiciler, eşlik eden psikopatolojiler, umutsuzluk hissi varlığı, dürtüsellik içerip içermediği, özkıyım düşüncelerinin durumu, geçmiş özkıyım girişimlerinin özelliği ve koruyucu etmenler saptanmalıdır. Olgu özelinde uygun güvenlik tedbirleri sağlanmalıdır [109].

Kontrollü çalışmalarda çalışma dahilinde katılımcıların güvenliğini sağlamaya yönelik güvence verilmekte ve özkıyım riskinin yüksek olması dışlayıcı kriter olarak yer almaktadır; bu nedenle tedavilerin etkin olup olmadığını değerlendiren sistemik kontrollü çalışmalar yetersizdir. Dinamik yönelimli psikoterapiler, destekleyici psikoterapi, BDT, aile terapisi, sınır kişilik bozukluğu varlığında diyalektik davranışçı terapi (DDT), psikofarmakolojik müdahaleler sıklıkla çoklu yöntemler halinde kullanılır [121].

Farmakolojik tedavilerde erişkinde lityum depresyon ve bipolar bozuklukta [122]; klozapin şizofrenide özkıyımı azaltıcı bulunmuştur [123]. MDB'de antidepresanların anlamlı fakat ılımlı etki büyüklüğüne sahip olduğu; ancak 12 yaş altında plasebo etkinliğin yüksek olması nedeniyle anlamlı tedavi yanıtı gelişmediği, bu grupta fluoksetinin tercih edilebileceği bildirilmiştir [124]. Özkıyım girişimlerinde tedavi için başlanan ilaçların fazla alınması sıklıkla görüldüğü için antidepresan olarak trisikliklerin tercih edilmemesi önerilir [125]. Benzodiyazepinler, özellikle de kısa etkili olanlar, disinhibisyona neden olarak özkıyımı artırabilmektedirler [121]. EKT (elektrokonvulsif tedavi) şiddetli ve tedaviye dirençli olgularda kullanılmaktadır [126]. Ketamin gelecek vaadeden tedavi seçeneklerindendir [127].

2.5. Özkıyım Düşünce, Davranışları ve Uyku

Ergenler arasında uyku sorunları özkıyım düşünceleri [128–130], özkıyım girişimleri [129,131] ve tamamlanmış özkıyımlar [132] ile ilişkilendirilmiştir. Ancak bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar konusunda henüz net bir ilişki ortaya konamamıştır. Önerilen teoriler şunlardır:

- Uyku süresinin azalması; kognitif yeteneklerde bozulma, hafıza sorunları, karar verme ve problem çözme güçlüklerine neden olmaktadır. Özkıyım eğilimi kişilerde de benzer bir nöropsikolojik profil mevcuttur. Yetersiz uykudan kaynaklanan kognitif eksiklikler, özkıyım girişimleri gibi dürtüsel eylemleri kolaylaştırabilir.

- Emosyon disregülasyonu, potansiyel bir çift yönlü mekanizma ile artan uyarılmışlık sonucu insomnianın sürmesine; insomnia ise stres ile ilişkili olarak uyku reaktivitesinde artışa ve duygu düzenleme güçlüğüne neden olur.

- Uykusuzluk çeken ve uyku kalitesi kötü olan kişilerin daha az dayanıklı olduğu ve bunun strese bağlı yüksek uyku reaktivitesi, emosyon disregülasyonu ve aşırı uyarılma ile bağlantısı saptanmıştır. Esnekliği daha az olan bireylerin, stresli olaylara başarılı bir şekilde uyum sağlama kapasiteleri azalmıştır. Bu durum ruh sağlığı sorunlarına ve özkıyım düşüncesi/girişimi geliştirmeye karşı artan bir savunmasızlığa neden olabileceği varsayılmıştır.

- Serotonin eksikliği hipersomniyi şiddetlendirebilir. Serotonin disfonksiyonu özkıyım düşüncesi/girişimi ile güçlü şekilde ilişkili bir biyolojik faktördür.

- Bir antidepresan tedavisinin başlamasından sonra tedaviyle ortaya çıkan özkıyım düşüncesinin uyku bozukluklarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu dönemdeki uyku bozukluklarının aktivasyon sendromunun bir parçası olabileceği ifade edilmiştir.

- İnsomnia HPA eksenin hiperaktivasyonu ile ilişkilidir; bu durum özkıyım girişimi riskini artırır.

- Özkıyım girişiminde bulunanların beyin omurilik sıvısında narkolepsideki gibi oreksin düzeyleri düşük saptanmıştır; ancak girişimin ardından düzeldiği görülmüştür.

- Sabahçı kronotipi özellikleri özkıyım düşüncesi/girişimi riskini azaltırken, daha çok dürtüsel özelliklerle ilişkilendirilen akşam kronotipi şekli ise daha şiddetli özkıyım düşüncesi/girişimine yol açabileceği belirtilmiştir [74].

Ergenlerde insomnia; özkıyım düşünceleriyle, girişimleriyle ve tamamlanmış özkıyım ile ilişkilendirilmiştir [7]. İnsomnia ve özkıyım düşüncesi/girişimi arasındaki ilişki, aracı

psikiyatrik bozukluklar ile düzeltme yapıldıktan sonra dahi sürmektedir; ancak ergenlerde bu ilişkinin bağımsızlığının daha az belirgin olduğu da ifade edilmektedir. Bir meta-analitik incelemeye göre insomnia, ergenlerde depresyondan bağımsız olarak özkıyım düşüncesi riskini yordamaktadır; ancak aynı sonuç özkıyım girişimleri için geçerli bulunmamıştır [8]. İnsomnia semptomlarında yer alan uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlükleri özkıyım davranışları üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak (madde kullanımı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile) etkili olabilmektedir [133]. Sıklıkla klinik değerlendirmelerde, ergenlerde özkıyım girişiminde bulunanlarda insomnia semptomlarının eşliği mevcuttur [134]. Ergen ve yetişkin örneklemelerde özellikle ölüme yakın günlerde özkıyımlar retrospektif olarak değerlendirildiğinde insomnia belirtilerine genellikle rastlanmaktadır [135]. Erişkin çalışmalarında insomnia tedavi edildiğinde (BDT-I ya da hipnotik olarak tedaviye zolpidem eklenmesi) özkıyım düşünce şiddetinin azaldığı gösterilmiştir [136,137].

Gangwisch ve arkadaşları, 12-18 yaşlarında 15659 ergenden oluşan geniş bir örneklemde özkıyım düşüncesi ve yatma zamanları arasındaki ilişkiyi incelemiş; gece yarısı ve daha geç saatte yatanlar daha çok özkıyım düşüncesi bildirmişlerdir. Ancak ebeveynler yatma saatlerini ne kadar erkene ayarlarsa (22:00 veya daha erken), ergenlerde özkıyım düşüncesi bildirme riski o kadar düşmüştür [138]. Ergenlerde, hafta boyunca sadece bir saat daha az uykuyla bile özkıyım düşüncesi/girişimi olasılığı arttığı ve daha az saat uyku ile riskin giderek arttığı belirtilmiştir [139]. Buna karşın Chiu ve arkadaşları, uyku süresi ile özkıyım bildirme olasılığı arasında doğrusal olmayan, ters U şeklinde bir ilişki olduğunu göstermiştir: Uyku süresinin 6 saatten daha kısayken yaklaşık 8,5 saate çıkarılmasıyla özkıyım belirtileri bildirme olasılığı azalmış; 8,5 saatten 12 saate çıkarken aynı olasılıklar artmıştır [140].

Kesitsel araştırmalar, artmış gündüz uykululuğunun depresif belirtilerle olduğu kadar depresif çocuk ve ergenlerde özkıyım düşüncesi ve girişimleriyle de ilişkili olduğunu bildirmiştir [141]. Uzunlamasına başka bir çalışmada da benzer olarak; depresyon, anksiyete ve uyku ile ilgili şikayetler için düzeltme yapıldıktan sonra bile, bir yıllık bir takip boyunca gündüz uykululuğu ile özkıyım düşünceleri ve planları ilişkili saptanmıştır [8].

Türkiye’de erişkinlerde yapılan bir çalışmaya göre hipersomnisi olan depresif hastalarda özkıyım girişiminde bulunma olasılıkları artmıştır [142]. Narkolepside özkıyıma bağlı ölümlerde 7.35 kat artış mevcuttur [143]. Özkıyım davranışları ile hipersomni birlikteliğindeki mekanizma sağlıklı yaşam kalitesinin düşmesi ve buna depresyonun eşlik etmesiyle açıklanabilmekte; ancak serotoninin rolü de önemli rol oynayabileceği düşünülmektedir [74].

Farklı kesitsel ve uzunlamasına çalışmalara göre kötü uyku kalitesi özkıyım düşüncesi riskini artırmaktadır [9]. Psikiyatrik bozukluklar eşlik ettiğinde de kötü uyku kalitesi ve özkıyım davranışları arasında güçlü bir ilişki saptanmaktadır [144]. Erişkinlerle yapılan bir çalışmada; PUKİ'nin bileşenlerinden olan öksürük veya yüksek sesle horlama, kabus görme ve uyku ilacı kullanma depresif semptomların aracılığı ile özkıyım düşüncesiyle anlamlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir [10].

Kabuslar; diğer uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için düzeltme yapıldıktan sonra bile özkıyım düşüncesi ve girişimleriyle ilişkilidir [74]. Ancak kabusların ergenlerde özkıyım eğilimine olan etkisi çelişkilidir. Choquet ve Menke, özkıyım eğilimini öngördüğü bildirilmişse de Wong ve arkadaşları kabus görme dışındaki uyku güçlüklerinin, 15-17 yaşlarında özkıyım davranışını önemli ölçüde yordadığını göstermişlerdir [7,130].

Erişkinlerle ilgili literatürde MDB tanılı hastalarda uyku bozukluğu ile özkıyım düşüncesi/girişimi ve tamamlanmış özkıyım eşliği değerlendirildiğinde; insomnia özkıyım planlarıyla, hipersomni özkıyım girişimleriyle ilişkili bulunmuştur. Sıkıntılı rüya görmek, kadınlarda daha çok özkıyım ile ilişkili belirtilerle birlikte seyretmektedir [145].

2.6. Özkıyım Dışı Kendine Zarar Verme

2.6.1. Tanımı

Kendine zarar verme davranışı ilk kez Favazza tarafından, kişinin yaşamını sonlandırma niyeti olmadan bilerek ve yineleyici bir şekilde özellikle cilt olmak üzere kendi beden dokularına zarar vermesi olarak tanımlanmış ve bu şekilde özkıyım davranışından farklılığı ortaya konmuştur [146,147]. Deriyi kesme, yaranın iyileşmesini engelleme, deriyi kanayana kazıma ya da yolma, kendini ısırma, deri altına nesne sokma, kendine dövme yapma, deriyi yakma, saç yolma, kendine vurma, yenmeyen nesneleri yutma, özkıyım amacı olmadan kendini zehirleme zarar verici davranışlar kapsamında tanımlanır. Reçete edilen ilaçları kullanmayı reddetme, tehlikeli olan ancak kendine zarar verme motivasyonu olmayan eylemler (örneğin, hızlı araba kullanmak, aşırı alkol almak) ya da psikiyatrik bir bozukluğun semptomu olarak ortaya çıkan riskli davranışlar (örneğin, anoreksiya nervozada yeme reddi; psikoz, zihinsel yetersizlikteki agresif davranışlar) bu tanıma dahil edilmez [98].

Literatürde “deliberate self-injury/self-harm” (kasıtlı olarak kendine zarar verme), “self-mutilation” (kendini yaralama), “self-destruction” (kendini tahrip etme) ve “non-suicidal self-

injury” (intihar amacı taşımayan kendine zarar verme) gibi farklı isimlerle tanımlanmıştır. Özkıymından ayırt ettiği için “non-suicidal self-injury” terimi son yıllarda daha çok kabul görmektedir.

Özkıymı dışı kendine zarar verme davranışı (KZVD), DSM-3 ve DSM-4-TR’de borderline kişilik bozukluğunun bir belirtisi şeklinde yer almış olup ilk kez DSM-5’te “Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar” başlığı altında ayrı bir şekilde tanımlanmıştır [148]. Buna göre; kişi son bir senede en az beş gün, hafif ya da orta şiddette fiziksel zarar oluşması için, intihar amacı olmadan, kendi vücut yüzeyine zarar vermiştir. Bu durum olumsuz bir duygu ya da kognitif durumda rahatlatma sağlama, kişiler arası bir zorluğu yenme, olumlu bir duygu ya da durum yaşama amaçlarından en az birisini taşır. Eylem sırasında veya kısa bir süre sonra rahatlatma meydana gelir. Bu nedenle kişi bağımlılık örüntüsüne benzer biçimde davranışı tekrarlayabilir. Eylemin öncesinde kaygı, depresyon, gerginlik, öfke, kendini suçlama, eylemle ilgili düşünce uğraşları, kişilerarası güçlüklerden en az biri mevcuttur. Davranış sosyal olarak kabul görmez ve işlevsellikte düşmeye neden olur [1].

2.6.2. Epidemiyoloji

KZVD’nin ergenlerde ortalama 13-14 yaşlarında başladığı, 15-16 yaşlarında pik yaptığı ve yetişkinliğe doğru azaldığı tespit edilmiştir [149,150]. Bu davranışların yaşam boyu yaygınlığı, toplum örneklemelerinde (sırasıyla gençler ve yetişkinlerde) %5,5-17 arasında ve klinik örneklemelerde %50 olarak saptanmıştır [151]. DSM-5 baz alındığında ise sıklık düşmekte ve %1.5-6.7 arasında olmaktadır [152]. Türkiye’de İstanbul ve İzmir’deki lise öğrencilerinde yapılan iki çalışmada en az bir kez KZVD yapma yaygınlığı sırasıyla %21.4 ve %31.3’tür [153,154]. Kız ergenlerde KZVD, erkeklerden daha sık olarak görülmektedir [104].

2.6.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri

Ergenlerde KZVD için kadın cinsiyet, ergenlik dönemi, akran zorbalığı, sosyal bulaşma (KZVD yapan arkadaş yoluyla veya özellikle internette KZVD’ye tanık olma), eleştirel ebeveyn tutumları, artmış özeleştirici, düşük benlik saygısı, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları risk faktörleridir [149,155]. Önceki KZVD öyküsü, B küme kişilik bozukluğu ve umutsuzluk algısı, KZVD’nin en güçlü yordayıcılarıdır [151]. Aile içi problemler, uygun duygusal iklimin olmaması, şiddet ve istismar direkt ya da dolaylı olarak emosyonel regülasyonunu bozup KZVD’ye yol açabilmektedir [156].

Endojen opiyatların ağrı üzerine etkisi, dopaminin ödöl yolağında yer alması, HPA aksının stres regölasyonundaki görevi nedeniyle KZVD ile ilgili çalışmalar bu alanlarda yoğunlaşmıştır. Serotonin taşıyıcı geninin promoter bölgesinde yer alan 5-HTTLPR (SLC6A4) geninin en az bir kısa alelini taşıyan ve ciddi kişilerarası strese maruz kalan ergenlerde KZVD olasılığının arttığı gösterilmiştir [155].

2.6.4. Klinik

En sık görölen KZVD yöntemleri kendini kesme, vurma/çarpma (başını vurma, yumruğunu duvara çarpma), kazıma/oyma ve tırnaklamadır [155]. Türkiye'de yapılan çalışmada en sık kendini vurma/çarpma rapor edilmiştir [153]. Kızlarda daha çok kendini kesme, erkeklerde ise kendini vurma/çarpma, yakma görölmektedir. Sıklıkla birden fazla yöntem bir arada kullanılmaktadır. Ergenlerde KZVD genellikle dürtüsel doğadadır; sıklıkla istek oluştuktan sonra ilk saat içinde kendilerine zarar verdikleri görölmüştür [149]. Bu eylemleri sırasında ağrı duymadığını belirtme oranı %27-74'tür [157]. KZVD'si olan ergenlerin %50'den fazlası eylemi yalnız gerçekteştirdiklerini belirtmişlerdir. Eylemin yalnız gerçekteştirilmesi intihar riski ile daha çok ilişkili saptanmıştır [158].

2.6.5. Komorbidite

Kendine zarar veren kişilerde psikiyatrik tanılar ender değıldir; ancak yine de her KZVD bir tanının var olduğu anlamına gelmemektedir. Yapılan araştırmalar, kendine zarar veren kişilerde teşhislerin oldukça heterojen olduğunu göstermektedir [149]. KZVD'si olan ergenlerde en yaygın komorbidite %41.6-58 ile major depresyon olarak bildirilmiştir. Bunun dışında anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, histriyonik ve sınır kişilik bozukluğu gibi kişilik bozuklukları diğeri sık görölen ruhsal bozukluklardır [159].

2.6.6. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri

Edimsel koşullanma teorisine dayalı Nock'un dört faktörlü modeli üzerinden değılendirildiğinde kendine zarar verme eylemi, hem pozitif hem de negatif olarak pekiştirilebilen otonom (içsel-intrapersonal) ve sosyal (kişilerarası-interpersonal) süreçler ile açıklanır. KZVD'nin olumsuz duygu ve düşünceleri azaltması otonomik negatif pekiştirmeye; KZVD sırasında veya sonrasında canlı hissetmek gibi olumlu duygu veya düşüncelerin

deneyimi otonomik pozitif pekiştirmeye; dikkat çekme veya başkalarına mesaj gönderme gibi sosyal etkileşimi güçlendirmesi sosyal pozitif pekiştirmeye; bir tartışmayı bitirme, derse katılmama gibi hoş olmayan sosyal etkileşimlerden kaçmanın bir yolu olması sosyal negatif pekiştirmeye örnektir [155]. Gençlerin, davranışın başlarında daha çok sosyal işlevleri kullandığı, davranış ağırlaşır yoğunluk kazandıkça ve duygusal güçlükler arttıkça ise daha çok otonom işlevlerin kullandığı belirtilmiştir [154].

Bu modele benzer olarak Klonsky tarafından intrapersonel ve interpersonal olmak üzere KZVD işlevleri tanımlanmıştır. Intrapersonel işlevlerden affekt regülasyonu en yaygın olanıdır. Amaç KZVD öncesi sıklıkla hissedilen, yoğun ve bunaltıcı olan öfke, endişe ve hayal kırıklığı gibi olumsuz duyguları hafifletmektir. KZVD sonrası bunların yerini rahatlama ve sakinlik duyguları alır [149]. Affektif regülasyon için KZVD yapanların yakın zamanda intihar girişiminde bulunma ve umutsuz hissetme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur [160]. Ergenlerin yaklaşık yarısının bildirdiği ikinci bir önemli işlev, kendini cezalandırmadır. Kendini cezalandırmada kişi öfkesini kendisine yöneltir; bu durum KZVD ile özeleştir, düşük benlik saygısı arasında nedensel ilişkiyi gösteren çalışmalarla uyumludur [155]. Çözülmeyi önleme işlevinde KZVD yapan kişilerin sıklıkla tarifledikleri "hiçbir şey hissedememe" durumunun fiziksel yaralanma veya kan görme ile giderilmesi; "acı da olsa bir şey hissetmek", "yeniden gerçek hissetmek" ya da "uyuşmuş hissetmenin son bulması" gibi etkiler söz konusudur. Özkıyımı önleme ve sıkıntıyı etiketleme diğer intrapersonel işlevlerdendir.

İnterpersonel olarak "başkalarından destek ve yardım almak", "başkalarından ilgi görmek", "başkalarının davranışlarını kontrol etmek", ve "akranlarla bağ kurmak" gibi kişilerarası etkileşim işlevi mevcuttur. Kişilerarası sınırlarla ilişkili işlev ise benliğin sınırlarını doğrulamak için kullanılır. Kişi çevreden ve diğer insanlardan ayıran deriyi işaretlemek, diğerlerinden daha bağımsız ve farklı hissetmesine katkı sağlar. "Kontrolü bende olan ve başkasının kontrol edemediği bir şey" olarak KZVD tanımlanır. Fiziksel acı ile baş edip edemeyeceğini dayanıklılık işlevi, yardım için başka kişilere ihtiyaç duymadığını gösteren özerklik işlevleri mevcuttur. Bunların dışında heyecan arama, intikam alma, kendiyle ilgilenme gibi başka interpersonal işlevler de mevcuttur [149,161].

2.6.7. Seyri ve Tedavi

Çoğu ergende KZVD genç yetişkinlikte kendiliğinden düzelir. Kendine zarar vermenin devam etme olasılığı kadınlarda; depresyon, anksiyete, antisosyal davranış eşliğinde; sigara,

alkol, madde kullanımı varlığında daha yüksektir [162]. Ayrıca KZVD'nin intihar girişimi için önemli bir yordayıcı olduğu, KZVD varlığında intihar riskinin yedi kat arttığı bilinmektedir [163].

Tedavide kişide var olan KZVD'nin işlevine göre DDT, BDT, mentalizasyon temelli terapiler, psikodinamik psikoterapi, affekt regülasyonu grup terapisi kullanılabilmektedir [155,164]. Farmakolojik tedavi olarak KZVD'ye eşlik eden psikiyatrik durumun tedavisi uygulanır [149]. Atipik antipsikotikler (aripiprazol), naltrekson ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri (BDT ile birlikte veya ayrı) umut vaatmektedir [164].

2.7. Özkıym Dışı Kendine Zarar Verme ve Uyku

Uykunun KZVD ile ilişkili olduğu teorisi, uykunun emosyon regülasyonu ve kognitif süreçler üzerinde önemli bir rol oynadığına dair gözlemlerden köken alır. Uyku sorunları ve KZVD gelişiminde emosyon disregülasyonunun aracı rolü vardır. Ergenlik döneminde içselleştirme sorunlarının arttığı, bu durumun sıklıkla uyku sorunlarıyla da ilişkili olduğu, bozulan uykunun da daha düşük dürtü kontrolü inhibisyonuna neden olduğu düşünülmektedir [4].

Yetersiz uyku ve KZVD'lerin ilişkili olabileceğini açıklamak için yazında çeşitli psikolojik ve nörofizyolojik özellikteki dört teorik çerçeve sunulmuştur. Bunlardan ilki, işlevsel olmayan ve aşırı uyarılmış bilişsel-duygusal süreçlerin sonucu gelişen yetersiz uykudur. İkincisi, Riemann'ın psikofizyolojik aşırı uyarılma modeli olarak da bilinen şiddetli uyku bozukluklarının ve depresyonun; işlevsel olmayan bilişsel-duygusal süreçler ile artan kortizol ve oreksin konsantrasyonları ve azalan adenosin ve serotonin konsantrasyonları gibi uykuyu bozan fizyolojik değişiklikler arasında çift yönlü bir sürecin sonucu olduğudur. Üçüncüsü, fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarına dayanan kortikal aşırı uyarılma modelidir. Bu modelde insomnia patofizyolojisine beyin ağı konfigürasyonlarında aktivite artışının neden olduğu iddia edilmektedir. İnsomniada medial prefrontal korteksin, amigdala ve çevresindeki mezolimbik yapılara yukarıdan aşağı inhibitör kontrolünde dengesiz ve kesintiye uğramış bir etkileşim olduğu ve bunun daha az işlevsel emosyonel yanıt ve azalmış dürtü kontrolüne yol açması dördüncü model olarak önerilmektedir [4].

Daha spesifik olarak bu alanda Hysing ve arkadaşlarının 2015 yılında yayınladığı çalışmada; uyku problemi yaşayan ergenlerin, uyku problemi olmayanlarla kıyasla daha fazla KZVD bildirdiği gösterilmiştir. Daha yüksek KZVD riski; daha fazla uykusuzluk semptomu,

daha kısa uyku süresi, daha çok uykuya başlama gecikmesi, uyku başladıktan sonra daha fazla uyanma ve bir hafta içi-hafta sonu gün uyku süresi varyasyonunun daha çok olması ile ilişkili saptanmıştır [165]. Benzer şekilde Türkiye’de yapılan bir çalışmada da ergenlerde uykusuzluk semptomları daha fazla KZVD ile ilişkilendirilmiştir [166]. Boylamsal çalışmalar, depresif belirtiler kontrol ettikten sonra da uyku problemlerinin KZVD için bağımsız risk faktörleri olduğunu göstermiştir [167].

Liu ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladıkları, geniş bir ergen örnekleminde yaptığı başka bir çalışmada kısa uyku süresi, uykusuzluk semptomları, düşük uyku kalitesi, uykudan hoşnutsuzluk, horlama, kabuslar, gündüz uyku hali ve yorgunluk dahil olmak üzere çoklu uyku sorunları KZVD ile ilişkilendirilmiştir. Düşük uyku kalitesi ve kabuslar; demografik özellikler, ruh sağlığı sorunları (içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları, dürtüsellik ve umutsuzluk) ve diğer uyku değişkenleri için düzeltme yapıldıktan sonra bağımsız olarak da artan KZVD riski ile ilişkilendirilmiştir. Kabuslar ve KZVD arasındaki ilişkinin çift yönlü olabileceği; kâbus sıkıntısını azaltmak için KZVD’nin bir başa çıkma davranışı olarak kullanılabileceği ve stresli bir olay olarak KZVD’nin kabuslara neden olabileceği düşünülmüştür [168].

3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

Bu çalışmada, Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenler içinde uyku niteliğinin ve uyku sorunlarının sıklığının araştırılması; özkıyım dışı kendine zarar veren, özkıyım davranışı olan ve her iki davranışı da gösteren alt grupların uyku kalitelerinin, uyku alışkanlıklarının belirlenmesi ve birbirleriyle karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Hipotezler:

1. Major Depresif Bozukluk tanılı ergenlerden özkıyım girişimi olanlar; KZVD olanlar ile karşılaştırıldığında daha kötü uyku kalitesi ve anlamlı derecede daha fazla bozulmuş uyku alışkanlıkları (kısa uyku süresi, gündüz uykululuğu, uzamış uyku süresi, uyku ilacı kullanma, uykuya dalma ve sürdürmede güçlük vb) ile ilişkili bulunacağı düşünülmektedir.
2. En kötü uyku kalitesi olan ve anlamlı derecede en fazla bozulmuş uyku alışkanlıkları gözlenen grubun ise diğer gruplar ile karşılaştırıldığında özkıyım davranışı ile KZVD bir arada gözlenen grup olacağı düşünülmektedir.
3. Depresyon şiddeti arttıkça bildirilen uyku sorunlarında artış olması beklenmektedir.
4. Depresyon şiddeti arttıkça KZVD, özkıyım düşünce ve davranışlarında artış gözleneceği varsayılmaktadır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Türü

Araştırmamız, Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenler içinde özkıyım dışı kendine zarar veren ve özkıyım davranışı olanlar alt gruplarında uyku kalitelerinin ve uyku alışkanlıklarının belirlenmesini ve karşılaştırılmasını amaçlayan, kesitsel desende bir çalışmadır.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Mart 2023 – Temmuz 2023 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

4.3. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmamızda MDB tanılı ergenler içinde; sadece özkıyım girişimi öyküsü bulunan ergenlerden oluşan bir grup, sadece özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı öyküsü olan ergenlerden oluşan bir grup ve hem özkıyım girişimi hem de özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı öyküsü olan ergenlerden oluşan başka bir grup olmak üzere toplam 3 adet olgu grubu bulunmaktadır. DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran, çalışma süresince son bir yılda özkıyım girişimi bulunan, son bir yılda özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı olan ya da iki durum birlikte olan, kriterlere uygun tüm hastalar olgu gruplarını oluşturmuştur. Özkıyım girişimi öyküsü bulunan 18 çocuk/ergen; özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı olan 25 çocuk/ergen, hem özkıyım girişimi ve hem de özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı olan 25 çocuk/ergen olmak üzere toplam 68 çocuk/ergen çalışmaya alınmıştır. Tüm katılımcılarda psikiyatrik bozukluklar KSADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) kullanılarak değerlendirilmiştir. MDB tanısı ve komorbiditeler belirlenmiştir. Çalışmada olgu gruplarında depresyon tanısının desteklenmesi ve şiddetinin değerlendirilmesi için Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R) kullanılmıştır. Ayrıca şiddet Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet formu ile de değerlendirilmiştir. Özkıyım dışı kendine zarar verme davranışları, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) kullanılarak sorgulanmıştır. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği kullanılarak özkıyım düşüncesi ve davranışı değerlendirilmiştir.

