

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



**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI 12-18 YAŞ ARASI ERGENLERDE VE
EBEVEYNLERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN İLİŞKİLİ
OLDUĞU FAKTÖRLER VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hilal Nur ÇALIK ŞENTÜRK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Tezan BİLDİK

İZMİR 2023

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



**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI 12-18 YAŞ ARASI ERGENLERDE VE
EBEVEYNLERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN İLİŞKİLİ
OLDUĞU FAKTÖRLER VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hilal Nur ÇALIK ŞENTÜRK

TEZ DANIŞMANLARI

Prof. Dr. Tezan BİLDİK

İZMİR 2023

ÖN SÖZ

Hekimlik hayatımın başında tanışma ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı elde ettiğim, bundan sonraki hayatımda da tecrübeleri ve bilgileri ile yolumu aydınlatacak olan başta tez danışmanım **Prof. Dr. Tezan BİLDİK** olmak üzere değerli hocalarım **Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN**, **Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN**, **Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ**, **Doç. Dr. Sezen KÖSE** ve **Doç. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN'a**,

Kendilerinden iyi bir hekim ve iyi bir insanın ne demek olduğunu öğrendiğim, koşulsuz sevgi ve desteklerini her an hissettiğim, asistanlık hayatımın en büyük kazançları; en yakın dostlarım **Damla Hazal ÖZUYSAL UYAR** ve **Furkan TÜRER'e**

Birlikte başladığımız asistanlık maceramızı hiç ayrılmadan tamamladığımız, eşkıdemlerim olduğu için her zaman gurur duyduğum; **Halil İbrahim ÇOLAK**, **Seda ERBAŞ**, **Öykü AKKAŞ** ve **Zeynep İrem ŞENER'e**; tanışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve **Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ailesine**,

Araştırmamda yer almayı kabul eden **tüm gençlere ve ailelerine**,

Bugün olduğum kişi olmamda en büyük pay sahibi olan, merakıma ve öğrenme isteğime her zaman ilgiyle yaklaşan, sevgisini ve zamanını doğduğum andan itibaren benden hiç esirgemeyen, hayatta atıldığım her yeni basamakta beni koşulsuz destekleyen **sevgili annem Dilek ÇALIK** ve **sevgili babam**, aynı zamanda ilk öğretmenim **Mustafa ÇALIK'a**, onların bana verdiği en büyük hediye, hayatımın neşesi ve seçtiğim mesleğin mimarı: ev arkadaşım, en değerlim; **kardeşim Edanur ÇALIK'a**,

Her zaman sevgi dolu oluşu ve anlayışı ile beni sarmalayan, hayatımın en güzel şansısı, asistanlık sürecimde ve diğer her şeyde en büyük destekçim, tüm yaşamı birlikte paylaşmayı heyecanla beklediğim, hayat arkadaşım; **sevgili eşim Barış Ufuk ŞENTÜRK'e** ve **onun çok değerli ailesine**,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Hilal Nur ÇALIK ŞENTÜRK

İzmir, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
TABLolar LİSTESİ	XII
KISALTMALAR LİSTESİ	XIV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Major Depresif Bozukluk	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji.....	6
2.1.4.1. Genetik.....	6
2.1.4.2. Psikososyal Etmenler.....	7
2.1.4.3. Nörobiyolojik Etmenler.....	7
2.1.4.4. Bilişsel Faktörler.....	8
2.1.5. Klinik Özellikler ve Tanı.....	8
2.1.6. Gidiş ve Prognoz.....	8
2.2. Damgalanma.....	9
2.2.1. Damga ve Damgalanmanın Tanımı.....	9
2.2.2. Damgalanmanın Tarihi.....	10
2.2.3. Damgalanmanın Gelişimi ve Bileşenleri.....	10
2.2.4. Damgalanmanın İşlevi.....	11

2.2.5. Damgalanmanın Türleri.....	11
2.3. Depresyonda Damgalanma ve İlişkili Faktörler.....	12
2.4. Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma.....	14
2.5. Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma ve Tedavi Arayışı.....	14
2.6. Sosyal Destek Algısı ve Damgalanma.....	15
2.7. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Damgalanma.....	16
2.8. Ebeveynde İçselleştirilmiş Damgalanma.....	17
2.9. Çalışmanın Amacı.....	17
2.10. Çalışmanın Hipotezleri.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni	19
3.4. Araştırmanın Örneklemi	19
3.5. Örneklem Seçilimi	19
3.5.1. Dahil Olma Kriterleri.....	20
3.5.2. Dışlanma Kriterleri.....	20
3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	21
3.6.1. Olgu Veri Formu.....	21
3.6.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)	21
3.6.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	22
3.6.4. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ÇERHİDÖ).....	22
3.6.5. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ERHİDÖ).....	22

3.6.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	22
3.6.7. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form (PYAİTÖ-KF).....	23
3.6.8. Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ).....	23
3.6.9. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ).....	23
3.6.10. Global Değerlendirme Ölçeği (GDÖ).....	24
3.7. Uygulama	24
3.7.1. Etik Kurul Onayı	24
3.7.2. Çalışma Sürecinin İşleyişi	24
3.8. İstatistiksel Analiz.....	25
4. BULGULAR	26
4.1. Sosyodemografik Özelliklerle İlişkili Analiz Bulguları.....	26
4.1.1. Yaş Değişkeniyle İlgili Analiz Bulguları.....	26
4.1.2. Olguların Eğitim Düzeyleri İle İlgili Analiz Bulguları.....	26
4.1.3. Cinsiyet Değişkeniyle İlgili Analiz Bulguları.....	26
4.1.4. Aile Özellikleri İle İlgili Analiz Bulguları.....	27
4.2. Başvuru Nedeni İle İlgili Analiz Bulguları.....	28
4.3. İntihar, Kendine Zarar Verici Davranış ve Psikiyatri Servis Yatışları İle İlgili Analiz Bulguları.....	29
4.4. Sigara-Alkol-Madde Kullanımı İle İlgili Analiz Bulguları.....	29
4.5. Fiziksel Hastalık, Göç ve Sosyal Aktivite Varlığı İle İlgili Analiz Bulguları.....	30
4.6. Ergenin Yakın Çevresinde Bildiği Psikiyatrik Hastalık, Tedavi ve Yatış Bilgisi İle İlgili Analiz Bulguları.....	30
4.7. Ebeveynlerin Kronik/Fiziksel ve Psikiyatrik Hastalık Varlığına İlişkin Analiz Bulguları.....	31

4.8. Ebeveynin Yakın Çevresinde Bildiği Psikiyatrik Hastalık, Tedavi ve Yatış Bilgisi İle İlgili Analiz Bulguları.....	32
4.9. Psikiyatrik Takip Süresi ve Psikiyatri Başvurusuna Kadar Geçen Süre İle İlgili Analiz Bulguları.....	32
4.10. Ölçek Puanlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....	33
4.10.1. Kız ve Erkek Olguların ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
4.10.2. İntihar Girişimi Varlığının ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması.....	34
4.10.3. KZVD Varlığının ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması.....	35
4.10.4. Servis Yatışı Varlığının ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması.....	36
4.10.5. Olgunun Yaşı, Eğitim Düzeyi, Başvuruya Kadar Geçen Süre ve SED'nin ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması.....	37
4.11. Ölçeklerin Birbirlerine Göre Korelasyon Analizi Bulguları.....	38
5. TARTIŞMA	48
5.1. 12-18 Yaş Arası Major Depresif Bozukluk Tanısı Almış Ergenlerin ve Ebeveynlerin Damgalanma Düzeyleri ve Damgalanma İle İlişkili Faktörler.....	49
5.1.1. Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler.....	49
5.1.2. İntihar Girişimi Varlığı İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler.....	50
5.1.3. İntihar Amaçlı Olmayan Kendine Zarar Verici Davranış İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler.....	51

5.1.4. Servis Yatışı Varlığı İle Kendine Zarar Verici Davranış İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler.....	51
5.1.5. Ergenin ve Ebeveynin Depresyon Düzeylerinin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma İle İlişkisi.....	52
5.1.6. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Arasındaki İlişkili.....	53
5.1.7. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması Arasındaki İlişki.....	54
5.1.8. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle İşlevsellik İlişkisi.....	54
5.1.9. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle Algılanan Sosyal Desteğin İlişkisi.....	55
5.1.10. Ergenin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumu İle Ebeveyninin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumu Arasındaki İlişki.....	55
5.1.11. Ebeveynin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumu İle İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyini Arasındaki İlişki.....	56
5.1.12. Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi ile Ergenin İşlevselliği Arasındaki İlişki.....	56
5.1.13. Ergenin Psikolojik Yardım Arama Davranışı İle İlişkili Faktörler.....	57
5.2. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıklar.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER	82

ÖZET

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI 12-18 YAŞ ARASI ERGENLERDE VE EBEVEYNLERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Giriş: Major depresif bozukluk ergenlerde sıklıkla görülen; somatik, bilişsel, duygusal ve sosyal süreçleri etkileyen çok çeşitli semptomlara sahip bir ruhsal hastalıktır. Damgalanma ise günümüzde bir kişinin sahip olduğu özellikleri nedeniyle ‘normal dışı’, ‘utanılması gereken’, ‘kusurlu’ olarak etiketlenmesi ve bu nedenle toplum tarafından itibarsızlaştırılması ve küçümsenmesi olarak tanımlanabilir. Ruhsal hastalıklara sahip insanlar tarih boyunca toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmışlardır. Kendi kendini damgalama ya da içselleştirilmiş damgalanma, toplumun olumsuz tutum ve yargılamalarının kişi tarafından ne kadar benimsendiği olarak tanımlanmıştır. Ruhsal hastalığa sahip kişilerin yakınlarının da içselleştirilmiş damgalanma süreci yaşadıkları bilinmektedir.

Amaç: Major Depresif Bozukluk ergenlerde çok sık rastlanan bir ruhsal hastalık olmasına rağmen ergenlerde depresyonda damgalanma ile ilgili yayın sayısı kısıtlıdır. Ruhsal hastalıklarda damgalanma olgusunun; bu hastalıklar için yardım arama davranışını ve yaşam işlevselliğini etkileyen önemli bir faktör olması açısından araştırılması değerlidir. Çalışmamızın amaçları: 12-18 yaş arasında MDB tanısı alan olguların ve ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin olguların sosyodemografik değişkenleri, işlevsellik düzeyleri, sosyal destek algıları, depresyon şiddetleri ile ilişkisini incelemek, bu olguların psikolojik destek almaya ilişkin tutumları ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının damgalanma düzeyleri ile ilişkili olup olmadığını saptamak, ebeveynlerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin çocuklarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkisini anlamak ve ebeveynlerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin psikolojik destek almaya ilişkin tutumları ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya katılacak hastalar Temmuz 2023- Ekim 2023 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniğine başvuran hastalardan DSM-V'e göre Major Depresif Bozukluk Tanısı alanlar

arasından seçilmiştir. Hastalara Major Depresif Bozukluk tanısı koymak ve dışlanma kriterlerini karşılayan hastaları dışlamak için Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmış ve görüşme sonucunda major depresif bozukluk tanısı alan hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve kabul eden hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuşlardır. Daha sonra çalışmaya dahil olan hastalar için Olgu Rapor Formu-Ergen Formu doldurulmuştur. Ardından kendilerinin doldurması için Beck Depresyon Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form, Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ergenlerde Ruhsal Hastalıklar İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği verilmiştir. Hastaların ebeveynleri için ise Olgu Rapor Formu-Ergen Formu doldurulacak ve kendilerinin doldurmaları için, Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ebeveynin Ruhsal Hastalıklar İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği verilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızın sonucunda intihar girişimi olan ergenlerin ailelerindeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşıma ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutlarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kendine zarar verici davranışı olan ergenlerin ailelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ergenlerde psikolojik yardım aramaya dair pozitif tutumların yaş ve eğitim düzeyi arttıkça arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda psikiyatrik takip süresi arttıkça hastanın ebeveynindeki içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından kalıp yargıları onaylama ve sosyal geri çekilme puanlarının da arttığı gösterilmiştir. Ergenin depresyon düzeyi arttıkça depresyonda kendini damgalamanın tüm alt boyutlarında (utanç, suçlanma, sosyal yetersizlik ve tedavi aramanın ketlenmesi) ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde artış görülmüştür. Yine benzer şekilde ebeveynin depresif şikayetleri arttıkça çocukları nedeniyle yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanmanın yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında arttığı görülmüştür. Çalışmamızda depresyonda kendini damgalamanın ruhsal hastalıklara yönelik inançlardan çaresizlik alt boyutu ile ilişkisi gösterilmiştir. Ergenin depresyonda sosyal yetersizlik ilişkili kendini damgalamasının ebeveynin sosyal geri çekilme ilişkili içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ergen hastaların depresyonda kendini damgalama düzeyleri; genel işlevsellikleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile negatif yönde anlamlı ilişkili olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ergenin ve

ebeveyninin ruhsal hastalıklara yönelik tutumu tüm alt boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Ebeveynin ruhsal hastalıklara yönelik negatif tutumu ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi pozitif yönde; ergenin işlevselliği arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız ergenlerde depresyon tedavisi yapılırken damgalanma sonucu yaşanan işlev kaybı ve sosyal yetersizliğin göz ardı edilmemesi; ebeveynin tedaviye dahil edilmesi ve depresyon psikoeğitiminin hem ergene hem de ebeveynine aktarılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu yaş grubunda hastaların sosyal desteklerinin sorgulanması ve sosyal desteklerini arttırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi önemlidir. Çalışmamız sonucunda ortaya konan önemli sonuçlardan biri ise ebeveynin ve ergenin ruhsal hastalıklara bakışının büyük oranda benzeşmesidir. Bu sonuç bize ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın ailede başladığını, çocukların ailelerindeki kalıp yargıları kabul ettiklerini göstermektedir. Özellikle çocuk sahibi kişilerin çocukluk ve ergenlik yaş grubunda karşılaşılabilecek ruhsal hastalıklar açısından doğru bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: ergen depresyonu, depresyonda damgalanma, ruhsal hastalıklarda damgalanma, içselleştirilmiş damgalanma, ilişkisel damgalanma

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE FACTORS RELATED TO INTERNALIZED STIGMA AND ITS EFFECT ON FUNCTIONALITY IN ADOLESCENTS BETWEEN 12-18 YEARS OF AGE DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND THEIR PARENTS

Introduction: Major depressive disorder is a mental illness with a wide range of symptoms affecting somatic, cognitive, emotional and social processes, which is frequently seen in adolescents. Stigma can be defined as a person being labeled as 'abnormal', 'shameful' or 'defective' due to his/her characteristics and therefore being discredited and belittled by the society. People with mental illnesses have been subjected to social stigma throughout history. Self-stigma or internalized stigma is defined as how much the negative attitudes and judgments

of society are adopted by the person. It is known that relatives of people with mental illnesses also experience internalized stigmatization.

Aim: Although major depressive disorder (MDD) is a very common mental illness in adolescents, the number of studies on stigma in depression in adolescents is limited. It is critical to investigate stigma in mental illnesses as it is an important factor affecting help-seeking behavior and life functionality for these illnesses. The aims of this study are to examine the relationship between the internalized stigma levels of cases diagnosed with MDD between the ages of 12 and 18 and their parents, and their sociodemographic variables, functionality levels, perceptions of social support, and severity of depression, to determine whether parents' internalized stigma levels in mental illnesses are related to their children's internalized stigma levels, and to evaluate the relationship between parents' internalized stigma levels in mental illnesses and their attitudes towards receiving psychological support and their attitudes towards mental illnesses.

Methodology: The patients who will participate in the study were selected from among those diagnosed with major depressive disorder according to DSM-V, who applied to the Adolescent Unit Polyclinic of the Department of Child and Adolescent Psychiatry of Ege University Hospital between July 2023 and October 2023. In order to diagnose patients with major depressive disorder and exclude patients who met the exclusion criteria, the Affective Disorders and Schizophrenia Interview Schedule for School-Age Children - Present and Lifetime Version-Turkish Adaptation was applied and as a result of the interview, patients diagnosed with major depressive disorder were included in the study. Patients who met and agreed to the inclusion criteria constituted the sample of the study. Then, the Case Report Form-Adolescent Form was filled out for the patients included in the study. Then, they were given the Beck Depression Inventory, the Multidimensional Perceived Social Support Scale, the Attitudes Towards Seeking Psychological Help Scale – Short Form, the Depression Self-Stigma Scale, the Beliefs Towards Mental Illness Scale, and the Internalized Stigma Scale for Mental Illness in Adolescents. For the parents of the patients, the Case Report Form-Adolescent Form will be filled out and the Beck Depression Inventory, Attitude Scale towards Seeking Psychological Help - Short Form, Beliefs Towards Mental Illnesses Scale and Parents' Internalized Stigma Scale for Mental Illnesses will be given to them to fill out themselves.

Results: As a result of this study, the level of internalized stigma in the families of adolescents who attempted suicide was found to be significantly higher in the alienation and stereotype approval sub-dimensions. The level of internalized stigma in the families of adolescents with

self-harming behavior was found to be significantly higher in the areas of alienation, endorsement of stereotypes, perceived discrimination and social withdrawal. It is also found that positive attitudes towards seeking psychological help in adolescents increase as age and education level increase. In this study, it was shown that as the duration of psychiatric follow-up increased, the scores of endorsing stereotypes and social withdrawal, which are sub-dimensions of internalized stigma in the patient's parents, also increased. As the adolescent's depression level increased, an increase was observed in all sub-dimensions of self-stigma in depression (shame, blame, social inadequacy and inhibition of seeking treatment) and in the level of internalized stigma. Similarly, as the depressive complaints of the parents increased, the internalized stigma they experienced due to their children increased, resulting in alienation, approval of stereotypes, perceived discrimination and It was also observed that it increases in areas of social withdrawal. In this study, the relationship between self-stigma in depression and the helplessness sub-dimension of beliefs about mental illnesses was shown. It was observed that the adolescent's social inadequacy-related self-stigma in depression is related to the parent's level of internalized stigma related to social withdrawal. Self-stigma levels of adolescent patients in depression were found to be negatively and significantly related to their general functionality and perceived social support levels. In our study, the adolescent's and his parents' attitudes towards mental illnesses were found to be positively and significantly related to all sub-dimensions. Parents' negative attitude towards mental illnesses and the level of internalized stigma are positively affected; A negative significant relationship was found between the functionality of the adolescent.

Conclusion: Our study reveals that when treating depression in adolescents, the loss of function and social inadequacy experienced as a result of stigma should not be ignored, the parents should be included in the treatment, and depression psychoeducation should be conveyed to both the adolescent and the parent. It is important to question the social support of patients in this age group and develop strategies to increase their social support. One of the important results of our study is that parents' and adolescents' views on mental illnesses are largely similar. This result shows that stigma towards mental illnesses begins in the family and that children accept the stereotypes in their families. It is of great importance to provide accurate information, especially to people who have children, about mental illnesses that may be encountered in childhood and adolescence.

Keywords: depression in adolescents, stigma in depression, stigma in mental illnesses, internalized stigma, relational stigma

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Olguların yaş değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Tablo 2. Olguların eğitim düzeyi ve eğitimin alındığı yer ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

Tablo 3. Olguların cinsiyet değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Tablo 4. Anne ve babanın yaşları

Tablo 5. Olguların aile özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

Tablo 6. Olguların başvuru nedeni ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

Tablo 7. Olguların intihar, kendine zarar verici davranış ve psikiyatri servis yatışlarının tanımlayıcı istatistikleri

Tablo 8. Olguların sigara-alkol-madde kullanımı ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

Tablo 9. Olguların fiziksel hastalık, göç ve sosyal aktivite durumları ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

Tablo 10. Ergenlerin yakın çevresinde bildiği psikiyatrik hastalık, tedavi ve yatış bilgisine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Tablo 11. Ebeveynlerin kronik/fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Tablo 12. Ebeveynin yakın çevresinde bildiği psikiyatrik hastalık, tedavi ve yatış bilgisine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Tablo 13. Olguların psikiyatrik takip süresi ve psikiyatri başvurusuna kadar geçen süre

Tablo 14. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması

Tablo 15. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının intihar girişimi varlığı açısından karşılaştırılması

Tablo 16. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının KZVD varlığı açısından karşılaştırılması

Tablo 17. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının servis yatışı varlığı açısından karşılaştırılması

Tablo 18. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının olgunun yaşı, eğitim düzeyi, başvuruya dek geçen süre ve SED ile ilişkisinin karşılaştırılması

Tablo 19. Ergen Beck Ölçeği puanları ile Ebeveyn Beck, ÇERHİDÖ, DKDÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 20. Ebeveyn Beck ölçeği puanları ile Ebeveyn RHYİÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 21. Ergen PYAİTÖ-KF puanları ile ÇERHİDÖ, Ebeveyn PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 22. Ebeveyn PYAİTÖ-KF puanları ile Ebeveyn RHYİÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 23. DKDÖ puanları ile ÇERHİDÖ, Ergen RHYİÖ, ERHİDÖ, GDÖ skoru ve ÇBASDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 24. Ergen RHYİÖ puanları ile ÇERHİDÖ ve Ebeveyn RHYİÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 25. Ebeveyn RHYİÖ puanları ile ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 26. ÇBASDÖ puanları ile GDÖ skoru, ÇERHİDÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 27. ÇERHİDÖ puanları ile GDÖ skoru ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

Tablo 28. GDÖ skoru ile ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

KISALTMALAR LİSTESİ

DSM – 5: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)

EÜTF ÇERSAH AD: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

BGOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)

MDB: Major Depresif Bozukluk

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması

ÇERHİDÖ: Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

ERHİDÖ: Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

PYAİTÖ-KF: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form

DKDÖ: Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği

RHYİÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği

GDÖ: Global Değerlendirme Ölçeği

ark.: arkadaşlar

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI 12-18 YAŞ ARASI ERGENLERDE VE EBEVEYNLERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

1. GİRİŞ

Major depresif bozukluk ergenlerde sıklıkla görülen; somatik, bilişsel, duygusal ve sosyal süreçleri etkileyen çok çeşitli semptomlara sahip bir ruhsal hastalıktır. Akademik başarısızlık, zayıf akran ilişkileri, davranış sorunları, ebeveynlerle ve diğer otorite figürleriyle çatışmalar ve madde bağımlılığı, bu yaş grubundaki major depresif bozukluğun sonuçlarından bazılarıdır(1).

Major depresif bozukluk için prevelans yaş gruplarına göre farklılıklar göstermektedir. Ergenlik öncesinde prevelansı %1-2 olarak belirtilirken ergenlerde yaşam boyu prevelans %11, bir yıllık prevelans ise %7,5 olarak bulunmuştur(2,3).

Damga sözcüğünün kullanımına ilk olarak Eski Yunanca’da rastlanır ve bu sözcük ‘iz, yara izi, delik, delmek’ anlamlarında kullanılır(4). Yunanlar ahlaki olarak düşük gördükleri kimseleri (suçlular, hainler, köleler) dağlama ya da kazıma yolu ile vücutlarına ekledikleri izler ile tanırlardı, damga sözcüğünün etimolojik kökeninin bu uygulama olduğu düşünülmektedir(5).