Tüm olgu gruplarından Sosyodemografik Veri Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) verilerek doldurmaları istenmiştir.

4.4. Örneklem Seçilimi

4.4.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı olan grup için:

- Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması;
- 13-18 yaş aralığında olmak;
- Klinik olarak normal zekâ düzeyine sahip olmak;
- DSM-5'e göre MDB tanısı almak;
- Son bir yıl içerisinde özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı olması olarak belirlenmiştir.

Özkıyım girişimi olan grup için:

- Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması;
- 13-18 yaş aralığında olmak;
- Klinik olarak normal zekâ düzeyine sahip olmak;
- DSM-5'e göre MDB tanısı almak;
- Son bir yıl içerisinde özkıyım girişimi olması olarak belirlenmiştir.

Hem özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı olan hem özkıyım girişimi olan grup için:

- Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması;
- 13-18 yaş aralığında olmak;
- Klinik olarak normal zekâ düzeyine sahip olmak;
- Son bir yıl içerisinde hem özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı olması hem de özkıyım girişimi olması olarak belirlenmiştir.

4.4.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

- Ailesinin ya da kendisinin çalışmaya katılmak istememesi.
- 13-18 yaş aralığının dışında olmak
- Klinik olarak zihinsel yetersizliği bulunan olgular
- MDB tanısı almayan olgular

- Otizm, Bipolar Bozukluk, Şizoaftif Bozukluk, Şizofreniform Bozukluk ve Şizofreni tanısı bulunan olgular

- Çalışmada uygulanan ölçeklere ve görüşmelere katılımı önleyecek düzeyde gelişimsel veya bedensel (nörolojik, metabolik, endokrin vb.) sorunları olan çocuklar çalışmadan dışlanmıştır.

4.5. Veri Toplama Araçları

4.5.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu formda ergenler ve ebeveynleri ile çalışmanın konusu, amacı ve çalışmada uygulanacak yöntemler hakkında detaylı bilgiler paylaşılmaktadır. Çalışma hakkında bu bilgileri öğrenen ve çalışmaya katılma kararı alan ergenler ve ebeveynleri gönüllü olduklarına dair imza atarak bu formu doldururlar.

4.5.2. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmayı yürütenler tarafından demografik veriler, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini almaya yönelik oluşturulan; yaş, cinsiyet, eğitim ya da meslek durumu, okul türü, ders başarısı, aile yapısı, sosyoekonomik düzey, anne-baba mesleği ve eğitim durumu, yaşanan yer, sigara,alkol ve madde kullanımı, kullanılan ilaç tedavilerinin sorulduğu bir bilgi formudur.

4.5.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5]

Çocuk ve ergenlerde şimdi ve yaşam boyu olan psikiyatrik bozuklukların saptanması amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Bu görüşme çizelgesinin ilk bölümü yapılandırılmamış bir görüşme özelliğinde olup çocuğun/ergenin ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği sorgulanır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de son iki ayı kapsayacak şekilde şu anki duruma dair iki yüzden fazla özgül belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Eğer ikinci bölüm taranan hastalığın olabileceğine işaret ediyorsa görüşmeci ilgili ek bölümün olduğu üçüncü bölüme geçer. Eğer tarama görüşmesi belirli bir

bozukluğu göstermiyorsa, görüşmeci ek bölümde hastalığa ait diğer tüm soruları atlar. Aile, çocuktan alınan bilgiler, klinisyen gözlemler birleştirilerek semptomlar dört puan üzerinden ele alınır (0 = bilgi yok, 1 = yok, 2 = eşik düzey bulgu, 3 = eşik altı düzey bulgu) [169].

Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışması 2016 yılında Ünal ve arkadaşları tarafından literatüre kazandırılmıştır [170].

4.5.4. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R) (Childhood Depression Rating Scale – Revised, CDRS-R)

Çocuk/ergen, ebeveynler ile yapılan klinik görüşmeden sağlanan depresyon belirtileri ve şiddeti hakkındaki bilgilerin hekim tarafından bir araya getirilerek değerlendirildiği yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Poznanski ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Meyes ve arkadaşları tarafından psikometrik özellikleri incelenmiştir [171].

Ölçekte bozulmuş okul işlevselliği, eğlenmede/keyif almada güçlük, sosyal içe çekilme, uyku bozuklukları, iştahta bozulma, aşırı yorgunluk, fiziksel yakınmalar, irritabilite, aşırı suçluluk, düşük özgüven, depresif duygular, morbid (hastalıklı) fikir oluşturma, özkıyım düşünceleri ve aşırı ağlama olmak üzere toplam 14 belirti, verilen cevaplara göre görüşmeci tarafından puanlanır. Diğer 3 belirti; depresif yüz affekti, cansız konuşma ve hipoaktivite görüşmecinin gözlemi ile derecelendirilir.

Derecelendirmelerde ham puanlar T skorlarına çevrilir. 65-74 arası T-skoru, “doğrulanmasının muhtemel”; 75-84 arası “çok olası”; 85 veya üzeri “neredeyse kesin” bir depresif bozukluk olarak değerlendirilir.

Ülkemizde Türkçe formunun psikometrik özellikleri 2018 yılında Sevay Alşen GÜNEY ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir [172].

4.5.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet Formu (KGİ-Ş) (Clinical Global Impressions-Severity Index, CGI-SI)

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1976’da geliştirilmiştir. Bu ölçek klinik araştırmalarda hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecinde tedavi ile oluşan değişiklikleri ölçmek amacıyla gözlemci tarafından puanlanır. Klinik Global İzlenim Ölçeği; hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddeti olmak üzere üç bölümden oluşur. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti (severity index-SI) bölümü kullanılmıştır. Yedi değerlikli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin doldurulduğu sırada rahatsızlığın şiddetine göre (1 = Normal, hasta değil;

2 = Ruhsal hastalık sınırında; 3 = Hafif derecede hasta; 4 = Orta derecede hasta; 5 = Belirgin derecede hasta; 6 = Şiddetli derecede hasta; 7 = En ağır derecede hasta) puanlanır [173].

4.5.6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) (Inventory of Statements About Self-injury, ISAS)

Klonsky ve Glenn tarafından 2009 yılında geliştirilen bir ölçektir [161] . İki bölümden oluşur. “Davranışlar” olarak adlandırılan ilk bölümde “kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan” on iki farklı KZVD çeşidinin yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Bunlar kendini kesme, cilde harf veya şekil kazıma, kendini ısırma, yakma, çimdikleme, saç kopartma, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, tırnaklama, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürme, tehlikeli/zararlı madde içme veya yutma, kendine iğne batırmadır. Ayrıca yine bu bölümde, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği de katılımcılara sorulur. Ek beş soru ile bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özellikleri belirlenir. Ölçeğin ilk bölümünde bir ve daha fazla sayıda KZVD belirten katılımcılar, ölçeğin “İşlevler” adındaki ikinci bölümünü cevaplandırır. Bu bölümde toplam 39 soru ile otonom ve sosyal işlevler boyutlarıyla KZVD’lerin işlevleri sorgulanır.

Bu envanter Bildik ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Bu uyarlamada otonom işlevler afekt regülasyonu (1, 14, 27. maddeler), özkıyımı önleme (6, 19, 32. maddeler), sıkıntıyı etiketleme (11, 24, 37. maddeler), kendini cezalandırma (3, 16, 29. maddeler), çözülmeyi önleme (5, 18, 31.maddeler) ve intikam almadır (12, 25, 38. maddeler). Sosyal İşlevler ise; kişilerarası sınırlar (2, 15, 28. maddeler), kişilerarası etkileşim (9, 22, 35. maddeler), heyecan arama (7, 20, 33. maddeler), akranlarla bağ kurma (8, 21, 34.maddeler), dayanıklılık (10, 23, 36.maddeler), özerklik (13, 26, 39. maddeler) ve kendiyle ilgilenmedir (4, 17, 30.maddeler). Her biri 0-2 puan aralığında derecelendirilir [174].

4.5.7. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS)

C-SSRS görüşmeci tarafından özkıyım düşünceleri, girişimleri, özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışları, özkıyım hazırlayan süreçleri, tam bir özkıyım girişimine dönüşmeyen riskli davranışları ayrı ayrı ele alan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçek özkıyım düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, özkıyım davranışı ve gerçekleşmiş özkıyımların

ciddiyet durumunu değerlendiren dört alt ölçekten oluşur ve ilk üç ölçek özkıyım için genel risk seviyesini gösterir.

Özkıyım düşüncesi alt ölçeği beş üzerinden puanlanır. Toplam puan 0 ile 5 arasındadır. Özkıyım düşüncesinin yoğunluğu alt ölçeği, her biri beş üzerinden puanlanan sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcılar ve özkıyım nedeni olmak üzere beş maddeden meydana gelir. Toplam puan 0 ile 25 arasındadır. Özkıyım davranışı alt ölçeği evet-hayır sorularından oluşmaktadır. Ek olarak bu alt ölçekte sorgulanan gerçekleştirilmiş, durdurulmuş ya da kesintiye uğramış girişimler; özkıyım hazırlayıcı davranışlar ve özkıyımaya yönelik olmayan kendine zarar verme davranışları sayısal değerlerle de belirlenir. Ölümcüllük alt ölçeği ise son alt ölçektir. Gerçek özkıyım girişimleri için cevaplandırılır.

C-SSRS'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması 2011'de Posner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [175]. Türkçeye çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması ise 2019'da Kılınçaslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [176].

4.5.8. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

Uyku kalitesinin subjektif değerlendirilmesi için 1989'da Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir [177]. Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996'da Türkçeye uyarlanmıştır [5].

Ölçekte toplam 24 soru mevcuttur. İlk 19 soruyu katılımcı, son beş soruyu odasını paylaştığı kişi varsa o kişi doldurur. Bu 19 soru ile son bir aydaki gündüz işlev bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, uyku latansı, subjektif uyku kalitesi, alışılmış uyku etkinliği, uyku süresi, uyku bozukluğu şeklinde yedi bileşen değerlendirilir. Her biri 0 ile 3 arasında puanlandırılır. Toplam en yüksek puan 21'dir. Son beş soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve bu sorular puanlamaya katılmaz. Çalışmamızda da ölçeğin bu kısmı değerlendirilmemiştir.

Toplam puan ile uyku kalitesi arasında ters orantı söz konusudur; puan ne kadar yüksekse uyku kalitesi o kadar düşüktür. Kesme puanı beş olarak belirlenmiştir ve üzerindeki değerler kötü uyku kalitesi ile ilişkilidir [5].

4.5.9. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) (Children's Sleep Habits Questionnaire, CSHQ)

2000 yılında Owens ve arkadaşları tarafından, çocukların uyku ile ilişkili sorunlarını ve alışkanlıklarını değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Daha sonra 45 maddeden oluşan orijinal ölçekten işlevsel olan 33 madde ile kısaltılmış form oluşturulmuştur [178].

Ölçekteki sekiz alt ölçek; yatma zamanı direnci (1, 3, 4, 5, 6, 8. maddeler), uykuya dalmanın gecikmesi (2. madde), uyku süresi (9,10,11. maddeler), uyku kaygısı (5, 7, 8, 21. maddeler), gece uyanmaları (16, 24, 25. maddeler), parasomniler (12, 13, 14, 15, 17, 22, 23. maddeler), uykuda solunumun bozulması (18, 19, 20. maddeler) ve gün içinde uykululuktur (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33. maddeler). Ebeveynler tarafından bir hafta öncesine göre değerlendirilerek ölçek doldurulur. 32. ve 33. maddeler 0-2 puan aralığında, diğerleri 1-3 puan aralığında işaretlenir. 1, 2, 3, 10, 11 ve 26. maddeler ters şekilde puanlanır. Kesim noktası toplamda 41 puandır. Üzerindeki değerler klinik düzeyde anlamlı olarak değerlendirilir.

Bu Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2010'da Perdahlı Fiş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [179].

4.6. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.02.2023 tarih ve 2023/04-34 sayılı karar no. ile onayı alınmıştır.

4.7. Araştırmanın İstatistiği

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 26.0 paket yazılım programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde parametrik olanlar ortalama $\pm$ standart sapma değerleri, nonparametrik olanlar ortanca ve min-max değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare); gözlenen değerler arasında 5'ten küçük değer olduğunda Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar içinde anlamlı sonucun tespiti Bonferroni düzeltmesi ile sağlanmıştır. Çalışmada ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayısı hesaplanmış, Shapiro-Wilk Testi uygulanmıştır. Sayısal değişkenler normal dağılım gösterdiğinde iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermediğinde iki grup arasında ortancaların

karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bununla birlikte ölçek puanlarının üç gruba göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla parametrik analizler için ANOVA ve nonparametrik analizler için Kruskal Wallis yapılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile belirlenmiştir. Kruskal Wallis testinin post-hoc analizi için Mann Whitney U kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde normal dağılım gösterenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya alınacak örneklem büyüklüğü hesaplanırken, yazında çalışma desenimize uygun (hasta grubu özellikleri ve kullanılan testler açısından) bir araştırma bulunamaması nedeniyle, G Power 3.1.9.2 programı üzerinden teorik etki düzeyi yöntemi kullanılarak güç analizi yapılmış, etki düzeyi 0,40 ve α değeri 0,05 olup güç değeri $(1-\beta)$ 0,80 olarak hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı toplamda 66 olarak hesaplanmıştır. Her bir gruptan en az 22 kişi alınmasının yeterli olduğu tespit edilmiştir. Ancak çalışmada uç değerlerin olabileceği düşünülerek her bir gruptan en az 25 kişi alınması planlanmıştır. Buna göre hesaplanan örneklem büyüklüğünün ise kendine zarar verme davranışı olan 25 çocuk/ergen; özkıyım davranışı olan 25 çocuk/ergen ve hem kendine zarar verme davranışı hem özkıyım davranışı olan 25 çocuk ve/veya ergen olmak üzere toplam 75 kişi alınması planlanmış; ancak çalışmanın gerçekleştirildiği tarihlerde polikliniğimize başvuran ve özkıyım davranışı olan çocuk/ergen olgu grubuna uygun 18 kişi saptanabilmiştir.

5. BULGULAR

Bulgular değerlendirilirken; son bir yılda sadece özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı bulunan grup “KZVD”, son bir yılda sadece özkıyım girişimi bulunan grup “Özkıyım”, son bir yılda hem özkıyım hem özkıyım dışı kendine zarar verme davranışı bulunan grup “KZVD ve Özkıyım” olarak isimlendirilmiştir.

5.1. Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri

5.1.2. Yaş

Çalışmamıza yaş ortalaması 15.9 ± 1.4 olan 68 katılımcı alınmıştır. Grupların varyanslarının homojen bir dağılım gösterdiği belirlendiği için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır (One-Way ANOVA). KZVD grubunun yaş ortalaması 16.1 ± 1.5 , Özkıyım grubunun yaş ortalaması 16.0 ± 1.3 , KZVD ve Özkıyım grubunun yaş ortalaması 15.7 ± 1.3 olarak tespit edilmiştir. Her üç grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0.547$).

Tablo 1. Grupların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	F değeri	P değeri
Yaş, Ortalama $\pm$ SS	16.1 ± 1.5	16.0 ± 1.3	15.7 ± 1.3	0.6	0.547

*One-Way ANOVA

5.1.2. Cinsiyet

Çalışmamızdaki katılımcıların %91.2’si kız cinsiyettedir. Gruplar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde KZVD grubundaki katılımcıların %92’sinin ($n=23$), özkıyım grubundaki katılımcıların %88.9’unun ($n=16$), KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %92’sinin ($n=23$) kız cinsiyette olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p=1.0$).

Tablo 2. Grupların Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması

Cinsiyet	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Kız, n (%)	23 (%92.0)	16 (%88.9)	23 (%92.0)	0.4	1.0
Erkek, n (%)	2 (%8.0)	2 (%11.1)	2 (%8.0)		

*Fisher'ın kesin testi

5.1.3. Eğitim Durumu

Çalışmamıza katılan katılımcılar ortaokul ve lise olarak iki ayrı eğitim düzeyine göre ayrıldığında %91.2'sinin lise düzeyinde olduğu saptanmıştır. KZVD grubundaki katılımcıların %80'inin (n=20), özkıyım grubundaki katılımcıların %94.4'ünün (n=17), KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların tamamının (n=25) lise düzeyinde olduğu görülmüştür. Üç grup karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark olabileceği düşünülmüştür (p=0.042); ancak yapılan post-hoc analizlerde bu farklılık ortadan kalkmıştır.

Tablo 3. Grupların Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması

Öğrenim Durumu	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Ortaokul, n (%)	5 (%20.0)	1 (%5.6)	0 (%0.0)	5.74	0.042
Lise, n (%)	20 (%80.0)	17 (%94.4)	25 (%100)		

*Fisher'ın kesin testi

5.1.4. Ders Başarısı

Çalışmamızdaki katılımcıların ders başarı durumları 55 puan ve altı için kötü, 55-70 puan arası için orta, 70 puan ve üstü için iyi olarak üç gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların %63.2'sinin ders başarısının iyi olmadığı görülmüştür. KZVD grubundaki katılımcıların %48'i (n=12), KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %42'si (n=13) başarılarını kötü olarak tanımlarken bu oran özkıyım grubundaki katılımcılarda %22.2 (n=4) olarak saptanmıştır. Üç grup arasında ders başarısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.261).

Tablo 4. Grupların Ders Başarısının Karşılaştırılması

Ders Başarısı	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
İyi (100-70), n (%)	7 (%28.0)	10 (%55.5)	8 (%32.0)	5.27	0.261
Orta (70-55), n (%)	6 (%24.0)	4 (%22.2)	4 (%16.0)		
Kötü (55-0), n (%)	12 (%48.0)	4 (%22.2)	13 (%42.0)		

*Pearson ki kare testi

5.1.5. Akran İlişkisi

Çalışmamızdaki katılımcıların akran ilişkilerini değerlendirmeleri istenmiştir. İstatistiksel açıdan karşılaştırmak için çok iyi ve iyi, çok kötü ve kötü grupları birleştirilmiş ve üç temel sınıflama yapılmıştır. Tüm katılımcıların %63.2'si akran ilişkilerinin iyi olmadığını belirtmiştir. Yapılan analiz sonucunda gruplar arasında akran ilişkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.443).

Tablo 5. Grupların Akran İlişkisine Göre Karşılaştırılması

Akran İlişkisi	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
İyi, n (%)	10 (%40.0)	9 (%50.0)	6 (%24.0)	3.74	0.443
Orta, n (%)	9 (%36.0)	4 (%22.2)	11 (%36.0)		
Kötü, n (%)	6 (%24.0)	5 (%27.8)	8 (%32.0)		

*Pearson ki kare testi

5.1.6. Aile Yapısı

Aile yapısı açısından katılımcılar değerlendirildiğinde anne babası birlikte olanlar, boşanmış olanlar, anne veya babası vefat etmiş olanlar şeklinde üç kategori oluşturulmuştur. KZVD grubundaki katılımcıların %64'ü (n=16), özkıyım grubundaki katılımcıların %88.9'u (n=16) KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %68'i (n=17) ebeveynlerinin birlikte olduğunu belirtmiştir. Üç grup arasında aile yapısı açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.207).

Tablo 6. Grupların Aile Yapılarının Karşılaştırılması

Aile Yapısı	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Anne baba birlikte, n (%)	16 (%64.0)	16 (%88.9)	17 (%68.0)	5.11	0.207
Anne baba boşanmış, n (%)	9 (%36.0)	2 (%11.1)	7 (%28.0)		
Vefat, n (%)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1 (%4.0)		

*Fisher'ın kesin testi

5.1.7. Kardeş Sayısı ve Sıralaması

Çalışmamızda kardeş sayısı bir, iki ve daha çok olmak üzere iki kategoride değerlendirilmiştir. KZVD grubundaki katılımcıların %84'ü (n=21), özkıyım grubundaki katılımcıların % 88.9'u (n=16), KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %80'i (n=20) iki ya da daha çok kardeşi olduğunu bildirmiştir. Üç grup arasında kardeş sayısı açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.915). Doğum sırası bakımından yapılan karşılaştırmalarda ise üç grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.482).

Tablo 7. Grupların Kardeş Sayılarının ve Sıralarının Karşılaştırılması

Kardeş Sayısı	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Bir, n (%)	4 (%16.0)	2 (%11.1)	5 (%20.0)	0.62	0.915
İki ve daha çok, n (%)	21 (%84.0)	16 (%88.9)	20 (%80.0)		
Doğum Sırası	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Birinci çocuk, n (%)	11 (%44.0)	6 (%33.3)	13 (%52)	1.47	0.482
İkinci çocuk ve üzeri, n (%)	14 (%56.0)	12 (%66.6)	12 (%42)		

*Fisher'ın kesin testi

5.1.8. Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi

İstatistiksel olarak karşılaştırmak için ilkökul mezunu, okur yazar ancak ilkökul terk ve okur yazar olmayan ebeveyn grupları birleştirilip ilkökul mezunu ve altı olarak sınıflandırılmıştır. Gruplar arasında annelerin eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmamıştır (p=0.859). Gruplar arasında babaların eğitim düzeyi açısından da istatistiksel açıdan anlamli fark bulunmamıştır (p=0.997).

Tablo 8. Grupların Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X²	p
İlkokul mezunu ve altı, n (%)	7 (%28.0)	6 (%33.3)	9 (%36.0)	2.82	0.859
Ortaokul mezunu, n (%)	4 (%16.0)	1 (%5.6)	5 (%20.0)		
Lise mezunu, n (%)	9 (%36.0)	8 (%44.4)	7 (%28.0)		
Üniversite mezunu, n (%)	5 (%20.0)	3 (%16.7)	4 (%16.0)		
Baba Eğitim Düzeyi	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X²	p
İlkokul mezunu ve altı, n (%)	8 (%32.0)	4 (%22.2)	8 (%32.0)	0.93	0.997
Ortaokul mezunu, n (%)	4 (%16.0)	3 (%16.7)	4 (%16.0)		
Lise mezunu, n (%)	7 (%28.0)	6 (%33.3)	7 (%28.0)		
Üniversite mezunu, n (%)	6 (%24.0)	5 (%27.8)	6 (%24.0)		

*Fisher'ın kesin testi

5.1.9. Komorbid Psikiyatrik Tanılar

Her üç grupta yer alan ergenlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL DSM-5) yapılarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Katılımcıların %52.9'unda (n=36) Anksiyete Bozuklukları, %14.7'sinde (n=10) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, %5.9'unda Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranış Bozuklukları, %2.9'unda Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar, %11.8'inde Yeme Bozuklukları, %5.9'unda Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar, %1.9'unda Disosiasyon Bozuklukları, %1.9'unda Bedensel Belirti Bozuklukları tespit edilmiştir.

Her üç grupta da %50'nin üzerinde ve en çok saptanan komorbidite Anksiyete Bozuklukları olmuştur. Üç grup için en sık saptanan ikinci komorbid tanı DEHB olmuştur. Gruplar arasında istatistiksel açıdan karşılaştırıldığında, komorbid tanıları için anlamli farklılık saptanmamıştır.

Tablo 9. Grupların Psikiyatrik Tanılar Açısından Karşılaştırılması

Komorbid Psikiyatrik Tanılar	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X²	p
Anksiyete Bozuklukları, n (%)	14 (%56.0)	9 (%50.0)	13 (%52.0)	0.17	0.921 ¹
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, n (%)	2 (%8.0)	3 (%16.7)	5 (%20.0)	1.58	0.568 ²
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranış Bozuklukları, n (%)	0 (%0.0)	1 (%5.6)	3 (%12.0)	2.96	0.187 ²
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar, n (%)	1 (%4.0)	1 (%5.6)	0 (%0.0)	3.19	0.80 ²
Yeme Bozuklukları, n (%)	2 (%8.0)	1 (%5.6)	5 (%20)	2.24	0.439 ²
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar, n (%)	1 (%4.0)	1 (%5.6)	2 (%8.0)	0.6	1.0 ²
Disosiasyon Bozuklukları, n (%)	1 (%4.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1.69	1.0 ²
Bedensel Belirti Bozuklukları, n (%)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1 (%4.0)	1.69	1.0 ²

¹Pearson ki kare testi, ² Fisher’in kesin testi

Çalışmamızdaki katılımcıların %70.6’sında en az bir komorbidite mevcuttur. KZVD grubunda 6 kişi (%24.0), özkıyım grubunda 4 kişi (%22.3), KZVD ve özkıyım grubunda 10 kişi (%40) birden fazla komorbiditeye sahiptir. Üç grup, tek ya da daha çok komorbidite varlığı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermemektedir (p=0.552).

Tablo 10. Grupların Komorbidite Varlığı ve Sayısı Açısından Karşılaştırılması

	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X²	p
Komorbidite Varlığı, n (%)	17 (%68.0)	13 (%72.2)	18 (%72.0)	0.13	0.938
Tek Komorbidite, n (%)	13 (%52.0)	8 (%44.4)	8 (%32.0)	3.04	0.552
Birden Fazla Komorbidite, n (%)	6 (%24.0)	4 (%22.3)	10 (%40.0)		

*Pearson ki kare testi

5.1.10. Psikotrop İlaç Kullanımı

Katılımcıların psikotrop ilaç kullanıp kullanmadıkları değerlendirildiğinde; psikotrop kullanımı ve atipik antipsikotik kullanımı oranı özkıyım varlığında daha yüksektir ancak istatistiksel olarak üç grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 11. Grupların Psikotrop İlaç Kullanımlarının Karşılaştırılması

	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Psikotrop ilaç kullanımı varlığı, n (%)	14 (%56.0)	14 (%77.8)	20 (%80.0)	3.82	0.130
SSRI kullanımı varlığı, n (%)	13 (%52.0)	9 (%50.0)	13 (%52.0)	0.02	0.989
AAP kullanımı varlığı, n (%)	10 (%40)	13 (%72.2)	14 (%56.0)	4.42	0.110

*SSRI: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü, AAP: Atipik Antipsikotik

**Pearson ki kare testi

5.1.11. Sigara Kullanımı

KZVD grubundaki katılımcıların %36'sı (n=9), özkıyım grubundaki katılımcıların %27.8'i (n=5), KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %68'i (n=17) sigara kullanmaktadır. Üç grup sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.016). Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında KZVD ve özkıyım grubunun sadece KZVD ya da sadece özkıyım grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak sigara kullanımının fazla olduğu görülmüştür (sırasıyla p= 0.024, p= 0.009). Bonferroni düzeltmesi ile gruplar arası asıl farklılığın Özkıyım grubu ile KZVD ve Özkıyım grubu arasında olduğu tespit edilmiştir (p=0.009).

Tablo 12. Grupların Sigara Kullanımlarına Göre Karşılaştırılması

	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Sigara Kullanımı, n (%)	9 (%36.0)	5 (%27.8)	17 (%68.0)	8.29 0.32 5.13 6.78	0.016* 0.057** 0.024*** 0.009****

* Pearson ki kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Pearson ki kare testine göre KZVD ile Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

*** Pearson ki kare testine göre KZVD ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

**** Pearson ki kare testine göre Özkıyım ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

5.1.12. Alkol ve Madde Kullanımı

KZVD grubundaki katılımcıların %36'sı (n=9), özkıyım grubundaki katılımcıların %16.7'si (n=3), KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %52'si (n=13) alkol kullanmaktadır. Üç grup alkol kullanımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.060).

KZVD grubundaki katılımcıların %8'i (n=2), özkıyım grubundaki katılımcıların %5.6'sı (n=1), KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %28'i (n=7) geçmişte madde kullanım öyküsü olduğunu bildirmiştir. Üç grup madde kullanımı açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.087).

Tablo 13. Grupların Alkol ve Madde Kullanımlarına Göre Karşılaştırılması

	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Alkol Kullanımı, n (%)	9 (%36.0)	3 (%16.7)	13 (%52.0)	5.63	0.060 ¹
Madde Kullanımı, n (%)	2 (%8.0)	1 (%5.6)	7 (%28.0)	4.81	0.087 ²

¹ Pearson ki kare testi, ² Fisher'in kesin testi

5.1.13. Tıbbi Özgeçmiş

Katılımcıların kronik hastalık, ameliyat ve kaza öyküsü tıbbi özgeçmiş başlığı altında ele alınmıştır. Diyabet, astım, epilepsi, kanser, fiziksel engellilik, kardiyovasküler hastalıklar ve otoimmün hastalıkların tespit edildiği olgular kronik tıbbi hastalıklar adı altında değerlendirilmiştir. Üç grup arasında kronik hastalık (p=0.327), ameliyat öyküsü (p=0.050) ve kaza öyküsü (p=0.486) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 14. Grupların Tıbbi Özgeçmişlerinin Karşılaştırılması

Tıbbi Özgeçmiş	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Kronik hastalık, n (%)	11 (%44.0)	6 (%33.3)	6 (%24.0)	2.37	0.327 ¹
Ameliyat öyküsü, n (%)	4 (%16.0)	7 (%38.9)	12 (%48.0)	5.99	0.050 ¹
Kaza öyküsü, n (%)	1 (%4.0)	3 (%16.7)	2 (%8.0)	2.02	0.486 ²

¹ Pearson ki kare testi, ² Fisher'in kesin testi

5.1.14. Ailede Psikiyatrik Hastalık

Çalışmamıza katılan gruplar annede, babada, kardeşte ve akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmamasına göre karşılaştırılmıştır. Tüm veriler ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olarak birleştirilerek karşılaştırıldığında KZVD grubunda %44 (n=11), özkıyım grubunda %27.8 (n=5), KZVD ve özkıyım grubunda %72 (n=18) olarak saptanmış olup; üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0.013). Bonferroni düzeltmesi ile gruplar arası asıl farklılığın Özkıyım grubu ile KZVD ve Özkıyım grubu arasında olduğu tespit edilmiştir (p=0.009).

KZVD grubunda annelerin %16'sının (n=4), özkıyım grubunda %16.7'sinin (n=3), KZVD ve özkıyım grubunda %28'inin (n=7) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Üç grup arasında annede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.601).

KZVD grubunda babaların %20'sinin (n=5), özkıyım grubunda %7.1'inin (n=4), KZVD ve özkıyım grubunda %16'sının (n=4) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Üç grup arasında babada psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.927).

KZVD grubunda kardeşlerin %8'inde (n=2), özkıyım grubunda %14.7'sinde (n=1) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir. KZVD ve özkıyım grubunda kardeşlerde psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Üç grup arasında kardeşlerde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.476).

KZVD grubunda akrabaların %20'sinin (n=5), özkıyım grubunda %28.6'sının (n=3), KZVD ve özkıyım grubunda %48'inin (n=12) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Üç grup arasında akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olabileceği düşünülmüştür (p=0.041). Ancak Bonferroni düzeltmesi ile gruplar arası farklılık olmadığı saptanmıştır.

Tablo 15. Grupların Ailede Psikiyatrik Hastalık Yönünden Karşılaştırılması

	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Ailede Psikiyatrik Hastalık, n (%)	11 (%44.0)	5 (%27.8)	18 (%72.0)	8.76	0.013¹ 0.480* 0.045** 0.009***
Annede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü, n (%)	4 (%16.0)	3 (%16.7)	7 (%28.0)	1.33	0.601 ¹
Babada Psikiyatrik Hastalık Öyküsü, n (%)	5 (%20.0)	4 (%7.1)	4 (%16.0)	0.4	0.927 ²
Kardeşte Psikiyatrik Hastalık Öyküsü, n (%)	2 (%8.0)	1 (%14.7)	0 (%0)	2.0	0.476 ²
Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık Öyküsü, n (%)	5 (%20.0)	3 (%28.6)	12 (%48.0)	6.64	0.041¹

¹ Pearson ki kare testi, ² Fisher'in kesin testi

* Pearson ki kare testine göre KZVD ile Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

** Pearson ki kare testine göre KZVD ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

*** Pearson ki kare testine göre Özkıyım ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

5.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

5.2.1. Tüm Örneklemde Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-Skoru Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru ortalama puanı 75.9 ± 6.7 olarak saptanmıştır. Olgu grupları ÇDDÖ-R t-skoru puanları açısından Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırılmıştır, üç grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.384$).

Tablo 16. Grupların Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-Skoru Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	H değeri	P değeri
ÇDDÖ-R T-Skoru Toplam, Ortanca (Min-Max)	74 (66-85)	74.5 (59-85)	80 (61-85)	1.9	0.384

*Kruskal Wallis Testi

5.2.2. Tüm Örneklemde Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda katılımcıların KGI-Ş ortalama puanı 4.6 ± 1.4 olarak saptanmıştır. Olgu grupları KGI-Ş puanları açısından Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırılmıştır. Üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.005$). Post-hoc Mann Whitney U testi ile değerlendirme sonuçları Tablo 17'nin altında yer almaktadır. Sadece KZVD olan grupta KGI-Ş puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğer gruplardan daha düşüktür.

Tablo 17. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet Formu Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	H değeri	P değeri
KGI-Ş Toplam, Ortanca (Min-Max)	4.0 (3-6)	5.0 (3-7)	5.0 (3-7)	10.8	0.005* 0.024** 0.010*** 1.0****

*Kruskal Wallis Testi ile üç grubun karşılaştırılması

** Post-hoc KZVD ile Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

*** Post-hoc KZVD ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

**** Post-hoc Özkıyım ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

5.2.3. Tüm Örneklemde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızdaki katılımcıların uyku kalitesi, PUKİ ile değerlendirilmiş olup ortalama puanı 10.25 ± 3.9 olarak saptanmıştır. KZVD grubunda PUKİ puanları ortalaması 10.8 ± 3.2 , Özkıyım grubunda 8.7 ± 3.9 , KZVD ve Özkıyım grubunda 10.8 ± 4.3 olduğu görülmüştür. Verilerin normal dağıldığı görülmüş olup üç grup One-Way ANOVA ile karşılaştırılmıştır; gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark elde edilememiştir ($p=0.133$).

Tablo 18. Grupların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanları Açısından Karşılaştırılması

PUKİ	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	F değeri	P değeri
Toplam Puan, Ortalama $\pm$ SS	10.8 ± 3.2	8.7 ± 3.9	10.8 ± 4.3	2.1	0.133

*One-Way ANOVA

Çalışmamızdaki katılımcıların %89.7'si (n=61) PUKİ'ye göre uyku kalitelerini kötü olarak değerlendirmiştir. KZVD grubunda bu oran %92 (n=23), Özkıyım grubunda %83.3 (n=15), KZVD ve Özkıyım grubunda ise %92 (n=23) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark oluşmamıştır (p=0.684).

Tablo 19. Grupların Uyku Kalitesi Açısından Karşılaştırılması

PUKİ	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Kötü Uyku Kalitesi, n (%)	23 (%92.0)	15 (%83.3)	23 (%92.0)	1.14	0.684

*Fisher'ın kesin testi

PUKİ ölçeğinin bileşenleri gruplar arasında normal dağılım göstermemiş olup Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırılmıştır; gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark elde edilmemiştir.

Tablo 20. Grupların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Bileşenleri Açısından Karşılaştırılması

PUKİ Bileşenleri	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	H değeri	P değeri
Subjektif Uyku Kalitesi (Bileşen 1), Ortanca (Min- Max)	2 (1-3)	1.5 (1-3)	2 (1-3)	4.3	0.115
Uyku Latansı (Bileşen 2), Ortanca (Min-Max)	2 (0-3)	2 (0-3)	2 (0-3)	2.3	0.316
Uyku Süresi (Bileşen 3), Ortanca (Min-Max)	0 (0-3)	0 (0-2)	1 (0-3)	2.8	0.252
Efektif Uyku Alışkanlığı (Bileşen 4), Ortanca (Min- Max)	0 (0-3)	0 (0-3)	0 (0-3)	2.4	0.298
Uyku Bozuklukları (Bileşen 5), Ortanca (Min-Max)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	0.8	0.665
Uyku İlacı Kullanımı (Bileşen 6), Ortanca (Min- Max)	0 (0-3)	0 (0-3)	0 (0-3)	1.7	0.423
Günlük İşlev Bozukluğu (Bileşen 7), Ortanca (Min- Max)	3 (1-3)	3 (0-3)	2 (1-3)	1.6	0.445

*Kruskal Wallis Testi

5.2.4. Tüm Örneklemde Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızdaki katılımcıların uyku alışkanlıkları ebeveynleri tarafından doldurulan ÇUAA ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın ÇUAA puanı ortalama 50.3 ± 8.1 olduğu görülmüştür. KZVD grubunda ÇUAA puanları ortalama 52.8 ± 8.5 , Özkıyım grubunda 47.2 ± 5.7 , KZVD ve Özkıyım grubunda 50.0 ± 8.1 olarak saptanmıştır. Puanların normal dağıldığı görülmüş olup üç grup One-Way ANOVA ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark elde edilmemiştir ($p=0.076$).

Tablo 21. Grupların Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi Puanları Açısından Karşılaştırılması

ÇUAA	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	F değeri	P değeri
Toplam Puan, Ortalama $\pm$ SS	52.8 ± 8.5	47.2 ± 5.7	50.0 ± 8.1	2.68	0.076

*One-Way ANOVA

Çalışmamızdaki katılımcıların %83.8'i (n=57) ÇUAA'ya göre bozulmuş uyku alışkanlığına sahip olarak değerlendirilmiştir. KZVD grubunda bu oran %88 (n=22), Özkıyım grubunda %83.3 (n=15), KZVD ve Özkıyım grubunda ise %80 (n=20) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark oluşmamıştır ($p=0.781$).

Tablo 22. Grupların Uyku Alışkanlıkları Açısından Karşılaştırılması

ÇUAA	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
Bozulmuş Uyku Alışkanlığı, n (%)	22 (%88.0)	15 (%83.3)	20 (%80.0)	0.68	0.781

*Fisher'ın kesin testi

ÇUAA'nın alt ölçekleri Parasomniler hariç gruplar arasında normal dağılım göstermemiş olup Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırılmıştır; Parasomniler testi içinse Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Uykuya dalma gecikmesinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark elde edilmiştir ($p=0.006$). Post-hoc analiz için Mann Whitney U testi yapılmış olup; gruplar arası farklılığın özkıyım grubu ile diğer gruplar arasında olduğu görülmüştür ($p=0.049$, $p=0.005$). Diğer bileşenler için gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık oluşmamıştır.

Tablo 23. Grupların Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi Bileşenleri Açısından Karşılaştırılması

ÇUAA	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	F/H değeri	P değeri
Yatma Zamanı Direnci, Ortanca (Min-Max)	9 (6-18)	8 (6-11)	7 (6-13)	H=5.7	0.059 ¹
Uykuya Dalmanın Gecikmesi, Ortanca (Min-Max)	3 (1-3)	1.5 (1-3)	3 (1-3)	H=10.4	0.006¹ 0.049* 0.005** 1.0***
Uyku Kaygısı, Ortanca (Min-Max)	4 (4-10)	4 (4-6)	4 (4-8)	H=4.5	0.106 ¹
Gece Uyanmaları, Ortanca (Min-Max)	4 (3-8)	4 (3-6)	5 (3-7)	H=3.1	0.213 ¹
Parasomniler, Ortalama $\pm$ SS	9.5 $\pm$ 2.0	9.0 $\pm$ 1.6	9.1 $\pm$ 1.5	F=0.6	0.578 ²
Uykuda Solunum Bozulması, Ortanca (Min-Max)	3 (3-8)	3.5 (3-6)	4 (3-7)	H=0.9	0.654 ¹
Gün İçi Uykululuk, Ortanca (Min-Max)	15 (10-21)	13 (8-20)	14 (8-21)	H=0.4	0.832 ¹

¹ Kruskal Wallis Testi, ² One-Way ANOVA

* Post-hoc KZVD ile Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

** Post-hoc KZVD ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

*** Post-hoc Özkıyım ile KZVD ve Özkıyım gruplarının karşılaştırılması

5.2.5. Olguların Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri

Tüm katılımcıların %86.8'sinde (n=59) yaşam boyu en az bir kez KZVD öyküsü mevcuttu. Bu kişilerde KZVDDE kullanılarak tanımlanan özellikler Tablo 24'te sıralanmıştır.

Katılımcıların KZVD başlangıç yaşı ortalama değeri 12.8 $\pm$ 2.1 olarak saptanmıştır.

KZVD olan katılımcılar %94.9 (n=56) kesme; %61.0 (n=36) ısırma; %33.9 (n=20) yakma; %54.2 (n=32) cilde harf, şekil kazıma; %57.6 (n=34) çimdikleme; %59.3 (n=35) saç kopartma; %71.2 (n=42) tırnaklama; %76.3 (n=45) kendini çarpma, vurma; %83.1 (n=49) yara iyileşmesini engelleme; %47.5 (n=28) cildi sert yüzeye sürme; %42.4 (n=25) iğne batırma ve %40.7 (n=24) tehlikeli madde içme yöntemlerini kullandıklarını bildirmiştir.

KZVD olan katılımcıların 18'i (%30.5) KZVD sırasında fiziksel acı hissettiğini, 25'i (%42.4) KZVD sırasında bazen fiziksel acı hissettiğini, 16'sı ise (%27.1) fiziksel acı hissetmediğini bildirmiştir.

Katılımcıların %83.1'i KZVD sırasında yalnız olduğunu, %16.1'i bazen yalnız olduğunu ifade etmiştir.

KZVD olan olguların %79.7'sinde, kendine zarar verme dürtüsü oluşuktan sonra 1 saatten kısa süre içinde eylemin gerçekleştirdiği görülmüştür.

KZVD'yi sonlandırma isteği incelendiğinde katılımcıların %61.1'i (n=36) sonlandırmak istediğini, %38.9'u (n=23) ise sonlandırmak istemediğini belirtmiştir.

Tablo 24. KZVD'si Bulunan Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanterine Göre Klinik Özellikleri

Fiziksel Acı Hissetme	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
Evet	18	30.5
Hayır	16	27.1
Bazen	25	42.4
KZVD Yöntemleri	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
Cilde harf, şekil kazıma	32	54.2
Çimdikleme	34	57.6
Saç kopartma	35	59.3
Tırnaklama	42	71.2
Kendini çarpma, vurma	45	76.3
Yara iyileşmesini engelleme	49	83.1
Cildi sert yüzeye sürme	28	47.5
İğne batırma	25	42.4
Tehlikeli madde içme	24	40.7
KZVD Sırasında Yalnız Olma	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
Evet	49	83.1
Hayır	0	0
Bazen	10	16.9

KZVD Dürtü-Eylem Arası Süre	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
<1 saat	47	79.7
1-3 saat	8	13.6
3-6 saat	2	3.4
6-12 saat	1	1.7
>1 gün	1	1.7
KZVD Sonlandırma İsteği	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
Evet	36	61.1
Hayır	23	38.9

5.2.6. Olguların Özkıyım Düşünce ve Girişimlerinin Özellikleri

Çalışmamızdaki katılımcıların hepsinde (n=68) yaşam boyu bir özkıyım düşüncesi, %75’inde (n=51) yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişimi öyküsü mevcuttur. Katılımcıların özkıyım düşünce ve girişimlerinin C-SSRS kullanılarak yapılan değerlendirmesi Tablo 25’te sıralanmıştır.

Özkıyım düşüncelerinin nedenleri; dikkat çekmek, intikam veya tepki almak, çekilen acıya ya da hissedilen duruma son vermek ve her ikisinin de eşit oranda etkili olması olarak üç kategoride tanımlanmıştır. Katılımcıların %13.2’sinde (n=9) dikkat çekme, intikam veya tepki almanın, %58.8’inde (n=40) çekilen acıya ya da hissedilen duruma son vermenin ve %27.9’unda (n=19) ise her ikisinin de eşit oranda etkili olduğu saptanmıştır.

Özkıyım düşüncelerinin şiddeti beş derecede değerlendirildi. En az şiddetli olandan en şiddetli olan şeklinde sıralandığında; sadece ölme isteği olması, kendini öldürme isteğinin olması ama özkıyım niyeti, planı veya yönteminin olmaması, özkıyım yönteminin düşünülmesi, özkıyım niyetinin olması, özkıyım planının olması şeklindedir. Çalışmamızda geçen ay değerlendirildiğinde, katılımcıların %2.9’unda (n=2) özkıyım düşüncesi mevcut değildir. Katılımcıların %2.9’unda (n=2) sadece ölme isteği, %20.6’sında (n=14) sadece kendini öldürme düşüncesi, %26.5’inde (n=18) kendini öldürme yöntemi düşüncesinin varlığı, %25’inde (n=17) özkıyım niyeti ve %22.1’inde (n=15) özkıyım planı tespit edilmiştir. Yaşam boyu en şiddetli dönem değerlendirildiğinde; %1.5’inde (n=1) sadece ölme isteği, %2.9’unda (n=2) sadece kendini öldürme düşüncesi, %20.6’sında (n=14) kendini öldürme yöntemi

düşüncesinin varlığı, %36.8'inde (n=25) özkıyım niyeti ve %38.2'sinde (n=26) özkıyım planı tespit edilmiştir.

Yaşam boyu gerçek özkıyım girişiminde bulunan 51 katılımcıda %70.6 (n=36) oranında ilaç içme girişimi, %27.5 (n=14) oranında kesi atma, %7.8 (n=4) oranında yüksekten atlama girişimi saptanmıştır.

Son üç aydaki özkıyım girişimi sayısı %35.3 (n=24) oranında bir kez, %1.5 (n=1) oranında iki kez, %8.8 (n=6) oranında üç kez ya da daha fazla olarak değerlendirilmiştir. Yaşam boyu özkıyım girişimi sayısı ise %43.2 (n=22) oranında bir kez, %23.5 (n=12) oranında iki kez, %33.3 (n=17) oranında üç kez ya da daha fazla olarak elde edilmiştir.

Kişilerin yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmak üzereyken bir başkası tarafından engellenme öyküsü %26.5 (n=18); kendi kendini durdurması öyküsü ise %25 (n=17) olarak saptanmıştır.

Kişilerin %45.6 (n=31) oranında özkıyım girişimi öncesi hazırlayıcı eylemleri veya davranışları olduğu görülmüştür. Ölmeyi istemeyi durduran veya özkıyım düşüncelerini gerçekleştirmeye engel olan caydırıcı faktörler, katılımcıların %38.2'sinde (n=26) tespit edilmiştir.

Özkıyım girişimlerinin %62.8'inde (n=32) tıbbi hasar saptanmıştır. Tüm girişimlerin %31.4'ünde (n=16) küçük fiziksel hasar, %17.7'sinde (n=9) orta derecede fiziksel hasar, %9.8'inde (n=5) orta derecede şiddetli fiziksel hasar ve %3.9'unda (n=2) şiddetli fiziksel hasar tespit edilmiştir.

Tıbbi hasar saptanmamış özkıyım girişimlerinin %31.6'sının (n=6) yaralanmayla sonuçlanma olasılığı, %15.8'inin (n=3) ise ölümle sonuçlanma olasılığı saptanmıştır.

Tablo 25. Özkıyım Düşüncesi/Girişimi Olan Katılımcıların Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeğine Göre Klinik Özellikleri

Özkıyım Düşüncelerinin Nedenleri	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
Dikkat Çekmek	9	13.2
Hem Dikkat Çekmek Hem Acıya Son Vermek	19	27.9
Acıya Son Vermek	40	58.8
Özkıyım Düşüncelerinin Şiddeti	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
Ölme İsteği	1	1.5
Kendini Öldürme İsteği	2	2.9
Özkıyım Yöntemi	14	20.6
Özkıyım Niyeti	25	36.8
Özkıyım Planı	26	38.2
Özkıyım Girişim Türleri	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
İlaç	36	70.6
Kesi	14	27.5
Yüksekten Atlama	4	7.8
Özkıyım Girişim Sayısı	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
1 kez	22	43.2
2 kez	12	23.5
3 kez ve daha fazla	17	33.3
Gerçek Girişim Varlığı	51	75
Engellenen Girişim Varlığı	18	26.5
Durdurulan Girişim Varlığı	17	25
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışların Varlığı	31	45.6
Caydırıcı Faktörlerin Varlığı	26	38.2
Girişimlerin Öldürücülüğü	Yaşam boyu, Sayı (n)	Oran (%)
Gerçek	32	62.8
Potansiyel	3	5.9

5.3. Uyku Parametreleri ve İlişkili Klinik Bulguların Değerlendirilmesi

5.3.1. Uyku Kalitesi ile Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevlerinin Karşılaştırılması

Katılımcılardan iyi ve kötü uyku kalitesine sahip olanlar, KZVDDE ölçeğindeki KZVD işlevleri ve alt işlevleri açısından karşılaştırıldığında; çözülmeyi önleme alt işlevi puanı istatistiksel anlamlı olarak kötü uyku alışkanlığına sahip olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0.049$). Diğer işlevler için iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 26. Uyku Kalitesine Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri İşlev Puanlarının Karşılaştırılması

KZVD İşlevleri	PUKİ (≤ 5) (n=7)	PUKİ (> 5) (n=61)	U	p
Otonom İşlevler, Ortanca (Min-Max)	15 (0-17)	18 (0-31)	124.5	0.072
Affekt Regülasyonu, Ortanca (Min-Max)	5 (0-6)	4 (0-6)	213.0	0.992
Özkıyım Önleme, Ortanca (Min-Max)	3 (0-5)	4 (0-6)	163.5	0.306
Sıkıntıyı Etiketleme, Ortanca (Min-Max)	2 (0-3)	2 (0-6)	171.5	0.386
Kendini Cezalandırma, Ortanca (Min-Max)	2 (0-6)	4 (0-6)	156.0	0.236
Çözülmeyi Önleme, Ortanca (Min-Max)	1 (0-4)	3 (0-6)	117.5	0.049
Sosyal İşlevler, Ortanca (Min-Max)	7 (0-15)	8 (0-24)	206.0	0.879
İntikam Alma, Ortanca (Min-Max)	1 (0-4)	2 (0-6)	168.0	0.348
Kişiler Arası Sınırlar, Ortanca (Min-Max)	0 (0-3)	1 (0-5)	189.0	0.598
Kişiler Arası Etkileşim, Ortanca (Min-Max)	1 (0-6)	0 (0-6)	184.5	0.525
Heyecan Arama, Ortanca (Min-Max)	2 (0-4)	1 (0-5)	162.0	0.281
Akranlarla Bağ Kurma, Ortanca (Min-Max)	0 (0-1)	0 (0-3)	195.0	0.360
Dayanıklılık, Ortanca (Min-Max)	0 (0-5)	4 (0-6)	186.5	0.561
Özerklik, Ortanca (Min-Max)	0 (0-2)	1 (0-6)	184.5	0.529
Kendiyle İlgilenme, Ortanca (Min-Max)	2 (0-4)	2 (0-6)	204.5	0.851

*Mann Whitney U testi

5.3.2. Uyku Alışkanlıkları ile Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevlerinin Karşılaştırılması

Katılımcılarda uyku bozukluğu olanlar ve olmayanlar, KZVDDE ölçeğindeki KZVD işlevleri ve alt işlevleri açısından karşılaştırıldığında; dayanıklılık ve kişiler arası etkileşim alt işlevleri puanları için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0.032$, $p=0.027$). Diğer işlevler için iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 27. Uyku Alışkanlıklarına Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri İşlev Puanlarının Karşılaştırılması

KZVD İşlevleri	ÇUAA (≤ 41) (n=11)	ÇUAA (> 41) (n=57)	U/t	p
Otonom İşlevler, Ortanca (Min-Max)	16 (0-31)	18 (0-31)	283.5	0.616 ²
Affekt Regülasyonu, Ortanca (Min-Max)	4 (0-6)	3 (0-5)	274.5	0.507 ²
Özkıyım Önleme, Ortanca (Min-Max)	3 (0-5)	4 (0-6)	240.5	0.217 ²
Sıkıntıyı Etiketleme, Ortanca (Min-Max)	3 (0-6)	2 (0-5)	280.0	0.569 ²
Kendini Cezalandırma, Ortanca (Min-Max)	3 (0-6)	4 (0-6)	297.0	0.779 ²
Çözölmeyi Önleme, Ortanca (Min-Max)	3 (0-6)	2 (0-6)	300.5	0.826 ²
Sosyal İşlevler, Ortalama $\pm$ SS	11.5 $\pm$ 8.1	8.0 $\pm$ 5.9	t=1.7	0.093 ¹
İntikam Alma, Ortanca (Min-Max)	2 (0-6)	2 (0-5)	311.5	0.973 ²
Kişiler Arası Sınırlar, Ortanca (Min-Max)	1 (0-4)	1 (0-5)	284.5	0.607 ²
Kişiler Arası Etkileşim, Ortanca (Min-Max)	2 (0-4)	0 (0-6)	191.0	0.027²
Heyecan Arama, Ortanca (Min-Max)	1 (0-4)	1 (0-5)	294.5	0.743 ²
Akranlarla Bağ Kurma, Ortanca (Min-Max)	0 (0-3)	0 (0-2)	267.5	0.060 ²
Dayanıklılık, Ortanca (Min-Max)	3 (0-6)	1 (0-4)	193.0	0.032²
Özerklik, Ortanca (Min-Max)	1 (0-4)	0 (0-6)	286.0	0.622 ²
Kendiyle İlgilenme, Ortanca (Min-Max)	2 (0-6)	2 (0-6)	266.0	0.415 ²

¹ Bağımsız örneklem t testi, ² Mann Whitney-U testi

5.3.3. Kabus ve Horlama Varlığının Kendine Zarar Verme Davranışı Sayısı, Özkıyım Düşüncesi Şiddeti ve Özkıyım Girişimi Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Tüm katılımcılar içinde 29 kişi (%42.7) kabus gördüğünü belirtmiştir. Bu kişilerde KZVD sayısı, özkıyım düşünce şiddeti ve özkıyım girişimi sayısı değerlendirildiğinde kabus bildirmeyenlere göre anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 28. Kabus Varlığında KZVD, Özkıyım Düşüncesi ve Özkıyım Girişimlerinin Sayısal Değerlendirmesi

	Kabus Varlığı (n=29)	Kabus Yokluğu (n=39)	U	p
KZVD Sayısı, Ortanca (Min-Max)	142 (0-16438)	107 (0-4330)	322.0	0.174
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	4 (3-5)	5 (2-5)	406.0	0.874
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Geçen Ay, Ortanca (Min-Max)	3 (0-5)	3 (1-5)	364.5	0.444
Özkıyım Girişimi Sayısı, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	1 (0-7)	2 (0-20)	332.0	0.212
Özkıyım Girişimi Sayısı, Son Üç Ay, Ortanca (Min-Max)	0 (0-3)	0 (0-9)	342.5	0.233

*Mann Whitney U testi

Tüm katılımcılar içinde 16 kişi (%23.5) kendisi ya da ailesi tarafından horlama bildirmiştir. Bu kişilerde KZVD sayısı, özkıyım düşünce şiddeti ve özkıyım girişimi sayısı değerlendirildiğinde horlama bildirmeyenlere göre anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 29. Horlama Varlığında KZVD, Özkıyım Düşüncesi ve Özkıyım Girişimlerinin Sayısal Değerlendirmesi

	Horlama Varlığı (n=16)	Horlama Yokluğu (n=52)	U	p
KZVD Sayısı, Ortanca (Min-Max)	141.5 (0-1717)	96.5 (0-16438)	322.0	0.174
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	4.5 (3-5)	4 (2-5)	406.0	0.874
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Geçen Ay, Ortanca (Min-Max)	4 (0-5)	3 (0-5)	364.5	0.444
Özkıyım Girişimi Sayısı, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	2 (0-12)	1 (0-20)	332.0	0.212
Özkıyım Girişimi Sayısı, Son Üç Ay, Ortanca (Min-Max)	1 (0-9)	0 (0-5)	342.0	0.233

*Mann Whitney U testi

5.3.4. Tüm Örneklemdeki Uyku Sürelerinin Karşılaştırılması

Katılımcılarımızın ortalama uyku süresi PUKİ'ye göre 7.4 ± 2.7 saat, ÇUAA'ya göre 7.9 ± 2.3 saat olmuştur. Gruplar arasında PUKİ ve ÇUAA ile değerlendirilen uyku süreleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık görülmemiştir (Sırasıyla $p=0.926$, $p=0.849$).