Damgalanma sözcüğü günümüzde bir kişinin sahip olduğu özellikleri nedeniyle ‘normal dışı’, ‘utanılması gereken’, ‘kusurlu’ olarak etiketlenmesi ve bu nedenle toplum tarafından itibarsızlaştırılması ve küçümsenmesi olarak tanımlanabilir(1,8). Damgalanan kişiye istenmeyen özellikler yüklenir; bu özellikler çoğu zaman gerçeği yansıtmayan olumsuz inançlara dayanır(9).

Ruhsal hastalıklar ve salgın hastalıklar toplum tarafından damgalanmaya daha yatkındır. Özellikle ruhsal hastalıklara sahip insanlar tarih boyunca Tanrı’nın gazabına uğradıkları; kötü ruhların etkisinde kaldıkları gerekçesi ile tehlikeli bulunmuşlardır(7).

Toplumda damgalanma süreci ile ilgili çalışmalarda damgalanmanın sistematik bir süreç olduğu ve bazı aşamalardan geçtiği saptanmıştır(6). Bu aşamalar sırayla Link ve Phalen (2001) tarafından etiketleme, olumsuz kalıp yargılar oluşturma ve ayrımcılık şeklinde ele alınmıştır. Buna göre kişilerdeki farklılıklar ilk önce toplum tarafından etiketlenir, daha sonra

kültürel özellikler ve bilişsel kategorizasyon çerçevesinde olumsuz kalıp yargılar şekillenir ve bu süreç damgalanan kişiye karşı ayrımcılığın gelişmesi ile son bulur(7).

Yapılan çalışmalarda damgalanmanın farklı boyutları olduğu gösterilmiştir. Kişisel damgalama: kişinin başkalarına karşı olumsuz tutum ve yargıların varlığı, algılanan damgalanma: başkalarının kişi tarafından algılanan olumsuz tutum ve yargıları; kendi kendini damgalama ise başkalarının olumsuz tutum ve yargılamalarının kişi tarafından ne kadar benimsendiği olarak tanımlanmıştır(8). Kendi kendini damgalama sıklıkla içselleştirilmiş damgalanma şeklinde de kullanılır(9). Biz de çalışmamızda kendi kendini damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmayı eş anlamlı olarak kullanmayı tercih ettik.

Damgalanma, yalnızca damgalanmış bir duruma sahip olanları değil, başkalarını da etkiler. Araştırmalar damgalanmış kişilerle ilişkili kişilerin de (aile, arkadaş, bakım veren) rutin olarak değersizleştirildiklerini göstermiştir(10,11). Bu durum da birliktelik-ilişki yoluyla damgalanma olarak kavramsallaştırılır(12). Çalışmamızda birliktelik-ilişki yoluyla damgalanma ‘Ebeveynin Ruhsal Hastalıklarda İçelleştirilmiş Damgalanması Ölçeği’ kullanılarak ölçülmüştür.

Tüm psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi depresyonda da toplumsal damgalama görülmektedir. Çeşitli ruhsal hastalıkların damgalanma şekilleri ve nedenleri de farklılık gösterir. Depresyon daha çok kalıp yargıların onaylanması mekanizması üzerinden damgalanmayı beraberinde getirir. Depresyon hastaları zayıf, iletişim kurulamayan ve tedavi edilemez olarak tanımlanmışlardır(13).

Araştırmalar ruhsal hastalığa veya nörogelişimsel bozukluk tanısına sahip çocukların küçük yaşlardan beri toplum tarafından tehlikeli ve öngörülemeyen olarak damgalandıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca çocuklar hastalıkları nedeniyle suçlanmaktadırlar(14).

Ruhsal hastalığa sahip gençlerin çoğu bu ruhsal hastalık nedeniyle yardım almamaktadır(15). Depresyondaki utanç ve damgalanma hastalığın kabulünü zorlaştırarak da tedavi arama davranışını kitleyebilir(16). Tedaviye başvuruyu geciktirme ve engellemenin yanı sıra damgalanma ve ayrımcılığın tedavi sonuçları üzerinde etkili olduğuna dair de çalışmalar bulunmaktadır. Prasko ve ark.’nın 2016 yılında yaptığı bir çalışmada ruhsal hastalıkları nedeniyle daha çok ayrımcılığa uğrayan hastaların psikofarmakolojik tedaviye daha az yanıt verdiği saptanmıştır(17).

Sosyal destek genel olarak kişinin ilişkileri, sosyal çevreleri ve etkileşimleri ile bağlı olduğu; ihtiyaç anında kendisine yardım sağlayan sosyal kaynakları ifade eder(18). Birçok

çalışmada depresyonun da içinde bulunduğu ruhsal hastalıkların algılanan sosyal destek ile negatif yönde anlamlı olarak ilişkili bulunduğu gösterilmiştir(19–21).

Bireyin inanç ve tutumları damgalanma sürecini etkilemektedir. Ruhsal hastalığa ilişkin pozitif tutumların hastalık ile daha önce karşılaşma, kentte yaşama, hastalık hakkında bilgi sahibi olma gibi faktörler ile ilişkisi saptanmıştır. Ruhsal hastalıklara yönelik negatif tutumların ise yüksek damgalama düzeyi ve hastaların tedaviye ulaşmalarının gecikmesi ile ilişkisi çalışmalarda gösterilmiştir(22–26).

Ruhsal hastalığa sahip kişilerin aile üyelerinin de hastalıktan etkilendikleri ve toplum tarafından ifade edilen olumsuz tutumları içselleştirebildikleri bilinmektedir(27). Ruhsal hastalığa sahip çocuğu olmak bakım verenler için kimi zaman ömür boyu çocuklarına yardımcı olmak zorunda kalacakları anlamına gelebilir(28). Bakım verenlerdeki yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır(29).

Major Depresif Bozukluk ergenlerde çok sık rastlanan bir ruhsal hastalık olmasına rağmen ergenlerde depresyonda damgalanma ile ilgili yayın sayısı kısıtlıdır. Ruhsal hastalıklarda damgalanma olgusunun; bu hastalıklar için yardım arama davranışını ve yaşam işlevselliğini etkileyen önemli bir faktör olması açısından araştırılması değerlidir. Bizim çalışmamızın amacı da 12-18 yaş grubunda major depresif bozukluk tanısı almış gençlerin ve ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin olguların sosyodemografik değişkenleri, işlevsellik düzeyleri, sosyal destek algıları, depresyon şiddetleri ile ilişkisini incelemek, bu olguların psikolojik destek almaya ilişkin tutumları ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının damgalanma düzeyleri ile ilişkili olup olmadığını saptamak, ebeveynlerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin çocuklarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkisini anlamak ve ebeveynlerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin psikolojik destek almaya ilişkin tutumları ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ile ilişkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Major depresif bozukluk tanısı DSM-5'e göre depresif (çökkün) duygudurum ve ilgi istek kaybı/keyif alamama kriterlerinden en az birisi olmak koşulu ile; iştahta azalma ya da artma, uykuda azalma ya da artma, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, enerjide azalma ya da yorgunluk, suçluluk ve değersizlik hisleri, konsantrasyon güçlüğü ve karar vermede zorluklar, ölüm düşünceleri belirtilerinden en az beşinin karşılanması durumunda konulabilir. Bu belirtiler en az iki haftadır devam etmeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açmalı ve işlevsellikte kayba neden olmalıdır(30).

2.1.2. Tarihçe

Melankoli terimi çok eski çağlardan beri bilinir ve ilk kez milattan önce 5. yüzyılda Hipokrat tarafından kullanılmıştır. Hipokrat bu hastalığı 'kara safra'ya bağlamıştır(31). Antik Mısır'da bulunan 4000 yıllık bir papirüsü inceleyen bilim insanları ise tarihin bilinen ilk suicidal depresyonunun kaydına ulaştıklarını belirtmişlerdir(32). Orta Çağ'da İbni Sina ruhsal çökkünlük ve mani dönemlerini en iyi açıklayan ve olgu örnekleri verebilen hekimlerden biri olmuştur(33). Yine Orta Çağ Avrupa'sında depresyon pek çok farklı terim ile anlaşılmaya çalışılmıştır. 'Kara köpek', 'şeytanın banyosu', 'zihnin kanseri', 'öğle iblisi' bu terimlerden bazıları olarak karşımıza çıkar(34).

16. yüzyılda Galen'in melankoli üzerine yazılarını revize eden Andreas Laurentius (1560–1609) ise melankoliyi 'ateşin olmadığı, korku ve üzüntünün olduğu deliryum' olarak tanımlar ve tüm melankolik hastaların rahatsız edici imajinasyonları olduğunu ekler(35). Melankoli ile ilgili yazılan belki de en ünlü kitap olan 'Melankolinin Anatomi'sinde Robert Burton (1577–1640) melankoli ile savaşmayı çok başlı bir canavarı ele geçirmek kadar zor bir iş olarak tanımlamıştır. Burton'a göre 'korku ve keder, çoğu melankolinin gerçek karakterleri ve ayrılmaz yoldaşları'dır(36).

Depresyon görüldüğü üzere Aydınlanma Çağı tıbbına dek nedenleri için metafizik atıflarda bulunan bir hastalıktır. Depresif hastalar tarihin erken dönemlerinden itibaren yoğun bir damgalanmaya maruz kalmışlardır(37).

19. Yüzyılda Alman ve Fransız hekimler mani ve melankoli üzerine çalışmışlar ve Kraepelin bu çalışmaları derleyerek ‘psikoz manik depresif’ hastalık adı altında toplamıştır(38). Yirminci yüzyılın başlarında ise melankoli terimi depresyon terimi ile kademeli olarak yer değiştirmiştir(39).

1952 yılında American Psychiatric Association (APA) tarafından düzenlenmeye başlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kitabında depresyon organik ve reaktif olarak ikiye ayrılmıştır(40).

Leonhard 1957 yılında hastalık dönemlerine göre duygulanım bozukluklarını tek ve iki uçlu olarak ayırmış ve yeni bir sınıflandırma önermiştir. Sonraki yıllarda depresyon bir duygulanım bozukluğu olarak benimsenmiştir(31).

1968 yılında yayımlanan DSM-II’de depresyon psikotik ve nörotik olarak ayrılmış, DSM-III’te ilk kez belirtiler kümelenmiş ve belirli bir süre (iki hafta) bu belirtilerin karşılanması kriteri aranmıştır. Şu an hala geçerliliğini koruyan DSM-5 tanı kitabında Depresif Bozukluklar başlığı altında tanımlanır ve yas süreci ile ayrımının yapılması vurgulanır. DSM-5’te çocukluk yaş grubu için depresyon kriterleri erişkinler ile aynı olsa da irritabl duygudurum ve beklenen kilo alımının sağlanamaması spesifik kriterler olarak belirtilmiştir(41,42).

2.1.3. Epidemiyoloji

Depresyon ergenlik döneminde yaygın olarak görülen ve hem ergen hem de ailesi için belirgin sıkıntıya yol açan bir hastalıktır(43). Major depresif bozukluk için prevelans yaş gruplarına göre farklılıklar göstermektedir. Ergenlik öncesinde prevelansı %1-2 olarak belirtilirken ergenlerde yaşam boyu prevelans %11, bir yıllık prevalans ise %7,5 olarak bulunmuştur(2,3).

2021 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre ise 10-19 yaş arasındaki ergenlerin yaklaşık %34’ünde depresif semptomlar görülmekte; %8’i ise major depresif bozukluk tanısı almaktadır(44).

Ülkemizde 2018 yılında yapılan bir çalışmada ergenlik öncesi dönemde major depresif bozukluk prevalansı %1.7 olarak bulunurken(45), lise öğrencileri üzerinde 2008 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %17,5 kadarının kesme puanının üstünde puan aldığı tespit edilmiştir(46).

Ergenlik öncesinde erkek ve kızlarda depresyon prevalansı eşit saptanır ancak ergenlik ile birlikte kızlarda üç kat daha sık görülmeye başlanır(2). Bu farklılığın sebebi olarak ergenlikle beraber artan östrojen ve testosteron gösterilmiştir(47). Kızlarda erken pubertenin de depresyon ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir(48).

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik

Klinik çalışmalar bize major depresif bozukluğun ailesel kümelenmesi olduğunu göstermiştir. Depresyonu olan ebeveynlerin çocukları, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına kıyasla üç ila dört kat daha fazla depresyon tanısı almaktadır ve bu duruma hem genler hem ortak çevresel faktörler katkıda bulunmaktadır(49).

Yapılan ikiz çalışmalarından alınan sonuçlara göre birinci derece akrabada depresyon tanısının olması depresyon riskini 2.84 kat arttırmıştır(50). İsveç'te yapılan başka bir ikiz çalışmasında depresyonun kalıtılabilirliği kadınlarda %42 bulunurken erkeklerde bu oran %29 olarak saptanmıştır(51).

İkiz çalışmaları, genlerin duygudurum bozukluklarının etiyolojisinin %50-70'ini açıkladığını kanıtlamıştır ve geri kalanını çevrenin veya diğer etkilerin açıklaması gerektiğine inanılmaktadır. Bununla birlikte, monozigotik ikizlerde konkordans oranı %70-90 iken, aynı cinsiyetteki dizigotik ikizlerde bu oran %16-35'tir. Bu oranlar, duygudurum bozukluklarının genetik etkileri için güçlü veriler sağlar(52).

Yine yapılan genom tabanlı ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) depresyon ile ilişkili aday genler belirlemiştir. Bu genlerden en çok çalışılan Serotonin Taşıyıcı Gen (5HT-T)'dir. Serotonin taşıyıcısı ilişkili promotor bölge (5-HTTLPR) geninin kısa allele sahip olması çalışmalarda depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır(53,54). Ayrıca bu polimorfizm çocuklarda depresyon ve çocukluk çağı agresyonu ile ilişkili bulunmuştur(55).

Depresyon ile ilişkili diğer potansiyel genler ise Beyin ilişkili Nörotrofik Faktör (BDNF), Triptofan Hidroksilaz (hTPH2), Dopamin Taşıyıcı Gen (DAT-1), Katekol-O-Metil-Transferaz (COMT) genleri olarak sıralanabilir(56–59).

2.1.4.2. Psikososyal Etmenler

Psikososyal etmenler ve yaşam olayları yüksek genetik risk altındaki kişilerde depresyon için tetikleyici faktörler olabilirler(43). Stresli yaşam olayları, depresyonun nüks etmesinden ziyade ilk başlangıcıyla daha güçlü bir şekilde ilişkili görünmektedir ve birden çok kötü yaşam olayına maruz kalan ergenlerde depresyon riski artmaktadır(60). İlişkileri etkileyen kronik, şiddetli stresörler depresyon için en önemli psikososyal yordayıcılardır. Olumsuz aile ilişkileri ve akran zorbalığı depresyon için yaygın risklerdir(61–63).

2.1.4.3. Nörobiyolojik Etmenler

Ergenler ve yetişkinlerdeki bulguların benzerliği, temel biyolojik özelliklerin paylaşıldığını düşündürür(43).

Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda major depresif bozukluk riskinin artmış bazal kortizol seviyesi, stresörlere karşı artmış yanıt ve deksametazon süpresyon testinde azalmış baskılanma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(64).

Depresyonun patofizyolojisi için önemli bir hipotez olan monoamin hipotezinde, depresyonun serotonin (5-HT), norepinefrin (NE) ve dopamin (DA) salınımındaki değişiklikler ile ilişkili olduğu savunulur(65). Bu teorinin anlaşılmasının kolaylığı ve antidepresanların nörotransmitterler üzerinden major depresif bozukluk semptomlarına etki etmesi uzun süre depresyon etiyolojisi ile ilgili en önemli teori olmasını sağlamıştır(66). Ancak son zamanlarda depresyon etiyolojisinde monoamin teorisine ek olarak serotonin disfonksiyonuna bağlı nöroplastisitede bozulma olduğu ve bu durumun da hipokampus volümünde azalmaya yol açtığı konuşulmaktadır(67).

Beyinde limbik ve kortikal alanlarda GABA ve Glutamat disfonksiyonuna bağlı atrofi gelişmesi ve yapısal, nörokimyasal, fonksiyonel değişiklikler de depresyon etiyolojisinde araştırılan konulardandır(68).

2.1.4.4. Bilişsel Faktörler

Aaron Beck tarafından geliştirilen depresyonun bilişsel modelinde bilgilerin yanlış olarak edinilmesi ve işlenmesi, depresyonun gelişmesinde ve sürdürülmesinde birincil bir role sahiptir(69). Bu modelde, her insanda olan şemalar -uyaranların, fikirlerin veya deneyimlerin depolanan temsilleri- dahili veya harici olaylar tarafından etkinleştirilir ve ardından gelen bilgilerin nasıl işlendiğini etkiler(70). Bu şemalar bir kez aktifleştince kişinin kendisi, çevresi ve geleceği hakkında olumsuz ve yanlış düşüncelerden oluşan bilişsel üçlü olarak adlandırılan bir duruma yol açarlar ve bu da depresyon için yatkınlık oluşturur(71).

2.1.4.5. Klinik Özellikler ve Tanı

Ergenlerde depresyon somatik, bilişsel, duygusal ve sosyal süreçleri etkileyen çok çeşitli semptomlar ile ortaya çıkabilir. Akademik başarısızlık, zayıf akran ilişkileri, davranış sorunları, ebeveynler ve diğer otorite figürleriyle çatışma ve madde kullanımı, bu yaş grubundaki major depresif bozukluğun sonuçlarından bazılarıdır(1).

Bazı çalışmalarda vejetatif semptomlar (iştah ve kilo değişikliği, enerji kaybı ve uykusuzluk) ergen MDB'de erişkin MDB'den daha yaygın olarak bulunmuştur(49).

Major depresif bozukluk tanısı ergenlerde aynı erişkinlerde olduğu gibi DSM-5'e göre konur. Buna göre depresif (çökkün) duygudurum ve ilgi istek kaybı/keyif alamama kriterlerinden en az birisi olmak koşulu ile; iştahta azalma ya da artma, uykuda azalma ya da artma, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, enerjide azalma ya da yorgunluk, suçluluk ve değersizlik hisleri, konsantrasyon güçlüğü ve karar vermede zorluklar, ölüm düşünceleri belirtilerinden en az beşinin karşılanması durumunda konulabilir. Bu belirtiler en az iki haftadır devam etmeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açmalı ve işlevsellikte kayba neden olmalıdır. Ayrıca bu belirtilerin başka bir fiziksel hastalık, psikotik durum veya madde etkisi ile daha iyi açıklanamaması, kişinin öncesinde herhangi bir mani veya hipomani atağı geçirmemiş olması da aranan kriterlerdir(30).

2.1.5. Gidiş ve Prognoz

Ergen depresyonunun erken tedavisi ve önlenmesi önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla beraber, bu yaş grubunda depresyonun tanınması ve gençlerin önleme ve erken müdahale programlarına dahil edilmesi zorluk teşkil etmektedir(72).

Her ne kadar çoğu çocuk ve ergen ilk depresif dönemlerinde iyileşmiş olsa da birçoğu yetişkinlik çağında tekrar MDB ile karşımıza gelmektedir. Bu dönemde tedavi edilmemiş depresyonun sonuçları arasında okul performansının ve sosyal işlevselliğin bozulması; madde kötüye kullanımı ve intihar düşüncesi/girişimi riskinin artması yer alır(73).

Keenan-Miller'ın yaptığı bir çalışmada erken ergenlik depresyonu varlığı görüşmeci tarafından derecelendirilen sağlık durumunun daha kötü olması, kişisel algının daha kötü olması, genel sağlığın daha kötü algılanması, daha yüksek sağlık hizmeti kullanımı ve fiziksel sağlık nedeniyle işiyle ilgili sorun yaşama sıklığı ilişkili bulunmuştur(74).

Ergenlik döneminde depresyon tanısı almış hastaların 15 yıl boyunca takip edildikleri bir çalışmada ise kadınlarda, başta anksiyete bozuklukları olmak üzere daha fazla ruhsal sağlık sorunu görüldüğü; ayrıca hamilelik ve doğum sırasında daha fazla komplikasyon yaşadıkları saptanmıştır. Öte yandan, ergenlik depresyonu yaşayan erkeklerin daha fazla alkol ve uyuşturucu kullandıkları bildirilmiştir(75).

2.2. Damgalanma

2.2.1. Damga ve Damgalanmanın Tanımı

Damga sözcüğünün kullanımına ilk olarak Eski Yunanca'da rastlanır ve bu sözcük 'iz, yara izi, delik, delmek' anlamlarında kullanılır(4). Yunanlar ahlaki olarak düşük gördükleri kimseleri (suçlular, hainler, köleler) dağlama ya da kazıma yolu ile vücutlarına ekledikleri izler ile tanırlardı, damga sözcüğünün etimolojik kökeninin bu uygulama olduğu düşünülmektedir(5).

Damgalanma sözcüğü günümüzde bir kişinin sahip olduğu özellikleri nedeniyle 'normal dışı', 'utanılması gereken', 'kusurlu' olarak etiketlenmesi ve bu nedenle toplum tarafından itibarsızlaştırılması ve küçümsenmesi olarak tanımlanabilir(1,8). Damgalanan kişiye istenmeyen özellikler yüklenir; bu özellikler çoğu zaman gerçeği yansıtmayan olumsuz inançlara dayanır(9).

Damgalanmanın başka bir tanımı ise kişinin "belirli bir bağlamda değersizleştirilmiş bir sosyal kimliği aktaran bazı nitelik veya özelliklere" sahip olduğunda veya sahip olduğuna inanıldığında ortaya çıkan durum olarak verilebilir(76).

2.2.2. Damgalanmanın Tarihi

Ruhsal hastalıklar ve salgın hastalıklar toplum tarafından damgalanmaya daha yatkındır. Özellikle ruhsal hastalıklara sahip insanlar tarih boyunca Tanrı'nın gazabına uğradıkları; kötü ruhların etkisinde kaldıkları gerekçesi ile tehlikeli bulunmuşlardır(7).

Ortaçağ'da damgalanmaya neden olan hastalıkların başında 'veba' ve cüzzam gelirken 18. Yüzyılda 'tüberküloz' birçok farklı isimle anılan ve hem iyi hem kötü özellikler ile ilişkilendirilen bir hastalık olarak göze çarpar(77).

Tarihin ilerleyen dönemlerinde ise sfiliz, çeşitli dillerde aldığı isimlerinin gösterdiği üzere kimsenin ilişkili olarak görülmek istemediği bir hastalık olarak karşımıza çıkar. Örneğin İtalyanlar ve Almanlar sfilize 'Fransız hastalığı' ismini verirken Fransızlar 'Napoli hastalığı', Ruslar 'Polonya hastalığı', Polonyalılar 'Alman hastalığı' demişlerdir. Ayrıca sfiliz Müslüman dünyasında 'Hristiyan hastalığı' olarak adlandırılırken Hindular bu hastalığın sorumlusu olarak Müslümanları göstermişlerdir(78,79).

Tütün ürünlerinin insan yaşamına zarar verdiği ve kansere neden olduğu anlaşıldıktan sonra ise toplumda kanser hastalarına karşı önyargılı tutumlar gelişmiştir(80).

Geçtiğimiz yüzyılın hiç şüphesiz en çok damgalanan hastalıklarından biri ise AIDS olmuş ve bu hastalar aynı zamanda toplumun olumsuz yargılarıyla da en çok karşılaşan kişilerin başında gelmişlerdir(81).

2.2.3. Damgalanmanın Gelişimi ve Bileşenleri

Toplumda damgalanma süreci ile ilgili çalışmalarda damgalanmanın sistematik bir süreç olduğu ve bazı aşamalardan geçtiği saptanmıştır(6). Bu aşamalar sırayla Link ve Phalen (2001) tarafından etiketleme, olumsuz kalıp yargılar oluşturma ve ayrımcılık şeklinde ele alınmıştır. Buna göre kişilerdeki farklılıklar ilk önce toplum tarafından etiketlenir, daha sonra kültürel özellikler ve bilişsel kategorizasyon çerçevesinde olumsuz kalıp yargılar şekillenir ve bu süreç damgalanan kişiye karşı ayrımcılığın gelişmesi ile son bulur(7).

Araştırmacılar damgalanmanın bilişsel ve davranışsal bileşenlerini tanımlamışlardır. Buna göre grubun üyesi olarak kategorize edilebilen insanların özellikleri, nitelikleri ve davranışları hakkındaki genel inançlar olan stereotipler ile bir grubun üyelerine karşı genelleştirilmiş tutumlar olan ön yargılar bilişsel komponenti oluşturur(82). Çocuklar toplum içinde büyürken bu stereotipleri ve ön yargıları öğrenirler. (83).

Her kültürün kendine ait stereotipik inançları ve ön yargıları vardır; yapılan çalışmalara göre Amerika Birleşik Devletleri ile Çin arasında ruhsal hastalıklara ilişkin inançlar açısından ciddi farklılıklar gözlenmektedir(84). Örneğin Çin’de depresyon ve anksiyete bozuklukları genellikle somatik sorunlar olarak ifade edilirken Amerika’da panik hali ya da mutsuzluk şeklinde ifade edilmektedir(85). Ayrımcılık ise damgalanmanın davranışsal bileşeni olup ön yargıların sonucunda bir gruba yönelik gelişen dışlama davranışdır(86).

2.2.4. Damgalanmanın İşlevi

Sosyal psikologlara göre, damgalamanın bir dizi işlevi olabilir(87). Daha fazla güce sahip insanlar diğerleri üzerinde tahakküm kurmak ve var olan eşitsizliği derinleştirmek için damgalamayı kullanabilir. Damgalanmanın bir diğer işlevi diğer insanları sosyal normlar içinde tutmak ve ayrılıkları engellemek; son işlevi ise evrimsel kökeni göz önünde bulundurularak kişilerin bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlamak olabilir(87,88).

2.2.5. Damgalanmanın Türleri

Yapılan çalışmalarda damgalanmanın farklı boyutları olduğu gösterilmiştir. Kişisel damgalama: kişinin başkalarına karşı olumsuz tutum ve yargıların varlığı, algılanan damgalanma: başkalarının kişi tarafından algılanan olumsuz tutum ve yargıları; kendi kendini damgalama ise başkalarının olumsuz tutum ve yargılamalarının kişi tarafından ne kadar benimsendiği olarak tanımlanmıştır(8). Kendi kendini damgalama sıklıkla içselleştirilmiş damgalanma şeklinde de kullanılır(9). Biz de çalışmamızda kendi kendini damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmayı eş anlamlı olarak kullanmayı tercih ettik.

Pryor ve Reeder ise damgalanmayı dört farklı başlık altında incelemişlerdir: toplumsal-sosyal damgalanma, yapısal damgalanma, bireysel damgalanma ve birliktelik-ilişki yoluyla damgalanma(12). Buna göre toplumsal-sosyal damgalama tüm damgalama çeşitlerinin merkezinde yer alır ve toplumun damgalanmış insanlara yönelik duygusal, bilişsel ve

davranışsal tepkilerini içerir(12). Kişisel damgalanma; damgalanan kişinin toplumun kendisine yönelik olumsuz tepkileri içselleştirmesi anlamına gelmektedir(89).

Damgalanma, yalnızca damgalanmış bir duruma sahip olanları değil, başkalarını da etkiler. Araştırmalar damgalanmış kişilerle ilişkili kişilerin de (aile, arkadaş, bakım veren) rutin olarak değersizleştirildiklerini göstermiştir(10,11). Bu durum da birliktelik-ilişki yoluyla damgalanma olarak kavramsallaştırılır(12).

Yapısal damgalama: toplumsal şartlar, normlar ve kurumların belli bir grup insan için fırsatları, kaynakları ve refahı kısıtlayan uygulamalar geliştirmesidir(90). Son literatür çalışmalarına göre yapısal damgalama; toplumdaki damgalamanın sürdürülmesine ve mevcut olan damganın yeniden üretilmesine katkıda bulunur(91,92).

2.3. Depresyonda Damgalanma ve İlişkili Faktörler

Tüm psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi depresyonda da toplumsal damgalama görülmektedir. Depresyonda damgalanma ile ilgili tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinden %30'u damgalanmanın profesyonel yardım almanın önünde bir engel oluşturduğunu; öğrencilerin yaklaşık% 40'ı tedaviye başlamaktan gizli kalması yönünde endişeleri olduğu için çekindiklerini ve %24'ü başvuru ile ilgili bilgilerinin üniversite belgelerinde kaydedileceğinden korktuklarını belirtmişlerdir(26).

Dört Avrupa ülkesinde yapılan bir toplum çalışmasında katılımcılarda, depresyona karşı orta derecede kişisel damgalama ve çarpıcı derecede yüksek algılanan damgalanma düzeyi gösterilmiştir. Önemli bir çoğunluk profesyonel yardım aramaya açıklık gösterse de, insanların sadece yarısı profesyonel yardımı değerli olarak algılamıştır ve ülkeler arası damgalanma düzeylerinin çok farklı olduğu göze çarpmıştır(94).

Genç ve yaşlı depresyon hastalarının kendini damgalamasını araştıran bir çalışmada ise yaşlı depresyon grubunun önemli ölçüde daha yüksek düzeyde kendini damgaladığı bildirilmiş ve düşük benlik saygısının her iki grupta da ruhsal hastalığa yönelik olumsuz kalıp yargılar ile anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür(95). Yine ruhsal hastalıklarda damgalanmanın araştırıldığı bir çalışmada en yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri unipolar depresyon hastalarında saptanmıştır(96).

Şizofreni ve depresyon hastalarının yaşam kaliteleri ve algılanan damgalanma düzeylerini karşılaştıran bir çalışmada hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark

çıkmasına rağmen algılanan damgalanma düzeyleri şizofrenide daha yüksek bulunmuş; her iki hasta grubunda da yaşam kalitesi düştükçe algılanan damgalanma düzeyi artış göstermiştir(97).

Çin’de ruhsal hastalıklar ve damgalanma ile ilgili yapılan bir çalışmada düşük gelir düzeyi şizofreni ve major depresif bozukluk hastalarında yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkili saptanmıştır(98). Hindistan’da şizofreni, bipolar bozukluk ve yineleyici depresyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin şizofrenide daha yüksek olduğu ve tüm hasta gruplarında damgalanmanın; daha kısa hastalık süresi, daha kısa tedavi süresi ve daha genç başlangıç yaşı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir(99).

İlk depresif epizodunu geçiren hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada daha genç yaş, daha uzun süreli depresif epizod ve eşlik eden fiziksel hastalık varlığı, daha yüksek damgalanma düzeyi ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada çeşitli damgalama alanları açısından, hastalar en yüksek oranda basmakalıp yargıyı onaylama (%54,2) bildirirken bunu %47,7 ile yabancılaşma ve %38,3 ile ayrımcılık deneyimi izlemiştir. Çalışma örnekleminin yaklaşık yarısı (%49,5) sosyal katılımda kısıtlanma yaşadığını bildirirken, örneklemin üçte biri ciddi veya aşırı kısıtlanma bildirmiştir(100,101).

Literatür incelendiğinde unipolar depresyondaki hastaların kendilerini bipolar bozukluk tanısı alan hastalardan daha çok damgaladıkları ve hastalık ile ilgili yoğun suçluluk duyguları taşıdıkları görülmüştür(102,103). Fakat bu sonuçlarda kültürel farklılıkların etkisi göz ardı edilemez.

Çeşitli ruhsal hastalıkların damgalanma şekilleri ve nedenleri de farklılık gösterir. Depresyon daha çok kalıp yargıların onaylanması mekanizması üzerinden damgalanmayı beraberinde getirir. Örneğin şizofreni ve depresyon damgalanma açısından karşılaştırıldığında şizofreni hastaları tehlikeli ve öngörülemez olarak algılanırlarken; depresyon hastaları zayıf, iletişim kurulamayan ve tedavi edilemez olarak tanımlanmışlardır(13).

Ülkemizde depresyonda damgalanmayı araştıran çalışmalara göz atacak olunursa; psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumlarının genel halktan daha olumlu olduğu gözlenmiştir(104). Yine depresyon ile ilgili toplumun damgalamasını inceleyen bir çalışmada depresyona yönelik damgalanmanın kırsal kesimde kente göre daha çok olduğu saptanmıştır(105).

2.4. Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma

Literatürde çocuklar ile ilgili araştırmalar daha az sıklıkta bulunmaktadır ve araştırmaların çoğu çocukluk çağında tanı alan nörogelişimsel bozukluklarda yapılmıştır(106).

Bellanca ve arkadaşlarının 2013 yılında 7-11 yaş arasındaki çocukların, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, öğrenme güçlüğü ve depresyona karşı tutumlarını karşılaştırdığı çalışmasında en çok kişisel damgalamanın dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna karşı olduğu ve bunu depresyonun takip ettiği; yaş arttıkça damgalama düzeylerinin arttığı, daha öncesinde ruhsal hastalıklar ile karşılaşan çocuklarda damgalamanın azaldığı bulunmuştur(107). Ancak çelişkili olarak Amerika'da Coleman ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada 8-18 yaş arası çocukların depresyonu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan daha çok damgaladıkları saptanmıştır(108).

Corrigan ve arkadaşlarının 13-19 yaş arasındaki ergenlerde yaptığı çalışmada ise alkol kullanım bozukluğu ruhsal hastalıklar arasında en çok damgalanan hastalık olarak bulunmuş ve ruhsal hastalıklar lösemiden daha daha çok damgalanmıştır(109). Dixon ve arkadaşlarının 8-9 yaş arası çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada çocuklara anksiyete bozukluğu olan ve depresyonu olan hastaların kısa öyküleri okunmuş ve çocuklar tarafından anksiyete bozukluğu daha tercih edilir bulunmuştur(110).

Dolphin ve ark.'nın ergenlerin depresyona karşı damgalamalarını araştıran çalışmalarında ise kadınların daha kabul edici oldukları, aynı zamanda kadın depresyon hastalarının da erkek depresyon hastalarından daha çok kabul edildikleri saptanmıştır(111).

Araştırmalar ruhsal hastalığa veya nörogelişimsel bozukluk tanısına sahip çocukların küçük yaşlardan beri toplum tarafından tehlikeli ve öngörülemez olarak damgalandıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca çocuklar hastalıkları nedeniyle suçlanmaktadırlar(14).

Ülkemizde Oban ve ark.'nın ergenlerde yaptığı bir çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik tutumların cinsiyet, sosyoekonomik durum ve ailede psikiyatrik öykü varlığının ruhsal hastalıklara yönelik inançları etkilemediği ancak kendilerinde ruhsal hastalık olan ergenlerin ruhsal hastalığa sahip kişileri daha az tehlikeli gördükleri saptanmıştır(112). Yine Oban ve ark. ergenlerde psikoeğitim ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlarda pozitif değişimler oluşturulabileceğini göstermiştir(113).

2.5. Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma ve Tedavi Arayışı

Ruhsal hastalıkların %50 oranında 14 yaştan önce %75 oranında ise 18 yaştan önce başladığı bilinmektedir(114). Fakat yaygınlığına rağmen ruhsal hastalığa sahip gençlerin çoğu bu ruhsal hastalık nedeniyle yardım almamaktadır(15).

Ruhsal hastalıklarda yardım arama davranışını inceleyen bir çalışmada erkeklerin, gençlerin ve yüksek gelir düzeyindeki kişilerin daha az yardım aradıkları gösterilmiştir(115). Erişkin depresif hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise pek çok kişi, profesyonel yardım almaktan utanacaklarını ve bu tür bir yardım istediklerinde diğer insanların kendilerine olumsuz tepki vereceğine inandıklarını bildirmiştir(116).

Depresyondaki utanç ve damgalanma hastalığın kabulünü zorlaştırarak da tedavi arama davranışını keteleyebilir(16). Tedaviye başvuruyu geciktirme ve engellemenin yanı sıra damgalanma ve ayrımcılığın tedavi sonuçları üzerinde etkili olduğuna dair çalışmalar da bulunmaktadır. Prasko ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı bir çalışmada ruhsal hastalıkları nedeniyle daha çok ayrımcılığa uğrayan hastaların psikofarmakolojik tedaviye daha az yanıt verdiği saptanmıştır(17).

Ergenlerin ruhsal yardım almalarının önündeki en önemli bariyerlerden birinin de ailelerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançları olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmaların çoğu göçmen ya da mülteci konumunda yapılmış ve kültürel bariyerlere odaklanılmıştır(114).

Buttigieg ve ark.'nın 14-15 yaşlarındaki öğrenciler üzerinde yaptıkları bir çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik düşük bilgi düzeyinin, artmış otonomi isteğinin ve artmış depresif şikayet varlığının psikolojik yardım arama davranışı üzerinde negatif etkisi olduğu saptanmıştır(117).

Yardım arama davranışı ile ilgili dikkat çekici bir diğer değişken ise kişinin ruhsal hastalıklar ile ilgili geçmiş olumlu deneyimleridir. Daha önce profesyonel yardım almış ergenlerin psikolojik yardım arama tutumlarının daha olumlu olduğu gösterilmiştir(118,119).

2.6. Sosyal Destek Algısı ve Damgalanma

Sosyal destek genel olarak kişinin ilişkileri, sosyal çevreleri ve etkileşimleri ile bağlı olduğu; ihtiyaç anında kendisine yardım sağlayan sosyal kaynakları ifade eder(18). Birçok çalışmada depresyonun da içinde bulunduğu ruhsal hastalıkların algılanan sosyal destek ile negatif yönde anlamlı olarak ilişkili bulunduğu gösterilmiştir(19–21). Ayrıca ebeveynlerden ve

aileden gelen destek, diğer herhangi bir kaynaktan çok, gencin depresyondan korunmasıyla tutarlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur(120).

Algılanan sosyal destek sürekli olarak daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Sosyal bağların ve sosyal desteğin olumlu etkilerini açıklamak için insanlar stres altındayken işe yarayan stres tamponlayıcı model ve stres düzeyine bakılmaksızın faydalı etkilere neden olabilen ana etkiler modeli olmak üzere iki mekanizma önerilmiştir(121). Algılanan sosyal desteğin ilk mekanizma yoluyla etki ettiğine inanılmaktadır; böylece kişinin desteğin varlığına dair algısı, durumun olumlu değerlendirilmesi ve olumsuz duygusal tepkilerin azaltılması yoluyla yardım arama ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirebilir(122).

Son zamanlarda sosyal destek kavramı daha da genişletilerek ‘sosyal sermaye’ kavramı ile de psikiyatrik hastalıkların ilişkisi kurulmuştur. Sosyal sermaye en genel anlamda ortak faydalar için işbirliğini ve kolektif eylemi kolaylaştıran ortak normlar, değerler, inançlar, güven, ağlar, sosyal ilişkiler ve kurumlar şeklinde kolektif bir varlık olarak tanımlanır(123). Lanfredi ve arkadaşlarının 2014 yılında sosyal sermaye ve depresyon ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında daha düşük sosyal sermaye ile depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ilişkili bulunmuştur(124).

2.7. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Damgalanma

Bireyin inanç ve tutumları damgalanma sürecini etkilemektedir. Ruhsal hastalığa ilişkin pozitif tutumların hastalık ile daha önce karşılaşma, kentte yaşama, hastalık hakkında bilgi sahibi olma gibi faktörler ile ilişkisi saptanmıştır. Ruhsal hastalıklara yönelik negatif tutumların ise yüksek damgalama düzeyi ve hastaların tedaviye ulaşımının gecikmesi ile ilişkisi çalışmalarda gösterilmiştir(22–26).

Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar kültürel farklılıklar göstermekle beraber, ruhsal hastalıkların damgalanması her toplumda gözlenmektedir. Asyalı insanların ruhsal hastalıkları daha çok kişisel bir başarısızlık ve kontrol kaybı olarak gördükleri; bu tutumun aile üyeleri ve hasta kişi için damgalanma ve yardım arama davranışında ketlenmeye sebep olduğu düşünülmektedir(125). Latin Amerika toplumlarında da Asya’ya benzer şekilde kişisel zayıflık ve irade yoksunluğu ruhsal hastalıklar ile ilişkilendirilir(126). Afrika’da ruhsal hastalıklar için spiritüel açıklamalar kullanılmakta; Arap toplumlarında ise ruhsal hastalıklar ilahi bir ceza olarak görülmekte ve bu durum her iki toplumda yüksek damgalanmaya yol

açmaktadır(127,128). Batı toplumlarında ruhsal hastalığa sahip kişiler genellikle tehlikelilik ve öngörülemezlik inancı nedeniyle ayrımcılığa ve sosyal izolasyona maruz kalırlar(129).

Ülkemizde depresyona yönelik olumsuz tutumların incelendiği araştırmalarda çoğu kişinin depresyon tanısı alan biri ile evlenmek ya da o kişiye evini kiralamak istemeyeceği saptanmıştır(25). Yine ülkemizde psikiyatri de dahil olmak üzere tüm hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik negatif inanç ve tutumları halkın bir yansıması olarak yüksek bulunmuştur(130,131).

2.8. Ebeveynde İçselleştirilmiş Damgalanma

Ruhsal hastalığa sahip kişilerin aile üyelerinin de hastalıktan etkilendikleri ve toplum tarafından ifade edilen olumsuz tutumları içselleştirebildikleri bilinmektedir(27). Birçok çalışmada ruhsal hastalığa sahip olmanın sadece hasta kişi için değil aile için de damgalanma getirdiği belirtilmiştir. Ayrıca aile üyelerinin bu damgalanma sonucunda yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır(132).

Literatüre göre ebeveynin damgalanması iki şekilde olabilir. İlki ebeveynin çocuğunun ruhsal hastalığı nedeniyle algıladığı damgalanma olarak tanımlanan ‘ilişkisel damgalanma; ikincisi ise toplumun olumsuz yargılarını içselleştirmesi, kalıp yargılar ile özdeşleşmesi olarak tanımlanan kendi kendini damgalama ya da içselleştirilmiş damgalanmadır(133). Bu iki damgalanma türü de bakımverenler açısından yıkıcı olsa da olumsuz kalıp yargıları içselleştirmenin daha ciddi sonuçlara yol açtığı düşünülmektedir(134).

Ruhsal hastalığa sahip çocuğu olmak bakım verenler için kimi zaman ömür boyu çocuklarına yardımcı olmak zorunda kalacakları anlamına gelebilir(28). Bakım verenlerdeki yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır(29).

2.9. Çalışmanın Amacı

Major depresif bozukluk ergenlerde çok sık rastlanan bir ruhsal hastalık olmasına rağmen ergenlerde depresyonda damgalanma ile ilgili yayın sayısı kısıtlıdır. Ruhsal hastalıklarda damgalanma olgusunun; bu hastalıklar için yardım arama davranışını ve yaşam

işlevselliğini etkileyen önemli bir faktör olması açısından araştırılması değerlidir. Çalışmamızın amaçları:

- 1) 12-18 yaş arasında MDB tanısı alan olguların ve ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin olguların sosyodemografik değişkenleri, işlevsellik düzeyleri, sosyal destek algıları, depresyon şiddetleri ile ilişkisini incelemek
- 2) Bu olguların psikolojik destek almaya ilişkin tutumları ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının damgalanma düzeyleri ile ilişkili olup olmadığını saptamak
- 3) Ebeveynlerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin çocuklarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkisini anlamak
- 4) Ebeveynlerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin psikolojik destek almaya ilişkin tutumları ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ile ilişkisini değerlendirmek

2.10. Çalışmanın Hipotezleri

H1. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, psikolojik yardım alma davranışları ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir.

H2. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, işlevsellik düzeyleri ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir.

H3. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, algılanan sosyal destek düzeyleri ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir.

H4. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerin ebeveynlerinin Beck Depresyon Ölçeği puanları içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

H5. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerin ve ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız major depresif bozukluk tanısı alan 12-18 yaş arası ergenlerde ve ebeveynlerinde içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu faktörleri ve içselleştirilmiş damgalanmanın işlevsellik üzerine olan etkisinin incelendiği tek merkezli, kesitsel, ilaç dışı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında (EÜTF ÇERSAH AD) yürütülmüştür. Çalışmaya katılan olgular etik kurul onayının alınmasının ardından Temmuz 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında Ergen Birimi Polikliniklerine başvuran olgular arasından seçilmiştir.

3.3. Çalışmanın Evreni

Araştırmamızın evreni EÜTF ÇERSAH AD Ergen Birimi Polikliniklerine Temmuz 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında başvuran 12-18 yaş arası olgulardan oluşmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamızın örneklemi EÜTF ÇERSAH AD Ergen Birimi Polikliniklerinde takibi sürdürülen ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Ömür Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ile tanı doğrulaması yapılan ve çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun 12-18 yaş aralığındaki 55 olgudan oluşmaktadır.

3.5. Örneklem Seçilimi

EÜTF ÇERSAH AD Ergen Birimi Polikliniklerinde, klinik değerlendirme ve DSM-5 tanı ölçütleri esas alınarak MDB tanısı ile takibi sürdürülen 12-18 yaş aralığındaki olgular ve ebeveynleri, rutin poliklinik randevusu sırasında araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya

dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşılayan olgular ve ebeveynleri araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Hem olgulardan hem de ebeveynlerinden aydınlatılmış onam alınmıştır. Tüm olguların MDB tanıları ve varsa ek psikiyatrik tanıları Dr. Hilal Nur ÇALIK ŞENTÜRK tarafından Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Ömür Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ile değerlendirilmiştir.