Tablo 30. Grupların Uyku Sürelerinin Karşılaştırılması

PUKİ	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	H değeri	P değeri
Uyku Süresi, Ortanca (Min-Max)	7 (2-16)	7.5 (5-12)	7 (2.5-13)	0.2	0.926 ¹
ÇUAA	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	F değeri	P değeri
Uyku Süresi, Ortalama $\pm$ SS	7.9 ± 2.2	7.7 ± 1.7	8.1 ± 2.8	0.16	0.849 ²

¹ Kruskal Wallis, ² One Way ANOVA

5.3.5. Tüm Örneklemde İnsomnia ve Hipersomni Varlığının Karşılaştırılması

Çalışmamızdaki katılımcıların %33.8'i (n=23) DSM-5'e göre insomnia olarak değerlendirmiştir. KZVD grubunda bu oran %40 (n=10), Özkıyım grubunda %33.3 (n=6), KZVD ve Özkıyım grubunda ise %28 (n=7) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark oluşmamıştır ($p=0.668$). Katılımcıların %13.2'si (n=9) DSM-5'e göre hipersomni olarak tanımlanmıştır. Özkıyım grubundaki hiçbir katılımcıda hipersomni tespit edilmemiştir. KZVD grubunda bu oran %12 (n=3), KZVD ve Özkıyım grubunda ise %24 (n=6) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark oluşmamıştır ($p=0.061$).

Tablo 31. Grupların İnsomnia ve Hipersomni Varlığı Açısından Karşılaştırılması

	KZVD (n=25)	Özkıyım (n=18)	KZVD ve Özkıyım (n=25)	X ²	p
İnsomnia, n (%)	10 (%40.0)	6 (%33.3)	7 (%28.0)	0.81	0.668 ¹
Hipersomni, n (%)	3 (%12.0)	0 (%0)	6 (%24.0)	5.1	0.061 ²

¹ Pearson ki kare testi, ² Fisher'in kesin testi

5.3.6. İnsomnia Varlığının Depresyon Şiddeti, Hastalık Şiddeti, Kendine Zarar Verme Davranışı Sayısı, Özkıyım Düşüncesi Şiddeti ve Özkıyım Girişimi Sayısı Açısından Karşılaştırılması

İnsomnia saptanan ve saptanmayan olgular; depresyon şiddeti, hastalık şiddeti, KZVD sayısı, özkıyım düşüncesi şiddeti ve özkıyım girişimi sayısı açısından karşılaştırılmıştır.

İnsomnia tespit edilen katılımcılarda ÇDDÖ-R t-skoru ortalama puanı 77.5 ± 5.4 olup; insomniası olmayanlarda bu ortalama 75.2 ± 7.2 olarak saptanmıştır. İnsomnia varlığında ÇDDÖ-R puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık elde edilememiştir ($p=0.170$).

İnsomnia tespit edilen katılımcılarda toplam KZVD sayısı, geçen ayki ve ömür boyu özkıyım düşünce şiddeti ortanca değerleri daha fazla olmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilememiştir (Sırasıyla $p=0.659$, $p=0.183$ ve $p=0.221$).

İnsomnia ile Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet Formu ortanca puanı, son üç aydaki ve ömür boyu özkıyım girişimi sayısı değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Sırasıyla $p=0.718$, $p=0.621$, $p=0.368$).

Tablo 32. İnsomnia Varlığı ile Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu t-skoru, Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet puanı, KZVD sayısı, Ömür Boyu ve Geçen Ayki Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu ve Son Üç Aydaki Özkıyım Girişimi Sayısı Değerlerinin Karşılaştırılması

	İnsomnia Var (n=23)	İnsomnia Yok (n=45)	t/U	p
ÇDDÖ-R t-skoru, Ortalama $\pm$ SS	77.5 ± 5.4	75.2 ± 7.2	1.4	0.170^1
KGI-Ş skoru, Ortanca (Min-Max)	4 (3-7)	4 (3-7)	490.5	0.718^2
KZVD Sayısı, Ortanca (Min-Max)	120 (0-6245)	111 (0-16438)	483.5	0.659^2
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	5 (3-5)	4 (2-5)	431.5	0.221^2
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Geçen Ay, Ortanca (Min-Max)	4 (1-5)	3 (0-5)	417.5	0.183^2
Özkıyım Girişimi Sayısı, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	1 (0-6)	1 (0-20)	450.0	0.368^2
Özkıyım Girişimi Sayısı, Son Üç Ay, Ortanca (Min-Max)	0 (0-5)	0 (0-9)	483.5	0.621^2

¹ Bağımsız örneklem t testi, ² Mann Whitney U testi

5.3.7. Hipersomni Varlığının Depresyon Şiddeti, Hastalık Şiddeti, Kendine Zarar Verme Davranışı Sayısı, Özkıyım Düşüncesi Şiddeti ve Özkıyım Girişimi Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Hipersomni saptanan ve saptanmayan olgular; depresyon şiddeti, hastalık şiddeti, KZVD sayısı, özkıyım düşüncesi şiddeti ve özkıyım girişimi sayısı açısından karşılaştırılmıştır.

Hipersomni tespit edilen katılımcılarda ÇDDÖ-R t-skoru, toplam KZVD sayısı, geçen ayki ve ömür boyu özkıyım düşünce şiddeti ortanca değerleri daha fazla olmasına rağmen; gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık elde edilememiştir (Sırasıyla $p=0.229$, $p=0.103$, $p=0.094$ ve $p=0.050$).

Hipersomni ile Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet Formu ortanca puanı, son üç aydaki ve ömür boyu özkıyım girişimi sayısı değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Sırasıyla $p=0.787$, $p=0.111$, $p=0.904$).

Tablo 33. Hipersomni Varlığı ile Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu t-skoru, Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet puanı, KZVD sayısı, Ömür Boyu ve Geçen Ayki Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu ve Son Üç Aydaki Özkıyım Girişimi Sayısı Değerlerinin Karşılaştırılması

	Hipersomni Var (n=9)	Hipersomni Yok (n=59)	U	p
ÇDDÖ-R t-skoru, Ortanca (Min-Max)	78 (61-85)	77 (59-85)	425.0	0.229
KGI-Ş skoru, Ortanca (Min-Max)	4 (3-7)	4 (3-7)	251.0	0.787
KZVD Sayısı, Ortanca (Min-Max)	151 (70-16438)	106 (0-6245)	175.5	0.103
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	5 (4-5)	4 (2-5)	167.0	0.050
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Geçen Ay, Ortanca (Min-Max)	5 (2-5)	3 (0-5)	175.5	0.094
Özkıyım Girişimi Sayısı, Ömür Boyu, Ortanca (Min-Max)	1 (0-5)	1 (0-20)	259.0	0.904
Özkıyım Girişimi Sayısı, Son Üç Ay, Ortanca (Min-Max)	0 (0-1)	0 (0-9)	187.0	0.111

*Mann Whitney U testi

5.4. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları

5.4.1. Uyku Ölçek Puanları ile Depresyon ve Hastalık Şiddetinin Korelasyonu

Tüm katılımcıların PUKİ ve ÇUAA toplam puanları ile ÇDDÖ-R t-skoru ve KGİ-Ş puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır.

PUKİ toplam puanı ile ÇDDÖ-R t-skoru arasında pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. ÇUAA toplam puanı ile ÇDDÖ-R t-skoru arasında pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Ayrıntılı olarak r ve p değerleri Tablo 38’de verilmiştir. PUKİ ve ÇUAA toplam puanları ile KGİ-Ş arasında anlamlı korelasyon elde edilememiştir.

Tablo 34. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi ile Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-skoru ve Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet puanlarının Korelasyonu

		ÇDDÖ-R t-skoru	KGİ-Ş
PUKİ	r	0.32	-0.72
	p	0.009	0.558
ÇUAA	r	0.43	0.16
	p	<0.001	0.189

*Spearman korelasyon analizi

5.4.2. Uyku Ölçek Puanları, Depresyon ve Hastalık Şiddeti Puanları ile Kendine Zarar Verme Davranışı, Özkıyım Düşünce ve Davranışlarının Korelasyonu

Tüm katılımcıların KZVD sayısı, son bir aydaki ve ömür boyu özkıyım düşüncesi şiddeti, son üç aydaki ve ömür boyu özkıyım girişi sayısı ile PUKİ, ÇUAA, ÇDDÖ-R t-skoru, KGİ-Ş puanlarının korelasyonunu değerlendirmek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır.

PUKİ toplam puanı ile son bir aydaki özkıyım düşüncesi şiddeti arasında pozitif, düşük düzeyde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. ÇUAA toplam puanı ile KZVD sayısı arasında pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon elde edilmiştir. ÇUAA gündüz uykululuğu alt ölçek puanı ile KZVD sayısı arasında pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür.

ÇDDÖ-R ile son bir aydaki özkıyım düşünce şiddeti arasında pozitif, yüksek düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur. ÇDDÖ-R ile KZVD sayısı arasında pozitif, düşük düzeyde anlamlı korelasyon mevcuttur. KGİ-Ş ile son üç aydaki ve ömür boyu özkıyım girişi arasında pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır. Ayrıntılı olarak r ve p değerleri Tablo 39’da verilmiştir.

Tablo 35. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi, Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-skoru, Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet puanları ile Ömür Boyu ve Geçen Ayki Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu ve Son Üç Aydaki Özkıyım Girişi Sayısı Değerlerinin Korelasyonu

		PUKİ	ÇUAA	Gündüz Uykululuk	ÇDDÖ-R	KGİ-Ş
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Ömür Boyu	r	0.11	0.12	0.22	0.70	-0.002
	p	0.380	0.344	0.076	0.573	0.988
Özkıyım Düşünce Şiddeti, Geçen Ay	r	0.28	0.10	0.038	0.51	0.22
	p	0.022	0.425	0.757	0.00	0.078
Özkıyım Girişi Sayısı, Ömür Boyu	r	0.94	-0.83	0.03	0.19	0.42
	p	0.446	0.502	0.822	0.129	0.00
Özkıyım Girişi Sayısı, Son Üç Ay	r	-0.98	-0.73	-0.76	0.16	0.43
	p	0.427	0.552	0.540	0.189	0.00
KZVD sayısı	r	0.22	0.36	0.34	0.24	0.14
	p	0.068	0.003	0.004	0.046	0.262

*Spearman korelasyon analizi

6. TARTIŞMA

6.1. Sosyodemografik Veriler, Bireysel ve Ailesel Özellikler

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalaması 15.9 ± 1.4 olarak saptanmış olup, KZVD grubunun yaş ortalama değeri 16.1 ± 1.5 , özkıyım grubunun yaş ortalama değeri 16 ± 1.3 , KZVD ve özkıyım grubunun yaş ortalama değeri 15.7 ± 1.4 olduğu görülmüştür. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızın yaş ortalaması ergenlerde depresyon ve uyku üzerine yapılan çalışmalarla benzer saptanmıştır [78]. KZVD en çok 15-16 yaşlarında [149], özkıyım davranışları da benzer şekilde 12 yaş sonrasında ve ergenlik boyunca sık görülmektedir [103]. Depresyon, KZVD ve özkıyımın benzer yaşlarda görüldüğü, çalışma popülasyonumuzun da 13-18 yaş aralığı içinde olduğu düşünüldüğünde çalışmamızın verileri de bu bakımdan literatürle benzerlik taşımaktadır. Ergenlik döneminde depresyon sıklığının arttığı bilinmektedir [14]. Bu dönemde psikopatoloji sıklığında artış, akran ilişkilerinde zorluk, zorbalığa maruz kalma, otorite figürleri ile çatışma, aile ile yakın ilişkinin sağladığı korumada azalma, okul başarısı ile ilgili kaygılar mevcuttur [98,104]. Bu sebeplerle depresyon, KZVD ve özkıyım gelişme riski artabilir. Ergenlik döneminde hipokampus ve amigdala gibi limbik sistem bölgelerinin hızla olgunlaşması; prefrontal korteksin görece geç olgunlaşması dürtüselliği ortaya çıkaran etkenlerden biridir [120]. Bu durum dürtüsel olarak meydana gelebilecek KZVD ve özkıyım ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %90'ından fazlası kız cinsiyettedir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında depresyonun ergenlik dönemine geçişle birlikte kızlarda prevalansı artmaktadır ve görülme sıklığında kız cinsiyet baskın hale gelmektedir [14]. Ergenler ve genç erişkinler için tamamlanmış özkıyım erkeklerde 2-4 kat fazla iken, özkıyım girişimleri kızlarda 3-9 kat daha fazladır [180,181]. Türkiye'den bildirilen toplum temelli çalışmalarda farklılık saptanmış olsa da [182], gerek klinik çalışmalar [183,184] gerek de literatürdeki genel yaklaşım kız cinsiyetin KZVD için bir risk faktörü olduğu şeklindedir [149]. Bu durumda ergenlik dönemindeki kızların yardım arayışında daha çok bulunması, kızlarda öfkenin kendisine yönelmesinin daha sık olması, erkeklerde ise öfke dışavurumunun yıkıcı davranışlar şeklinde görülmesinin daha çok olması, özkıyım için seçilen yöntemlerde ölümcüllükler arasında cinsiyet farkları olması etkili olmuş olabilir. Tüm bu nedenlerle depresyon, KZVD ve özkıyımın kız cinsiyet baskın klinik görünümü olması çalışmamızdaki yüksek kız cinsiyet oranını açıklamaktadır.

KZVD grubundaki katılımcıların %80'inin, özkıyım grubundaki katılımcıların %94.4'ünün, hem KZVD hem özkıyımda bulunan katılımcıların tamamının eğitim düzeyinin lise düzeyinde olduğu görülmüştür. Literatürde ortaokul döneminde KZVD'yi yüksek bulan çalışmalar mevcuttur [185,186]. KZVD'nin ortalama 13-14 yaşlarında başladığı, 15-16 yaşlarında pik yaptığı ve yetişkinliğe doğru azaldığı gösterilmiştir [149]. Ergenlik öncesi dönemde ortaokul çocuklarında özkıyım girişimleri daha az görülür [187]. Sıklık 12 yaşa kadar yavaşça artar ve 12-17 yaşları arasında artış daha hızlıdır [103]. Bu nedenlerle özkıyım girişimi varlığı ile lise eğitiminde olmak yaş faktörü de göz önüne alındığında örtüşmektedir. Fakat ülkelerin eğitim sistemi farklılığı da sonuçların genelleştirilmesini engellemektedir. Sınıfın ilerlemesiyle birlikte KZVD gösteren öğrencilerin okulu bırakmış olmaları da mümkündür [186]. Farklı sonuçlar, gelişim dönemleri boyunca KZVD'yi farklı risk faktörlerinin etkilemesiyle ilişkilendirilebilir; buna karşın bulgularımız yaşa göre ergenlik dönemi içinde bir davranış farklılığını ortaya koyuyor olabilir.

Katılımcıların %63.2'sinin ders başarısının iyi olmadığı (orta/kötü) görülmüştür. Depresyon nedeniyle işlevselliğin bozulmuş olması, eşlik edebilecek komorbiditeler ders başarısının çoğunlukla düşük olmasına neden olmuş olabilir. KZVD grubundaki katılımcıların %48'i, KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %42'si, özkıyım grubundaki katılımcılarda %22.2'si ders başarılarını kötü olarak tanımlamıştır. Sadece özkıyım varlığında oran diğer gruplara göre daha düşük olmakla birlikte üç grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde düşük akademik başarının hem KZVD ile hem de özkıyım davranışlarıyla ilişkili olduğu; her iki grupta da yüksek akademik başarının daha az sıklıkta olduğu ve iki grubun da birbirine yakın oranlar gösterdiği bildirilmiştir [188]. Çalışmamızda anlamlı olmasa da oranların farklılık göstermesi; yüksek ders başarılarının beraberinde akademik beklentileri arttırabileceğini, sınav süreçlerinin rekabeti artırarak kişinin üzerinde stres oluşturabileceği ve özkıyım girişimlerine yol açabileceğini düşündüren çalışmalarla açıklanabilir [189,190]. Ayrıca sıklıkla KZVD'nin özkıyım girişimlerinin öncülü kabul edildiği görüşünden yola çıkılarak [104]; son bir yılda sadece özkıyım girişiminde bulunan ve KZVD'si olmayan grupta işlevselliğin bazı alanları korunmuş olabilir. Ek olarak, çalışmamızda PUKİ ve ÇUAA puan ortalama puanları anlamlı farklılık oluşturmada da özkıyım grubunda daha düşüktür. Yine çalışmamıza göre, uykuya dalmada gecikme de anlamlı olarak KZVD varlığında artmaktadır. Uyku sorunlarının okul performansında etkili olması, çalışmamızdaki bulgulara neden olmuş olabilir.

Tüm katılımcıların %63.2'si akran ilişkilerinin iyi olmadığını (orta/kötü) belirtmişlerdir. Özkıyım grubunda bu oran %50, KZVD grubunda %60, hem KZVD hem özkıyım birlikte olan grupta %68 şeklindedir; KZVD varlığında oranın sayısal olarak arttığı görülmekle birlikte, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Olumsuz arkadaş ilişkilerinin başta depresyon gibi içselleştirme bozuklukları olmak üzere ruhsal bozukluklar için risk yarattığı bilinmektedir [191]. KZVD varlığının vücudunun görünen bölgelerinde olması halinde sosyal ilişkilerde damgalayıcı olabilmesi bu grupta izolasyonu artırabilir, bu durumun daha bozuk akran ilişkileri tanımlamalarına neden olabileceği düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda KZVD varlığında, katılımcıların PUKİ ve ÇUAA puan ortalamaları oranı sayısal olarak daha yüksektir. Bu durum uyku problemlerinin sosyal ilişkilere olan olumsuz etkisi bağlamında da yorumlanabilir.

KZVD grubundaki katılımcıların %64'ü, özkıyım grubundaki katılımcıların %88.9'u, KZVD ve özkıyım grubundaki katılımcıların %68'i ebeveynlerinin birlikte olduğunu belirtmiştir. Üç grup arasında aile yapısı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bazı çalışmalar KZVD ve özkıyım girişimlerinde düşük ailesel kohezyon varlığını ifade etmektedir [192]. Bu açıdan çalışmamız literatürden farklılık göstermektedir. Bununla birlikte, boşanmaya kıyasla ebeveynlerin birlikte olduğu ancak aile içi etkileşimlerin olumsuz olduğu durumların özkıyım düşünce ve girişimlerinde daha önemli rol oynayabileceği de düşünülmektedir [193]. KZVD ve özkıyım girişimlerinin birbirleriyle karşılaştırıldığı çalışmalarda çelişkili bulgular mevcuttur. Boşanmış ebeveynlerin varlığının özkıyım girişimlerinde KZVD'ye kıyasla daha yüksek oranda olduğu gösterilmiş [186]; ancak başka çalışmalarda ise farklılık saptanmamıştır [194,195].

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre kardeş sayısının ve sırasının depresif ergenlerde KZVD ya da özkıyım gruplarında farklılaşmadığı görülmüştür. Her üç grupta da iki ya da daha fazla kardeşe sahip olma baskındır. KZVD grubunda ve özkıyım grubunda çoğunlukla doğum sırası ikinci çocuk ya da daha üzeridir. Güncel bir metaanalizde kardeş sahibi olmanın KZVD prevalansının daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiş; bu durumun yeni aile yapısına adaptasyon sorunlarına sekonder olabileceği, ebeveynlerinin ilgisini çekmek için dışarıdan yardım arama şekli olarak kişinin KZVD'yi seçebileceği düşünülmüştür [196]. Kardeş sayısı ile özkıyım arasındaki ilişki ise muhtemel aracı faktörlerin etkisi nedeniyle net değildir. İki ya da daha fazla kardeş sayısına sahip olmanın özkıyım girişimi olasılığını düşürdüğü gösterildiği gibi [103]; başka çalışmalarda da kardeş sayısının artmasının özkıyım

girişimi için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır [197,198]. Kardeş sayısının fazla olması ebeveynlerin dikkatine ve gözetimine sınırlı ulaşabilmelerine, yaşamlarının ilk yıllarında sağlık, güvenlik ve psikolojik durumlarına daha az dikkat edilmesiyle sonuçlanabileceği; kardeşler arasındaki zorbalık ve saldırganlığın, akran ilişkilerinde mağdur olmaya benzer zorluklar yaratabileceği iddia edilmektedir. Daha sonra doğan çocukların, ilk doğanlara göre KZVD olasılığının daha yüksek olduğu, kardeşler arasında model olmanın bu ilişkide rol oynayabileceği düşünülmüştür [199].

Doğum sırası ve özkıyım ile ilgili literatür gözden geçirdiğinde geç doğum sırası, özkıyım girişiminde bulunan olan çocuklarda daha yüksek bir oranda kaydedilmiştir [200]. Buna karşın evde en küçük çocuk olmayı özkıyım girişim olasılığının az olması ile ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur [103]. Teorik olarak Alfred Adler, ilk doğan çocukların ebeveynleri tarafından daha fazla korunduğu ve bu nedenle depresyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu; sonraki kardeşler doğduğunda ayrıcalıklı statünün kaybının yaşandığını belirtmiştir. Ancak yaşamlarının erken dönemlerinde daha fazla ebeveyn ilgisinden yararlanan çocuklar, yetişkinliklerinde stresli olaylara karşı uyumsuz tepkilere karşı daha fazla dayanıklılık geliştirebilirler. Ebeveynlerin sınırlı zamanı ve duygusal kaynakları nedeniyle sonradan doğan çocuklar ile ebeveynleri arasında daha zayıf bağlanma olasılığı vardır [199].

Çalışmamızdaki olgularda sadece KZVD'si olan, sadece özkıyım girişiminde bulunan ve her iki davranışı da gösterenler arasında anne ve babanın eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Ayrıca gruplarda anne ve baba eğitim düzeyi benzer saptanmıştır. Literatürde farklı popülasyonlara ait çalışmalar göze çarpmaktadır. İran'daki epidemiyolojik bir çalışmada, ebeveyn eğitim düzeyinin depresif bozukluk için risk faktörü olmadığı gösterilmiştir [201]. Danimarka'da özkıyım girişimleri ve KZVD ile ebeveynlerin eğitim düzeyi ilişkili bulunmuş olup [202], İngiltere'de yapılan Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) kohort çalışmasında, KZVD ve özkıyım girişimi olan ergenler arasında anne eğitim düzeyiyle ilgili ilişki saptanmamıştır [203]. TORDİA çalışması dahil ebeveyn eğitim düzeyiyle KZVD ve özkıyım girişimi grupları arasında fark saptamayan başka çalışmalar mevcuttur [186,204]. Ayrıca ebeveyni liseden mezun olan gençler arasında özkıyım girişimde bulunma olasılığı, ebeveyni daha fazla (üniversite mezunu) veya daha az (liseden mezun olmamış) eğitim almış olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur [103]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak özkıyım girişiminde bulunan olguların ebeveynleri çoğunlukla lise mezunu olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ebeveyn eğitim düzeyinin belirgin düşük olmamasının nedeni, sosyoekonomik

olarak yüksek bir bölgede çalışmanın gerçekleşmesi olabilir [205]. Gruplar arası eğitim düzeylerinde fark bulunamamasının nedeni ise bu ortamdaki benzer çevreden ergenler ve ailelerinin katılması olabilir.

Çalışmamızdaki tüm katılımcılar MDB tanısını karşılamaktadır, eşlik eden en az bir komorbidite varlığının %73.9 olduğu görülmüştür. Çalışmamızda en sık komorbidite Anksiyete Bozukluğu olup (%52.9), ardından Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (%14.7), Yeme Bozuklukları (%11.8), Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranış Bozuklukları (%5.9) ve Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar (%5.9) gelmektedir. Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde depresyonu olan ergenlerin yaklaşık üçte ikisinde eşlik eden bir tanının bulunduğu ve en sık anksiyete bozuklukları olduğu görülmektedir [206]. Üç aylık bir dönemi değerlendiren epidemiyolojik bir çalışma, depresif bozukluk tanısı konan gençlerin aynı zamanda %28'inde anksiyete bozukluğu, %7'sinde DEHB, %3'ünde davranım bozukluğu, %3'ünde karşı gelme-karşı gelme bozukluğu ve %1'inde madde kullanım bozukluğu olduğunu göstermiştir [14]. Katılımcılarımızın hepsinde KZVD veya özkıyım girişiminin varlığı daha şiddetli depresyona ya da komorbidite varlığına işaret ediyor olabilir ve bu nedenle daha yüksek oranlar saptanmış olabilir.

KZVD ve özkıyım girişimlerini karşılaştıran çalışmalarda psikiyatrik tanılar incelendiğinde en sık MDB saptanmakta olup anksiyete bozuklukları ikinci sırada yer almıştır [195,207]. KZVD ve özkıyım girişimleri olan hasta gruplarını değerlendiren bir çalışmada, KZVD'si olan olgularda, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda anksiyete bozukluğu bildirilmiştir [208]. Çalışmamızda da istatistiksel anlamlı fark olmamasına rağmen; KZVD grubu ve KZVD ile özkıyımın birlikte olduğu grup, özkıyım grubuna göre anksiyete bozukluğu komorbiditesini daha fazla taşımaktadır. Kişiler KZVD öncesinde genellikle aşırı gerginlik, kaygı, öfke ya da korku hissederler; KZVD'nin tekrarlayıcı hale gelmesinde bu olumsuz duyguları azaltmanın etkili olabileceği düşünülmektedir [209]. Bu nedenle olgularda tekrarlayan KZVD'lerin varlığı, anksiyete bozukluğu eştanısını artırmış olabilir.

Klinik araştırmalar, KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan ergenlerin, yalnızca KZVD'si olanlara göre daha fazla dürtüsellik sergilediğini ortaya koymuştur [210]. Çalışmamızda KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan hastalarda DEHB komorbiditesi daha fazladır ancak istatistiksel anlamlı fark elde edilememiştir. Birtakım çalışmalar DEHB, karşı olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu tanılarında görülen hiperaktivite, dürtüsellik ve azalmış öz-kontrolün KZVD'ye temel oluşturduğunu iddia etmektedir [211,212].

Çalışmamızda bu yönde baskın bir sonuç çıkmaması, örneklemimizin kız cinsiyet baskın olması nedeni olabilir.

TSSB ile KZVD ve özkıyım girişimleri arasında özel bir ilişki vardır. Travmatik yaşantıların yeniden anımsamanın, duygudurum düzenleme güçlüğü nedeniyle yoğun duygularla baş edilememesinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir [213]. Literatürde KZVD ve özkıyım girişimleri olan grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada TSSB'nin özkıyım grubunda anlamlı olarak daha fazla bulunduğu görülmüştür [207]. Çalışmamızda gruplar arasında farklılık saptanmaması örneklem boyutunun sınırlı kalmasıyla ilişkili olabilir.

Yeme bozukluğu ile izlenen ergenlerde KZVD eşliği olabildiği bilinmektedir. Her iki durum da kız cinsiyet ve ergenlik döneminde başlangıç sık olup bedene yönelik olumsuz tutum ve duygudurum düzenleme güçlüğü tarif edilmektedir [214]. Çalışmamızda da istatistiksel anlamlı fark olmamasına rağmen; KZVD grubu ve KZVD ile özkıyımın birlikte olduğu grupta, özkıyım grubuna göre yeme bozuklukları komorbiditesinin daha çok olduğu saptanmıştır.

KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan olgularla sadece KZVD'si olan olguların karşılaştırıldığı, yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmayan bir çalışmada, gruplar arasında komorbidite bakımından da anlamlı farklılık saptanmamıştır [215]. Benzer iki grubun karşılaştırıldığı, KZVD ile özkıyım girişimi birlikte olan olguların daha fazla psikiyatrik komorbiditesi olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur [216,217]. Çalışmamızda da istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da birden fazla komorbidite varlığının KZVD ve özkıyım birlikte olan hastalarda, sadece KZVD'si olanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bazı yazarlara göre KZVD, özkıyımla sonlanan sürecin öncül bir parçasıdır [217]. Bu nedenle KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan olgular, sadece KZVD'si olan olgulara göre daha ağır bir psikiyatrik tablo içinde olabilirler. Benzer şekilde psikiyatrik belirtiler arttıkça KZVD gösteren kişilerde özkıyım girişimi riskinin çoğaldığı ileri sürülebilir.

Çalışmamızda psikotrop kullanımı ve çeşitleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamış olup; en çok KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan hastalarda ve %80 oranında en az bir psikotrop kullanımı olduğu görülmüştür. Sadece KZVD'si olan hastalarda bu oran %56, sadece özkıyım girişimi olan hastalarda ise %77.8'dir. Özkıyım girişimi varlığı medikasyon kullanım oranını artırıyor görünmektedir. KZVD'nin sıradan kabul edilip problem olarak algılanmaması, yaralanmaların daha yüzeysel ve hafif yaralayıcı olması; özkıyım girişimlerinin hekimler tarafından daha riskli değerlendirilmesi ve daha erken dönemde medikasyon düşünülmesi bu sonuçlarda etkili olmuş olabilir. KZVD ve özkıyım grubunun daha

fazla psikiyatrik komorbiditesinin olması; daha çok psikiyatri başvurusu yapmaları ve daha çok tedavi almaları ile açıklanabilir. Ek olarak, MDB tedavisi sırasında vejetatif belirtiler erken dönemde düzelebilirken; mutsuzluk, çaresizlik, umutsuzluk gibi bilişsel özellikler zamanla düzelmektedir. Sadece psikotrop kullanımıyla şikayetleri gerilemeyen ergenlerin KZVD ya da özkıyım girişiminde bulunmuş olabilecekleri düşünülebilir.

Sigara kullanımı açısından üç grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. KZVD ve özkıyım birlikte olan grupta sadece KZVD ya da sadece özkıyım varlığına göre sigara kullanımı anlamlı şekilde daha fazla görülmüştür. Bu fark özellikle özkıyım grubu ile KZVD ve özkıyım birlikte olan grup arasında gelişmiştir. Oranlar KZVD grubunda %36, özkıyım grubunda %27.8, hem KZVD hem özkıyım grubunda %68 şeklinde saptanmıştır. Her üç grup da incelendiğinde sigara kullanım oranlarının, TÜİK tarafından 2016 yılında bildirilen 15-24 yaş arası erkeklerde %28.2, kadınlarda %7.8 oranlarının çok üzerinde olduğu dikkati çekmektedir [218]. Literatürde sigara kullanımı hem KZVD ile hem özkıyım girişimleri ile ilişkilendirilmiştir [219–222]. Sigara kullanımının, altta yatan duygusal sıkıntıyla başa çıkma aracı ya da depresyondaki anhedoniye karşı beyindeki dopaminerjik sistemini uyaran bir tür self medikasyon olabileceği düşünülmektedir. KZVD ve özkıyım davranışları birbirleriyle karşılaştıran çalışmalarda; sigara kullanım oranlarının özkıyım girişimi bulunan olgularda anlamlı olarak daha yüksek olduğu [194,223] ya da anlamlı farklılık göstermediği [208,224,225] dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda alkol kullanımı açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Katılımcılardan KZVD grubunda oran %36, özkıyım grubunda %16.7, KZVD ve özkıyım birlikte olan grupta %52 olup; bu grupta diğer gruplardan daha yüksek görülmüştür. Aktif olarak madde kullanımı olan katılımcımız yoktu. Geçmişte madde kullanma öyküsü değerlendirildiğinde üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. KZVD grubunda oran %8, özkıyım grubunda %5.6, KZVD ve özkıyım birlikte olan grupta %28 olup; yine oran olarak bu grupta daha yüksek bulunmuştur. Alkol ve madde kullanımı ile KZVD ve özkıyım davranışları sıklıkla birlikte görülmektedir [226–229]. Bu durum kullanım anında disinhibisyon oluşturarak, kişinin kendine karşı şiddet eğilimleri engelleyen içsel kontrolünü azaltabilir. Maddeye yönelik yoksunluk, aşırma gibi özelliklerle baş etmede zorluk, düşük problem çözme becerisi veya dürtüselliklerin fazla olması neden olmuş olabilir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada özkıyım girişimi nedeniyle acil servise başvuran ergenlerin sigara, alkol ve madde kullanımı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Sigara

kullanımı özkıyım girişiminde anlamlı olarak yüksek saptanırken; alkol ve madde kullanımı kontrol grubundan sayıca fazla olup, anlamlı farklılık bulunmamıştır [230]. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde, alkol ve madde kullanımı açısından özkıyım girişimleri ile KZVD'nin kıyaslandığı ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmayan çalışmalar mevcuttur [208,224,225].

Çalışmamızda üç gruba ayrılan katılımcılar, kronik hastalık, ameliyat öyküsü ve kaza öyküsü açısından karşılaştırıldıklarında anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Çocuk ve ergenlerde kronik hastalıklar biyopsikososyal risk faktörlerine karşı duyarlılığı artırmaktadır [231]. 15-19 yaş aralığındaki ergenlerde yapılan bir çalışmada fonksiyon kaybına neden olan kronik hastalıkların MDB ile ilişkisi saptanmıştır [232]. Kronik hastalığın süresi, şiddeti, fonksiyon kaybı olup olmadığı, fonksiyon kaybının derecesi, tedavi şekli ve süresi, kişinin hayatına etkileri, aile desteği gibi faktörler psikososyal bozulmanın gelişmesine neden olabilir. Çalışmamızda kronik hastalıklar sorgulanırken bu etmenler değerlendirilmediği için gruplar arasında farklılık bulunmamış olabilir. Ayrıca gruplar arasındaki depresyon şiddetinin benzer olması da farklılık saptanmamasında etkili olmuş olabilir. Literatürde KZVD ile özkıyım girişimi olan iki grubun karşılaştırılmasında, çalışmamıza benzer şekilde somatik hastalıklar açısından iki grup arasında farklılık saptanmamıştır [194].

Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukluların ortaya çıkmasında ebeveynlerde psikiyatrik hastalık varlığı önemli bir risk faktörüdür [233]. Depresif annelerin çocuklarında depresyon görülme riski üç kat artar, en riskli yaş aralığı ise 15-25 yaş arası olarak saptanmıştır [16]. Çalışmamızda üç grup ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık elde edilmiştir. KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan grupta, sadece KZVD ya da sadece özkıyım girişimi varlığına göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün daha çok olduğu saptanmıştır. İstatistiksel anlamlı farklılığın sadece özkıyım girişimi olan grup ile KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan grup arasında geliştiği görülmüştür. Literatür incelendiğinde, çalışmamızla uyumlu şekilde özkıyım girişimi ve KZVD'si bulunan kişilerin ebeveynlerinde yüksek oranda psikopatoloji varlığına rastlanır [104,110]. Ailede psikiyatrik öykü varlığı; genetik yatkınlık yaratarak, aile içi ilişkileri etkileyip aile disfonksiyonu yaratarak depresyon, KZVD, özkıyım düşünceleri ya da davranışları gelişimine neden olabilir.

6.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

6.2.1. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-Skoru Puanları

Çalışmamızda hipotezimizden farklı olarak, üç grubun puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak KZVD ve özkıyım girişimi birlikte olan grupta ortalanca puan diğerk gruplardan yüksektir. Literatürde KZVD, özkıyım girişimi ve her ikisi birlikte olan gruplarla yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, depresif semptomlar açısından öz bildirim ölçeğ i ile değerlendirilen çalış malarda ç eliş kili sonuç lar görülmektedir [186,194,204,234]. TORDIA çalış masında Çocuklar İç in Depresyon Değerlendirme Ölçeğ i kullanılmış olup, çalışmamıza benzer şekilde depresyon puanları açısından KZVD ve özkıyım girişimi grupları arası anlamlı farklılık bulunmamıştır [204]. Dolayısıyla mevcut verilerle MDB'ye eş lik eden KZVD ya da özkıyım davranış ını depresyon ş iddeti ile iliş kilendirmek mümkün görünmemektedir.

6.2.2. Klinik Global İzlenim Ölçeğ i – Ş iddet Formu Puanları

Olgu grupları KGİ-Ş bakımından karşılaştırıldığında, sadece KZVD varlığ ında diğerk gruplara göre hastalık ş iddeti anlamlı olarak daha az bulunmuştur. Depresyon puanları benzer olan gruplarımızda ortaya çıkan bu farklılığ ın; komorbiditelerden kaynaklanabileceğ i düşünölmüştür. Yine çalışmamızda istatistiksel anlamlılığ a ulaş msa da birden fazla komorbidite varlığ ının KZVD ve özkıyım birlikte olan hastalarda sadece KZVD olan hastalara göre daha fazla olduğ u görölmüştür. Hastalık ş iddetinin yüksek olması; KZVD ile yeterli rahatlama sağ lanamadığında, bu durumun özkıyım davranış larına dönüş mesine neden olabilir. KZVD'de bulunan ergenlerin zamanla kendine zarar vermeleri konusunda duyarsızlaş ıp daha ölümcül yöntemler denemelerine sebep olabilir. Aynı zamanda özkıyım girişimi varlığ ı, hastalığ ın klinik yansımasının daha ş iddetli olmasına da neden olmuş olabilir. Çalışmamızdan farklı olarak, TORDIA çalış masında gruplar arasında KGİ-Ş skorlarında anlamlı farklılık görölmemiştir. Bu durum çalışmanın direnç li depresyon hasta gruplarında yapılmasının ve KGİ-Ş puanı dört ve üzeri katılımcıların alınmasının sonucu olabilir [204]. Bizim çalışmamızda KGİ-Ş için böyle bir alt sınır oluşturulmamıştır.

6.2.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi Puanları

Katılımcıların %89.7'si PUKİ'ye göre, uyku kalitesinde katılımcıların bakımverenlerinin %83.8'i ÇUAA'ya göre uyku alışkanlıklarında bozulma bildirmişlerdir. Bilindiği gibi uyku sorunları, en yaygın MDB semptomlarından biridir ve MDB için tanı kriterleri karşılayanların %88.6'sında uyku sorunlarının mevcut olduğu literatürde belirtilmiştir [79]. Çalışmamızda görece daha yüksek uyku sorunu saptanmasının sebebi KZVD ve/veya özkıyım girişimi bulunan MDB tanılı hastaların seçilmesi olabilir. Uyku ile ilgili yakınmaların kişi tarafından gözlemcilere göre daha çok ifade edilebileceği, ergenlik döneminde ebeveynnin olguların uykusuyla ilgili gözlemlerinin azalabileceği, bu nedenle PUKİ için daha yüksek oran saptandığı düşünülmüştür. PUKİ ve ÇUAA puanları, KZVD ve özkıyım davranışları açısından değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı farklılık elde edilememiştir.

Bilindiği kadarıyla literatürde sadece KZVD varlığı, sadece özkıyım girişimi varlığı, hem KZVD hem özkıyım girişimi varlığı şeklinde bu ölçeklerin karşılaştırıldığı bir çalışma yoktur. Ülkemizde ergenlerin uyku sorunlarının PUKİ ile değerlendirildiği bir çalışmada, özkıyım girişiminde bulunanlarda kontrol grubuna göre daha düşük uyku kalitesi tespit edilmiştir [235]. Çinli ergenlerin değerlendirildiği 2022 yılına ait bir çalışmada, KZVD ve özkıyım girişimi grupları uyku kalitesinin psikopatolojiye etkileri bağlamında karşılaştırılmış; özkıyım girişimi grubunda uyku kalitesinde bozulma %71, KZVD grubunda %62.3 oranında saptanmıştır [236]. Ancak bu olguların yarısından biraz daha fazlası depresif semptom tariflediği için çalışmamıza göre oranlar farklılık göstermiş olabilir. 2021 yılında Uganda ve Jamiraka'daki çocuk ve ergenlerde KZVD, özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimi ve tüm bu kliniği birlikte gösterenler kategorize edildiğinde; uyku problemlerinin özkıyım düşüncesi ve tüm klinik birlikte olan grupta önemli öngörücü olduğu bulunmuştur. Çalışmada katılımcıların neredeyse hepsi özbilidirim ölçekleriyle depresif semptom tariflemiştir; uyku sorunları, uykuya dalma güçlüğü ve uyku kalitesinin sorgulandığı iki soru ile değerlendirilmiştir [237]. Bu özellikleri nedeniyle sonuçların farklılık gösterebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda gruplar arasında PUKİ ve ÇUAA açısından fark bulunmaması, benzer şekilde ÇDDÖ-R puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; KZVD ve özkıyım girişimine göre depresyonun uyku kalitesi ve uyku alışkanlıkları üzerinde temel rol oynayabileceğini düşündürmüştür.

PUKİ bileşenleri değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Erişkinlerde yapılan bir çalışmada depresif semptomların aracılığıyla; PUKİ bileşenlerinden öksürük, yüksek sesle horlama, kabus görme ve uyku ilacı kullanma gibi bazı uyku alanları ile özkıyım düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır [10]. ÇUAA alt ölçeklerinde uykuya dalmada gecikme dışında diğer bileşenlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Özkıyım girişimi olan grupta, diğer gruplara göre anlamlı şekilde uykuya dalmada gecikme alt ölçek puanı daha düşük saptanmıştır. Özkıyım ile gecikmiş uyku latansı birlikteliği literatürde sık ele alınmıştır [238]. Ancak uykuya dalma güçlükleri özkıyım davranışları üzerinde her zaman doğrudan etkili olmayabilir, dolaylı olarak (madde kullanımı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile) etki göstermiş olabilir [133]. Çalışmamızda KZVD ile ilişkilendirilen uykuya dalmanın gecikmesi; özkıyım girişimi olan grubun sayıca az olması, uyku alışkanlıklarının bakımverenler tarafından değerlendirilmesi, objektif ölçüm yapılmamış olması gibi nedenlerle dikkatli yorumlanmalıdır. Uykuya başlamada gecikmenin fazla olmasıyla KZVD riskinin artması, Hysing ve arkadaşları tarafından da gösterilmiştir [165].

6.2.4. Kendine Zarar Verme Davranışının Klinik Özellikleri

Son çalışmalarda KZVD'nin en sık başladığı dönemin 12-14 yaş aralığındaki erken ergenlik olduğu ifade edilmektedir [159]. Çalışmamızdaki KZVD başlama yaşı, literatür ile uyumlu bulunmuştur (12.8 ± 2). Çalışmamızda en sık görülen KZVD kendini kesme olup bu durum İzmir'de yapılan ve en sık olarak kendini vurma/çarpma şeklinde KZVD sonucu belirten çalışmadan farklıdır [239]. Klinik örneklemde katılımcıları almamız bu farklılığa neden olmuş olabilir. Ayrıca bilekleri kesme şeklindeki KZVD, diğer yöntemlere göre psikopatoloji ile en ilişkili olanıdır [240]. Literatürde KZVD sırasında ağrı duymama oranları %27 ile %74 arasında değişmekte olup [157], çalışmamızda KZVD'si olan katılımcıların %27.1'i fiziksel acı hissetmediğini belirtmiştir. Yapılan araştırmalarda KZVD sırasında daha az acı hissetmenin, eylem sırasında salınan endojen opiyatlara bağlı olabileceği ileri sürülmüştür [241]. Çalışmamızda KZVD'si olan katılımcıların %83.1'i eylem sırasında yalnız olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde, ergenlerin yarısından fazlasının KZVD'yi yalnız gerçekleştirdiği bilinmektedir [158]. Çalışmamızda KZVD'si olan katılımcıların %79.7'si istek sonrası ilk bir saat içinde kendilerine zarar verdiklerini ifade etmiştir, bu durum ergenlerde KZVD'nin genellikle dürtüsel doğada olması ve düşünce sonrası kendilerine kısa sürede zarar vermeleri şeklindeki literatürle örtüşmektedir [149]. Çalışmamızda KZVD'si olan katılımcıların %61.1'i

KZVD'yi sonlandırmak istemektedir. Ergenlerin bu davranışı bırakmak istemelerine rağmen yapamamaları; KZVD'nin dürtüsel doğası, farklı işlevlerin varlığı (otonom, sosyal) ile ilişkili olabilir.

6.2.5. Özkıyım Düşüncesi ve Girişimlerinin Klinik Özellikleri

Çalışmamızdaki özkıyım girişimi olan katılımcılarda, düşüncelerinin nedenleri değerlendirildiğinde; acıya son vermenin %58.8 ile baskın sonuç olduğu, dikkat çekmenin ise %13.2'de kaldığı görülmektedir. Bu durum ölümü arzulamak, acıyı sonlandırmak gibi motivasyonların depresyon varlığı ve depresyonun şiddet düzeyi ile ilişkili olmasıyla açıklanabilir [116].

Literatürde MDB tanılı ergenlerde özkıyım düşüncesi şiddetinin değerlendirildiği bir çalışmada yaşam boyu %27.5 oranında özkıyım ile ilgili plan yapma tespit edilmiştir [242]. Acil servise başvuran ergenleri değerlendiren başka bir çalışmada olgularda son bir haftaya ait özkıyım düşünceleri değerlendirilmiş; %14'ünde özkıyım planı saptanmıştır [243]. Çalışmamızda ise geçen ay özkıyım planı bildiren katılımcı oranı %22.1, yaşam boyu özkıyım planı ise %38.2 olmuştur. Oranların çalışmamızda daha yüksek saptanmasında olgularımızın poliklinik örnekleminde alınması, MDB tanılarının olması ve kullanılan ölçüm yöntemi neden olmuş olabilir. 2016 yılında Danimarka'da özkıyımı önleme kliniğinde yapılan bir çalışmada; son bir haftada özkıyım düşüncesinde niyet belirten olguların oranı %38.8 olarak saptanmıştır [244]. Çalışmamızda bu oran (C-SSRS geçen ay 4 ve 5 puan alanların toplamı) %47.1'dir. Daha yüksek oran saptanmasının; değerlendirme süresi ve ölçüm yöntemleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Özkıyım girişimleri üzerine yapılan araştırmalarda en sık kullanılan yöntemin ilaç içme olduğu, ikinci sırada bilek kesmenin olduğu görülmektedir. Ergenlerle ilgili yapılan bir gözden geçirmede, özkıyım girişimlerinin %66.5'inin ilaç içerek kendini zehirlleme şeklinde olduğu saptanmıştır [245]. Çalışmamızda da %70.6 ilaç, %27.5 kesi ile özkıyım girişimi olduğu tespit edilmiştir, bu açıdan literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda girişim sayısı üç ve daha çok olan ergenlerin oranı %33.3'tür. Tamamlanmış özkıyım için en önemli risk etmeni önceki girişimler olduğu bilinmektedir [108]. Bu oran, önlenabilir genç ölümleri için özkıyım olguları ciddiyetle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Erişkinlerle yapılan bir çalışmada başkaları tarafından engellenen girişim oranı %29.8, kişinin kendisi tarafından durdurulan girişim oranı %34.6 olduğu saptanmıştır [246]. Çalışmamızda engellenen girişim oranı %26.5, durdurulan girişim oranı %25 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda oranların görece düşük kalması; engellenen ya da durdurulan girişimlerin sonraki girişimlere öncü olabileceği, yaşla birlikte bu girişimlerin sayısının artabileceği ile açıklanabilir [247].

13-17 yaşlarındaki kızlarda yapılan bir araştırmada, katılımcıların yarısı yaşam boyu özkıyım girişimi bildirmiş olup; tüm katılımcıların %8.3'ünde hazırlayıcı davranışlar olduğu saptanmıştır [248]. Acil servise başvuran ergenleri değerlendiren araştırmada; olgularda son bir haftaya ait %3.9, yaşam boyu ise %7.9 oranında hazırlayıcı davranış varlığı görülmüştür [243]. Çalışmamızda ise hazırlayıcı davranış varlığı, özkıyım girişiminde bulunan olguların %45.6'sında saptanmıştır. Oranlar arasındaki bu farkın; olgularımızın klinik örneklemden alınmış olması, hepsinde MDB tanısının olması, tüm katılımcıların yaşam boyu en az bir özkıyım düşüncesi taşımaları, örneklem sayısının belirtilen çalışmalara göre daha az olması ile ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Sıklıkla özkıyım girişimleri öncesi uyarıcı işaretlerin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hazırlayıcı eylem ya da davranışlar klinisyenler tarafından dikkatle izlenmelidir.

Özkıyım ile ilgili caydırıcı faktörler incelendiğinde aileye karşı sorumluluk, dini düşünceler gibi faktörler ön plana çıkmaktadır [249,250]. Çalışmamızda özkıyım girişimleri olan olguların %38.2 oranında caydırıcı faktörlere sahip olduğu görülmüştür. Özkıyımın ambivalan düşüncelerle birlikte seyrinin sık olmasının, caydırıcı durumları ve olguların güçlü yanlarının desteklenmesinin tedavi sürecinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Ergenlikteki özkıyım girişimlerinin tıbbi olarak ölümcüllük düzeylerinin düşük olduğu bilinmektedir. Literatürde %5-10 arasında ciddi ölüm olasılığı tarif edilmektedir [116]. Çalışmamızda tıbbi hasar oranı yüksek olmasına karşın şiddetli fiziksel hasar oranı %3.9, potansiyel ölümcüllük ise %5.9 olarak saptanmıştır, literatürle benzer bulunmuştur.

6.3. Uyku Parametreleri ve İlişkili Klinik Bulguların Değerlendirilmesi

6.3.1. Uyku Kalitesi ve Uyku Alışkanlıkları ile Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevleri Arasındaki İlişki

Uyku kalitesi ile KZVD işlevleri arasında sadece çözülmeyi önleme bakımından istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuş olup; diğer işlevlerle ilgili anlamlılık elde edilmemiştir.

KZVD yaparken çözülmeyi önlemeyi amaçlamak, uyku kalitesi kötü olanlarda anlamlı derecede daha fazla saptanmıştır. Literatürde bu konu ile ilgili doğrudan bir çalışma mevcut değildir. Türkiye’de ergenlerde yapılmış bir çalışma, disosiyatif bozukluk tanısı olan hastalar arasında kabus bozukluğu olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek oranda KZVD ve son bir yıl içinde özkıyım girişimi öyküsü saptamıştır [251]. Çözülmeyi önleme işlevi olarak KZVD yapan kişilerin tarifledikleri “hiçbir şey hissedememe” durumunun, KZVD ile "acı da olsa bir şey hissetmek" haline gelmesi; uyku sorunlarının neden olduğu emosyon disregülasyonu ile artıyor olabilir. Benzer sonucun ÇUAA ile saptanamamasının sebebi; kişinin hem uyku kalitesini hem de KZVD işlevini kendi bildirmesi ile anlamlı sonuç elde edilmesi olabilir.