3.5.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Temmuz 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Ergen Birimi Polikliniğine ayaktan başvurmuş olmak
2. Klinik olarak normal mental kapasiteye sahip olmak
3. 12-18 yaş arası olmak
4. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Ömür Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) değerlendirmesine göre MDB tanısı almış olmak
5. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak
6. Ebeveynlerin onam formunu okuyarak imzalamış olması

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. 12 yaşın altında ya da 18 yaşın üstünde olmak
2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Ömür Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) değerlendirmesine göre Mental Retardasyon, Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu, Nörogelişimsel Bozukluk (Otizm Spektrum Bozukluğu, Tik Bozuklukları, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dil, Konuşma ve İletişim Bozuklukları, Özgül Öğrenme Güçlüğü), Yeme Bozukluğu, Cinsiyet Disforisi tanılarından bir ya da daha fazlasını karşılamak
3. Obezite tanısı almış olmak
4. Cinsel istismar öyküsünün bulunması
5. İşitme ve görme engeline sahip olmak

6. Kronik nörolojik ve/veya ağır fiziksel hastalığın bulunması
7. Çalışmaya katılmaya gönüllü olunmaması

3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

3.6.1. Olgu Veri Formu

Olgu veri formu çalışmaya katılan araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Olgunun yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, not ortalaması, geçen sene içinde okula kaç gün devamsızlık yaptığı, başvuru nedeni, ne kadar zamandır psikiyatrik takipte olduğu, sorunlarının başlangıcı ile hastaneye başvurusu arasında geçen süre, kardeş sayısı, evde birlikte yaşadığı kişi sayısı, sigara-alkol-madde kullanımlarının olup olmadığı, daha önceden psikiyatrik başvurusunun olup olmadığı, önceki psikiyatrik tedavi öyküsü, intihar veya kendine zarar verici davranışlarının olup olmadığı, psikiyatri servisine yatışının olup olmadığı, başka herhangi bir fiziksel hastalığının varlığı, göç edip etmediği, ailesinde akrabalarında ve arkadaşlarında bildiği bir psikiyatrik hastalığı olan, tedavi alan veya yatışı olan kişinin varlığı ve düzenli olarak katıldığı bir sosyal aktivite olup olmadığı not edilmiştir.

Ebeveynlerin ise yaşları, medeni durumları, meslekleri, eğitim düzeyleri, sosyoekonomik düzeyleri, fiziksel herhangi bir rahatsızlıkları olup olmadığı, daha önceden psikiyatrik başvuruları olup olmadığı, önceki psikiyatrik tedavi ve yatış öyküleri, ailede veya akrabalarda bilinen psikiyatrik hastalık varlığı, tedavi ve yatış öyküsü olup olmadığı not edilmiştir.

3.6.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Kaufman ve arkadaşları tarafından DSM-5 tanı ölçütleri baz alınarak revize edilmiştir(135). Görüşmenin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Ünal ve ark. tarafından yapılmıştır(136). Üç bölümden oluşan formun ilk bölümünde olgunun sosyodemografik verileri, sağlık durumu, tıbbi öyküsü, şu anki yakınması, hobileri ve arkadaş ilişkileri öğrenilir. İkinci bölüm ruhsal belirtileri taramak için oluşturulmuş olup tarama listesinde pozitif belirti saptanırsa ek sorulara geçilir. Tarama görüşmesi ile değerlendirilebilen ruhsal hastalıklar arasında duygudurum bozuklukları, psikotik

bozukluklar, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, dışa atım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları yer almaktadır. Üçüncü bölümde hastanın işlevsellik düzeyi belirlenir ancak semptom şiddeti değerlendirilmez(135). ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı koymak ve ek tanıları dışlamak için kullanılmıştır.

3.6.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri, depresyon şiddetini ölçmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Toplamda 21 sorudan oluşur ve ölçeğin her sorusu depresyonun bir belirtisinin şiddeti 0 ila 3 arasında puanlanarak doldurulur. Yüksek puanlar depresyon şiddetinin artışı ile ilişkilendirilir(137). Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır(138).

3.6.4. Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ÇERHİDÖ)

Ölçek Çağlayan tarafından tez çalışması sırasında geliştirilmiş olup 32 sorudan oluşur(139). Ölçekte her bir madde için diğer insanların bu görüşe ne kadar inandıklarını sağ tarafta ise cevaplayanın bu görüşe ne kadar katıldığı 5'li Likert tipi puanlama ile işaretlenir. Ölçekten alınan puan arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyi de artmaktadır.

3.6.5. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ERHİDÖ)

Bu ölçek Boyd-Ritsher ve ark. tarafından geliştirilen Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nin maddelerinin Zismani-Ilani ve ark. tarafından ebeveynlere uyarlanması ile elde edilmiştir(140,141). Ölçekte 29 madde bulunmakta olup 4'lü Likert tipi puanlanır. Alınan yüksek puanlar ebeveynin çocuğunun ruhsal hastalığı nedeniyle yaşadığı içselleştirilmiş damgalanma algısının yüksekliğine işaret eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Dikeç ve ark. tarafından yapılmıştır(142).

3.6.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

ÇBASDÖ, ilk olarak Zimet ve Dahlem tarafından 1988 yılında geliştirilen ve Türkçe geçerlik güvenirliği Eker ve ark. tarafından yapılmış bir ölçektir(143,144). ‘Aile’, ‘arkadaş’ ve ‘özel bir kişi’ olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteği ölçer. Toplamda 12 soru 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak; Kesinlikle hayır=1, Kesinlikle evet=7, arasında derecelendirilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması bu kaynaklardan alınan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.6.7. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form (PYAİTÖ-KF)

Ölçek Fischer ve Farina tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir(145). Ölçek tek faktörlüdür ve toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik yardım aramaya ilişkin pozitif tutum da artar. Topkaya tarafından Türkçe geçerlik-güvenirliği yapılmış, analiz sırasında bir sorunun Türk toplumu için geçerli olmadığı sonucuna varılarak ölçek 9 soruya indirilmiştir(146).

3.6.8. Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği (DKDÖ)

Ölçeğin orijinal hali Barney ve ark. tarafından 2010 yılında depresyon ile ilişkili kendini damgalama düzeyini ölçmek için tasarlanmıştır(147). Ölçekte 16 soru, 4 alt boyut olup bu boyutlar ‘Utanma’, ‘Suçlanma/ Kendini Kınama’, ‘Sosyal Yetersizlik’, ‘Yardım Aramanın Ketlenmesi’ şeklinde sıralanır. Ölçeğin bir maddesi Kamış ve ark. tarafından yapılan Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında Türk toplumu için uygun olmadığı düşünülp çıkarılmıştır. Ölçeğin Türkçe hali 15 maddeden oluşmakta; bu maddeler 5’li Likert tipinde puanlanmaktadır.(148). Ölçekten alınan puanlar 15-75 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puanlar depresyondan kendini damgalama düzeyinin yüksekliğini gösterir.

3.6.9. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

Orijinal ölçek Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında geliştirilmiş olup ölçeğin amacı ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ölçmektir(149). Ölçek 21 maddeden oluşup Tehlikelilik, Zayıf Sosyal ve Kişiler arası Beceri ve Çaresizlik alt ölçeği olmak üzere üç alt boyuta ayrılır. Ölçek maddeleri 0-5 arasında puanlanır. Ölçekten alınan yüksek puanlar ruhsal hastalıklara

yönelik negatif inançlar ile ilişkilidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Bilge tarafından doktora tezi sırasında yapılmıştır(150).

3.6.10. Global Değerlendirme Ölçeği (GDÖ)

Bireyin işlevsellik düzeyinin üç farklı boyutunu; psikolojik, sosyal ve mesleki boyutu tek bir puan ile ölçen, klinisyen tarafından puanlanan bir ölçektir. Amacı hastanın mevcut (yani geçen haftaya ait) işlevsellik düzeyini tespit etmektir. GDÖ puanı 1 ila 100 arasında değişir; daha düşük puanlar daha yüksek işlevsellik kaybını; daha ciddi semptomları gösterir. Ölçeğin depresif hastalarda kullanımının uygun olduğu gösterilmiştir(151).

3.7. Uygulama

3.7.1. Etik Kurul Onayı

Araştırmamız için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.06.2023 tarihli ve 23-6.1T/33 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.7.2. Çalışma Sürecinin İşleyişi

Etik kurul onayının alınmasını takiben çalışmamız başlamıştır. Çalışmaya EÜTF ÇERSAH AD Ergen Birimi Poliklinikleri'ne başvuran ve DSM-5 tanı kriterleri ile klinik görüşme sonrasında major depresif bozukluk tanısı alan 12-18 yaş arası olgular dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan olgulara Dr. Hilal Nur ÇALIK ŞENTÜRK tarafından ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T uygulanmış, Major Depresif Bozukluk tanısı ve ek tanılar bu görüşme sonucu belirlenmiştir. Tüm katılımcılara ve ebeveynlerine çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Tüm katılımcılar için Olgu Veri Formu doldurulmuş ve Global Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanları kaydedilmiştir. Bunun ardından tüm katılımcılar tarafından Beck Depresyon Envanteri, Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Formu, Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği doldurulmuştur. Katılımcıların ebeveynleri ise Beck Depresyon Envanteri, Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği’ni doldurmuştur.

3.8 İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 28.0 sürümü kullanılarak yapıldı. Nicel değişkenlerin normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edildi. Bağımsız grup karşılaştırılmalarında normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenler için medyan (25.-75.persantil) şeklinde verildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki kare bağımsızlık analizi ile belirlendi. Kategorik değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak verildi. Ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. $p<0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özelliklerle İlişkili Analiz Bulguları

4.1.1. Yaş Değişkeniyle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 1’de olguların ortalama yaşları, standart sapmaları ve minimum-maksimum değerleri verilmiştir.

Tablo 1. Olguların yaş değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ort.±SS / Medyan (25.-75.persantil*)	Min.	Maks.
Yaş	15,65±1,48	12	18

**Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75. Persantil) şeklinde gösterilmiştir.*

4.1.2. Olguların Eğitim Düzeyleri İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 2’de olguların eğitim düzeyleri ve eğitime katılım şekilleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 2. Olguların eğitim düzeyi ve eğitimin alındığı yer ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

	n*	%*	
Eğitim Düzeyi	8.sınıf	4	7,3
	9.sınıf	6	10,9
	10.sınıf	14	25,5
	11.sınıf	13	23,6
	12.sınıf	18	32,7
Eğitim Aldığı Yer	Örgün	49	89,1
	Açıktan Eğitim	6	10,9

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.1.3. Cinsiyet Değişkeniyle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 3’te olguların cinsiyet açısından dağılımları verilmiştir.

Tablo 3. Olguların cinsiyet değişkenine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

		n *	% *
Cinsiyet	Kadın	45	81,8
	Erkek	10	18,2

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.1.4. Aile Özellikleri İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 4'te anne ve babanın yaşları, Tablo 5'da ise olguların kardeş sayısı, evde birlikte yaşanan kişi sayısı, ebeveyn ölümü varlığı, ebeveynin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, birliktelik durumları ile ilgileri tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 4. Anne ve babanın yaşları

	Ort.±SS / Medyan (25.-75.persantil*)	Min.	Maks.
Anne Yaşı	45,46±4,86	36	58
Baba Yaşı	49,22±4,83	40	64

**Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75. Persantil) şeklinde gösterilmiştir.*

Tablo 5. Olguların aile özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

		n *	% *
Kardeş Sayısı	0	8	14,5
	1	30	54,6
	2	17	30,9
Birlikte Yaşanan Kişi Sayısı	2	3	5,5
	3	17	30,9
	4	22	40,0
	5	13	23,6
Ebeveyn Ölümü	Yok	52	94,5
	Var	3	5,5
Ebeveyn Birlikteliği	Birlikte	39	70,9

	Boşanmış	13	23,6
	Ebeveyn Kaybı	3	5,5
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	27	49,1
	Çalışmıyor	24	43,6
	Emekli	4	7,3
Baba Çalışma Durumu	Çalışıyor	48	87,3
	Çalışmıyor	2	3,6
	Emekli	5	9,1
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	1	1,8
	Okuryazar	2	3,6
	İlköğretim	16	29,1
	Ortaöğretim	16	29,1
	Ön lisans-Lisans	19	34,6
	Lisansüstü	1	1,8
Baba Eğitim Düzeyi	İlköğretim	14	25,5
	Ortaöğretim	18	32,7
	Ön lisans-Lisans	22	40,0
	Lisansüstü	1	1,8
Sosyoekonomik Düzey	Asgari Ücret	19	34,5
	Asgari Ücret Üstü	33	60,0
	Asg. Ücretin Çok Üz.	3	5,5

*Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.

4.2. Başvuru Nedeni İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 6’da olguların başvuru nedenlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 6. Olguların başvuru nedeni ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

		n*	%*
Başvuru Nedeni	Kendi isteği	30	54,6
	Yakınlarının isteği	23	41,8
	Okul yönlendirmesi	1	1,8

Acil servis yönlendirmesi	1	1,8
---------------------------	---	-----

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir*

4.3. İntihar, Kendine Zarar Verici Davranış ve Psikiyatri Servis Yatışları İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 7’de olguların intihar, kendine zarar verici davranış ve psikiyatri servis yatışlarının tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 7. Olguların intihar, kendine zarar verici davranış ve psikiyatri servis yatışlarının tanımlayıcı istatistikleri

		n*	%*
Önceki İntihar	Yok	32	58,2
	Var	23	41,8
Önceki Kendine Zarar Verici Davranış	Yok	22	40,0
	Var	33	60,0
Servis Yatışı	Yok	44	80,0
	Var	11	20,0

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.4. Sigara-Alkol-Madde Kullanımı İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 8’de olguların sigara-alkol ve madde kullanımları ile ilgili tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 8. Olguların sigara-alkol-madde kullanımı ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

		n*	%*
Sigara	Yok	45	81,8
	Var	10	18,2
Alkol	Yok	50	90,9
	Var	5	9,1
Madde Kullanımı	Yok	55	100
	Var	0	0

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.5. Fiziksel Hastalık, Göç ve Sosyal Aktivite Varlığı İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 9’da olguların fiziksel hastalıklarının olup olmadığı, göç edip etmedikleri ve sosyal aktivite durumları ile ilgili tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 9. Olguların fiziksel hastalık, göç ve sosyal aktivite durumları ile ilgili tanımlayıcı istatistikler

		n*	%*
Fiziksel Hastalık	Yok	39	70,9
	Var	16	29,1
Göç	Yok	46	83,6
	Var	9	16,4
Sosyal Aktivite	Yok	41	74,5
	Var	14	25,5

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.6. Ergenlerin Yakın Çevresinde Bildiği Psikiyatrik Hastalık, Tedavi ve Yatış Bilgisi İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 10’da olguların yakın çevrelerinde bildikleri psikiyatrik hastalık, tedavi ve yatış olup olmadığı sorusuna verilen cevapların tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 10. Ergenlerin yakın çevresinde bildiği psikiyatrik hastalık, tedavi ve yatış bilgisine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

		n*	%*
Yakın Çevresinde Bildiği	Yok	12	21,8
Psikiyatrik Hastalık	Var	43	78,2
Yakın Çevresinde Bildiği	Yok	15	27,3
Psikiyatrik Tedavi	Var	40	72,7

Yakın Çevresinde Bildiği	Yok	47	85,5
Psikiyatrik Servis Yatışı	Var	8	14,5

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.7. Ebeveynlerin Kronik/Fiziksel ve Psikiyatrik Hastalık Varlığına İlişkin Analiz Bulguları

Tablo 11’de olguların anne ve babalarının kronik/fiziksel hastalıkları olup olmadığı, psikiyatri başvuruları, tanıları, tedavileri ve yatış durumları ile ilgili tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 11. Ebeveynlerin kronik/fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

		n*	%*
Annede Kronik/Fiziksel Hastalık	Yok	34	61,8
	Var	21	38,2
Babada Kronik/Fiziksel Hastalık	Yok	40	72,7
	Var	15	27,3
Annede Psikiyatri Başvurusu	Yok	28	50,9
	Var	27	49,1
Babada Psikiyatri Başvurusu	Yok	43	78,2
	Var	12	21,8
Annede Psikiyatrik Tanı	Yok	30	54,5
	Var	25	45,5
Babada Psikiyatrik Tanı	Yok	45	81,8
	Var	10	18,2
Annede Psikiyatrik Tedavi	Yok	32	58,2
	Var	23	41,8
Babada Psikiyatrik Tedavi	Yok	43	78,2
	Var	12	21,8
Annede Psikiyatri Yatış	Yok	53	96,4
	Var	2	3,6
Babada Psikiyatri Yatış	Yok	53	96,4

Var	2	3,6
-----	---	-----

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.8. Ebeveynin Yakın Çevresinde Bildiği Psikiyatrik Hastalık, Tedavi ve Yatış Bilgisi İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 12’de ebeveynlerin yakın çevrelerinde bildikleri psikiyatrik hastalık, tedavi ve yatış olup olmadığı sorusuna verilen cevapların tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 12. Ebeveynin yakın çevresinde bildiği psikiyatrik hastalık, tedavi ve yatış bilgisine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

		n*	%*
Ebeveynin Yakın Çevresinde	Yok	10	18,2
Bildiği Psikiyatrik Hastalık	Var	45	81,8
Ebeveynin Yakın Çevresinde	Yok	11	20,0
Bildiği Psikiyatrik Tedavi	Var	44	80,0
Ebeveynin Yakın Çevresinde	Yok	35	63,6
Bildiği Psikiyatrik Yatış	Var	20	36,4

**Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde değer (%) olarak gösterilmiştir.*

4.9. Psikiyatrik Takip Süresi ve Psikiyatri Başvurusuna Kadar Geçen Süre İle İlgili Analiz Bulguları

Tablo 13’te olguların psikiyatrik takip süreleri ve psikiyatri başvurusuna kadar geçen süre yıl cinsinden ortalama ve minimum-maksimum değer olarak verilmiştir.

Tablo 13. Olguların psikiyatrik takip süresi ve psikiyatri başvurusuna kadar geçen süre

	Ort.±SS / Medyan (25.-75.persantil*)	Min.	Maks.
Psikiyatrik Takip (yıl)	1,0 (0,5 – 2,0)	0	5
Başvuruya Kadar Geçen Süre (yıl)	1,5 (1,0 – 3,0)	0	9

**Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75. Persantil) şeklinde gösterilmiştir.*

4.10. Ölçek Puanlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

4.10.1. Kız ve Erkek Olguların ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 14'te kız ve erkek olgular ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. $P < 0,05$ anlamlı farklılaşma olarak alınmıştır. Yapılan analiz sonucunda kız ve erkeklerin ölçek puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır.

Tablo 14. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması

	Grup		p
	Kız Ergen (n=45)	Erkek Ergen (n=10)	
ÇERHİDÖ Başkaları	106,29±23,91	105,90±35,18	0,974
ÇERHİDÖ Kendisi	74,31±17,63	74,00±20,77	0,961
Ergen PYAİTÖ-KF	20,0 (15,5-23,0)	16,5 (13,3-22,0)	0,133
DKDÖ Toplam	44,02±11,73	42,00±14,85	0,641
DKDÖ Utanç	10,67±3,30	9,40±4,55	0,312
DKDÖ Suçlanma	14,0 (10,5-16,5)	15,5 (10,5-16,3)	0,576
DKDÖ Sosyal Yetersizlik	11,0 (6,0-13,0)	9,0 (5,8-14,0)	0,852
DKDÖ Ted. Ara. Ketlenmesi	10,07±3,44	10,70±5,58	0,737
Ergen RHYİÖ Toplam	37,24±18,33	38,00±20,55	0,916
Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	17,49±7,49	19,00±5,12	0,548
Ergen RHYİÖ Çaresizlik	18,96±11,03	18,40±14,54	0,893
Ergen RHYİÖ Utanma	0 (0-1,0)	0 (0-0,75)	0,732
ERHİDÖ Toplam	47,0 (39,5-58,0)	49,0 (41,0-54,5)	0,930
ERHİDÖ Yabancılaşma	10,0 (7,0-11,5)	8,0 (7,0-10,5)	0,421
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	11,38±2,93	10,30±1,70	0,268
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	8,0 (6,0-10,0)	9,0 (6,0-10,0)	0,494
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	8,0 (6,0-12,0)	10,0 (7,8-12,0)	0,314
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	10,0 (8,0-13,0)	11,0 (7,8-12,0)	0,442

*Grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ya da Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

4.10.2. İntihar Girişimi Varlığının ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması

Tablo 15'te Olguların intihar girişimi varlığı ile ÇERHİDÖ, PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda intihar girişimi olan ergenlerin ERHİDÖ Toplam, ERHİDÖ yabancılaşma ve ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,046$; $p=0,019$; $p=0,039$).

Tablo 15. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının intihar girişimi varlığı açısından karşılaştırılması

	İntihar Girişimi		p
	Yok (n=32)	Var (n=23)	
ÇERHİDÖ Başkaları	103,25 $\pm$ 25,40	110,35 $\pm$ 26,65	0,321
ÇERHİDÖ Kendisi	76,72 $\pm$ 16,25	70,83 $\pm$ 20,12	0,235
Ergen PYAİTÖ-KF	17,0 (14,0-22,0)	21,0 (16,0-23,0)	0,176
DKDÖ Toplam	42,81 $\pm$ 13,58	44,83 $\pm$ 10,24	0,552
DKDÖ Utanç	10,38 $\pm$ 3,58	10,52 $\pm$ 3,57	0,881
DKDÖ Suçlanma	14,0 (10,3-16,8)	14,0 (11,0-16,0)	0,973
DKDÖ Sosyal Yetersizlik	9,34 $\pm$ 4,18	10,52 $\pm$ 3,49	0,275
DKDÖ Ted. Ara. Ketlenmesi	10,00 $\pm$ 4,21	10,43 $\pm$ 3,38	0,684
Ergen RHYİÖ Toplam	37,16 $\pm$ 19,43	37,69 $\pm$ 17,68	0,916
Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	17,97 $\pm$ 7,37	17,48 $\pm$ 6,85	0,803
Ergen RHYİÖ Çaresizlik	18,41 $\pm$ 12,13	19,48 $\pm$ 11,05	0,739
Ergen RHYİÖ Utanma	0 (0-0,75)	0 (0-1,0)	0,991
ERHİDÖ Toplam	46,19 $\pm$ 9,46	52,09 $\pm$ 11,95	0,046
ERHİDÖ Yabancılaşma	9,0 (7,0-10,0)	11,0 (7,0-14,0)	0,019
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	10,53 $\pm$ 2,68	12,09 $\pm$ 2,67	0,039
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	7,0 (5,3-9,0)	9,0 (6,0-11,0)	0,060
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	8,0 (6,0-10,0)	10,0 (7,0-12,0)	0,050
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	10,84 $\pm$ 2,97	10,43 $\pm$ 2,73	0,605

*Grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ya da Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma ya da medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

4.10.3. KZVD Varlığının ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması

Tablo 16’da Olguların KZVD varlığı ile ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda intihar girişimi olan ergenlerin ERHİDÖ Toplam, ERHİDÖ yabancılaşma ve ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması, ERHİDÖ algılanan ayrımcılık ve ERHİDÖ sosyal geri çekilme puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(p=0,001; p=0,001; p=0,01; p<0,001; p=0,016; p=0,009).