Uyku alışkanlıkları ile KZVD işlevleri arasında, sosyal işlevlerden olan kişiler arası etkileşimi sağlama ve fiziksel dayanıklılık elde etme bakımından istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuş olup; diğer işlevlerle ilgili anlamlılık elde edilmemiştir. KZVD yaparken kişiler arası etkileşimi sağlama amacı, uyku alışkanlıkları iyi olanlarda anlamlı derecede daha fazla saptanmıştır. KZVD sırasında fiziksel dayanıklılığı sağlama amacı, yine uyku alışkanlığı iyi olanlarda daha fazla görülmüştür. Literatürde doğrudan bu alanda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Erişkinlerde yapılan 2022 yılına ait bir çalışmada; düşük uyku kalitesinin özkıyım düşünce şiddetini artırmasına fiziksel ve psikolojik acının aracılık ettiğini göstermiştir. Düşük uyku kalitesinin ağrı duyarlılığının azalmasına yol açtığı ve bu durumun da özkıyım düşüncesini kötüleştirerek özkıyım riskini artırabileceği düşünülmektedir [252]. Çalışmamızda düşük uyku kalitesi olanlarda ağrı duyarlılığı azalmış olabilir; bu durum da bu kişilerce KZVD ile fiziksel dayanıklılığın amaçlanmamasına neden olmuş olabilir. Ayrıca fiziksel dayanıklılık ve uyku arasındaki ilişki çeşitli ortak mediatörler (örneğin serotonin, c-aminobütirik asit) olası ilişkiye aracılık edebilir. Uyku alışkanlığı iyi olan kişilerin gün içi sosyal yaşantısı daha iyi olabilir; bu durum da KZVD’yi sosyal işlevlerden bazılarını sağlamaya yönelik kullanmayı artırıyor olabilir. PUKİ ile yapılan değerlendirmede de kişiler arası etkileşim ortanca puanı uyku kalitesi iyi olanlarda daha fazladır; ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır.

6.3.2. Kabus ve Horlama Varlığı ile Kendine Zarar Verme Davranışı, Özkıyım Düşüncesi ve Girişimleri Arasındaki İlişki

MDB’li ergenlerin %29,5’i normalden çok daha sık kabus gördüğünü bildirmişlerdir [84]. Çalışmamızda ise MDB’li olguların %42,7’si kabus gördüğünü belirtmiştir.

Liu ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladıkları, geniş bir ergen örnekleminde yaptığı çalışmada; düşük uyku kalitesi, horlama, kabuslar gibi çoklu uyku sorunları KZVD ile ilişkilendirilmiştir. Düşük uyku kalitesi ve kabuslar, değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra bağımsız olarak artan KZVD riski ile ilişkilendirilmiştir [168]. Çalışmamızda kabus gördüğünü bildirenlerde, kabus görmeyenlere göre KZVD sayısı ortalama değeri daha yüksektir; ancak istatistiksel anlamlı farklılık elde edilmemiştir. Benzer şekilde; horlama varlığında, horlama saptanmayanlara göre KZVD sayısı ortalama değeri daha fazla saptanmıştır; ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Kabusların ergenlerde özkıyım eğilimine olan etkisi çelişkilidir. Choquet ve Menke, özkıyım eğilimini öngördüğü bildirilmişse de Wong ve arkadaşları kabus görme dışındaki uyku güçlüklerinin, 15-17 yaşlarında özkıyım davranışını önemli ölçüde yordadığını göstermişlerdir [7,130]. Çalışmamızda da kabus görme ile özkıyım düşünce şiddeti ve girişim sayısı arasında ilişki bulunamamıştır.

Erişkinlerde öksürük veya yüksek sesle horlamanın, depresif semptomların aracılığı ile özkıyım düşüncesine anlamlı düzeyde etkili olduğu gösterilmesine rağmen [10]; çalışmamızda horlama varlığı ile özkıyım düşüncesi şiddeti ve girişim sayısı arasında ilişki bulunamamıştır. Horlama çocuklarda özellikle iki ile sekiz yaşları arasında tonsil ve adenoid hipertrofisi nedeniyle sıktır [25]. Erişkinlerde ergenlerden farklı olarak obezite, metabolik sendrom vb hem uykuyu hem de yaşam kalitesini bozan; kimi zaman depresyona sebep olurken çoğu zaman da depresyonun sonuçlarından olabilen faktörler tabloya eklenmiş olabileceğinden, ergenlik döneminde ilişki saptanmamış olabilir.

6.3.3. Tüm Örnekleme İnsomnia ve Hipersomni Varlığının Karşılaştırılması

Çalışmamızda katılımcılarda %33.8 insomnia, %13.2 hipersomni bildirilmiştir. Ergenlerde insomnia %13.6-23.8 oranında, kız cinsiyet baskın olarak görülür [47]. Liu ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada, depresif çocuk ve ergenlerde en sık görülen uyku bozukluğunun insomnia olduğu; insomnianın %50'nin üzerinde, hipersomninin ise %9 oranında görüldüğü bildirilmiştir [83].

Çalışmamızda insomnia ve hipersomninin, örneklem sayısının az olmasına ve istatistiksel anlamlılığa ulaşmamasına rağmen; KZVD ile birlikteliğinin daha yüksek olduğu gözle çarpıcıdır. Uyku sorunlarından insomnianın KZVD ve özkıyım ile ilişkisinin araştırıldığı literatür gözden geçirildiğinde; hem KZVD varlığı ve sayısının insomniada daha fazla olduğu

[165,166,253], hem de özkıyım düşünce ve girişimleri ile insomnia birlikteliğinin sık olduğu gösterilmiştir [129,131,132,139]. Fakat 2019 yılına ait bir metaanaliz insomnianın özkıyım girişimleri üzerine etkili olmadığını; 2020 yılına ait bir metaanaliz ise özkıyım düşünceleri için güçlü bir risk etkeni olduğunu ve özkıyım girişimleri için bu etkinin daha düşük olduğunu ifade etmiştir [8,11]. Ayrıca literatürde insomnianın özkıyım ile bağlantılı görünmesine rağmen depresyon ve diğer değişkenler kontrol edildikten sonra; özkıyım düşüncesi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin kaybolduğunu ya da mevcut ilişkide tutarlılığın azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur [254–257].

Depresif ergenlerde KZVD ve özkıyım girişimlerinin birbiriyle karşılaştırıldığı bir araştırmada; insomnia alt tipler halinde değerlendirilmiş (başlangıç, orta, terminal) ve gece boyunca uykuyu sürdürme zorluğu olan orta insomnianın özkıyım girişiminde bulunma ile anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Diğer insomnia tipleri ve hipersomni için gruplar arası anlamlı farklılık elde edilmemiştir [258]. Hipersomni açısından bu araştırma, çalışmamızla benzerlik taşımaktadır. İnsomnia açısından çalışmamızda fark elde edilememesi, insomnia alt tiplerinin çalışmamızda değerlendirilmemesi ile ilişkili olabilir.

6.3.4. İnsomnia Varlığının Depresyon Şiddeti, Hastalık Şiddeti, Kendine Zarar Verme Davranışı, Özkıyım Düşüncesi ve Girişimleri ile İlişkisi

Depresyonda uyku sorunları ve özellikle insomnia varlığına sıkça rastlanır [83,84]. Uyku sorunları arttıkça depresyon şiddeti de artmaktadır [81]. Çalışmamızda da insomnia saptanmayan katılımcılara göre; insomnia varlığında depresyon puanı ortalamaları, istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek saptanmıştır. MDB’de ruminasyonun sık olması ve uykuya etki ederek insomniaya katkı sağlaması söz konusu olabilir [18]. Ek olarak uyku yoksunluğu, dikkat sorunlarına ve duygu düzenlemede güçlüklerle neden olabilir [75].

Çalışmamızda insomnia olan ve olmayan katılımcılar KGI-Ş puan ortancaları açısından farklılık göstermemiştir. Bu durum, çalışmamızdaki katılımcıların hastalık şiddetlerini uyku sorunları dışında etkileyebilecek farklı faktörlerin varlığı ile (depresyon düzeyi, KZVD, özkıyım varlığı gibi) ilişkilendirilebilir.

İnsomnia varlığında KZVD sayısının arttığı bilinmektedir [165,166,253]. Benzer şekilde, çalışmamızda istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da insomnia saptanan katılımcılardaki KZVD ortanca sayısı, insomnia olmayanlara göre daha fazladır. İnsomnia, bir stres etkisi gösterip ergenlerde depresyon ve dürtüsel davranışlar geliştirme ihtimalini artırabilir ve

KZVD'yi başa çıkma stratejisi olarak ortaya çıkarabilir. Ya da tam tersi şekilde; KZVD sonrası gelişen ruminasyon ve anksiyete, insomniada da görülen artmış uyarılma zeminini oluşturabilir [259]. Çalışmamızda insomnia saptanan grubun örneklem azlığı, istatistiksel anlamlılığın gelişmesine engel olmuş olabilir.

İnsomnianın özkıyım düşünceleri ile ilişkisinin daha fazla olduğu; özkıyım girişiyle ilişkisinin zaman zaman tutarsız bulgular oluşturduğu dikkat çekmektedir [254–257]. Çalışmamızda da bu durumla uyumlu olarak insomnia saptanan olgularda özkıyım düşünce şiddeti ortanca değerlerinin hem geçen ay hem de hayat boyu değerlendirildiğinde daha yüksek olduğu görülmüştür. Özkıyım girişimleri ortanca değerlerinde farklılık saptanmamıştır.

6.3.5. Hipersomni Varlığının Depresyon Şiddeti, Hastalık Şiddeti, Kendine Zarar Verme Davranışı, Özkıyım Düşüncesi ve Girişimleri ile İlişkisi

Çalışmamızda hipersomnisi olanlarda depresyon şiddeti ortanca puanı, hipersomnisi olmayanlara göre istatistiksel anlamlılığa ulaşmamasına rağmen daha fazla saptanmıştır. Literatürde de artmış uyku süresi, MDB ile anlamlı şekilde ilişkilidir [260].

Ergenler hipersomni durumunda gün içinde kendilerini yorgun hissedebilirler. Sabahları uyanmak zor olabilir; sınıfta ya da başka ortamlarda, uygun olmayan zamanlarda uyuyakalabilirler [18]. Bu durum işlevselliklerini olumsuz etkileyebilir. Literatür incelendiğinde sağlıklı kontrollerle kıyasla bu grupta fiziksel, sosyal ve okul alanlarında işlevselliğin daha düşük olduğu; emosyonel işlevsellik açısından anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir [261]. Çalışmamızda da hastalık şiddeti açısından hipersomni olan ve olmayan katılımcıların benzer olduğu görülmüştür. Bu durum yine benzer şekilde, hastalık şiddetlerini uyku sorunları dışında etkileyebilecek depresyon düzeyi, KZVD, özkıyım varlığı ile gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Bu faktörlerin etkisi, hipersomninin yaratabileceği sorunları maskeleyebilir.

Çalışmamızda hipersomni olan grupta KZVD sayısı ortanca değeri daha fazla olup, gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark elde edilememiştir. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde de hipersomni ile KZVD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [258].

Türkiye’de erişkinlerde yapılan bir çalışmaya göre, hipersomnisi olan depresif hastaların özkıyım girişiminde bulunma olasılıkları artmıştır [142]. Özkıyım davranışları ile hipersomni birlikteliğindeki mekanizma sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin düşmesi ve buna depresyonun eşlik etmesiyle açıklanmaktadır, serotoninin de aracı rolü olduğu düşünülmektedir [74].

Çalışmamızda ise hipersomnisi olanlarda geçen ayki ve yaşam boyu özkıyım düşünce şiddeti ortanca değeri, hipersomni olmayanlardan daha yüksektir; ancak istatistiksel anlamlı farklılığa ulaşmamıştır. Özkıyım girişimi sayısı ortanca değerleri ise iki grubun benzerdir. Literatürde Çinli ergenlerde yapılan bir çalışmada, uzun uyku saatleri özkıyım girişimleri ile anlamlı birliktelik göstermiştir; özkıyım düşüncesi ile ilişkili bulunmamıştır [262]. Tayvanlı ergenlerde yapılan bir çalışmada, depresif bozukluk kontrol ettikten sonra, uyku bozukluğunun ergen özkıyım düşüncesi için de bir risk faktörü olmadığını gösterilmiştir [256]. Ek olarak, bazı araştırmalar daha uzun uyku süreleri ile özkıyım davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulmadığı gibi; aksine aşırı uyumanın koruyucu olduğunu bildirmişlerdir [258,262]. Kim ve arkadaşları yatakta genellikle on saat veya daha fazla zaman geçirdiklerini bildiren ergenlerin, günde yaklaşık yedi saat uyuyanlarla karşılaştırıldığında özkıyım düşüncesini ve planlarının daha düşük olduğunu ifade etmiştir (rölatif risk= 0.61) [263].

6.4. Ölçekler Arası Korelasyon Değerlendirmeleri

6.4.1. Uyku Ölçek Puanları ile Depresyon ve Hastalık Şiddeti Puanlarının Korelasyonu

Uyku sorunlarının artması ile depresyon şiddetinin arttığı; ergenlerin kendileri tarafından bildirdikleri uyku sorunlarının kesitsel olarak daha yüksek depresif semptomlarla korele olduğu bilinmektedir [81,84]. Türkiye’de lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada uyku kalitesi ile depresif belirtiler arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur [264]. Çalışmamızda da PUKİ ve ÇUAA puanları ile ÇDDÖ-R t-skoru arasında pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Kişilerin bildirdiği uyku kalitesi ne kadar kötüyse, saptanan depresyon şiddeti o kadar yüksek olmuştur. Benzer şekilde uyku alışkanlığı bozuk olanların depresif yakınmalarıda daha fazla olarak değerlendirilmiştir. Bu durum depresyonun tanı kriterlerinde uyku sorunları varlığının etkisi olabilir. Aşırı uyanık olan ya da çevresinden tehdit algılayan kişi, uyku durumuna geçmeyi engelleyen bir çatışma yaşayacaktır. Eğer depresif kişinin kendi ve çevresi hakkında olumsuz bilişleri varsa, bu bilişsel algılar uyanıklığı artırıp uykuya başlamayı, sürdürmeyi engelleyebilir; uyku sorunlarına neden olabilir [75].

Literatürde uyku problemlerinin işlevselliği olumsuz etkilediği, işlevsellik ölçümlerinin çoklu uyku sorunu bildirenlerde daha düşük saptandığı ifade edilmektedir [84]. Ancak çalışmamızda bununla uyumsuz olarak PUKİ ve ÇUAA puanları ile KGI-Ş puanı arasında korelasyon saptanmamıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların hepsinde depresyona eşlik eden KZVD veya özkıyım girişimlerinden en az birinin varlığı hastalık şiddetini etkilemiş olabilir.

Bu sebeple kişilerin ya da bakımverenlerinin uyku ile ilgili bildirdikleri zorluklar, hastalık şiddetine doğrudan yansımamış olabilir. Örneğin çalışmamızda KGI-Ş skorları özkıyım girişimi varlığında anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Özkıyım girişimi varlığı, hastalığın klinik yansımalarının daha şiddetli olmasına sebep olmuş; uyku problemlerinin yarattığı muhtemel diğer zorlukların arka planda kalmasına neden olmuş olabilir.

6.4.2. Uyku Ölçek Puanları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Özkıyım Düşünce ve Davranışlarının Korelasyonu

Çalışmamızda PUKİ toplam puanı ile KZVD sayısı arasında korelasyon saptanmamıştır. ÇUAA toplam puanı ile KZVD sayısı koreledir. Uyku alışkanlıkları ne kadar bozursa, kişilerin bildirdiği KZVD sayısı o kadar artmaktadır. Literatürde kötü uyku kalitesinin, KZVD riskini artırdığı farklı çalışmalarda gösterilmiştir [168,265]. Çalışmamıza benzer olarak erişkinlerde yapılan bir çalışma, uyku kalitesi ve KZVD arasında ilişki saptamamıştır [266]. Uyku sorunları şemsiye terimi olarak değerlendirildiğinde, genel olarak uyku sorunları KZVD ile ilişkili bulunmuştur [7,165,258]. Daha yüksek KZVD riski; daha fazla uykusuzluk semptomu, daha kısa uyku süresi, daha uzun uykuya başlama gecikmesi, uyku başladıktan sonra daha fazla uyanma ile ilişkili saptanmıştır [165]. Yine çalışmamıza benzer şekilde ailenin bildirdiği uyku sorunları ile KZVD arasında ilişki gösterilmiştir [267].

Çalışmamızın bulgularına göre; uyku kalitesi kötüleştikçe son bir aya ait özkıyım düşüncesinin şiddeti artmaktadır. Benzer bir korelasyon, ömür boyu özkıyım düşüncesinin şiddeti ile bulunamamıştır. Literatürde de uykunun özkıyım üzerine etkileri son altı aya ait değerlendirmelerde daha anlamlı ilişkiler göstermektedir [11]. Kötü uyku kalitesinin ergenlerde depresif semptomlar kontrol edildiğinde dahi özkıyım düşünceleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir [268]; üniversite öğrencilerinde de aynı bulgular tekrarlanmıştır [269]. Kötü uyku kalitesi varlığında kişinin dayanıklılığı azalır. Esnekliği az olan kişinin, emosyon disregülasyonu ve aşırı uyarılma nedeniyle stresli olaylara uyum sağlama becerisi azalır. Bu özkıyım düşüncesi geliştirmeye karşı artan bir savunmasızlığa neden olabilir [74].

Yapılan çalışmalarda kötü uyku kalitesinin özkıyım davranışlarını da artırdığı pek çok kez bildirilmişse de [129,131,270,271], çalışmamızda hem son üç aydaki hem de ömür boyu gerçekleşmiş özkıyım girişimleri ile anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Bu durum özkıyım girişiminin, özkıyım düşüncesine göre daha düşük oranda görülen bir durum olmasından kaynaklanabilir, bu sebeple tespit edilmesi zor olabilir. Dolayısıyla daha geniş örnekleme

değerlendirilmesi gerekebilir. Yakın tarihli metaanalizler incelendiğinde, uyku problemlerinin özkıyım girişimine yönelik tahmini rölatif riskinin daha düşük olduğu görülmektedir [8,11].

Literatürde ergenlik dönemindeki uyku bozukluklarının, frontal lobta bilişsel işlevleri olumsuz etkileyerek emosyon regülasyonunda, yargılamada ve dürtü kontrolünde bozulmalara yol açabileceği; özkıyım girişimlerine neden olabileceği iddia edilmiştir [74]. Ancak düşüncelerin girişimler haline gelmesini engelleyen tedavi alma, ilaç kullanımı, sosyal destek gibi faktörler de söz konusu olabilir. Ayrıca uyku kalitesi dışında, farklı ve daha spesifik uyku sorunlarının değerlendirilmesi, hatırlama yanlılığını engellemek için objektif ölçümlerin kullanılması özkıyım girişimleri açısından daha net bir ilişki kurulmasını sağlayabilir. Prospektif çalışma modeliyle uyku sorunları ve özkıyım davranışı gelişmesi arasında nedensellik ilişkisi belirlenebilir. Ek olarak özkıyım girişimlerinin varlığı, uyku kalitesinden daha çok olguların depresif yakınmaları ile bağlantılı olabilir.

Uyku alışkanlıklarında bozulma ile özkıyım düşünce şiddeti ve özkıyım girişimi sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun, ergenlerin uyku özelliklerinin ebeveynler tarafından yeterince gözlemlenememesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

6.4.3. Gündüz Uykululuğu ile Kendine Zarar Verme Davranışı, Özkıyım Düşüncesi ve Girişimlerinin Korelasyonu

Çalışmamızda depresyon tanılı ergenlerdeki gündüz uykululuğu, ÇUAA'nın alt ölçeği ile değerlendirilmiş olup; bu ölçek puanı ile KZVD sayısı arasında korelasyon saptanmıştır. Gündüz uykululuğu arttıkça KZVD sayısının arttığı görülmüştür. Literatürde de Liu ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladıkları, geniş bir ergen örnekleminde yaptığı araştırmada; gün içi uykululuğun da dahil olduğu çoklu uyku sorunları KZVD ile ilişkilendirilmiştir [168]. Çocuklar ve ergenler arasında aşırı gündüz uyku hali yaygın olarak görülür [52]. Kesitsel araştırmalar, artmış gündüz uykululuğunun depresif belirtilerle olduğu kadar depresif çocuk ve ergenlerde özkıyım düşüncesi ve girişimleriyle de ilişkili olduğunu bildirmiştir [141]. Çalışmamızda gündüz uykululuğun ebeveyn tarafından değerlendirilmesi, ergenlerin gün içinde daha çok okulda, akran çevresiyle ya da tek başına vakit geçirmek istemeleri nedeniyle bu gözlemin sınırlı kalmış olabileceğini düşündürmüştür. Bu sebeple gündüz uykululuk puanları ile özkıyım düşüncesi şiddeti ve girişim sayıları arasında ilişki anlamlı saptanamamış olabilir.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar

Çalışmamızda KZVD, özkıyım, KZVD ve özkıyım grupları arasında sosyodemografik veriler, bireysel ve aile özellikleri açısından; sigara kullanımı ve ailedeki psikiyatri öyküsü dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Sigara kullanımı ve ailedeki psikiyatri öyküsü KZVD ve özkıyım birlikte olan grupta daha fazla bulunmuştur.

Üç grup ÇDDÖ-R t-skoru açısından farklılık göstermemiştir. KGI-Ş skoru KZVD grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede diğer gruplardan daha düşük saptanmıştır.

Katılımcıların %89.7'sinde kötü uyku kalitesi, %83.8'inde bozulmuş uyku alışkanlığı tespit edilmiştir. Katılımcıların % 33.8'inde insomnia, % 13.8'inde hipersomni mevcuttur. Üç grup arasında uyku kalitesi, uyku alışkanlığı, insomnia ya da hipersomni varlığı açısından istatistiksel anlamlı farklılık elde edilmemiştir. PUKİ bileşenleri üç grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermemiştir. ÇUAA alt ölçeklerinden uykuya dalmada gecikme özkıyım grubunda diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha az saptanmıştır.

KZVD işlevleri uyku kalitesine göre değerlendirildiğinde; çözülmeyi önleme işlevi alt puanı uyku kalitesi iyi olanlarda daha fazla saptanmıştır. KZVD işlevleri uyku alışkanlıklarına göre değerlendirildiğinde; dayanıklılık ve kişiler arası etkileşim alt puanı uyku alışkanlıkları iyi olanlardah daha fazla saptanmıştır.

İnsomnia ya da hipersomninin olup olmamasına göre KZVD, özkıyım girişimi düşüncesi ve özkıyım girişimi sayısı karşılaştırılmış; istatistiksel anlamlı farklılık elde edilememiştir.

Kabus ya da horlamanın olup olmamasına göre KZVD, özkıyım girişimi düşüncesi ve özkıyım girişimi sayısı karşılaştırılmış; istatistiksel anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Ölçek puanları arasında korelasyon değerlendirildiğinde; PUKİ ve ÇUAA puanları ile ÇDDÖ-R t-skoru pozitif, orta düzeyde anlamlı korele bulunmuştur. PUKİ ve ÇUAA puanları ile KGI-Ş puanı arasında anlamlı korelasyon görülmemiştir. PUKİ toplam puanı ile son bir aydaki özkıyım düşüncesi şiddeti arasında pozitif, düşük düzeyde anlamlı korelasyon elde edilmiştir ÇUAA toplam puanı ve ÇUAA'nın gündüz uykululuk alt ölçeği, KZVD sayısı ile pozitif, orta düzeyde anlamlı korele saptanmıştır.

ÇDDÖ-R t-skoru ile toplam KZVD sayısı arasında pozitif, düşük düzeyde anlamlı korelasyon; son bir aydaki özkıyım düşüncesi şiddeti ile pozitif, yüksek düzeyde anlamlı

korelasyon görülmüştür. KGI-Ş ile son üç aydaki ve ömür boyu özkıyım girişim sayıları arasında pozitif, orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır.

7.2. Öneriler

1. Hem depresyon hem uyku sorunlarıyla başvuran ergenler, yüksek riskli grubu temsil etmektedir. Bu gençler daha şiddetli depresyon, daha yüksek KZVD ve özkıyım oranlarına sahip olma eğilimindedirler. Uyku sorunları bu hastalarda hastalık şiddetinin bir göstergesi olabilir.

2. Ergenin önceden uyku sorunlarına neden olabilecek herhangi bir psikiyatrik sorun öyküsü olup olmadığına bakılmaksızın, KZVD ve özkıyım riskinin değerlendirilmesine uyku bozukluklarının değerlendirilmesi dahil edilmelidir. Ergenler, depresyon ve madde kullanımı gibi daha hassas konulardan ziyade uyku ile ilgili konuları tartışmaya daha istekli olabilir

3. Ergenlerde tekrarlayan özkıyım girişimlerini önleyen beş anahtar faktör bulunmuştur: değişim motivasyonu, hoşgörü, aile desteği veya aile desteği olmaması, olumlu etkinin desteklenmesi ve sağlıklı uyku. Bu değiştirilebilir faktörleri hedef alan müdahalelerle özkıyımın önlenebileceği ileri sürülmüştür [272]. Gelecekteki araştırmalar, uyku bozukluklarına erken müdahalenin ergenlerde KZVD ve özkıyım eğilimi riskini azaltmadığını belirleyebilir. Bu nedenle, bir psikiyatrik bozukluk bağlamında ortaya çıkan şiddetli uyku güçlükleri geliştirme riski en yüksek olan ergenleri belirlemek, KZVD ve özkıyım düşüncesini amaçlayan müdahaleler için potansiyel bir hedef olabilir.

4. İki kendine zarar verme alt türü (KZVD ve özkıyım girişi) arasında ayrım yapmanın değeri, sık sık belirsiz niyet nedeniyle özellikle Amerika Birleşik Devletleri dışında biraz tartışmalıdır ve ortak risk mekanizmaları hem KZVD hem de özkıyım girişimlerine katkıda bulunabilir [273]. Ancak yine de KZVD, özkıyım davranışının hafif formu olarak görülmemelidir, başlı başına özkıyım kadar önemli bir klinik durum olarak ele alınmalıdır. KZVD ve özkıyım girişimlerinde bulunan olguların sıklıkla benzer özelliklere sahip oldukları düşünülse de farklı profiller de çizebileceği görülmektedir.