Tablo 16. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının KZVD varlığı açısından karşılaştırılması

	KZVD		p
	Yok (n=22)	Var (n=33)	
ÇERHİDÖ Başkaları	100,27 $\pm$ 23,57	110,18 $\pm$ 27,01	0,167
ÇERHİDÖ Kendisi	74,50 $\pm$ 15,93	74,09 $\pm$ 19,55	0,935
Ergen PYAİTÖ-KF	17,0 (14,0-23,0)	21,0 (15,5-22,5)	0,666
DKDÖ Toplam	40,50 $\pm$ 12,51	45,76 $\pm$ 11,76	0,119
DKDÖ Utanç	9,86 $\pm$ 2,76	10,82 $\pm$ 3,98	0,299
DKDÖ Suçlanma	13,5 (9,0-15,0)	15,0 (11,5-17,0)	0,061
DKDÖ Sosyal Yetersizlik	9,0 (6,8-13,0)	12,0 (6,0-13,5)	0,365
DKDÖ Ted. Ara. Ketlenmesi	9,77 $\pm$ 4,43	10,45 $\pm$ 3,47	0,526
Ergen RHYİÖ Toplam	38,86 $\pm$ 20,89	36,39 $\pm$ 14,08	0,633
Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	18,32 $\pm$ 7,59	17,39 $\pm$ 6,85	0,641
Ergen RHYİÖ Çaresizlik	19,41 $\pm$ 13,20	18,48 $\pm$ 10,59	0,775
Ergen RHYİÖ Utanma	0 (0-2,3)	0 (0-0)	0,234
ERHİDÖ Toplam	41,0 (38,0-47,3)	53,0 (42,5-59,5)	0,001
ERHİDÖ Yabancılaşma	7,0 (6,0-9,3)	10,0 (8,5-13,0)	0,001
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	9,45 $\pm$ 1,95	12,33 $\pm$ 2,64	<0,001
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	6,5 (5,0-9,0)	9,0 (6,0-10,0)	0,016

ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	7,5 (6,0-9,3)	10,0 (7,0-12,0)	0,009
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	10,0 (8,0-13,0)	11,0 (8,5-13,0)	0,604

*Grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ya da Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma ya da medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

4.10.4. Servis Yatışı Varlığının ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması

Tablo 17’de Olguların servis yatışı varlığı ile ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Servis yatışı olanların ergen PYAİTÖ-KF puanları servis yatışı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir(p=0,004).

Tablo 17. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının servis yatışı varlığı açısından karşılaştırılması

	Servis Yatışı		p
	Yok (n=44)	Var (n=11)	
ÇERHİDÖ Başkaları	103,48 $\pm$ 25,40	117,18 $\pm$ 26,27	0,118
ÇERHİDÖ Kendisi	75,32 $\pm$ 17,46	70,00 $\pm$ 20,52	0,387
Ergen PYAİTÖ-KF	17,95 $\pm$ 4,72	21,36 $\pm$ 2,69	0,004
DKDÖ Toplam	43,70 $\pm$ 12,64	43,45 $\pm$ 10,99	0,952
DKDÖ Utanç	10,25 $\pm$ 3,60	11,18 $\pm$ 3,37	0,441
DKDÖ Suçlanma	13,43 $\pm$ 3,82	12,55 $\pm$ 4,29	0,505
DKDÖ Sosyal Yetersizlik	10,0 (6,0-13,0)	13,0 (7,0-15,0)	0,173
DKDÖ Tedavi Aramanın Ketlenmesi	10,52 $\pm$ 3,99	8,82 $\pm$ 3,06	0,193
Ergen RHYİÖ Toplam	37,70 $\pm$ 19,59	36,09 $\pm$ 14,31	0,799
Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	18,25 $\pm$ 7,57	15,82 $\pm$ 4,56	0,185
Ergen RHYİÖ Çaresizlik	18,55 $\pm$ 11,94	20,09 $\pm$ 10,52	0,696
Ergen RHYİÖ Utanma	0 (0-1,8)	0 (0-0)	0,152
ERHİDÖ Toplam	44,0 (39,3-58,0)	53,0 (41,0-56,0)	0,292
ERHİDÖ Yabancılaşma	9,0 (7,0-11,0)	11,0 (8,0-13,0)	0,121
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	11,14 $\pm$ 2,85	11,36 $\pm$ 2,50	0,810
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	7,5 (6,0-10,0)	9,0 (6,0-10,0)	0,226

ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	8,0 (6,0-12,0)	10,0 (7,0-12,0)	0,593
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	11,0 (8,0-13,0)	11,0 (9,0-13,0)	0,727

*Grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ya da Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma ya da medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

4.10.5. Olgunun Yaşı, Eğitim Düzeyi, Başvuruya Kadar Geçen Süre ve SED'nin ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması

Tablo 18'de Olguların yaşı, eğitim düzeyi, başvuruya kadar geçen süre ve SED'leri ile ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Buna göre hastanın yaşı ile ergen PYAİTÖ-KF puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır ($r=0,328$, $p<0,05$). Eğitim düzeyi ile ergen PYAİTÖ-KF puanı ($r=0,358$, $p<0,01$) ve ergen RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,287$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Eğitim düzeyi ile ERHİDÖ algılanan ayrımcılık puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır ($r=-0,288$, $p<0,05$).

Psikiyatrik takip süresi ile ERHİDÖ kalıp yargılar puanı ($r=0,400$, $p<0,01$) ve ERHİDÖ sosyal geri çekilme puanı ($r=0,276$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Psikiyatrik başvuruya kadar geçen süre ile ÇERHİDÖ kendisi ($r=-0,354$, $p<0,01$) ve DKDÖ sosyal yetersizlik puanı ($r=-0,319$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.

Tablo 18. ÇERHİDÖ, Ergen PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ ve ERHİDÖ ölçek puanlarının olgunun yaşı, eğitim düzeyi, başvuruya dek geçen süre ve SED ile ilişkisinin karşılaştırılması

	Olgu Yaşı	Eğitim Düzeyi	Takip Süresi	Başvuruya Dek Geçen Süre	SED
ÇERHİDÖ Başkaları	0,205	0,055	0,019	-0,234	0,022
ÇERHİDÖ Kendisi	0,150	0,197	0,080	-0,354**	0,012
Ergen PYAİTÖ-KF	0,328*	0,358**	0,218	-0,137	0,222

DKDÖ Toplam	-0,021	0,012	0,025	-0,240	0,001
DKDÖ Utanç	-0,083	0,014	-0,045	-0,213	0,020
DKDÖ Suçlanma	0,013	0,019	0,137	-0,031	0,030
DKDÖ Sosyal Yetersizlik	0,039	0,060	0,133	-0,319*	0,095
DKDÖ Tedavi Aramanın Ketlenmesi	-0,009	-0,035	-0,058	-0,213	-0,077
Ergen RHYİÖ Toplam	0,158	0,254	0,115	-0,093	-0,038
Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	0,139	0,240	0,089	-0,009	-0,023
Ergen RHYİÖ Çaresizlik	0,192	0,287*	0,134	-0,144	-0,068
Ergen RHYİÖ Utanma	0,010	0,024	0,126	-0,047	-0,131
ERHİDÖ Toplam	-0,221	-0,241	0,250	0,089	0,077
ERHİDÖ Yabancılaşma	-0,150	-0,169	0,235	0,068	0,073
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	-0,076	-0,012	0,400**	0,103	-0,134
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	-0,240	-0,288*	0,206	0,185	-0,012
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	-0,100	-0,107	0,276*	0,148	0,072
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	-0,104	-0,096	0,052	-0,115	-0,055

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**:p<0,05, **:p<0,01*

4.11. Ölçeklerin Birbirlerine Göre Korelasyon Analizi Bulguları

Tablo 19’da Ergen Beck Ölçeği puanları ile Ebeveyn Beck, ÇERHİDÖ, DKDÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Ergen BECK ölçeği ile ÇERHİDÖ kendisi ($r=0,551$, $p<0,01$), DKDÖ toplam ($r=0,621$, $p<0,01$), DKDÖ utanç ($r=0,493$, $p<0,01$), DKDÖ suçlama ($r=0,464$, $p<0,01$), DKDÖ sosyal yetersizlik ($r=0,528$, $p<0,01$) ve DKDÖ tedavi aramanın ketlenmesi puanı ($r=0,462$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey ilişki vardır.

Ergen BECK ölçeği ile ERHİDÖ kalıp yargılar puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır ($r=0,293$, $p<0,05$).

Tablo 19. Ergen Beck Ölçeği puanları ile Ebeveyn Beck, ÇERHİDÖ, DKDÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	Ergen Beck Ölçeği
Ebeveyn Beck Ölçeği	0,028
ÇERHİDÖ Başkaları	0,256
ÇERHİDÖ Kendisi	0,551**
DKDÖ Toplam	0,621**
DKDÖ Utanç	0,493**
DKDÖ Suçlanma	0,464**
DKDÖ Sosyal Yetersizlik	0,528**
DKDÖ Tedavi Aramanın Ketlenmesi	0,462**
ERHİDÖ Toplam	0,176
ERHİDÖ Yabancılaşma	0,262
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	0,293*
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	0,098
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	0,191
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	-0,074

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**:p<0,05, **:p<0,01*

Tablo 20’de Ebeveyn Beck Ölçeği ile Ebeveyn RHYİÖ, ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Ebeveyn BECK ölçeği ile ebeveyn RHYİÖ toplam ($r=0,325$, $p<0,05$) ve ebeveyn RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,354$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Ebeveyn BECK ölçeği ile ERHİDÖ toplam ($r=0,735$, $p<0,01$) ve ERHİDÖ yabancılaşma puanı ($r=0,778$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki vardır.

Ebeveyn BECK ölçeği ile ERHİDÖ kalıp yargılar ($r=0,485$, $p<0,01$), ERHİDÖ algılanan ayrımcılık ($r=0,680$, $p<0,01$) ve ERHİDÖ sosyal geri çekilme puanı ($r=0,695$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey ilişki vardır.

Tablo 20. Ebeveyn Beck ölçeği puanları ile Ebeveyn RHYİÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	Ebeveyn Beck Ölçeği
Ebeveyn RHYİÖ Toplam	0,325*
Ebeveyn RHYİÖ Tehlikelilik	0,248
Ebeveyn RHYİÖ Çaresizlik	0,354**
Ebeveyn RHYİÖ Utanma	0,227
ERHİDÖ Toplam	0,735**
ERHİDÖ Yabancılaşma	0,778**
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	0,485**
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	0,680**
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	0,695**
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	0,091

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Tablo 21’de Ergen PYAİTÖ-KF puanları ile ÇERHİDÖ, Ebeveyn PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 21. Ergen PYAİTÖ-KF puanları ile ÇERHİDÖ, Ebeveyn PYAİTÖ-KF, DKDÖ, Ergen RHYİÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	Ergen PYAİTÖ-KF
ÇERHİDÖ Başkaları	0,205
ÇERHİDÖ Kendisi	0,208
Ebeveyn PYAİTÖ-KF	0,045
DKDÖ Toplam	-0,027
DKDÖ Utanç	-0,025
DKDÖ Suçlanma	0,041
DKDÖ Sosyal Yetersizlik	0,026
DKDÖ Ted. Ara. Ketlenmesi	-0,108
Ergen RHYİÖ Toplam	-0,065

Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	-0,117
Ergen RHYİÖ Çaresizlik	-0,017
Ergen RHYİÖ Utanma	-0,118

**Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.*

Tablo 22’de Ebeveyn PYAİTÖ-KF puanları ile Ebeveyn RHYİÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Anlamlı ilişki saptanmamıştır($p>0,05$).

Tablo 22. Ebeveyn PYAİTÖ-KF puanları ile Ebeveyn RHYİÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	Ebeveyn PYAİTÖ-KF
Ebeveyn RHYİÖ Toplam	-0,080
Ebeveyn RHYİÖ Tehlikelilik	-0,033
Ebeveyn RHYİÖ Çaresizlik	-0,107
Ebeveyn RHYİÖ Utanma	-0,111
ERHİDÖ Toplam	-0,223
ERHİDÖ Yabancılaşma	-0,102
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	-0,088
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	-0,241
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	-0,251
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	-0,172

**Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.*

Tablo 23’te DKDÖ puanları ile ÇERHİDÖ, Ergen RHYİÖ, ERHİDÖ, GDÖ skoru ve ÇBASDÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Buna göre, ÇERHİDÖ kendisi ile DKDÖ toplam ($r=0,528$, $p<0,01$) ve DKDÖ utanç puanı ($r=0,486$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey, DKDÖ suçlama ($r=0,348$, $p<0,01$), DKDÖ sosyal yetersizlik ($r=0,342$, $p<0,05$) ve DKDÖ tedavi aramanın kenetlenmesi puanı ($r=0,381$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Ergen RHYİÖ toplam ile DKDÖ toplam ($r=0,328$, $p<0,05$), DKDÖ utanç ($r=0,315$, $p<0,05$), DKDÖ suçlama ($r=0,272$, $p<0,05$) ve DKDÖ tedavi aramanın kenetlenmesi puanı ($r=0,311$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Ergen RHYİÖ çaresizlik ile DKDÖ toplam ($r=0,415$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey, DKDÖ utanç ($r=0,370$, $p<0,01$), DKDÖ suçlama ($r=0,311$, $p<0,05$) ve DKDÖ tedavi aramanın kenetlenmesi puanı ($r=0,381$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

ERHİDÖ sosyal geri çekilme ile DKDÖ sosyal yetersizlik puanı ($r=0,273$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır. GDÖ skoru ile DKDÖ toplam ($r=-0,337$, $p<0,05$), DKDÖ utanç ($r=-0,371$, $p<0,01$) ve DKDÖ sosyal yetersizlik puanı ($r=-0,301$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.

ÇBASDÖ toplam ile DKDÖ toplam ($r=-0,329$, $p<0,05$), DKDÖ sosyal yetersizlik ($r=-0,267$, $p<0,05$) ve DKDÖ tedavi aramanın kenetlenmesi puanı ($r=-0,305$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır. ÇBASDÖ arkadaş ile DKDÖ toplam puanı ($r=-0,429$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey, DKDÖ utanç ($r=-0,315$, $p<0,05$), DKDÖ suçlama ($r=-0,314$, $p<0,05$), DKDÖ sosyal yetersizlik ($r=-0,307$, $p<0,05$) ve DKDÖ tedavi aramanın kenetlenmesi puanı ($r=-0,336$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.

ÇBASDÖ özel kişi ile DKDÖ toplam ($r=-0,322$, $p<0,05$), DKDÖ sosyal yetersizlik ($r=-0,331$, $p<0,05$) ve DKDÖ tedavi aramanın kenetlenmesi puanı ($r=-0,290$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.

Tablo 23. DKDÖ puanları ile ÇERHİDÖ, Ergen RHYİÖ, ERHİDÖ, GDÖ skoru ve ÇBASDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	DKDÖ Toplam	DKDÖ Utanç	DKDÖ Suçlanma	DKDÖ Sosyal Yetersizlik	DKDÖ Tedavi Aramanın Kenetlenmesi
ÇERHİDÖ Başkaları	0,179	0,249	0,045	0,195	0,026
ÇERHİDÖ Kendisi	0,528**	0,486**	0,348**	0,342*	0,381**
Ergen RHYİÖ Toplam	0,328*	0,315*	0,272*	0,131	0,311*
Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	0,224	0,227	0,225	-0,022	0,234
Ergen RHYİÖ Çaresizlik	0,415**	0,370**	0,311*	0,252	0,381**

Ergen RHYİÖ					
Utanma	0,221	0,243	0,148	-0,007	0,234
ERHİDÖ Toplam	0,201	0,036	0,240	0,201	0,163
ERHİDÖ					
Yabancılaşma	0,163	0,055	0,171	0,231	0,089
ERHİDÖ					
Kalıp Yargılar	0,134	-0,051	0,252	0,114	0,041
ERHİDÖ					
Algılanan Ayrımcılık	0,144	-0,019	0,185	0,203	0,165
ERHİDÖ					
Sosyal Geri Çekilme	0,225	0,057	0,252	0,273*	0,203
ERHİDÖ					
Damgalanma Direnci	-0,016	-0,043	-0,074	-0,041	-0,054
GDÖ Skoru	-0,337*	-0,371**	-0,145	-0,301*	-0,138
ÇBASDÖ Toplam	-0,329*	-0,221	-0,162	-0,267*	-0,305*
ÇBASDÖ Aile	-0,169	-0,094	-0,025	-0,147	-0,171
ÇBASDÖ Arkadaş	-0,429**	-0,315*	-0,314*	-0,307*	-0,336*
ÇBASDÖ Özel Kişi	-0,322*	-0,181	-0,176	-0,331*	-0,290*

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**:p<0,05, **:p<0,01*

Tablo 24'te Ergen RHYİÖ puanları ile ÇERHİDÖ ve Ebeveyn RHYİÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Buna göre ÇERHİDÖ kendisi ile ergen RHYİÖ toplam ($r=0,485$, $p<0,01$), ergen RHYİÖ tehlikelilik ($r=0,437$, $p<0,01$), ergen RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,488$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey, ergen RHYİÖ utanma puanı ($r=0,400$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Ebeveyn RHYİÖ toplam ile ergen RHYİÖ toplam ($r=0,543$, $p<0,01$), ergen RHYİÖ tehlikelilik ($r=0,500$, $p<0,01$) ve ergen RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,506$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey, ergen RHYİÖ utanma puanı ($r=0,382$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır. Ebeveyn RHYİÖ tehlikelilik ile ergen RHYİÖ toplam ($r=0,551$, $p<0,01$), ergen RHYİÖ tehlikelilik ($r=0,509$, $p<0,01$), ergen RHYİÖ çaresizlik ($r=0,509$, $p<0,01$) ve ergen RHYİÖ utanma puanı ($r=0,451$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey ilişki vardır.

Ebeveyn RHYİÖ çaresizlik ile ergen RHYİÖ toplam ($r=0,442$, $p<0,01$) ve ergen RHYİÖ tehlikelilik puanı ($r=0,456$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey, ergen RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,392$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Ebeveyn RHYİÖ utanma ile ergen RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,337$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Tablo 24. Ergen RHYİÖ puanları ile ÇERHİDÖ ve Ebeveyn RHYİÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	Ergen RHYİÖ Toplam	Ergen RHYİÖ Tehlikelilik	Ergen RHYİÖ Çaresizlik	Ergen RHYİÖ Utanma
ÇERHİDÖ Başkaları	-0,027	-0,003	-0,002	0,036
ÇERHİDÖ Kendisi	0,485**	0,437**	0,488**	0,400**
Ebeveyn RHYİÖ Toplam	0,543**	0,500**	0,506**	0,382**
Ebeveyn RHYİÖ Tehlikelilik	0,551**	0,509**	0,509**	0,451**
Ebeveyn RHYİÖ Çaresizlik	0,442**	0,456**	0,392**	0,193
Ebeveyn RHYİÖ Utanma	0,202	0,189	0,213	0,337*

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**: $p<0,05$, **: $p<0,01$*

Tablo 25'te Ebeveyn RHYİÖ puanları ile ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Buna göre ERHİDÖ toplam ile ebeveyn RHYİÖ toplam ($r=0,319$, $p<0,05$), ebeveyn RHYİÖ çaresizlik ($r=0,333$, $p<0,05$) ve ebeveyn RHYİÖ utanma puanı ($r=0,357$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

ERHİDÖ yabancılaşma ile ebeveyn RHYİÖ toplam ($r=0,358$, $p<0,01$), ebeveyn RHYİÖ tehlikelilik ($r=0,287$, $p<0,05$) ve ebeveyn RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,386$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

ERHİDÖ kalıp yargılar ile ebeveyn RHYİÖ toplam ($r=0,415$, $p<0,01$) ve ebeveyn RHYİÖ çaresizlik puanı ($r=0,458$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzey, ebeveyn RHYİÖ

tehlikelilik ($r=0,298$, $p<0,05$) ve ebeveyn RHYİÖ utanma puanı ($r=0,300$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

ERHİDÖ sosyal geri çekilme ile ebeveyn RHYİÖ toplam ($r=0,307$, $p<0,05$), ebeveyn RHYİÖ çaresizlik ($r=0,299$, $p<0,05$) ve ebeveyn RHYİÖ utanma puanı ($r=0,299$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

Tablo 25. Ebeveyn RHYİÖ puanları ile ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	Ebeveyn RHYİÖ Toplam	Ebeveyn RHYİÖ Tehlikelilik	Ebeveyn RHYİÖ Çaresizlik	Ebeveyn RHYİÖ Utanma
ERHİDÖ Toplam	0,319*	0,234	0,333*	0,357**
ERHİDÖ Yabancılaşma	0,358**	0,287*	0,386**	0,190
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	0,415**	0,298*	0,458**	0,300*
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	0,257	0,152	0,259	0,224
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	0,307*	0,265	0,299*	0,299*
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	-0,145	-0,193	-0,079	0,119

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**: $p<0,05$, **: $p<0,01$*

Tablo 26’da ÇBASDÖ puanları ile GDÖ skoru, ÇERHİDÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Buna göre GDÖ skoru ile ÇBASDÖ toplam ($r=0,368$, $p<0,01$) ve ÇBASDÖ arkadaş puanı ($r=0,386$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır.

ERHİDÖ kalıp yargılar ile ÇBASDÖ arkadaş puanı ($r=-0,267$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.

Tablo 26. ÇBASDÖ puanları ile GDÖ skoru, ÇERHİDÖ ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	ÇBASDÖ Toplam	ÇBASDÖ Aile	ÇBASDÖ Arkadaş	ÇBASDÖ Özel Kişi
GDÖ Skoru	0,363**	0,201	0,386**	0,255
ÇERHİDÖ Başkaları	-0,048	-0,009	-0,031	0,010
ÇERHİDÖ Kendisi	-0,124	-0,032	-0,108	-0,141
ERHİDÖ Toplam	-0,120	0,070	-0,256	-0,134
ERHİDÖ Yabancılaşma	-0,084	0,161	-0,205	-0,123
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	-0,191	-0,157	-0,267*	-0,117
ERHİDÖ				
Algılanan Ayrımcılık	-0,088	0,144	-0,148	-0,202
ERHİDÖ				
Sosyal Geri Çekilme	-0,124	0,029	-0,185	-0,123
ERHİDÖ				
Damgalanma Direnci	-0,020	0,070	-0,157	-0,004

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**:p<0,05, **:p<0,01*

Tablo 27’de ÇERHİDÖ puanları ile GDÖ skoru ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Buna göre GDÖ skoru ile ÇERHİDÖ başkaları puanı ($r=-0,509$, $p<0,01$) arasında negatif yönde orta düzey, ÇERHİDÖ kendisi puanı ($r=-0,307$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.

Tablo 27. ÇERHİDÖ puanları ile GDÖ skoru ve ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	ÇERHİDÖ Başkaları	ÇERHİDÖ Kendisi
GDÖ Skoru	-0,509**	-0,307*
ERHİDÖ Toplam	-0,047	-0,053
ERHİDÖ Yabancılaşma	0,093	0,094

ERHİDÖ Kalıp Yargılar	-0,060	0,013
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	-0,012	-0,053
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	-0,043	-0,063
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	-0,244	-0,135

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**:p<0,05, **:p<0,01*

Tablo 28’de GDÖ skoru ile ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Buna göre GDÖ skoru ile ERHİDÖ toplam ($r=-0,339$, $p<0,05$), ERHİDÖ yabancılaşma ($r=-0,400$, $p<0,01$), ERHİDÖ kalıp yargılar ($r=-0,277$, $p<0,05$) ve ERHİDÖ sosyal geri çekilme puanı ($r=-0,293$, $p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.

Tablo 28. GDÖ skoru ile ERHİDÖ puanlarının korelasyon analizi bulguları

	GDÖ Skoru
ERHİDÖ Toplam	-0,339*
ERHİDÖ Yabancılaşma	-0,400**
ERHİDÖ Kalıp Yargılar	-0,277*
ERHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	-0,252
ERHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	-0,293*
ERHİDÖ Damgalanma Direnci	0,026

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

**:p<0,05, **:p<0,01*

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 12-18 yaş arası major depresif bozukluk tanısı almış ergenlerin ve ebeveynlerin bu tanı ile ilişkili damgalanma düzeyleri ve damgalanma ile ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Çalışmamızın sonucunda intihar girişimi olan ergenlerin ailelerindeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutlarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kendine zarar verici davranışı olan ergenlerin ailelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Ergenlerde psikolojik yardım aramaya dair pozitif tutumların yaş ve eğitim düzeyi arttıkça arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda psikiyatrik takip süresi arttıkça hastanın ebeveynindeki içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından kalıp yargıları onaylama ve sosyal geri çekilme puanlarının da arttığı gösterilmiştir.

Ergenin depresyon düzeyi arttıkça depresyonda kendini damgalamanın tüm alt boyutlarında (utanç, suçlanma, sosyal yetersizlik ve tedavi aramanın ketlenmesi) ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde artış görülmüştür. Yine benzer şekilde ebeveynin depresif şikayetleri arttıkça çocukları nedeniyle yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanmanın yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında arttığı görülmüştür.

Çalışmamızda depresyonda kendini damgalamanın ruhsal hastalıklara yönelik inançlardan çaresizlik alt boyutu ile ilişkisi gösterilmiştir. Ergenin depresyonda sosyal yetersizlik ilişkili kendini damgalamasının ebeveynin sosyal geri çekilme ilişkili içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Ergen hastaların depresyonda kendini damgalama düzeyleri; genel işlevsellikleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile negatif yönde anlamlı ilişkili olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda ergenin ve ebeveyninin ruhsal hastalıklara yönelik tutumu tüm alt boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Ebeveynin ruhsal hastalıklara yönelik negatif tutumu ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi pozitif yönde; ergenin işlevselliği arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

5.1. 12-18 Yaş Arası Major Depresif Bozukluk Tanısı Almış Ergenlerin ve Ebeveynlerin Damgalanma Düzeyleri ve Damgalanma İle İlişkili Faktörler

5.1.1. Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler

Çalışmamızdaki sosyodemografik verileri inceleyecek olursak çalışmaya 45 kız, 10 erkek olmak üzere 55 ergen hasta katılmıştır. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda ergenlik döneminde kızların erkeklerden daha sık (yaklaşık 2-3 kat) major depresif bozukluk tanısı aldığı gösterilmiştir(152,153). Ancak çalışmamızda bu oran kızlar lehine literatürden daha yüksek saptanmıştır. Bu durum adolesan depresyonunda erkeklerde yardım arama davranışının kızlara göre daha düşük olması ile ilişkilendirilebilir(154).

Kızlarla erkekler arasındaki damgalanma farklarına bakılacak olursa literatürde farklı sonuçlar bildiren çalışmalar göze çarpmaktadır. Örneğin bir çalışmada depresif erkeklerin kişisel damgalaması kızlardan yüksek iken, kızların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur(155). Şili ve Kolombiya’da depresif ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise Kolombiya’da cinsiyetler arası farklılık gözlenmezken, Şili’de kız hastaların depresyona bağlı damgalanmaları daha düşük düzeyde bulunmuştur(156). Yine çoğu çalışmada kadınların ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının erkeklere göre daha olumlu olduğu sonucu elde edilmiş olmasına rağmen bazı çalışmalarda cinsiyetler arası fark gösterilememiştir(157). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında içselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve psikiyatrik yardım arama davranışı arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Fakat çalışmanın örneklemi halihazırda depresif şikayetleri nedeniyle polikliniğe başvuran hastalar arasından seçilmiştir. Cinsiyetler arasında fark saptanamamasının sebebi erkek hastaların bir çoğunun zaten hiç başvurmamış olması ve başvuran erkeklerin de görece ruhsal hastalıklara yönelik daha pozitif inançlara sahip olması olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda ergenlerde psikolojik yardım aramaya dair pozitif tutumların yaş ve eğitim düzeyi arttıkça arttığı bulunmuştur. Erken ve geç ergenlikte psikolojik yardım arama davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda geç ergenlik dönemindeki kişilerin psikolojik yardım aramaya dair korkularının daha az olduğu(158), ayrıca yaşça daha büyük ergenlerin ruhsal hastalıkları olan insanların yanında kendilerini daha rahat hissettikleri bulunmuştur(159).

Literatürde erken ergenlikte yardım arama davranışının daha yüksek olduğunu söyleyen sadece tek bir araştırmaya rastlanılmış olup(160), bizim çalışmamızda bulunan sonuç literatür ile uyumlu olarak yorumlanmıştır.

Çalışmamızda psikiyatrik takip süresi arttıkça hastanın ebeveynindeki içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından kalıp yargıları onaylama ve sosyal geri çekilme puanlarının da arttığı gösterilmiştir. Literatürde bu iki değişkeni karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak ruhsal hastalıklarda ebeveynin içselleştirilmiş damgalanmasını araştıran çalışmalarda ruhsal hastalığa sahip çocuğu olan kişilerin çocukların bakımını ömür boyu sürdürmeleri gerektiğine dair kalıp yargılarının olduğu gösterilmiştir(28). Bu bilgiden faydalanarak psikiyatrik takip süresi arttıkça ebeveynin, çocuğunun (ve ruhsal hastalığa sahip diğer kişilerin) ömür boyu bakıma muhtaç olduğu ile ilgili kalıp yargı geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamızda bulunan takip süresi ile ebeveynin içselleştirilmiş damgalanması arasındaki ilişki bu şekilde açıklanabilir.

5.1.2. İntihar Girişimi Varlığı İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler

Çalışmamızda intihar girişimi olan ergenlerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve yardım arama davranışları, intihar girişimi bulunmayanlardan anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Bizim çalışmamızda depresyon tanısı alan ergenlerin hali hazırda depresyon ilişkili damgalanmaları intihar ilişkili damgalanmalarını gölgelemiş olabilir.

İntihar girişimi olan ergenlerin ailelerindeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutlarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Daha önce ergen hastalar için bu iki değişkeni inceleyen bir çalışma literatür taramasında bulunamamıştır. Ancak erişkinlerde intihar girişimi olan kişilerin yakınlarının damgalanmaları üzerinde yapılan çalışmalarda; intihar sonucu ölen bir yakını olan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu(161), intihara yönelik toplumsal damgalamanın diğer ruhsal hastalıklardan özellikle kalıp yargıların onaylanması ve önyargı alt boyutlarında daha yüksek olduğunu göstermiştir(162). İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerindeki özellikle kalıp yargıların onaylanması alt boyutunda saptanan yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyi literatür ile uyumlu gözlenmiştir.

5.1.3. İntihar Amaçlı Olmayan Kendine Zarar Verici Davranış İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler

Çalışmamızda intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve yardım arama davranışları, intihar girişimi bulunmayanlardan anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Literatürde intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı ile damgalanma üzerine kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalardan birinde madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde kendi kendini damgalama düzeyinin kendine zarar verici davranış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(163). Depresyonda kendine zarar verme davranışının damgalanma ile ilişkisini içeren bir çalışma araştırmalarımız sonucunda bulunamamıştır. Kendine zarar verici davranışın damgalanmaya yol açan mekanizmaları daha çok utanç, suçluluk ve değersizlik duyguları olarak tanımlanmıştır(164). Kendine zarar verme davranışının damgalanma ile ilişkili mekanizmalarının depresyonda da rol oynaması çalışmamızda bu iki grubun sonuçlarının benzer olmasına yol açmış olabilir.

Ergenlerin ailelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Damgalanma üzerinde yapılan çalışmalarda görünülebilirlik faktörünün önemli rol oynadığı bilinmektedir(165). Kendine zarar verici davranış kişinin bedeninde geçici/kalıcı, büyük/küçük skar izleri bırakabilmekte; bu da görünülebilirlik ilişkili damgalanmayı arttırabilmektedir. Çalışmamızda kendine zarar verici davranışı olan ebeveynlerin daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşamalarının sebebinin görünülebilirlik hipotezi olabileceği düşünülmüştür.

5.1.4. Servis Yatışı Varlığı İle Kendine Zarar Verici Davranış İle Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması ve Psikolojik Yardım Arama Davranışı Arasındaki İlişkiler

Literatürde psikiyatrik tedavi ile ilgili önceki olumlu yaşantıların, sağlık hizmetlerinden memnuniyetin ve psikiyatrik bilgi düzeyinin yardım arama davranışı ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir(118). Çalışmamızda daha önce psikiyatrik servis yatışı olan hastaların psikolojik yardım aramaya ilişkin tutumları servis yatışı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Servis yatışı sırasında hastaların hastalıkları ve tedavileri

hakkında bilgilendirilmiş olmaları ve servis yatışından fayda görmüş olmaları bu durumun sebebi olarak yorumlanabilir. Ayrıca intihar girişimi ve kendine zarar verici davranışı olan hastaların ailelerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri yüksek saptanırken servis yatışı olan hastaların ailelerinde içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olmayışı da yatış sırasındaki psikiyatrik eğitim ve tedavi memnuniyeti ile açıklanabilir. Bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

5.1.5. Ergenin ve Ebeveynin Depresyon Düzeylerinin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma İle İlişkisi

Çalışmamızda ergenin depresyon düzeyi arttıkça depresyonda kendini damgalamanın tüm alt boyutlarında (utanç, suçlanma, sosyal yetersizlik ve tedavi aramanın ketlenmesi) ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde artış görülmüştür. Literatürde hem ergenlerde hem de erişkinlerde depresyon şiddeti ile algılanan damgalanma düzeyinin pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır(8,166,167). Yine depresyondaki hastaların kendini damgalama düzeyleri de depresyon şiddeti ile ilişkili saptanmıştır(168). Çelişkili olarak Arap ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon şiddetinin kişisel ve algılanan damgalanma üzerinde etkili olmadığı gösterilmiştir(169). Depresyon şiddeti ile kişisel damgalamanın da ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır(170).

Depresyon ile damgalanma arasındaki ilişkinin çift taraflı olduğu düşünülmektedir. Depresyon şiddetinin artması, akademik performansın ve sosyal işlevselliğin azalmasına(171); buna bağlı olarak ruhsal hastalığın görünürlüğünün artmasına sebep olur. Görünürlüğün artması ise toplumsal damgalamanın artmasına, kişinin bu damgalamayı içselleştirmesine zemin hazırlar. Yine depresif kişilerin suçluluk, utanç, yetersizlik hisleri kendi kendilerini damgalamayı kolaylaştıran bir faktör olarak işlev görür. Bu şekilde yaşanan içselleştirilmiş damgalanma ve kendi kendini damgalama davranışı; sosyal geri çekilme, tedavi aramanın ketlenmesi, utanç, suçluluk ve yetersizlik hislerinin pekişmesi üzerinden depresyon şiddetinin artışında da rol oynayabilir. Bu bilgilere ve literatüre dayanarak depresyon şiddeti ile damgalanma düzeyi arasındaki ilişkinin çift taraflı bir ilişki olduğu ve bir kısır döngüye sebep oldukları düşünülebilir.

Çalışmamızda ebeveynin depresif şikayetleri arttıkça çocukları nedeniyle yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanmanın yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında arttığı görülmüştür. Ebeveynlerin çocuklarındaki

ruhsal hastalıklar nedeniyle kendini damgalama ve suçlama tutumları daha çok araştırılmış bir konu olsa da ruhsal hastalığa sahip çocukları olduğu için yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanma deneyimi hakkında çok az çalışma bulunmaktadır. Daha önce ruhsal hastalıklarda ebeveynin içselleştirilmiş damgalanmasını araştıran çalışmalara bakıldığında ise daha çok nörogelişimsel bozuklukların çalışıldığı görülmüştür. Örneğin ülkemizde yapılan bir çalışmada otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinin depresif ve anksiyetik belirtileri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur(172). Yine nörogelişimsel bozukluk tanılı çocukların ebeveynlerinin kendini damgalama düzeyleri ile depresif şikayetlerinin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır(14). Bizim çalışmamızın sonuçları da nörogelişimsel bozukluğa sahip çocuğu olan ebeveynlerde olduğu gibi; depresyon tanısı almış ergenlerin ebeveynlerinin de depresif şikayetlerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

5.1.6. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Arasındaki İlişkili

Literatüre bakıldığında Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin daha çok toplum taramalarında toplumun ruhsal hastalığa bakış açısını aydınlatmak için kullanıldığı görülmüştür(173,174). Bizim çalışmamızda ise bu ölçek depresyon tanısı almış ergenlerde ve bu ergenlerin ebeveynlerinde kullanılmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda kişinin, toplumun damgalayıcı tutumlarına ve davranışlarına katılmıyorsa; toplumsal damgalamayı içselleştirmeyeceği de vurgulanmıştır(175,176). Bir bakıma kişinin ruhsal hastalıklara yönelik pozitif algısı, damgalanmaya karşı koruyucu bir faktör olabilir. Bizim çalışmamızda depresyonda kendini damgalama ölçeğinden alınan toplam puan ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinden alınan toplam puanlar pozitif yönde anlamlı ilişkili saptanmıştır. Bu da depresif ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumları arttıkça kendini damgalama düzeylerinin arttığını gösterir. Çalışmamızdaki bu sonuç literatür ile uyumludur.

Kendini damgalama kişinin toplumsal olarak değişen rollerini ifade eder. Kişi olumsuz yargıları kabul ettikçe ve kendini damgalama düzeyi arttıkça, hastalık kimliğini kabul eder; önceki hayatından ve diğer insanlardan farklı olduğunu içselleştirir(177). Çalışmamızda depresyonda kendini damgalamanın ruhsal hastalıklara yönelik inançlardan çaresizlik alt boyutu ile ilişkisi gösterilmiştir. Depresyonda kendini damgalama düzeyi arttıkça artan

çaresizlik düzeyinin hastanın depresyon kimliği ile özdeşleşmesi ve çözüm konusunda kendisini çaresiz hissetmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

5.1.7. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanması Arasındaki İlişki

Çalışmamızda ergenin depresyonda sosyal yetersizlik ilişkili kendini damgalamasının ebeveynin sosyal geri çekilme ilişkili içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç ergenler için tatmin edici sosyal ilişkiler kurulmasında ebeveynin rolüne dikkat çekmektedir. Literatürde ebeveynin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artışının sosyal destek ile negatif ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır(178). Yine ebeveynde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile çocuğun olumsuz sosyal davranışları arasında ilişki kuran araştırmalar vardır(179). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerindeki damgalanma düzeyinin artışı ile çocukların sosyal becerilerinin düştüğü ve saldırgan davranışlarında artış olduğunu gösteren bir çalışma da vardır(180). Ancak depresif ergenlerde sosyal yetersizlik ilişkili damgalanmanın ebeveynin tutumları ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ergenlikte sosyalleşmenin arkadaş aracılığı ile olduğu ve arkadaşları tarafından kabul edilen ergenlerin genel işlevselliklerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir(181). Depresyonda ergenlerin aile ve arkadaşları üzerinden aldıkları desteği inceleyen bir çalışmada ebeveyn desteğinin beklenen akran desteği üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir(182). Bu çalışmaların sonuçları değerlendirilirse ebeveynin sosyal izolasyonunun ve sosyal becerilerindeki düşüşün ergen üzerindeki direkt etkisinin dışında; ergenin akranları ile kurduğu iletişim üzerinde de etkili olabileceği düşünülmüştür. Ebeveynin yaşadığı damgalanma nedeniyle sosyal ortamlara girmek istememesi ya da sosyal ortamlardan dışlandığını hissetmesi bu mekanizmalar üzerinden direkt ve indirek yoldan ergende sosyal yetersizlik hissine yol açıyor olabilir.

5.1.8. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle İşlevsellik İlişkisi

Çeşitli ruhsal hastalıklarda kendini damgalama düzeyinin işlevsellik ile ilişkisi gösterilmiştir(177,183). Ergenlerde ise psikiyatrik tedavi alan hastalarda kendini damgalama düzeyinin benlik saygısını, sosyal ilişkileri, yaşam fırsatlarından yararlanma isteğini ve psikiyatrik hizmetlere bağlılığı olumsuz yönde etkileyebildiği saptanmıştır(184).

Damgalanma ve işlevsellik arasındaki ilişki karmaşıktır. Bizim çalışmamızda da gösterildiği gibi depresyon şiddetinin artışı ile birlikte damgalanma algısı artar; bununla birlikte gelişen olumsuz düşünceler iyileşmenin önünde bir engel haline gelebilir ve tedavide gecikme riskini doğurabilir. Kendine karşı damgalayıcı tutumlara sahip depresyonlu kişiler, kendini aşağılama, utanç ve sosyal geri çekilme yaşayabilirler(185). Elimizdeki bu bilgiler depresyonda kendini damgalamanın işlevsellik üzerinde negatif etkisini açıklayabilir. Bizim çalışmamızda da daha önce yapılmış diğer çalışmalara benzer olarak ergenlerin depresyonda kendini damgalama düzeyleri genel işlevsellikleri ile negatif ilişkili olarak saptanmıştır.

5.1.9. Depresyonda Kendini Damgalama Düzeyi İle Algılanan Sosyal Desteğin İlişkisi

Çalışmamızda depresyonda kendini damgalama düzeyi hastanın algılanan sosyal desteği ile negatif yönde anlamlı ilişkili çıkmıştır. Sosyal destek ve depresyon ile yapılan bir çalışmada 17-25 yaş arası major depresif bozukluk tanısı almış kişiler ailelerinin ve akranlarının anlayış eksikliklerinden yakınmış, sosyal destek sistemlerini yeterli bulmadıklarını belirtmiş; bu nedenle yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşadıklarını söylemişlerdir(186). Yine ruhsal hastalıklarda sosyal desteğin damgalanma ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada düşük sosyal desteğin yüksek damgalanma düzeyi, daha düşük iyileşme oranı ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkisi saptanmıştır. Damgalanma ile ilgili metaanaliz çalışmaları da tüm ruhsal hastalıklar için düşük sosyal desteğin yüksek içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisini ortaya koymuştur(187).

Depresyonda kendini damgalama ve sosyal destek algısının çift taraflı etkileşim içinde olduğu düşünülmektedir. Hastaların sosyal desteklerinin az olması depresif belirtilerin artışı ve işlevsellik kaybının yaşanmasına, bu da toplum tarafından algıladıkları damgalamanın artmasına neden olabilir. Yine içselleştirilmiş damgalanmanın artışı sosyal işlevsellik kaybı üzerinden sosyal desteğin azalmasına sebep olabilir. Nitekim, literatürde sosyal desteğin depresif belirtiler ve damgalanma arasında mediatör olduğuna dair de çalışmalar bulunmaktadır(188).

5.1.10. Ergenin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumu İle Ebeveyninin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumu Arasındaki İlişki

Çalışmamızda ergenin ve ebeveyninin ruhsal hastalıklara yönelik tutumu tüm alt boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Daha önce ülkemizde ergenler ve ebeveynleri ile yapılan benzer bir çalışmada ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ilişkili bulunmuştur(189). Çocukların ruhsal hastalıklar ile ilgili yaygın damgalayıcı terimleri 6 yaş civarı kullanmaya başladıkları; 10 yaş civarında ise toplum tarafından kabul edilmiş kalıp yargıları içselleştirdikleri bilinmektedir(190,191). Bu bilgi ergenlik dönemine dek çocukların ruhsal hastalıklar hakkındaki görüşlerinin şekillendiğini göstermektedir. Çalışmamızda saptanan sonucun ergenlerin ruhsal hastalıklar hakkında aile içindeki tutumları ve toplumun genel tutumlarını yansıttığına dair kanıt niteliğinde olduğu düşünülmektedir.

5.1.11. Ebeveynin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumu İle İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyini Arasındaki İlişki

Ruhsal hastalığa sahip kişilerin yakınlarının yaşadığı damgalanma literatürde ilişkisel damgalanma olarak tanımlanmakta ve bu damgalanma süreci toplumsal kalıp yargıları kabullenme ve içselleştirme, duygusal tepkiler oluşturma (utanç ve suçluluk) ve davranışsal tepkiler oluşturma (sosyal geri çekilme) şeklinde üç kısımda incelenmektedir(192).

Literatür tarandığında; anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin damgalanma düzeylerini araştıran bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyi; tedavi ile ilgili negatif inançlarla ve içselleştirilmiş kalıp yargılarla ilişkili bulunduğu görülmüştür. Ayrıca ebeveynin içselleştirilmiş damgalanmasının yardım arama davranışını kettlediği ve çocuğun anksiyete semptomlarında kötüleşmeye yol açtığı da saptanmıştır(193).

Çalışmamızda ebeveynin ruhsal hastalıklara yönelik negatif tutumu ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. İlişkisel damgalanma ve kişisel damgalama ile ilgili güncel bilgilerden yola çıkarak ebeveynin ruhsal hastalıklara yönelik kişisel damgalaması ve negatif inançlarının; çocuğu nedeniyle yaşadığı içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olabileceği yorumu yapılabilir.

5.1.12. Ebeveynin İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi ile Ergenin İşlevselliği Arasındaki İlişki

Ebeveynin içselleştirilmiş damgalanmasının artışının bakım yükü yaratarak, psikolojik sıkıntıyı artırarak ve yaşam kalitesini düşürerek hastanın sağlık durumunu tehlikeye atabileceği

daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir(194,195). Yine bu durumun yardım arama davranışını engelleyerek hastanın durumunu kötüleştirme ihtimalinden de yayınlarda söz edilmiştir(196). Aile üyelerinin hastalarına en yakın kişiler oldukları göz önüne alındığında; hastaları en iyi anlayan ve sağlık profesyonellerinin hastaları etkili bir şekilde tedavi edebilmeleri için benzersiz yardımlar sağlayabilecek kilit kişiler oldukları düşünülebilir. Bununla birlikte, eğer bir aile üyesi yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmaya sahipse, sağlık profesyonelleriyle işlevsel olarak işbirliği yapamayabilir. Bu durum da hasta kişinin tedavi uyumunu, semptomatolojisini ve iyileşme sürecini ciddi biçimde etkileyebilir(132).

Daha önce yapılan çalışmalarda çocukların ruhsal hastalıklarının ya da nörogelişimsel bozukluklarının şiddeti ve işlevsellik düzeylerinin ailelerinin yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(197). Ebeveynin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı, hastalık semptomlarının arttığı ve işlevselliğin düştüğü de bilinmektedir(193). Yine çalışmamızda ebeveynin depresyon düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanmasının ilişkili olduğu tartışılmıştı. Bu iki sonuçtan yola çıkarak içselleştirilmiş damgalanmanın ebeveynin psikososyal stresini ve depresif semptomlarını arttırarak çocuğun aldığı bakımın kalitesini düşürebileceği söylenebilir. Yine elimizdeki bulgular ebeveynin içselleştirilmiş damgalanmasının ergenin depresif semptomları, hayat kalitesi ve yaşam işlevselliği üzerinde mediatör olarak görev yapabileceği şeklinde yorumlanabilir.

5.1.13. Ergenin Psikolojik Yardım Arama Davranışı İle İlişkili Faktörler

Çalışmamızda ergenin psikolojik yardım aramaya davranışının servis yatışı olanlarda daha yüksek olduğu, yaş ve eğitim düzeyi ile arttığı gösterilmiştir. Yardım arama davranışının sosyoekonomik düzey, psikiyatrik başvuruya dek geçen süre ve psikiyatrik takip süresi ile ilişkisi saptanamamıştır.