5. Sonraki araştırmalarda uyku bozukluklarının etkilerini tek başına incelemenin ötesine geçmesi ve bunun yerine işlevlerini diğer biyopsikososyal faktörlerle karmaşık ilişkiler bağlamında değerlendirmesi önerilir. Uyku bozukluklarının KZVD ve özkıyım riski açısından önemsiz olduğu anlamına gelmese de, uyku bozuklukları ile bu davranışlar arasındaki ilişkilerin muhtemelen küçük, bireysel ve oldukça değişken olduğu görülmüştür. KZVD ya da özkıyım

davranışının ortaya çıkması için uyku bozuklukları tek başına gerekli veya yeterli değildir. Hangi uyku bozukluklarının KZVD ya da özkıyım riskine katkıda bulunduğunu incelemeye devam etmek klinik yarar sağlayacaktır; ancak daha umut verici bir yol, uyku bozukluklarının KZVD ya da özkıyım riski oluşmasına yönelik mevcut karmaşık kavramsallaştırmalara nasıl dahil edilebileceğini belirlemek olabilir.



8. KISITLILIKLAR

1. Çalışmamızın kesitsel araştırma deseni, bulgularımız arasında nedensellik bağı kurulmasını engellemektedir. Kötü uyku kalitesi ve depresif semptomların; kendine zarar verme davranışı, özkıyım düşünce ve davranışlarının nedeni mi yoksa sonucu mu olduğuna dair yorum yapabilmek için kanıt düzeyi yüksek uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç vardır.

2. Çalışmamızın tek kliniğe ait verileri içermesi, yalnızca özkıyım girişiminde bulunanlar grubunda az sayıda katılımcı olması, toplam örneklemin küçük olması ve kız cinsiyet baskın bir örneklem olması; sonuçların genelleştirilebilirliğini sınırlamıştır. Örneklem sayısının az olması; bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmış olabilir. Ek olarak, saptanan bulguların genellenebilmesi için çok merkezli, daha büyük örneklemlili, toplum örneklemini de içeren çalışmalara gereksinim vardır.

3. Kendine zarar verme davranışı ve özkıyım davranışının literatürde farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. Çalışmamızda bu ayrım için Columbia İntihar Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. DSM-5'te Daha İleri Araştırma Gerektiren Durumlar için yer alan tanımlar, çalışmamızın dahil edilme kriterlerinden farklıdır. Bu durum sonuçların genelleştirilmesi önünde engel oluşturmaktadır.

4. Uyku ile ilgili verilerin toplanma yöntemi ergenler ve ailelerin doldurduğu kişisel bildirim dayalı ölçeklerdi. Bu durum hatırlama yanlılığı, hafıza faktörü veya ergenlerin olumsuz durumları saklama çabası ile ölçeklerin doldurulmasına neden olmuş olabilir; çalışmanın güvenilirliğini etkileyebilir. Daha objektif değerlendirme yöntemleri olan polisomnografi, aktigrafi gibi testlerin zaman alması ve maliyetli oluşu çalışmamızda tercih edilmeme sebebi olmuştur.

5. Olguların MDB tanısının yanı sıra komorbid hastalıklara sahip olması, eşlik eden ilaç kullanımı değerlendirme üzerinde karıştırıcı etkide bulunmuş olabilir.

6. Çalışmamızda ebeveynlerin doldurduğu ölçekler için sadece annelerin veya sadece babaların doldurması gibi bir koşul bulunmamaktaydı. Anne ve babanın çocuklarının davranışlarını farklı şekilde yorumlamış olabilmeleri test sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

9. KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organization (WHO). The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Descriptions and Diagnosis Guidelines. Geneva: World Health Organization (WHO); 1993.
3. Rao U. Sleep disturbances in pediatric depression. *Asian J Psychiatr*. 2011;4(4):234-247.
4. Khazaie H, Zakiei A, McCall WV, et al. Relationship between Sleep Problems and Self-Injury: A Systematic Review. *Behavioral Sleep Medicine*. 2021;19(5):689-704.
5. Ağargün MY, HK and OAnlar. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derneği*. 1996;7(2):107-115.
6. Eskin M. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. HYB Yayıncılık; 2012.
7. Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *J Psychiatr Res*. 2011;45(4):505-511.
8. Liu JW, Tu YK, Lai YF, et al. Associations between sleep disturbances and suicidal ideation, plans, and attempts in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sleep*. 2019;42(6).
9. Gelaye B, Okeiga J, Ayantoye I, Berhane HY, Berhane Y, Williams MA. Association of suicidal ideation with poor sleep quality among Ethiopian adults. *Sleep and Breathing*. 2016;20(4):1319-1326.
10. Tae H, Jeong BR, Chae JH. Sleep problems as a risk factor for suicide: Are certain specific sleep domains associated with increased suicide risk? *J Affect Disord*. 2019;252:182-189.
11. Harris LM, Huang X, Linthicum KP, Bryen CP, Ribeiro JD. Sleep disturbances as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: a meta-analysis of longitudinal studies. *Sci Rep*. 2020;10(1):13888.
12. Rey JM, Bella-Awusah TT, Liu J, Professor of Psychiatry F. Depression in Children and Adolescents. In: Rey JM (Ed) IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.; 2015.

13. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-2401.
14. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837-844.
15. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, et al. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *J Affect Disord*. 2018;238:513-521.
16. Weissman MM, Wickramaratne P, Gameroff MJ, et al. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *Am J Psychiatry*. 2016;173(10):1024-1032.
17. Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006;15(4):869-881.
18. Van Meter A. DSM-5 Diagnosis of Mood Disorders in Children and Adolescents. In: Singh MK, ed. *Clinical Handbook for the Diagnosis and Treatment of Pediatric Mood Disorders*. American Psychiatric Association Publishing; 2019:25-32.
19. Rice F, Riglin L, Lomax T, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord*. 2019;243:175-181.
20. WE, Shanahan L, Erkanli A, Jane Costello E, Angold A. Indirect Comorbidity in Childhood and Adolescence. *Front Psychiatry*. 2013;4.
21. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2002;11(3):619-637.
22. Özek Erkan H, Akay A. Çocuk ve Ergenlerde Duygudurum Bozukluklarında Prognoz ve Öngörücü Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* . 2016;2(1):96-100.
23. Alparslan AH, Erol Y. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk Non-Farmakolojik Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2016;2(1):62-67.
24. Bulanık Koç E, Karaçetin G. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk Farmakolojik Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2016;2(1):55-61.
25. Cortese S, Ivanenko A, Ramtekkar U, Angriman M. Sleep disorders in children and adolescents: A practical guide. In: *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Rey JM. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2014.

26. Yılmaz H. Uyku Fizyolojisi ve Uykunun İşlevi. In: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM, eds. Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. 2nd ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021:19-31.
27. Ünsel Bolat G. Gelişimsel Nörofizyoloji. In: Ercan ES, Bilaç Ö, Perçinel Yazıcı İ, et al, eds. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar. Akademisyen Kitabevi; 2020:37-42.
28. Bilici M, Yenel Özbay S. Uykunun Nörobiyolojisi. In: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM, eds. Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. 2nd ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021:33-43.
29. Aydın H. Uyku ve Bozuklukları. HYB Basın Yayın; 2007.
30. Schwartz JRL, Roth T. Neurophysiology of Sleep and Wakefulness: Basic Science and Clinical Implications. Curr Neuropharmacol. 2008;6(4):367.
31. Guyton A, Hall JE. Beyin Etkinlik Durumları - Uyku, Beyin Dalgaları, Epilepsi, Psikozlar. In: Tıbbi Fizyoloji. Nobel Tıp Kitapevleri; 2013:721-723.
32. Agostini A, Centofanti S. Normal Sleep in Children and Adolescence, Sleep Disorders in Children and Adolescents. In: Baroni A, Lunsford-Avery JR, eds. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Vol 30(1); 2021:1-15.
33. Ivanenko A, Johnson K. Sleep Disorders. In: Dulcan MK, ed. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry . 1st ed. American Psychiatric Publishing Inc.; 2010:449-465.
34. Coons S. Development of sleep and wakefulness during the first 6 months of life. In: Guilleminault C, ed. Sleep and Its Disorders in Children. Raven Press; 1987:17.
35. Sheldon SH. Development of Sleep in Infants and Children. Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine: Second Edition. Published online 2012:17-23.
36. Aurora RN, Lamm CI, Zak RS, et al. Practice Parameters for the Non-Respiratory Indications for Polysomnography and Multiple Sleep Latency Testing for Children. Sleep. 2012;35(11):1467.
37. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello M v. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep. 2004;27(7):1255-1273.

38. Blbl S, Kurt G, nl E, et al. Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2010;53:204-210.
39. Uyku A, Ve K, Faktörler E, et al. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2012;13(2):93-104.
40. Stores G. Practitioner review: assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 1996;37(8):907-925.
41. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, et al. Sleep disordered breathing in children in a general population sample: prevalence and risk factors. Sleep. 2009;32(6):731-736.
42. Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. Pediatrics. 2006;117(2).
43. Calhoun SL, Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN, Liao D, Bixler EO. Prevalence of insomnia symptoms in a general population sample of young children and preadolescents: gender effects. Sleep Med. 2014;15(1):91-95.
44. American Academy of Sleep Medicine. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed.; 2014.
45. Yetkin S. Uykusuzluk (İnsomni). In: Akıncı E, Orhan F, Demet MM, eds. Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. 2nd ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021:67-86.
46. Nevsimalova S, Bruni O. Sleep Disorders in Children. Springer; 2017.
47. Bruni O, Angriman M. Pediatric Insomnia. In: Nevşimalov S, Bruni O, eds. Sleep Disorders in Children . Springer International Publishing; 2017:155-184.
48. Richdale AL, Schreck KA. Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. Sleep Med Rev. 2009;13(6):403-411.
49. Owens JA. The ADHD and sleep conundrum: a review. J Dev Behav Pediatr. 2005;26(4):312-322.
50. Lunsford-Avery JR, Bidopia T, Jackson L, Sloan JS. Behavioral Treatment of Insomnia and Sleep Disturbances in School-Aged Children and Adolescents, Sleep Disorders in Children and Adolescents. In: Baroni A, Lunsford-Avery J, eds. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Vol 30. ; 2021:101-116.

51. Ekambaram V, Owens J. Medications Use for Pediatric Insomnia, Sleep Disorders in Children and Adolescents. In: Baroni A, Lunsford-Avery JR, eds. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Vol 30. ; 2021:85-99.
52. Kotagal S. Hypersomnia in Children. Sleep Med Clin. 2012;7(2):379-389.
53. Feder MA, Baroni A. Just Let Me Sleep in Identifying and Treating Delayed Sleep Phase Disorder in Adolescents, Sleep Disorders in Children and Adolescents. In: Baroni A, Lunsford-Avery J, eds. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Vol 30. ; 2021:159-174.
54. Klerman EB, Gershengorn HB, Duffy JF, Kronauer RE. Comparisons of the variability of three markers of the human circadian pacemaker. J Biol Rhythms. 2002;17(2):181-193.
55. Çalıyurt O. Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları. In: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM, eds. Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. 2nd ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021:121-133.
56. Guilleminault C, Pelayo R. Narcolepsy in prepubertal children. Ann Neurol. 1998;43(1):135-142.
57. Nevsimalova S, Jara C, Prihodova I, Kemlink D, Sonka K, Skibova J. Clinical features of childhood narcolepsy. Can cataplexy be foretold? Eur J Paediatr Neurol. 2011;15(4):320-325.
58. Serra L, Montagna P, Mignot E, Lugaresi E, Plazzi G. Cataplexy features in childhood narcolepsy. Mov Disord. 2008;23(6):858-865.
59. Challamel MJ, Mazzola ME, Nevsimalova S, Cannard C, Louis J, Revol M. Narcolepsy in children. Sleep. 1994;17(8 Suppl).
60. Nevšimalová S. Disorders Associated with Increased Sleepiness. In: Nevšimalová S, Bruni O, eds. Sleep Disorders in Children. Springer International Publishing; 2017:281-304.
61. Marcus CL, Brooks LJ, Ward SD, et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. Pediatrics. 2012;130(3).
62. Kotagal S. Sleep Laboratory Tests. Sleep Disorders in Children. Published online 2017:81-92.

63. Bruni O, DelRosso LM, Melegari MG, Ferri R. The Parasomnias, Sleep Disorders in Children and Adolescents. In: Baroni A, Lunsford-Avery JR, eds. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Vol 30. ; 2021:131-142.
64. Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F, Montplaisir J. Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics*. 2000;106(1 Pt 1):67-74.
65. Petit D, Touchette É, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*. 2007;119(5).
66. Zadra A, Desautels A, Petit D, Montplaisir J. Somnambulism: clinical aspects and pathophysiological hypotheses. *Lancet Neurol*. 2013;12(3):285-294.
67. Aurora RN, Zak RS, Maganti RK, et al. Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2010;6(1):85-95.
68. Robert G, Zadra A. Measuring nightmare and bad dream frequency: Impact of retrospective and prospective instruments. *J Sleep Res*. 2008;17(2):132-139.
69. Steinsbekk S, Berg-Nielsen TS, Wichstrøm L. Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34(9):633-641.
70. El-Solh AA. Management of nightmares in patients with posttraumatic stress disorder: current perspectives. *Nat Sci Sleep*. 2018;10:409.
71. DelRosso LM, Mogavero MP, Baroni A, Bruni O, Ferri R. Restless Legs Syndrome in Children and Adolescents, Sleep Disorders in Children and Adolescents. In: Baroni A, Lunsford-Avery J, eds. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Vol 30. ; 2021:143-157.
72. Hamilton-Stubbs P, Walters A. Simple Sleep-Related Movement Disorders . In: Nevšimalová S, Bruni O, eds. *Sleep Disorders in Children* . Springer International Publishing; 2017:227-251.
73. Picchietti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents--the Peds REST study. *Pediatrics*. 2007;120(2):253-266.
74. Lopez-Castroman J, Jaussent I. Sleep Disturbances and Suicidal Behavior. *Curr Top Behav Neurosci*. 2020;46:211-228.
75. Dahl RE. The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Dev Psychopathol*. 1996;8(1):3-27.

76. Kuman Tunçel Ö, Vahip S. Duygudurum Bozuklukları ve Uyku. In: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM, eds. Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. 2nd ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021:161-177.
77. Asarnow JR, Bai S, Babeva KN, et al. Sleep in youth with repeated self-harm and high suicidality: Does sleep predict self-harm risk? *Suicide Life Threat Behav.* 2020;50(6):1189-1197.
78. Marino C, Andrade B, Campisi SC, et al. Association Between Disturbed Sleep and Depression in Children and Youths: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies. *JAMA Netw Open.* 2021;4(3).
79. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(12):1608-1617.
80. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):35-46.
81. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry.* 1996;39(6):411-418.
82. Rao U, Dahl RE, Ryan ND, et al. The relationship between longitudinal clinical course and sleep and cortisol changes in adolescent depression. *Biol Psychiatry.* 1996;40(6):474-484.
83. Liu X, Buysse DJ, Gentzler AL, et al. Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. *Sleep.* 2007;30(1):83-90.
84. Urrila AS, Karlsson L, Kiviruusu O, Pelkonen M, Strandholm T, Marttunen M. Sleep complaints among adolescent outpatients with major depressive disorder. *Sleep Med.* 2012;13(7):816-823.
85. Gress-Smith JL, Roubinov DS, Andreotti C, Compas BE, Luecken LJ. Prevalence, severity and risk factors for depressive symptoms and insomnia in college undergraduates. *Stress Health.* 2015;31(1):63-70.
86. Yilmaz E, Sedky K, Bennett DS. The relationship between depressive symptoms and obstructive sleep apnea in pediatric populations: a meta-analysis. *J Clin Sleep Med.* 2013;9(11):1213-1220.

87. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Pascale RR, Perugi G, Akiskal HS. Phenomenology and comorbidity of dysthymic disorder in 100 consecutively referred children and adolescents: beyond DSM-IV. *Can J Psychiatry*. 2003;48(2):99-105.
88. Roberts RE, Roberts CR, Chan W. Persistence and Change in Symptoms of Insomnia among Adolescents. *Sleep*. 2008;31(2):177.
89. Palagini L, Baglioni C, Ciapparelli A, Gemignani A, Riemann D. REM sleep dysregulation in depression: state of the art. *Sleep Med Rev*. 2013;17(5):377-390.
90. Ivanenko A, McLaughlin Crabtree V, Gozal D. Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Med Rev*. 2005;9(2):115-129.
91. Augustinavicius JLS, Zanjani A, Zakzanis KK, Shapiro CM. Polysomnographic features of early-onset depression: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;158:11-18.
92. Manglick M, Rajaratnam SM, Taffe J, Tonge B, Melvin G. Persistent sleep disturbance is associated with treatment response in adolescents with depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(6):556-563.
93. Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J Cell Mol Med*. 2019;23(4):2324-2332.
94. Hinkelmann K, Moritz S, Botzenhardt J, et al. Changes in cortisol secretion during antidepressive treatment and cognitive improvement in patients with major depression: a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(5):685-692.
95. Buyse D, Germain A, Nofzinger E. Mood Disorders and Sleep. In: Stein D, Kupfer D, Schatzberg A, eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook and Mood Disorders*. American Psychiatric Publishing; 2006:717-737.
96. Eskin M. Gençler Arasında İntihar Davranışları. In: Bildik T, ed. *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*. Türkiye Klinikleri; 2018:271-276.
97. Posner K, Brodsky B, Yershova K, Buchanan J, Mann J. The Classification of Suicidal Behavior. In: Matthew K, Nock, eds. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford Library of Psychology; 2014.
98. Jans T, Vloet T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: Rey J, ed. *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018.
99. World Health Organization. Suicide key facts. 2019.

100. WHO. Preventing suicide: a global imperative. In: World Health Organization; 2014:7-45.
101. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Ölüm İstatistikleri, 2018. 2019.
102. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları 2013-2014. 2018.
103. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300-310.
104. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382.
105. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World J Psychiatry*. 2014;4(4):120.
106. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(4):386-405.
107. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-1239.
108. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(5):473-481.
109. Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. Treating Suicidal Behavior: An Effective, Time-Limited Approach. Guilford Press; 2001. Accessed April 9, 2023.
110. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4):372-394.
111. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002;68(2-3):167-181.
112. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA*. 2004;292(3):338-343.
113. Lu CY, Zhang F, Lakoma MD, et al. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. *BMJ*. 2014;348.

114. Arnarsson A, Sveinbjornsdottir S, Thorsteinsson EB, Bjarnason T. Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: a population-based study in Iceland. *Scand J Public Health*. 2015;43(5):497-505.
115. Rotheram-Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC, Shrout PE. Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58(5):554-561.
116. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996;3(1):25-46.
117. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):613.
118. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(9):1017-1024.
119. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri veritabanı, 2010. 2011.
120. Braquehais MD, Picouto MD, Casas M, Sher L. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction as a neurobiological correlate of emotion dysregulation in adolescent suicide. *World J Pediatr*. 2012;8(3):197-206.
121. Uran P. Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı. In: Devrimci Özgüven H, Sercan M, eds. İntiharı Anlama ve Müdahale. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019:303-318.
122. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346(7916).
123. Kascow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011;25(2):129-143.
124. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007;297(15).
125. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015;351.
126. Fink M, Kellner CH, McCall WV. The role of ECT in suicide prevention. *J ECT*. 2014;30(1):5-9.

127. Ballard ED, Ionescu DF, Vande Voort JL, et al. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *J Psychiatr Res.* 2014;58:161-166.
128. Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, et al. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(4):492-498.
129. Bailly D, Bailly-Lambin I, Querleu D, Beuscart R, Collinet C. [Sleep in adolescents and its disorders. A survey in schools]. *Encephale.* 2004;30(4):352-359.
130. Choquet M, Menke H. Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;81(2):170-177.
131. Nruugham L, Larsson B, Sund AM. Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *J Affect Disord.* 2008;111(1):83-93.
132. Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA. Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):84.
133. Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Mood Disorders: Suicide and Self-Harming Behavior. In: Rey J, ed. *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018.
134. Tishler CL, McKenry PC, Morgan KC. Adolescent Suicide Attempts: Some Significant Factors. *Suicide Life Threat Behav.* 1981;11(2):86-92.
135. Drapeau CW, Nadorff MR. Suicidality in sleep disorders: prevalence, impact, and management strategies. *Nat Sci Sleep.* 2017;9:213.
136. McCall W V., Benca RM, Rosenquist PB, et al. Reducing Suicidal Ideation Through Insomnia Treatment (REST-IT): A Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry.* 2019;176(11):957-965.
137. Pigeon WR, Funderburk JS, Cross W, Bishop TM, Crean HF. Brief CBT for insomnia delivered in primary care to patients endorsing suicidal ideation: a proof-of-concept randomized clinical trial. *Transl Behav Med.* 2019;9(6):1169-1177.
138. Gangwisch JE, Babiss LA, Malaspina D, Turner JB, Zammit GK, Posner K. Earlier Parental Set Bedtimes as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation. *Sleep.* 2010;33(1):97.

139. Winsler A, Deutsch A, Vorona RD, Payne PA, Szklo-Coxe M. Sleepless in Fairfax: the difference one more hour of sleep can make for teen hopelessness, suicidal ideation, and substance use. *J Youth Adolesc.* 2015;44(2):362-378.
140. Chiu HY, Lee HC, Chen PY, Lai YF, Tu YK. Associations between sleep duration and suicidality in adolescents: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;42:119-126.
141. Lopes MC, Boronat AC, Wang YP, Fui L. Sleep Complaints as Risk Factor for Suicidal Behavior in Severely Depressed Children and Adolescents. *CNS Neurosci Ther.* 2016;22(11):915-920.
142. Ağargün MY, Kara H, Solmaz M. Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(6):249-251.
143. Ohayon MM, Black J, Lai C, Eller M, Guinta D, Bhattacharyya A. Increased Mortality in Narcolepsy. *Sleep.* 2014;37(3):439.
144. Fernandes SN, Zuckerman E, Miranda R, Baroni A. When Night Falls Fast: Sleep and Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults, Sleep Disorders in Children and Adolescents. In: Baroni A, Lunsford-Avery J, eds. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; 2021:269-282.
145. Kuman Tunçel Ö, Vahip S. Duygudurum Bozuklukları ve Uyku. In: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM, eds. *Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*; 2021:161-177.
146. Prost E, Roberts N. Bodies Under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry, 3rd edition. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2012;21(2):155.
147. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(5):259-268.
148. Kabukçu Başay B, Somer O. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı. In: Bildik T, ed. *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar. Türkiye Klinikleri*; 2018:277-286.
149. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007;63(11):1045-1056.
150. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015;2(1).

151. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev.* 2015;42:156-167.
152. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9(1):1-13.
153. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(1):119-126.
154. Somer O, Bildik T, Kabukçu-Başay B, Güngör D, Başay Ö, Farmer RF. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(7):1163-1171.
155. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(3).
156. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(3):389-400.
157. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):22-27.
158. Glenn CR, Klonsky ED. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Pers Individ Dif.* 2009;46(1):25-29.
159. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007;11(2):129-147.
160. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(1):140-146.
161. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess.* 2009;31(3):215-219.
162. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet.* 2012;379(9812):236-243.

163. Guan K, Fox KR, Prinstein MJ. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(5):842-849.
164. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry.* 2014;59(11):576-585.
165. Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, O'Connor RC. Sleep problems and self-harm in adolescence. *Br J Psychiatry.* 2015;207(4):306-312.
166. Demirci E. Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation? *J Forensic Leg Med.* 2018;53:17-21.
167. Junker A, Bjørngaard JH, Gunnell D, Bjerkeset O. Sleep Problems and Hospitalization for Self-Harm: A 15-Year Follow-Up of 9,000 Norwegian Adolescents. The Young-HUNT Study. *Sleep.* 2014;37(3):579.
168. Liu X, Chen H, Bo QG, Fan F, Jia CX. Poor sleep quality and nightmares are associated with non-suicidal self-injury in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(3):271-279.
169. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(7):980-988.
170. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, et al. [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2019;30(1).
171. Mayes TL, Bernstein IH, Haley CL, Kennard BD, Emslie GJ. Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2010;20(6):513-516.
172. Alşen Güney S, Baykara HB, İnal Emiroğlu N. Psychometric properties of the Turkish adaptation of the children's depression rating scale: Revised in Turkish adolescents. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2018;19(Special Issue 1):41-48.
173. Guy William. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rev. U.S. Dept. of Health Education and Welfare Public Health Service Alcohol Drug

- Abuse and Mental Health Administration National Institute of Mental Health Psychopharmacology Research Branch; 1976.; 1976. Accessed February 17, 2023.
174. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, et al. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24(1):49-57. Published online 2012.
 175. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-1277.
 176. Kilincaslan A, Gunes A, Eskin M, Madan A. Linguistic adaptation and psychometric properties of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a heterogeneous sample of adolescents in Turkey. *Int J Psychiatry Med*. 2019;54(2):115-132.
 177. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213.
 178. Owens JA SAMM. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*. 2000;23(8):1043-1051.
 179. Perdahli Fiş N, Arman A, Topuzoğlu A, et al. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketinin Türkçe geçerliliği ve güvenirliği: The validity and the reliability of Turkish Version of Children's Sleep Habits Questionnaire.
 180. Kann L, McManus T, Harris WA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2015. *MMWR Surveillance Summaries*. 2016;65(6):1-180.
 181. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(5):332-339.
 182. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57(1):119-126.
 183. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çuhadaroğlu Çetin F. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013;14(1):69-76.
 184. Saçarçelik G, Türkcan A, Güveli H, Yeşilbaş D. The Prevalence of Deliberate Self-Harm Behavior and its Association with Sociodemographic Features in Patients Referred to

- Secondary Care Psychiatric Clinic for Adolescents and Young Adults. Dusunen Adam
The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2011;24(4):253-.
185. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors Distinguishing Youth Who Report Self-Injurious Behavior: A Population-Based Sample. *Acad Pediatr*. 2012;12(3):205-213.
 186. Liang S, Yan J, Zhang T, et al. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian J Psychiatr*. 2014;8(1):76-83.
 187. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(4):427-434.
 188. Swahn MH, Ali B, Bossarte RM, et al. Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U.S.: shared and unique risk and protective factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(1):178-191.
 189. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Health*. 2015;56(3):286-292.
 190. Shin SH, Ko SJ, Yang YJ, Oh HS, Jang MY, Choi JM. [Comparison of boys' and girls' families for actor and partner effect of stress, depression and parent-adolescent communication on middle school students' suicidal ideation: triadic data analysis]. *J Korean Acad Nurs*. 2014;44(3):317-327.
 191. Parker JG, Rubin KH, Erath SA, Wojslawowicz JC, Buskirk AA. Peer Relationships, Child Development, and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective. *Developmental Psychopathology: Second Edition*. 2015;1:419-493.
 192. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry*. 2011;168(5):495-501.
 193. Kosky R, Silburn S, Zubrick S. Symptomatic depression and suicidal ideation: A comparative study with 628 children. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986;174(9):523-528.
 194. Larsson B, Sund AM. Prevalence, course, incidence, and 1-year prediction of deliberate self-harm and suicide attempts in early Norwegian school adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(2):152-165.

195. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2015;228(3):454-461.
196. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2022;13.
197. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Birth order and suicide in adulthood: evidence from Swedish population data. *Am J Epidemiol.* 2014;179(12):1450-1457.
198. Aşılıoğlu N, Uzunhasanoğlu E, Baysal K, Akbaş S. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi.* 2009;17(2):1-11.
199. Kirkcaldy B, Richardson-Vejlgaard R, Siefen G. Birth order: self-injurious and suicidal behaviour among adolescents. *Psychol Health Med.* 2009;14(1):9-16.
200. Lester D. Suicide and sibling position. *Individ Psychol.* 1987;43:390-395.
201. Mohammadi MR, Alavi SS, Ahmadi N, et al. The prevalence, comorbidity and socio-demographic factors of depressive disorder among Iranian children and adolescents: To identify the main predictors of depression. *J Affect Disord.* 2019;247:1-10.
202. Pisinger VSC, Hawton K, Tolstrup JS. School- and class-level variation in self-harm, suicide ideation and suicide attempts in Danish high schools. *Scand J Public Health.* 2019;47(2):146-156.
203. Kidger J, Heron J, Lewis G, Evans J, Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: A self-report survey in England. *BMC Psychiatry.* 2012;12(1):1-12.
204. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50(8):772-781.
205. T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü. İlçelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması . Accessed August 5, 2023. <https://www.sanayi.gov.tr/assets/pdf/birimler/2022-ilce-sege.pdf>
206. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(10):1203-1211.

207. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(2):363-375.
208. Kim KL, Galvan T, Puzia ME, et al. Psychiatric and self-injury profiles of adolescent suicide attempters versus adolescents engaged in nonsuicidal self-injury. *Suicide Life Threat Behav.* 2015;45(1):37-50.
209. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40(2):137-145.
210. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res.* 2009;169(1):22-27.
211. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: A systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):1-21.
212. Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(8):1179-1191.
213. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(6):482-495.
214. D'Onofrio A. *Adolescent Self-Injury: A Comprehensive Guide for Counselors and Health Care Professionals.* Springer; 2007.
215. Vergara GA, Stewart JG, Cosby EA, Lincoln SH, Auerbach RP. Non-Suicidal self-injury and suicide in depressed Adolescents: Impact of peer victimization and bullying. *J Affect Disord.* 2019;245:744-749.
216. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One.* 2016;11(4).
217. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolesc.* 2010;39(3):233-242.
218. Türkiye İstatistik Kurumu Türkiye Sağlık Araştırması. *TUİK Haber Bülteni.* 2016;24573.

219. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res.* 2011;187(1-2):140-144.
220. Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(8):443-450.
221. Xin X, Wang Y, Fang J, Ming Q, Yao S. Prevalence and Correlates of Direct Self-Injurious Behavior among Chinese Adolescents: Findings from a Multicenter and Multistage Survey. *J Abnorm Child Psychol.* 2017;45(4):815-826.
222. Ati NAL, Paraswati MD, Windarwati HD. What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2021;34(1):7-18.
223. Mars B, Heron J, Crane C, et al. Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from the ALSPAC cohort. *J Affect Disord.* 2014;168:407-414.
224. Mars B, Heron J, Klonsky ED, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(4):327-337.
225. Wolff J, Frazier EA, Esposito-Smythers C, Burke T, Sloan E, Spirito A. Cognitive and Social Factors Associated with NSSI and Suicide Attempts in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(6):1005.
226. Bagge CL, Lee HJ, Schumacher JA, Gratz KL, Krull JL, Garland HJR. Alcohol as an acute risk factor for recent suicide attempts: a case-crossover analysis. *J Stud Alcohol Drugs.* 2013;74(4):552-558.
227. Schilling EA, Aseltine RH, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *J Adolesc Health.* 2009;44(4):335-341.
228. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(3):23-30.
229. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev.* 2015;42:156-167.
230. Bağrul D, İnci Arıkan F, Recep Tayyip Erdogan Üniversitesi R, et al. The relationship between suicide attempt and smoking, alcohol and substance use and psychosocial characteristics in adolescents. *Cumhuriyet Medical Journal.* 2020;42(1):71-78.

231. Greydanus D, Patel D, Pratt H. Suicide risk in adolescents with chronic illness: implications for primary care and specialty pediatric practice: a review. *Dev Med Child Neurol.* 2010;52(12):1083-1087.
232. Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. Major depressive episode and physical health in adolescents and young adults: results from a population-based interview survey. *Eur J Public Health.* 2005;15(5):489-493.
233. Amone-P'Olak K, Burger H, Huisman M, Oldehinkel AJ, Ormel J. Parental psychopathology and socioeconomic position predict adolescent offspring's mental health independently and do not interact: the TRAILS study. *J Epidemiol Community Health (1978).* 2011;65(1):57-63.
234. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res.* 2007;11(1):69-82.
235. Yildiz E, Sac R, Işık Ü, et al. Comparison of the Sleep Problems Among Adolescents Who Attempted Suicide and Healthy Adolescents. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(4):294-298.
236. Jiao T, Guo S, Zhang Y, et al. Associations of depressive and anxiety symptoms with non-suicidal self-injury and suicidal attempt among Chinese adolescents: The mediation role of sleep quality. *Front Psychiatry.* 2022;13:1018525.
237. Boduszek D, Debowska A, Ochen EA, et al. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempt among children and adolescents: Findings from Uganda and Jamaica. *J Affect Disord.* 2021;283:172-178.
238. Kang GE, Patriquin MA, Nguyen H, et al. Objective measurement of sleep, heart rate, heart rate variability, and physical activity in suicidality: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020;273:318-327.
239. Kabukçu Başay B, Başay Ö, Bildik T, et al. Türk Örnekleminde Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Doğası, İşlevleri ve İlişkili Risk Faktörleri The Nature, Functions, and Related Risk Factors of Non-Suicidal Self-Injury Among Turkish High School Students. *Arch Neuropsychiatr.* Published online 2017.
240. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res.* 2009;166(2-3):260-268.

241. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y yu, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord.* 2010;124(1-2):134-140.
242. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 1996;3(1):25-46.
243. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care.* 2015;31(2):88-94.
244. Conway PM, Erlangsen A, Teasdale TW, Jakobsen IS, Larsen KJ. Predictive Validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale for Short-Term Suicidal Behavior: A Danish Study of Adolescents at a High Risk of Suicide. *Arch Suicide Res.* 2017;21(3):455-469.
245. Canner JK, Giuliano K, Selvarajah S, Hammond ER, Schneider EB. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(1):94-102.
246. Habeeb AA Al, Sherra KS, Sharqi AM Al, Qureshi NA. Assessment of suicidal and self-injurious behaviours among patients with depression. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2013;19(03):248-254. Accessed July 26, 2023.
247. Steer RA, Beck AT, Garrison B, Lester D. Eventual suicide in interrupted and uninterrupted attempters: a challenge to the cry-for-help hypothesis. *Suicide Life Threat Behav.* 1988;18(2):119-128.
248. Kerr DCR, Gibson B, Leve LD, Degarmo DS. Young Adult Follow-up of Adolescent Girls in Juvenile Justice Using the Columbia Suicide Severity Rating Scale. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(2):113.
249. Lee SY. Reasons for living and their moderating effects on korean adolescents' suicidal ideation. *Death Stud.* 2011;35(8):711-728.
250. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *Am J Epidemiol.* 2002;155(5):413-419.
251. Agargun MY, Kara H, Özer ÖA, Selvi Y, Kiran Ü, Özer B. Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(6):575-579.

252. Cáceda R, Kim DJ, Carbajal JM, Hou W. The Experience of Pain is Strongly Associated With Poor Sleep Quality and Increased Risk for Suicide. *Arch Suicide Res.* 2022;26(3):1572-1586.
253. Kang SG, Lee YJ, Kim SJ, et al. Weekend catch-up sleep is independently associated with suicide attempts and self-injury in Korean adolescents. *Compr Psychiatry.* 2014;55(2):319-325.
254. McCall WV, Blocker JN, D'Agostino R, et al. Treatment of Insomnia in Depressed Insomniacs: Effects on Health-related Quality of Life, Objective and Self-Reported Sleep, and Depression. *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2010;6(4):322-329.
255. Liu X. Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep.* 2004;27(7):1351-1358.
256. Chung MS, Chiu HJ, Sun WJ, et al. Association among depressive disorder, adjustment disorder, sleep disturbance, and suicidal ideation in Taiwanese adolescent. *Asia Pac Psychiatry.* 2014;6(3):319-325.
257. Russell K, Allan S, Beattie L, Bohan J, MacMahon K, Rasmussen S. Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2019;44:58-69.
258. McGlinchey EL, Courtney-Seidler EA, German M, Miller AL. The Role of Sleep Disturbance in Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Behavior among Adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2017;47(1):103-111.
259. Latina D, Bauducco S, Tilton-Weaver L. Insomnia symptoms and non-suicidal self-injury in adolescence: understanding temporal relations and mechanisms. *J Sleep Res.* 2021;30(1).
260. Van Mill JG, Hoogendijk WJG, Vogelzangs N, Van Dyck R, Penninx BWJH. Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(3):239-246.
261. Avis KT, Shen J, Weaver P, Schwebel DC. Psychosocial Characteristics of Children with Central Disorders of Hypersomnolence Versus Matched Healthy Children. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(11):1281.
262. Guo L, Xu Y, Deng J, et al. Association between sleep duration, suicidal ideation, and suicidal attempts among Chinese adolescents: The moderating role of depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2017;208:355-362.

263. Kim JH, Park EC, Lee SG, Yoo KB. Associations between time in bed and suicidal thoughts, plans and attempts in Korean adolescents. *BMJ Open*. 2015;5(9).
264. Dağ B, Kutlu FY. The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. *Turk J Med Sci*. 2017;47(3):721-727.
265. Lundh LG, Bjärehed J, Wångby-Lundh M. Poor sleep as a risk factor for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Psychopathol Behav Assess*. 2013;35(1):85-92.
266. Sansone RA, Edwards HC, Forbis JS. Sleep Quality and Self-Harm Behaviors Among Internal Medicine Outpatients. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7(11):12.
267. Singareddy R, Krishnamurthy VB, Vgontzas AN, et al. Subjective and objective sleep and self-harm behaviors in young children: A general population study. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):549.
268. Pigeon WR, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(9).
269. Supartini A, Honda T, Basri NA, et al. The Impact of Sleep Timing, Sleep Duration, and Sleep Quality on Depressive Symptoms and Suicidal Ideation amongst Japanese Freshmen: The EQU SITE Study. *Sleep Disord*. 2016;2016:1-10.
270. Becker SP, Dvorsky MR, Holdaway AS, Luebbe AM. Sleep Problems and Suicidal Behaviors in College Students. *J Psychiatr Res*. 2018;99:122.
271. Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP. Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality? *J Affect Disord*. 2018;236:6-13.
272. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(12):1260-1271.
273. Asarnow JR, Mehlum L. Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents – advances in suicide prevention care. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(10):1046.

10. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcı No:

Tarih:

Doğum Tarihiniz: ____ (gün/ ____ (ay) / ____ (yıl)

Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kız

Ulaşılmaması gerektiğinde kullanılacak telefon numaraları: _____

Öğrenim Durumunuz: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Açık lise

e) Devam etmiyor (okula devam etmiyorsanız belirtiniz: 1) İlkokul terk 2) Ortaokul terk
3) Lise terk)

Kaçıncı sınıfsınız? ____

Okulunuzun türü: a) Devlet okulu b) Özel okul

Ortaokula devam ediyorsanız ortaokulunuzun türü: a) Ortaokul b) İmam hatip ortaokulu

Liseye devam ediyorsanız lisenizin türü:

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| a) Anadolu Lisesi | e) Fen Lisesi | ı) Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi |
| b) Anadolu Öğretmen Lisesi | f) İmam Hatip Lisesi | j) Güzel Sanatlar Lisesi |
| c) Akşam Lisesi | g) Sosyal Bilimler Lisesi | k) Spor Lisesi |
| d) Çok Programlı Anadolu Lisesi | h) Açık Öğretim Lisesi | |

Ders başarınız:

- a) Pekiyi (85-100 puan) b) İyi (70-85 puan) c) Orta (55-70 puan)
d) Kötü (45-55 puan) e) Çok kötü (0-45 puan)

Sınıf tekrarı: a) Yok b) Var (size göre sınıf tekrarınızın sebebi neydi? _____)

Disiplin cezası aldınız mı? a) Hayır b) Evet (Kaç kere disiplin cezası aldınız? ____)

Zorunlu haller dışında okula devamsızlık yapar mısınız? a) Evet b) Hayır

Arkadaş ilişkileriniz nasıl? a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

Anne-Babanız birlikte mi? :

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| a) Birlikte | d) Anne vefat etmiş |
| b) Boşanmış | e) Baba vefat etmiş |
| c) Evli ama ayrı yaşıyor | f) Her ikisi de vefat etmiş |

Yaşadığınız evdeki aile yapınızı belirtiniz:

- a) Çekirdek Aile (Anne-baba-çocuklar)
- b) Geniş Aile (Büyükanne-büyükbaba-amca-dayı vs.)
- c) Dağılmış (Boşanma, ayrı yaşama, ölüm vs.)

Kiminle yaşadığınızı belirtiniz:

- a) Anne ve babamla
- b) Tek ebeveyn ile (anne veya baba)
- c) Babaanne dede/ Anneanne dede ile
- d) Sosyal hizmetler bünyesindeki kurumda kalıyorum
- e) Anne ve üvey baba ile
- f) Baba ve üvey anne ile
- g) Diğer (belirtiniz: _____)

Kardeş sayınız (kendinizi de dahil ediniz): _____

Kaçıncı çocu sunuz: _____

Annenizin yaşı: _____

Annenizin en son bitirdiği okul:

- a) Okuma-yazma bilmiyor.
- b) İlkokul terk, okuma yazma biliyor.
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite/yüksek okul mezunu

Annenizin mesleği: _____

Anneniz şu an çalışıyor mu? a) Evet b) Hayır

Babanızın yaşı: _____

Babanızın en son bitirdiği okul:

- a) Okuma-yazma bilmiyor.
- b) İlkokul terk, okuma yazma biliyor.
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite/yüksek okul

Babanızın mesleği: _____

Babanız şu an çalışıyor mu? a) Evet b) Hayır

Sosyal güvenceniz: a) Var b) Yok

Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Günde 10 adetten az c) Günde 10-20 adet d) Günde 20 adetten fazla

Alkol kullanıyor musunuz?

a) Hayır b) Hemen hemen her gün c) Haftada 1-2 kez d) Ayda 1-2 kez

Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?

a) Hayır b) Denedim ancak düzenli kullanmıyorum c) Hemen hemen her gün
d) Haftada 1-2 kez e) Ayda 1-2 kez

Hangi uyuşturucu maddeleri kullandınız? _____

Ailenizde tıbbi hastalığı veya psikiyatrik hastalığı olan var mı? a) Var b) Yok

Var ise aşağıdaki tabloda açıklayınız:

	Tıbbi Hastalık	Psikiyatrik Hastalık
Anne		
Baba		
Kardeş		

Anne, baba ve kardeşleriniz dışındaki akrabalarınızda psikiyatrik hastalığı olan var mı?

a) Var (belirtiniz: _____) b) Yok

Kronik fiziksel/tıbbi bir hastalığınız var mı? (Epilepsi, kalp hastalığı, astım, diyabet vb.)

a) Var (belirtiniz: _____) b) Yok

Geçirdiğiniz ameliyat var mı? a) Yok b) Var (ise açıklayınız: _____)

Geçirdiğiniz kaza var mı? a) Yok b) Var (ise açıklayınız: _____)

Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

Son 1 yıl içinde intihar girişiminde bulundunuz mu? a) Evet b) Hayır

Bulunduysanız son intihar girişimi yaptığınız tarih: _____)

Son 1 yıl içinde kendinize zarar verme davranışında bulundunuz mu? a) Evet b) Hayır

Bulunduysanız son gerçekleştirdiğiniz tarih: _____)

EK 2. Çocuk ve Ergenler için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Depresyon son yıllarda yaygınlığı artmakta olan ve özellikle ergenlik döneminde görülen önemli bir ruh sağlığı problemidir. Uyku bozuklukları, çeşitli psikiyatrik şikayetlerle birlikte görülen, özellikle depresyonda kişinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir klinik durumdur. Depresyon tanılı gençlerdeki uyku sorunlarını daha iyi anlayabilmek ve onlara bu alanda yardımcı olabilmek amacıyla, bu araştırmada depresyonda görülebilen intihar dışı kendine zarar verme davranışı ve intihar düşüncesi/girişiminin uyku ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

Öncelikle sizinle ruhsal durumunuzu gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşmeler yapılacak, bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir. Bu bağlamda size, sosyodemografik özellikleriniz, varsa hastalık geçmişiniz, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öykünüz, tıbbi hastalık öykünüz ve internet kullanım alışkanlıklarınıza yönelik sorular sorulacaktır.

Bu çalışma nedeniyle tedaviniz ya da izlenme programınız değişmeyecektir. Katılımcılara herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır. Bu çalışma sizin açınızdan rutin bir klinik görüşme ya da günlük yaşantınızda olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız gizli kalacaktır. Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Tuğçe TURAN ile aşağıdaki adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnciraltı / İzmir

Telefon: 0232 4123560

Katılımınız öncelikle tıbbi riskleriniz ve durumunuz hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla sizinle aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanı sıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının adı/soyadı

Tarih/İmza

Araştırmacının adı/soyadı

Tarih/İmza

Dr. Tuğçe TURAN

Tanıklık edenin adı/soyadı

Tarih/İmza

EK 3. Aileler için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Depresyon son yıllarda yaygınlığı artmakta olan ve özellikle ergenlik döneminde görülen önemli bir ruh sağlığı problemidir. Uyku bozuklukları, çeşitli psikiyatrik şikayetlerle birlikte görülen, özellikle depresyonda kişinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir klinik durumdur. Depresyon tanılı gençlerdeki uyku sorunlarını daha iyi anlayabilmek ve onlara bu alanda yardımcı olabilmek amacıyla, bu araştırmada depresyonda görülebilen intihar dışı kendine zarar verme davranışı ve intihar düşüncesi/girişiminin uyku ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

Öncelikle çocuğunuzla ruhsal durumunu gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşmeler yapılacak, bazı ölçekler doldurması istenecektir. Bu bağlamda çocuğunuza, sosyodemografik özelliklerine, varsa hastalık geçmişine, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öyküsüne, tıbbi hastalık öyküsüne ve internet kullanım alışkanlıklarına yönelik sorular sorulacaktır.

Bu çalışma nedeniyle çocuğunuzun tedavisi ya da izlenme programı değişmeyecektir. Çocuğunuza herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır. Bu çalışma çocuğunuz açısından rutin bir klinik görüşme ya da günlük yaşantısında olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size ve çocuğunuza verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezsensiz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız gizli kalacaktır. Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında çocuğunuzun ismi kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Tuğçe TURAN ile aşağıdaki adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnciraltı / İzmir

Telefon: 0232 4123560

Katılımınız öncelikle çocuğunuzun tıbbi riskleri ve durumu hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla çocuğunuzla aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanısıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Veli/Vasisi adı/soyadı

Tarih/İmza

Araştırmacının adı/soyadı

Tarih/İmza

Dr. Tuğçe TURAN

Tanıklık edenin adı/soyadı

Tarih/İmza

EK 4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun. Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

1. Geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman aldı? dakika
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)?
.....saat
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

		Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız		☐	☐	☐	☐
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız		☐	☐	☐	☐
c	Tuvalete gittiniz		☐	☐	☐	☐
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz		☐	☐	☐	☐
e	Aşırı derecede üşüdünüz		☐	☐	☐	☐
f	Aşırı derecede sıcak hissettiniz		☐	☐	☐	☐
g	Kötü rüyalar gördünüz		☐	☐	☐	☐
h	Ağrı duydunuz		☐	☐	☐	☐
i	Diğer nedenler		☐	☐	☐	☐
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız		☐	☐	☐	☐

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Çok iyi ☐ Oldukça iyi ☐ Oldukça kötü ☐ Çok kötü

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

☐ Hiç ☐ Haftada 1'den az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Haftada 3'ten çok

8. Geçen ay yemek yerken veya sosyal aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

☐ Hiç ☐ Haftada 1'den az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Haftada 3'ten çok

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

☐ Hiç problem oluşturmadı ☐ Bir dereceye kadar problem oluşturdu
☐ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ☐ Çok büyük bir problem oluşturdu

EK 5. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi

Aşağıdaki cümleler çocuğunuzun uyku alışkanlıklarını ve uykuyla ilişkili muhtemel zorluklarını içermektedir. Geçen haftayı düşünerek bu sorulara cevap verirsiniz. Eğer geçtiğimiz hafta bir nedenle (çocuğunuzun ateşli bir enfeksiyonu olmuş olabilir ve iyi uyuyamamış olabilir ya da örneğin taşınma ya da tadilat nedeniyle ev yaşantınızda düzen değişikliği yaşanmış olabilir) her zamanki yaşantı düzeninizden farklı geçti ise o zaman normal düzeninizde yaşadığınız en son haftayı düşünerek soruları yanıtlayınız. Eğer bir durum haftada 5-7 kez oluyorsa GENELLİKLE, 2-4 kez oluyorsa BAZEN, 1 kez oluyor ya da hiç olmuyorsa NADİREN şeklinde cevap veriniz. Ek olarak, her bir satırda söz edilen uyku alışkanlığı size göre sorun yaratıyorsa “evet”, yaratmıyorsa “hayır”ı yuvarlak içine alınız.

Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saatini yazınız: _____

	3	2	1
	Genellikle	Bazen	Nadiren
	(5-7)	(2-4)	(0-1)
1) Yatağa her gece aynı saatte gider*	☐	☐	☐
2) Yattıktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar*	☐	☐	☐
3) Kendi başına yatağında uykuya dalar*	☐	☐	☐
4) Anne-babasının ya da kardeşinin yatağında uykuya dalar	☐	☐	☐
5) Uykuya dalarken anne-babasının odada olması gerekir	☐	☐	☐
6) Yatma saatinde mücadele eder (ağlar, yatakta durmak istemez vs)	☐	☐	☐
7) Karanlıkta uyumaktan korkar	☐	☐	☐
8) Yalnız başına uyumaktan korkar	☐	☐	☐

Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günkü genel uyku miktarı: _____ saat, _____ dakika
(gece uykusu ile gün içindeki uyku miktarının toplamı)

9) Çok az uyur	☐	☐	☐
10) Yeterli miktarda uyur*	☐	☐	☐
11) Her gün aynı miktarda uyur*	☐	☐	☐

12) Gece yatağını ıslatır	☐	☐	☐
13) Uykusunda konuşur	☐	☐	☐
14) Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder	☐	☐	☐
15) Gece uykusunda yürür	☐	☐	☐
16) Gece başkasının yatağına gider (anne-babasının, kardeşlerinin vs)	☐	☐	☐
17) Uykuda dış gıcırdatır (dış hekimi de bunu size söylemiş olabilir)	☐	☐	☐
18) Yüksek sesle horlar	☐	☐	☐
19) Uyku sırasında sanki nefes alması duruyor gibidir	☐	☐	☐
20) Ev dışında bir yerde uyumakta sorun yaşar (akrabalarda, Ya da gezide)	☐	☐	☐
21) Gece uykudan bağıarak uyanır, terlemiştir, sakinleştirilemez	☐	☐	☐
22) Korkutucu bir rüya nedeniyle telaşla uyanır	☐	☐	☐

Gece Uykudan Uyanma

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
23) Uykuda bir kez uyanır	☐	☐	☐
24) Uykuda bir kereden fazla uyanır	☐	☐	☐

Gece uyandığında kaç dakika uyanık kaldığını yazınız: _____

Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uykululuk Hali

Sabahları genelde uyandığı saati yazınız: _____

25) Sabah kendiliğinden uyanır*	☐	☐	☐
26) Keyifsiz bir şekilde uyanır	☐	☐	☐

27) Çocuğu yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır	☐	☐	☐
28) Sabahları yataktan çıkmakta zorlanır	☐	☐	☐
29) Sabahları uyanıp ayılması uzun zaman alır	☐	☐	☐
30) Sabahları yorgun görünür	☐	☐	☐
31) Sabah kahvaltı yapar	☐	☐	☐

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuyakalır:

	1	2	3
	Uykusu gelmez	Çok uykusu gelir	Uyuyakalır
32) Televizyon seyrederken	☐	☐	☐
33) Arabada yolculuk ederken	☐	☐	☐

EK 6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı) ve intihar amacı olmaksızın gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1. Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	
Isırma	
Yakma	
Cilde bir harf/yazı/şekil kazıma	
Çimdikleme	
Saç kopartma (kökünden)	
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	
Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	
Cildi sert bir yüzeye sürme	
Kendine iğne batırma	
Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	
Diğer	

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

1. Hangi yaşta?

- 1) İlk kez kendine zarar verdiğinde kaç yaşındaydın?
- 2) En son ne zaman kendine zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl)

2. Kendine zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

- 1) EVET
- 2) BAZEN
- 3) HAYIR

3. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

- 1) EVET 2) BAZEN 3) HAYIR

4. Çoğunlukla kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

- 1) 1 saatten az
2) 1-3 saat
3) 3-6 saat
4) 6-12 saat
5) 12-24 saat
6) 1 günden fazla

5. Kendine zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

- 1) EVET 2) HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz: Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** “0” işaretleyiniz, Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** “1” işaretleyiniz, Belirtilen durum size **çok uygunsa** “2” işaretleyiniz.

“Kendime zarar verdiğimde, ...	0	1	2
1....kendimi sakinleşmiş hissederim.			
2....kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.			
3....kendimi cezalandırmış olurum.			
4...kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek).			
5... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum.			
6....intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum.			
7....heyecan ve coşku yasatan bir şey yapmış olurum.			
8....akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur.			
9....başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum.			
10...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum.			
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum.			
12...birisinden hıncımı çıkartmış olurum.			
13...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum.			
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum.			

15...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum.			
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum.			
17...duygusal stresime kıyasla bas etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum.			
18...fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense).			
19...intihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum.			
20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum			
21...başkalarına uyum sağlamış olurum.			
22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum.			
23...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum.			
24...duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum.			
25...başkalarından intikam almış olurum.			
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum.			
27...kaygı, hüsrana, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur.			
28...kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum.			
29...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum.			
30...kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir.			
31...kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum.			
32...intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum.			
33...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi).			
34...arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum.			
35...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum.			
36...fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum.			
37...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum.			
38...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum.			
39... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum.			

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

EK 7. Etik Kurul Onay Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Sevay Alşen Güney

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goack@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7810-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresif Bozukluk Tanılı Ergenlerde Özkiyım ve Özkiyım Dışı Kendine Zarar Verme Davranışlarının Uyku ile İlişkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Sevay Alşen Güney Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/04-34	Tarih:15.02.2023				
	Doç.Dr. Seval Alşen Güney'in sorumlusu olduğu "Depresif Bozukluk Tanılı Ergenlerde Özkıym ve Özkıym Dışı Kendine Zarar Verme Davranışlarının Uyku ile İlişkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ALİŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Burhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalikoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	