Çalışmamızda psikolojik yardım aramaya ilişkin tutum ile damgalanma şiddeti, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Çalışmamızın hipotezlerinden biri olan ‘Depresif Bozukluk tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, psikolojik yardım alma davranışları ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir’ hipotezi doğrulanamamıştır.

Bu konuda yapılan çalışmalara bakılacak olursa yüksek damgalanma düzeyinin psikolojik yardım arama davranışı üzerinde negatif etkisi olduğunu bildiren çalışmalar

çoğunluktadır(114). Depresif semptomlarda artışın yardım arama davranışını ketlediği de ortaya konmuştur(117). Bizim çalışmamızda ise depresif semptomlarda artışın içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisi saptanırken psikolojik yardım arama davranışı ile ilişkisi gözlenmemiştir.

Bu çalışmada hasta grubunu oluşturan kesim literatürde ‘Z’ jenerasyonu olarak tanımlanmaktadır. Z jenerasyonuna genel olarak 1995-2010 yılları arasında doğan, teknolojiyi en iyi şekilde kullanan nesil olarak atıfta bulunmaktadır(198). Z kuşağının psikiyatrik yardım arama davranışını inceleyen az sayıda çalışmada bu yaş grubundaki kişilerin psikiyatrik hastalıklar için yardım aramaktan utanmadıkları ortaya konulmuştur. Yine aynı çalışmada Z kuşağının ruhsal hastalıklar ile ilişkili olumsuz tutumları olsa dahi bu konuda açık fikirli oldukları ve yardım arayışını destekleyen tutumları göze çarpmaktadır(199).

Ruhsal hastalıklarda damgalanmanın kültürel bir tarafı olduğu bilinmektedir; ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma her kültürde yaygın bir fenomen olmakla beraber, damgalanmanın sebepleri ve sonuçları büyük farklılıklar gösterir(200). Yine erişkinde ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili yapılan bşr metaanaliz çalışmasında depresyon ve şizofreniye dair tutumların ülkeler arası belirgin farklılıklar gösterdiği bulunmuştur(177).

Güncel tıbbi literatür ve bizim çalışmamızın sonuçlarından ruhsal hastalık literatüründe çalışmalara son zamanlarda dahil olan Z kuşağının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ve psikolojik yardım arama davranışları üzerinde daha çok çalışma yapılması ihtiyacı anlaşılmaktadır. Ayrıca kültürel farklılıklar nedeniyle ülkemizde yapılan çalışmaların genel literatürden farklı olabileceği; bu nedenle ülkemizde depresif ergenlerde damgalanma üzerinde daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

5.2. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıklar

Literatürde ergen yaş grubunda depresif hastaların damgalanmaları üzerinde yapılan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çocuk ve ergenlerde yapılan damgalanma çalışmalarının çoğunun toplum örnekleminde yapıldığı ve kişisel damgalanmayı ölçtüğü gözlemlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma üzerinde yapılan çalışmalar ise cinsiyet disforisi ve psikotik bozukluklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Ebeveyn damgalanması söz konusu olduğunda ise literatürde nörogelişimsel bozukluklara sahip çocukların ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanması birçok kez çalışılmış olup depresyon ile ilgili kısıtlı çalışma yapıldığı göze

çarpmaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmamızın en güçlü yönü ergen depresyonunda içselleştirilmiş damgalanmayı ve ebeveynin içselleştirilmiş damgalanmasını çok çeşitli değişkenler açısından inceleyen bildiğimiz ilk çalışma olmasıdır. Ergenlik çağıyla birlikte dramatik şekilde artan major depresif bozukluk tanısı alma oranı düşünülecek olursa çalışmamızda ergen depresyonunda hastanın ve ailesinin hastalığa bakışı ve damgalanma nedeniyle yaşadıkları zorlukları klinisyenlerce daha anlaşılır hale getirmesi amaçlanmaktadır. Çalışmamızın ergenlerde depresyon tedavisinin transdiagnostik bir yaklaşımla ele alınması ve ailenin de tedavinin çok önemli bir parçası haline getirilmesi gerektiğini işaret etmesi de bir diğer güçlü yanıdır.

Çalışmamız kesitsel olarak planlanmıştır ve örneklem büyüklüğü kısıtlıdır. Çalışmamızın kesitsel olarak yapılması elde edilen verilerden nedensellik ilişkisini kurmayı zorlaştırmaktadır. Depresyonda damgalanmanın bazı gençler için psikiyatri kliniğine başvurmayı engellediği bilinmektedir. Çalışmamıza halihazırda kliniğe başvurmuş ve major depresif bozukluk tanısı almış ergenler dahil edimiştir. Bu gruptaki damgalanma düzeylerinin toplum örneklemini öngöremeyebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda 12-18 yaş grubunda major depresif bozukluk tanısı ile takip edilen hastaların ve ailelerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve ilişkili olduğu faktörler araştırılmıştır.

Çalışmaya DSM-5 tanı kriterleri ile klinik görüşme sonrasında Major Depresif Bozukluk tanısı alan 12-18 yaş arası olgular dahil edilmiştir. Her olguya ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T uygulanmış, major depresif bozukluk tanısı ve ek tanılar bu görüşme sonucu belirlenmiştir. Tüm katılımcılara ve ebeveynlerine çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Tüm katılımcılar için Olgu Veri Formu doldurulmuş ve Global Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanları kaydedilmiştir. Bunun ardından tüm katılımcılar tarafından Beck Depresyon Envanteri, Çocuklar ve Ergenler İçin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Formu, Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği doldurulmuştur. Katılımcıların ebeveynleri ise Beck Depresyon Envanteri, Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'ni doldurmuştur.

Çalışmamızın sonucunda intihar girişimi olan ergenlerin ailelerindeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutlarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kendine zarar verici davranışı olan ergenlerin ailelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda psikiyatrik takip süresi arttıkça hastanın ebeveynindeki içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından kalıp yargıları onaylama ve sosyal geri çekilme puanlarının da arttığı gösterilmiştir.

Ergenlerde psikolojik yardım aramaya dair pozitif tutumların yaş ve eğitim düzeyi arttıkça arttığı bulunmuştur. Ergenin depresyon düzeyi arttıkça depresyonda kendini damgalamanın tüm alt boyutlarında (utanç, suçlanma, sosyal yetersizlik ve tedavi aramanın ketlenmesi) ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde artış görülmüştür. Yine benzer şekilde ebeveynin depresif şikayetleri arttıkça çocukları nedeniyle yaşadıkları içselleştirilmiş

damgalanmanın yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında arttığı görülmüştür.

Çalışmamızda depresyonda kendini damgalamanın ruhsal hastalıklara yönelik inançlardan çaresizlik alt boyutu ile ilişkisi gösterilmiştir. Ergenin depresyonda sosyal yetersizlik ilişkili kendini damgalamasının ebeveynin sosyal geri çekilme ilişkili içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ergen hastaların depresyonda kendini damgalama düzeyleri; genel işlevsellikleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile negatif yönde anlamlı ilişkili olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda ergenin ve ebeveyninin ruhsal hastalıklara yönelik tutumu tüm alt boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Ebeveynin ruhsal hastalıklara yönelik negatif tutumu ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında pozitif, ergenin işlevselliği arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızın hipotezleri ile birlikte değerlendirildiğinde:

‘H1. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, psikolojik yardım alma davranışları ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir’ hipotezi doğrulanmamıştır.

‘H2. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, işlevsellik düzeyleri ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir’ hipotezi doğrulanmıştır.

‘H3. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, algılanan sosyal destek düzeyleri ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir’ hipotezi doğrulanmıştır.

‘H4. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerin ebeveynlerinin Beck Depresyon Ölçeği puanları içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri pozitif yönde anlamlı ilişkilidir’ hipotezi doğrulanmıştır.

‘H5. Major depresif bozukluk tanılı ergenlerin ve ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir’ hipotezi doğrulanmıştır.

Çalışmamız ergenlerde depresyon tedavisi yapılırken damgalanma sonucu yaşanan işlev kaybı ve sosyal yetersizliğin göz ardı edilmemesi; ebeveynin tedaviye dahil edilmesi ve depresyon psikoeğitiminin hem ergene hem de ebeveynine aktarılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu yaş grubunda hastaların sosyal desteklerinin sorgulanması ve sosyal desteklerini arttırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi önemlidir.

Çalışmamız sonucunda ortaya konan önemli sonuçlardan biri ise ebeveynin ve ergenin ruhsal hastalıklara bakışının büyük oranda benzeşmesidir. Bu sonuç bize ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın ailede başladığını, çocukların ailelerindeki kalıp yargıları kabul ettiklerini göstermektedir. Özellikle çocuk sahibi kişilerin çocukluk ve ergenlik yaş grubunda karşılaşılabilecek ruhsal hastalıklar açısından doğru bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.



7. KAYNAKÇA

1. Hauenstein EJ. Depression in Adolescence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Mart 2003;32(2):239-48.
2. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Ağustos 2003;60(8):837.
3. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Ocak 2015;54(1):37-44.e2.
4. Erving Goffman. *Notes on the Management of Spoiled Identity*. ABD: Prentice-Hall, Inc.; 1963.
5. Özmen S, Erdem R. DAMGALAMANIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİİ CONCEPTUAL FRAMEWORK OF THE STIGMATIZATION. 2018;
6. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 01 Ocak 2004;30(3):511-41.
7. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. Ağustos 2001;27(1):363-85.
8. Busby Grant J, Bruce CP, Batterham PJ. Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiol Psychiatr Sci*. Haziran 2016;25(3):247-54.
9. Vogel DL, Bitman RL, Hammer JH, Wade NG. Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*. 2013;60(2):311-6.
10. Hebl MR, Mannix LM. The Weight of Obesity in Evaluating Others: A Mere Proximity Effect. *Pers Soc Psychol Bull*. Ocak 2003;29(1):28-38.

11. Neuberg SL, Smith DM, Hoffman JC, Russell FJ. When we observe stigmatized and “normal” individuals interacting: Stigma by association. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1994;20(2):196-209.
12. Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*. Ocak 2013;35(1):1-9.
13. Du N, Chong ESK, Wei D, Liu Z, Mu Z, Deng S, vd. Prevalence, risk, and protective factors of self-stigma for people living with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Temmuz 2023;332:327-40.
14. Serchuk MD, Corrigan PW, Reed S, Ohan JL. Vicarious Stigma and Self-Stigma Experienced by Parents of Children with Mental Health and/or Neurodevelopmental Disorders. *Community Ment Health J*. Kasım 2021;57(8):1537-46.
15. Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, Kassam A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Serv Res*. Aralık 2007;7(1):97.
16. Wolpert L. Stigma of depression – a personal view. *British Medical Bulletin*. 01 Mart 2001;57(1):221-4.
17. Prasko J, Ociskova M, Grambal A, Sigmundova Z, Kasalova P, Marackova M, vd. Personality features, dissociation, self-stigma, hope, and the complex treatment of depressive disorder. *NDT*. Ekim 2016;Volume 12:2539-52.
18. Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health: Current Opinion in Psychiatry. Mart 2008;21(2):201-5.
19. Alsubaie MM, Stain HJ, Webster LAD, Wadman R. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*. 02 Ekim 2019;24(4):484-96.
20. Vaingankar JA, Abdin E, Chong SA, Shafie S, Sambasivam R, Zhang YJ, vd. The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: results from a national cross-sectional survey. *Arch Public Health*. Aralık 2020;78(1):108.
21. Jakobsen AL, Hansen CD, Andersen JH. The association between perceived social support in adolescence and positive mental health outcomes in early adulthood: a prospective cohort study. *Scand J Public Health*. Mayıs 2022;50(3):404-11.

22. Ahuja KK, Dhillon M, Juneja A, Sharma B. Breaking barriers: An education and contact intervention to reduce mental illness stigma among Indian college students. *Psychosocial Intervention*. Ağustos 2017;26(2):103-9.
23. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*. Nisan 2011;65(2):125-32.
24. Poreddi V, Thimmaiah R, Math SB. Attitudes toward people with mental illness among medical students. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. Mart 2015;6(03):349-54.
25. BİLGE A, ÇAM MO. Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(2):91-101.
26. Department of Nursing, Biruni University Health Sciences Faculty, Istanbul Turkey, Murat M, Oz A, Department of Nursing, Biruni University Health Sciences Faculty, Istanbul Turkey, Guner E, Department of Child Development, Biruni University Health Sciences Faculty, Istanbul, Turkey, vd. The Relationship between University Students’ Beliefs toward Mental Illness and Stigmatization. *FNJN*. 23 Eylül 2020;28(2):194-204.
27. Corrigan PW, Miller FE. Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*. 2004;13(6):537-48.
28. Pejler A. Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents’ narratives. *Health Soc Care Community*. Temmuz 2001;9(4):194-204.
29. Dikeç G, Uzunoğlu G, Gümüş F. Stigmatization experiences of Turkish parents of patients hospitalized in child and adolescent psychiatric clinics. *Perspect Psychiatr Care*. Nisan 2019;55(2):336-43.
30. Association, A.P., DSM-5 diagnostic classification. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2013. 10(10.1176).
31. M. Orhan ÖZTÜRK NAU. RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUKLARI. 15. bs. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti; 2018.
32. Ali Z, El-Mallakh RS. Suicidal Depression in Ancient Egypt. *Archives of Suicide Research*. 03 Temmuz 2022;26(3):1607-23.

33. Omrani A, Holtzman NS, Akiskal HS, Ghaemi SN. Ibn Imran's 10th century Treatise on Melancholy. *Journal of Affective Disorders*. Aralık 2012;141(2-3):116-9.
34. Sullivan E. Melancholy, medicine, and the arts. *The Lancet*. Eylül 2008;372(9642):884-5.
35. Laurentius A. A discourse of the preservation of the sight: of melancholike diseases, of rheumes, and of old age. Imprinted by Felix Kingston for Ralph Iacson; 1938.
36. Burton R. The anatomy of melancholy. JW Moore; 1857.
37. Horwitz AV, Wakefield JC, Lorenzo-Luaces L. 11History of Depression. İçinde: *The Oxford Handbook of Mood Disorders* [İnternet]. Oxford University Press; 2017. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2>
38. Mondimore FM. Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective. *International Review of Psychiatry*. Şubat 2005;17(1):49-52.
39. Akiskal, H., Mood disorders: historical introduction and conceptual overview, Chap. 13.1. *Mood Disorders*, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2009. 1: p. 1629-45.
40. DeRubeis RJ, Strunk DR. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. Oxford University Press; 2017. 537 s.
41. Melancholia: from DSM-III to DSM-III-R. *AJP*. Ocak 1989;146(1):20-8.
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [İnternet]. DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing; 2022 [a.yer 25 Temmuz 2023]. Erişim adresi: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
43. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet*. Mart 2012;379(9820):1056-67.
44. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British J Clinic Psychol*. Haziran 2022;61(2):287-305.

45. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, Demirci E, Ozmen S, Hesapcioglu ST, vd. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*. Ekim 2018;238:513-21.
46. Esk DM, Ertek PK, Harlak DH, Çi D. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler.
47. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med*. Ocak 1998;28(1):51-61.
48. Graber JA, Seeley JR, Brooks-Gunn J, Lewinsohn PM. Is Pubertal Timing Associated With Psychopathology in Young Adulthood? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Haziran 2004;43(6):718-26.
49. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol & Psychiat*. Ocak 2002;43(1):65-79.
50. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *AJP*. Ekim 2000;157(10):1552-62.
51. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *AJP*. Ocak 2006;163(1):109-14.
52. Elder BL, Mosack V. Genetics of Depression: An Overview of the Current Science. *Issues in Mental Health Nursing*. 02 Mart 2011;32(4):192-202.
53. Belmaker RH, Agam G. Major Depressive Disorder. *N Engl J Med*. 03 Ocak 2008;358(1):55-68.
54. Schinka JA, Busch RM, Robichaux-Keene N. A meta-analysis of the association between the serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and trait anxiety. *Mol Psychiatry*. 01 Şubat 2004;9(2):197-202.
55. Beitchman JH, Baldassarra L, Mik H, De Luca V, King N, Bender D, vd. Serotonin Transporter Polymorphisms and Persistent, Pervasive Childhood Aggression. *AJP*. Haziran 2006;163(6):1103-5.
56. Lanni C, Govoni S, Lucchelli A, Boselli C. Depression and antidepressants: molecular and cellular aspects. *Cell Mol Life Sci*. Eylül 2009;66(18):2985-3008.

57. Haefl GJ, Getchell M, Koposov RA, Yrigollen CM, De Young CG, Klinteberg BA, vd. Association Between Polymorphisms in the Dopamine Transporter Gene and Depression: Evidence for a Gene-Environment Interaction in a Sample of Juvenile Detainees. *Psychol Sci.* Ocak 2008;19(1):62-9.
58. Gizatullin R, Zaboli G, Jönsson EG, Åsberg M, Leopardi R. Haplotype Analysis Reveals Tryptophan Hydroxylase (TPH) 1 Gene Variants Associated with Major Depression. *Biological Psychiatry.* Şubat 2006;59(4):295-300.
59. Massat I, Souery D, Del-Favero J, Nothen M, Blackwood D, Muir W, vd. Association between COMT (Val158Met) functional polymorphism and early onset in patients with major depressive disorder in a European multicenter genetic association study. *Mol Psychiatry.* 01 Haziran 2005;10(6):598-605.
60. Lewinsohn PM, Allen NB, Seeley JR, Gotlib IH. First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology.* Ağustos 1999;108(3):483-9.
61. Hawker DSJ, Boulton MJ. Twenty Years' Research on Peer Victimization and Psychosocial Maladjustment: A Meta-analytic Review of Cross-sectional Studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* Mayıs 2000;41(4):441-55.
62. Rueter MA, Scaramella L, Wallace LE, Conger RD. First Onset of Depressive or Anxiety Disorders Predicted by the Longitudinal Course of Internalizing Symptoms and Parent-Adolescent Disagreements. *Arch Gen Psychiatry.* 01 Ağustos 1999;56(8):726.
63. Restifo K, Bögers S. Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review.* Haziran 2009;29(4):294-316.
64. Lopez-Duran NL, Kovacs M, George CJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology.* Ekim 2009;34(9):1272-83.
65. Hirschfeld RM. History and evolution of the monoamine hypothesis of depression. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 6:4-6.

66. Boku S, Nakagawa S, Toda H, Hishimoto A. Neural basis of major depressive disorder: Beyond monoamine hypothesis: Neural basis of major depressive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. Ocak 2018;72(1):3-12.
67. Kraus C, Castrén E, Kasper S, Lanzenberger R. Serotonin and neuroplasticity – Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Haziran 2017;77:317-26.
68. Duman RS, Sanacora G, Krystal JH. Altered Connectivity in Depression: GABA and Glutamate Neurotransmitter Deficits and Reversal by Novel Treatments. *Neuron*. Nisan 2019;102(1):75-90.
69. Beck A. T.(1967) *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber.
70. Disner SG, Beevers CG, Haigh EAP, Beck AT. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nat Rev Neurosci*. Ağustos 2011;12(8):467-77.
71. Clark DA, Beck AT, Alford BA, Bieling PJ, Segal ZV. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Springer; 2000.
72. Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D, vd. Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. Mayıs 2018;101(5):804-16.
73. Mullen S. Major depressive disorder in children and adolescents. *Mental Health Clinician*. 01 Kasım 2018;8(6):275-83.
74. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health*. Eylül 2007;41(3):256-62.
75. Bohman H, Jonsson U, Päären A, Knorring ALV, Olsson G, Knorring LV. Long-term follow-up of adolescent depression. A population-based study. *Uppsala Journal of Medical Sciences*. Şubat 2010;115(1):21-9.
76. Crocker J, Major B, Steele C, Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G. *The handbook of social psychology*. The handbook of social psychology. 1998;504-53.
77. Gary FA. Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues Ment Health Nurs*. Aralık 2005;26(10):979-99.

78. Fee E. The wages of sin. The Lancet. Aralık 1999;354:SIV61.
79. Tampa M, Sarbu I, Matei C, Benea V, Georgescu SR. Brief history of syphilis. J Med Life. 15 Mart 2014;7(1):4-10.
80. BİLGE A, ÇAM MO. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2010;9(1):71-8.
81. Susan Sontag. Metafor Olarak Hastalık - AIDS ve Metaforları. 1. bs. İstanbul: Can Yayınları; 2015. 192 s.
82. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. Schizophrenia Bulletin. 01 Ocak 2004;30(3):481-91.
83. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. Clinical Psychology Review. Aralık 2010;30(8):907-22.
84. Lee S, Kleinman A. Are Somatoform Disorders Changing With Time? The Case of Neurasthenia in China. Psychosomatic Medicine. Kasım 2007;69(9):846-9.
85. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. Social Science & Medicine. Nisan 2007;64(7):1524-35.
86. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness. Clinical psychology review. Aralık 2010;30(8):907.
87. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two? Social Science & Medicine. Ağustos 2008;67(3):358-67.
88. Kurzban R, Leary MR. Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. Psychological Bulletin. 2001;127(2):187-208.
89. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. Can J Psychiatry. Ağustos 2012;57(8):464-9.
90. Hatzenbuehler ML, Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. Social Science & Medicine. Şubat 2014;103:1-6.
91. Campbell C, Deacon H. Unravelling the Contexts of Stigma: From Internalisation to Resistance to Change. Journal of Community & Applied Social Psychology. 2006;16(6):411-7.

92. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. Temmuz 2003;57(1):13-24.
93. Suwalska J, Suwalska A, Szczygieł M, Łojko D. Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatr Pol*. 18 Haziran 2017;51(3):503-13.
94. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G, Arensman E, Coffey C, Costa S, vd. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*. Eylül 2013;150(2):320-9.
95. Abo-Rass F, Werner P, Shinan-Altman S. Self-stigma formation process among younger and older Israeli Arabs diagnosed with depression. *Aging & Mental Health*. 03 Haziran 2021;25(6):1071-6.
96. Szcześniak D, Kobylko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J. Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *NDT*. Ekim 2018;Volume 14:2599-608.
97. Holubova M, Prasko J, Matousek S, Latalova K, Marackova M, Vrbova K, vd. Comparison of self-stigma and quality of life in patients with depressive disorders and schizophrenia spectrum disorders – a cross-sectional study. *NDT*. Kasım 2016;Volume 12:3021-30.
98. Ran MS, Zhang TM, Wong IYL, Yang X, Liu CC, Liu B, vd. Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *Int J Soc Psychiatry*. Şubat 2018;64(1):9-16.
99. Grover S, Avasthi A, Singh A, Dan A, Neogi R, Kaur D, vd. Stigma experienced by patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study from India. *Psychiatry Research*. Kasım 2017;257:550-8.
100. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*. Eylül 2016;243:469-94.
101. Sahoo S, Grover S, Malhotra R, Avasthi A. Internalized stigma experienced by patients with first-episode depression: A study from a tertiary care center. *Indian J Soc Psychiatry*. 2018;34(1):21.

102. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of Affective Disorders*. Mart 2011;129(1-3):56-63.
103. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry*. Aralık 2011;11(1):52.
104. Yüksel GE, Taşkin EO, Deveci A, Özmen E. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10(2):100-8.
105. ÖZMEN E, TAŞKIN EO, AYDEMİR Ö, ŞEN FS. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: Sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri Derg*. 2006;8(1):11-7.
106. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*. Eylül 2016;243:469-94.
107. Bellanca FF, Pote H. Children’s attitudes towards ADHD, depression and learning disabilities: Children’s Attitudes Towards ADHD, Depression and Learning Disabilities. *Journal of Research in Special Educational Needs*. Ekim 2013;13(4):234-41.
108. Coleman D, Walker JS, Lee J, Friesen BJ, Squire PN. Children’s Beliefs About Causes of Childhood Depression and ADHD: A Study of Stigmatization. *PS*. Temmuz 2009;60(7):950-7.
109. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *PS*. Mayıs 2005;56(5):544-50.
110. Dixon C, Murray C, Daiches A. A qualitative exploration into young children’s perspectives and understandings of emotional difficulties in other children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. Ocak 2013;18(1):72-90.
111. Dolphin L, Hennessy E. Adolescents’ perceptions of peers with depression: An attributional analysis. *Psychiatry Research*. Ağustos 2014;218(3):295-302.
112. Oban G, Küçük L. Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*.

113. Oban G, Küçük L. Damgalama Erken Yaşlarda Başlar... Gençlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayla Mücadelede Eğitimin Rolü. *Journal of Psychiatric Nursing*.
114. Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 11 Haziran 2020;20(1):293.
115. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. Nisan 2005;186(4):297-301.
116. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. Ocak 2006;40(1):51-4.
117. Buttigieg A, Camilleri M, Calleja N. Barriers to mental health help-seeking behaviour in adolescents in Malta: Annalise Buttigieg. *The European Journal of Public Health*. 2016;26(suppl_1):ckw174-123.
118. Bates L. Predictors of Help Seeking Among Early Adolescents: Stages and Factors.
119. Cramer K. Mental Health Help Seeking in Schools: The Impact of Mental Health Literacy, Stigma, and Barriers to Care [Internet]. UC Riverside; 2016 [a.yer 05 Kasım 2023]. Erişim adresi: <https://escholarship.org/uc/item/9qt2233g>
120. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*. 2018/01/02 bs 2016;209(4):284-93.
121. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *Journal of Urban health*. 2001;78:458-67.
122. Thoits PA. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *J Health Soc Behav*. Haziran 2011;52(2):145-61.
123. Bhandari H, Yasunobu K. What Is Social Capital? A Comprehensive Review of the Concept. *Asian Journal of Social Science*. 01 Haziran 2009;37:480-510.

124. Lanfredi M, Zoppei S, Ferrari C, Bonetto C, Van Bortel T, Thornicroft G, vd. Self-stigma as a mediator between social capital and empowerment among people with major depressive disorder in Europe: The ASPEN study. *Eur psychiatr*. Ocak 2015;30(1):58-64.
125. Chen SX, Mak WW. Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of counseling psychology*. 2008;55(4):442.
126. Alegria M, Canino G, Ríos R, Vera M, Calderón J, Rusch D, vd. Mental health care for Latinos: Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non-Latino Whites. *Psychiatric services*. 2002;53(12):1547-55.
127. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S. Public stigma against people with mental illness in the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) in Southwest Ethiopia. *PloS one*. 2013;8(12):e82116.
128. Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H, Fayyad JA, Karam AN, Nasser SC, vd. Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to war. *Plos medicine*. 2008;5(4):e61.
129. Corrigan PW, Watson AC. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community mental health journal*. 2007;43:439-58.
130. Taşkın EO, Yüksel GE. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(2):113-21.
131. Kuş Saillard E. [Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010;21(1):14-24.
132. Shi Y, Shao Y, Li H, Wang S, Ying J, Zhang M, vd. Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Ment Health Nurs*. Şubat 2019;26(1-2):49-61.
133. Huang CH, Li SM, Shu BC. Exploring the Relationship Between Illness Perceptions and Negative Emotions in Relatives of People With Schizophrenia Within the Context of an Affiliate Stigma Model. *J Nurs Res*. Eylül 2016;24(3):217-23.
134. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers’ empowerment. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:37-43.

135. Kaufman J, Townsend LD, Kobak K. The Computerized Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (KSADS): Development and Administration Guidelines. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Ekim 2017;56(10):S357.
136. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, Cengel Kultur SE, Akdemir D, Foto Ozdemir D, vd. 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). *Turkish Journal of Psychiatry* [İnternet]. 2019 [a.yer 30 Eylül 2023]; Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23408>
137. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Haziran 1961;4(6):561.
138. Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*; 7: 3-13.
139. İrem Derya ÇAĞLAYAN. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUK VE ERGENLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN BENLİK SAYGISI, UMUT VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
140. Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashlach-Eizenberg M, Roe D. Measuring the Internalized Stigma of Parents of Persons With a Serious Mental Illness: The Factor Structure of the Parents' Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*. Mart 2013;201(3):183-7.
141. Boyd Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. Kasım 2003;121(1):31-49.
142. Dikec G, Gumus F, Atli A. Validity and Reliability of the Parents' Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* [İnternet]. 2019 [a.yer 29 Ocak 2023]; Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23728>
143. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.

144. Arkar H, Yaldiz H, Eker D. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(1):17-25.
145. Fischer EH, Farina A. Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. Journal of College Student Development. 1995;36:368-73.
146. Nursel TOPKAYA. PSİKOLOJİK YARDIM ALMA NİYETİNİN SOSYAL DAMGALANMA, TEDAVİ KORKUSU, BEKLENEN YARAR, BEKLENEN RİSK VE TUTUM FAKTÖRLERİYLE MODELLENMESİ [Doktora Tezi]. [İzmir]: Ege Üniversitesi; 2011.
147. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument: The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS). Int J Methods Psychiatr Res. Aralık 2010;19(4):243-54.
148. Kamis GZ, Erden Aki SO, Yıldız MI, Dogan Varan H, Barak Dolgun A. The Validity and the Reliability of Turkish Version of the Self-Stigma of Depression Scale. Turkish Journal of Psychiatry [İnternet]. 2019 [a.yer 12 Temmuz 2023]; Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u20545>
149. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2000;22(3):221-36.
150. Ayşegül BİLGE. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI [Doktora Tezi]. [İzmir]: Ege Üniversitesi; 2006.
151. Grootenboer EMV, Giltay EJ, Van Der Lem R, Van Veen T, Van Der Wee NJA, Zitman FG. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning Scale in clinical outpatients with depressive disorders: GAF in outpatients with depression. Journal of Evaluation in Clinical Practice. Nisan 2012;18(2):502-7.
152. Dyer JG, Wade EH. Gender Differences in Adolescent Depression. McGuinness TM, editör. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. Aralık 2012;50(12):17-20.

153. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in Childhood and Adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 2013;22(1):35-40.
154. Ando S, Nishida A, Usami S, Koike S, Yamasaki S, Kanata S, vd. Help-seeking intention for depression in early adolescents: Associated factors and sex differences. *Journal of Affective Disorders*. 01 Ekim 2018;238:359-65.
155. Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 15 Şubat 2021;281:744-50.
156. Martínez V, Crockett MA, Jiménez-Molina Á, Espinosa-Duque HD, Barrientos E, Ordóñez-Carrasco JL. Stigmatizing Beliefs and Attitudes to Depression in Adolescent School Students in Chile and Colombia. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2020 [a.yer 30 Ekim 2023];11. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.577177>
157. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*. 30 Eylül 2016;243:469-94.
158. Wilson CJ, Deane FP. Brief report: Need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescents' intentions to seek professional mental health care. *J Adolesc*. Şubat 2012;35(1):233-7.
159. Conrad I, Schulze B, Corrieri S, Heider D, Schomerus G, Riedel-Heller SG. The film festival "AUSNAHME|ZUSTAND" (State of Emergency)--do feature films and documentaries on mental health reduce stigma and influence help-seeking attitudes? *Psychiatry Res*. 30 Aralık 2014;220(3):1043-50.
160. Nearchou FA, Bird N, Costello A, Duggan S, Gilroy J, Long R, vd. Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *Journal of Adolescence*. 2018;66(1):83-90.
161. Carpiello B, Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Front Psychiatry*. 08 Mart 2017;8:35.
162. Sheehan L, Dubke R, Corrigan PW. The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. *Psychiatry Res*. Ekim 2017;256:40-5.
163. Suratmini D, Wardani IY, Nasution RA, Panjaitan RU. Relationship between Self-Stigma and Self-Harm Behaviour among Adolescent in Rehabilitation Units. 2022;

164. Staniland L, Hasking P, Lewis SP, Boyes M, Mirichlis S. Crazy, Weak, and Incompetent: A Directed Content Analysis of Self-Injury Stigma Experiences. *Deviant Behavior*. 01 Şubat 2023;44(2):278-95.
165. Staniland L, Hasking P, Boyes M, Lewis S. Stigma and nonsuicidal self-injury: Application of a conceptual framework. *Stigma and Health*. 2021;6(3):312-23.
166. Rose T, Joe S, Lindsey M. Perceived stigma and depression among black adolescents in outpatient treatment. *Children and Youth Services Review*. 01 Ocak 2011;33(1):161-6.
167. Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, Fortney JC, Edlund M, Sullivan G. Relationship Between Perceived Stigma and Depression Severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Nisan 2004;192(4):278.
168. Manos RC, Rusch LC, Kanter JW, Clifford LM. Depression Self-Stigma as a Mediator of the Relationship Between Depression Severity and Avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Kasım 2009;28(9):1128-43.
169. Dardas LA, Silva SG, Smoski MJ, Noonan D, Simmons LA. Personal and Perceived Depression Stigma among Arab Adolescents: Associations with Depression Severity and Personal Characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing*. Ekim 2017;31(5):499-506.
170. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*. 18 Nisan 2008;8(1):25.
171. Verboom CE, Sijtsma JJ, Verhulst FC, Penninx BWJH, Ormel J. Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental Psychology*. 2014;50(1):247-57.
172. Öz B, Yüksel T, Nasiroğlu S. Depression-Anxiety Symptoms and Stigma Perception in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Noro Psikiyatr Ars*. 28 Kasım 2019;57(1):50-5.
173. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK, McLeod JD, Jensen PS. Stigmatizing Attitudes and Beliefs About Treatment and Psychiatric Medications for Children With Mental Illness. *PS*. Mayıs 2007;58(5):613-8.

174. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(3):163-79.
175. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness—An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*. Şubat 2014;68(2):100-6.
176. Moore KE, Milam KC, Folk JB, Tangney JP. Self-stigma among criminal offenders: Risk and protective factors. *Stigma and Health*. Ağustos 2018;3(3):241-52.
177. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophr Bull*. 21 Ağustos 2021;47(5):1261-87.
178. Lovell B, Wetherell MA. Affiliate stigma, perceived social support and perceived stress in caregivers of children with autism spectrum disorder: A multiple mediation study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 01 Ekim 2019;33(5):31-5.
179. Li X, Lam CB, Chung KKH, Leung C. Linking parents' self-stigma to the adjustment of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2019;89(2):212-21.
180. Mikami AY, Chong GK, Saporito JM, Na JJ. Implications of Parental Affiliate Stigma in Families of Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 04 Temmuz 2015;44(4):595-603.
181. Griffiths M. Friendship and social development in children and adolescents: The impact of electronic technology. *Educational and Child psychology*. 1997;14:25-37.
182. Young JF, Berenson K, Cohen P, Garcia J. The Role of Parent and Peer Support in Predicting Adolescent Depression: A Longitudinal Community Study. *Journal of Research on Adolescence*. 2005;15(4):407-23.
183. Au CH, Wong CSM, Law CW, Wong MC, Chung KF. Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *General Hospital Psychiatry*. 01 Mart 2019;57:7-12.

184. Kranke D, Floersch J, Townsend L, Munson M. Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*. Nisan 2010;32(4):496-505.
185. Yang F, Yang BX, Stone TE, Wang XQ, Zhou Y, Zhang J, vd. Stigma towards depression in a community-based sample in China. *Comprehensive Psychiatry*. 01 Şubat 2020;97:152152.
186. Prizeman K, Weinstein N, McCabe C. Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry*. 21 Temmuz 2023;23(1):527.
187. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 01 Aralık 2010;71(12):2150-61.
188. Perceived Social Support AS Moderator Between Selfstigma AND HELP-Seeking Attitudes - PERCEIVED - Studocu [Internet]. [a.yer 01 Kasım 2023]. Erişim adresi: <https://www.studocu.com/ph/document/don-honorio-ventura-technological-state-university/inquiries-investigations-and-immersion/perceived-social-support-as-moderator-between-selfstigma-and-help-seeking-attitudes/39842430>
189. Bilaç Ö, Uzunoğlu G, Dikeç G. Kim Daha Çok Damgalıyor? Ruhsal Bozukluğu Olan Ergenler mi Yoksa Ebeveynleri mi? *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. 2020;10(1):8-14.
190. Gale B. Family therapy. *Bereavement Care*. 2007;26(3):58-9.
191. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Ocak 2006;45(1):8-25.
192. Shi Y, Shao Y, Li H, Wang S, Ying J, Zhang M, vd. Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019;26(1-2):49-61.

193. Chavira DA, Bantados B, Rapp A, Firpo-Perretti YM, Escovar E, Dixon L, vd. Parent-reported stigma and child anxiety: A mixed methods research study. *Children and Youth Services Review*. 01 Mayıs 2017;76:237-42.
194. Ong HC, Ibrahim N, Wahab S. Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *PRBM*. Ağustos 2016;Volume 9:211-8.
195. Wu HC, Chen F pei. Sociocultural Factors Associated with Caregiver-Psychiatrist Relationship in Taiwan. *Psychiatry Investig*. 2016;13(3):288.
196. Fernando SM, Deane FP, McLeod HJ, Davis EL. A carer burden and stigma in schizophrenia and affective disorders: Experiences from Sri Lanka. *Asian Journal of Psychiatry*. Nisan 2017;26:77-81.
197. Özaslan A, Yıldırım M. Internalized stigma and self esteem of mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care*. 03 Temmuz 2021;50(3):312-24.
198. Mahapatra GP, Bhullar N, Gupta P. Gen Z: An Emerging Phenomenon. *NHRD Network Journal*. 01 Nisan 2022;15(2):246-56.
199. Assistant Professor – Department of Psychology, Shaheed Rajguru College of Applied Sciences for Women, University of Delhi, India., Chandiramani K. Intergenerational Differences in Seeking Help for Psychological Distress: Role of Self-stigma and Perceived Social Support. *JPR*. 02 Aralık 2022;17(2):329-38.
200. Ahad AA, Sanchez-Gonzalez M, Junquera P. Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. *Cureus*. 15(5):e39549.

8. EKLER

EK - 1: OLGU VERİ FORMU

1. Olgu Numarası:
2. Hastanın yaşı:
3. Hastanın eğitim düzeyi/şu an bulunduğu sınıf:
4. Ders başarısı/Not ortalaması:
 - a. 0-40
 - b. 40-60
 - c. 60-80
 - d. 80-100
5. Geçen sene içindeki devamsızlık sayısı:
6. Hastanın cinsiyeti:
7. Ne kadar zamandır psikiyatrik takipte olduğu:
8. Semptomlarının başlangıcı ile psikiyatrik başvurusu arasında geçen süre:
9. Başvuru nedeni:
 - Kendi isteği ile
 - Yakınlarının isteği ile
 - Okul yönlendirmesi ile
 - Acil servisten yönlendirilme ile
 - Diğer:
10. Kardeş sayısı:
11. Evde birlikte yaşanan kişi sayısı:
12. Sigara kullanımı var mı?
 - a. Yok
 - b. Var:
 - Ne kadar zamandır kullanıyor?
 - Kaç paket/gün?
13. Alkol kullanımı var mı?
 - a. Yok
 - b. Var
 - Sıklığı:
 - Ne kadar zamandır kullanıyor?
14. Herhangi bağımlılık yapıcı başka bir madde kullanımı var mı?
 - a. Yok
 - b. Var:
 - Sıklığı:
 - Ne kadar zamandır kullanıyor?
15. Daha önce intihar girişimi var mı?
 - a. Yok
 - b. Var (açıklayınız.....)
16. Daha önce kendine zarar verme girişimi var mı?
 - a. Yok

- b. Var (açıklayınız.....)
17. Herhangi bir fiziksel hastalığı var mı?
- a. Yok
- b. Var (açıklayınız....)
18. Göç öyküsü:
- a. Yok
- b. Var:
- (1) Yurtiçi göç:
- (2) Yurtdışı göç:
19. Daha önce hiç psikiyatri servisi yatışı olmuş mu?
- a. Var
- b. Yok
20. Çevresinde kendisinin bildiği psikiyatrik hastalığı olan biri var mı?
- a. Var (açıklayınız...)
- b. Yok
21. Çevresinde kendisinin bildiği psikiyatrik tedavi alan biri var mı?
- a. Var
- b. Yok
22. Çevresinde kendisinin bildiği psikiyatrik yatış öyküsü var mı?
- a. Var (açıklayınız...)
- b. Yok
23. Düzenli olarak katılım gösterdiği bir sosyal aktivite (resim, müzik, spor...) var mı?
- a. Var
- b. Yok
24. Anne:
- a. Ölmüş:
- b. Sağ:
25. Baba:
- a. Ölmüş
- b. Sağ
26. Anne-baba
- a. Birlikte
- b. Boşanmış
27. Anne yaşı:
28. Baba yaşı:
29. Anne mesleği:
30. Baba mesleği:
31. Anne eğitim düzeyi:
- a. Okur-yazar değil
- b. Okur-yazar
- c. İlkokul mezunu
- d. Lise mezunu
- e. Lisans mezunu
- f. Lisans üstü
32. Baba eğitim düzeyi:

- a. Okur-yazar değil
 - b. Okur-yazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Lise mezunu
 - e. Lisans mezunu
 - f. Lisans üstü
33. Sosyoekonomik düzey:
- a. Asgari ücret altında
 - b. Asgari ücret
 - c. Asgari ücret üstünde
 - d. Asgari ücretin çok üstünde
34. Annenin kronik fiziksel hastalık durumu:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
35. Babanın kronik fiziksel hastalık durumu:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
36. Annenin psikiyatri başvurusu varlığı:
- a. Var
 - b. Yok
37. Babanın psikiyatrik başvuru varlığı:
- a. Var
 - b. Yok
38. Annenin psikiyatrik tanısının varlığı:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
39. Babanın psikiyatrik tanısının varlığı:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
40. Annenin daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavisinin olup olmadığı:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
41. Babanın daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavisinin olup olmadığı:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
42. Annenin daha önce psikiyatrik yatış varlığı:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
43. Babanın daha önce psikiyatrik yatış varlığı:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
44. Çevrede bilinen psikiyatrik yatış öyküsü:
- a. Var (açıklayınız...)
 - b. Yok
45. Çevrede bilinen psikiyatrik hastalık varlığı:

- a. Var (açıklayınız...)
- b. Yok



EK – 2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

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

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1-
 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2-
 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3-
 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4-
 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Çoğu zaman, oldukça sinirliyim.
 3. Şimdi hep sinirliyim.
- 12-**
0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimin çoğunu kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-**
0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-**
0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-**
0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-**
0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-**
0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-**
0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-**
0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-**
0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21-**
0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK – 3: RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-RHYİÖ

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
------------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						

8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK – 4: PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ -KISA FORM

Lütfen, ölçeğin maddelerinde yer alan ifadelere katılma düzeyinizi, her maddenin karşısında bulunan numaralardan birini yandaki düzeylere göre işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Akıl sağlığında bir bozulma olduğunu düşünürsem, ilktercihim bir uzmandan yardım almak olur.	1	2	3	4
2.	Sorunlar hakkında bir psikologla konuşma fikri, bana, duygusal çatışmalardan kurtulmanın kötü bir yolu gibi geliyor.	1	2	3	4
3.	Hayatımın bu döneminde ciddi bir duygusal kriz yaşasam,psikoterapi alarak rahatlayabileceğimden eminim.	1	2	3	4
4.	Uzun bir süre endişeli veya üzgün olsam, psikolojik yardımalmayı isterim.	1	2	3	4
5.	Gelecekte psikolojik danışma almayı isteyebilirim.	1	2	3	4
6.	Duygusal bir sorunu olan kişinin bunu tek başına çözmesi mümkün değildir; bu sorununu, bir uzmandan yardım alarak çözebilir.	1	2	3	4
7.	Gerektirdiği para ve zaman açısından psikoterapinin değeribenim için şüphelidir.	1	2	3	4
8.	Kişi, sorunlarını kendi çözmelidir; psikolojik danışma almakbaşvurulacak son çare olmalıdır.	1	2	3	4
9.	Kişisel ve duygusal sorunlar, başka birçok şey gibi, genelliklekendi kendine çözülürler.	1	2	3	4

EK – 5: EBEVEYNLERİN RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMASI ÖLÇEĞİ (ERHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer;

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını,

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını,

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını,

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını,

daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3. Çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğu için insanların bana farklı davrandıklarını düşünüyorum/hissediyorum.				
4. Reddedilmemek için, çocuğunda ruhsal hastalık olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.				
5. Çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğundan dolayı utanıyorum.				
6. Ruhsal hastalığı olan kişilerin evlenmemesi gerektiğini düşünüyorum.				
7. Ruhsal hastalığı olan kişilerin topluma önemli katkılarda bulunabileceğini düşünüyorum.				

8. Kendimi çocuğunda ruhsal hastalık olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9. Çocuğumun ruhsal hastalığı benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11. İnsanları çocuğumun ruhsal hastalığıyla sıkmak istemediğinden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
13. Çocuğunda ruhsal hastalık olmayan kişilerle birlikteyken, sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmiş gibi hissediyorum.				
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15. Sırf çocuğumun ruhsal hastalığından dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranıyorlar.				
16. Çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için kendimden memnun değilim.				
17. Çocuğumun ruhsal hastalığı olması hayatımı berbat etti.				
18. İnsanlar çocuğumun görünüşünden ruhsal bir hastalığı olduğunu anlayabilirler.				
19. Çocuğumun ruhsal hastalığından dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				

21. Çocuğunda ruhsal hastalık olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22. Sırf çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için insanlar beni göz ardı ediyor ya da pek ciddiye almıyorlar diye düşünüyorum.				
23. Çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.				
24. Çocuğumun ruhsal hastalığı ile yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.				
25. Çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.				
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				
27. Çocuğumun ruhsal hastalığı olmasına rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28. İnsanlar çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğu için başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar çocuğumun durumu dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

EK – 6: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız 1 tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

EK – 7: DEPRESYONDA KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda farklı şiddette depresyon yaşayan iki kişi örneği verilmiştir. Lütfen vaka öykülerini sonuna kadar dikkatle okuyunuz.

Birinci Örnek Vaka:

Mehmet 15 yaşında. Son birkaç haftadır üzgün ve mutsuz hissediyor, eskiden zevk aldığı etkinliklerden hiç zevk almıyordu. Daima yorgun hissetmesine rağmen, neredeyse her gece uykuya dalmakta güçlük çekiyordu. Bu sürede iştahı da kesilmiş ve kilo kaybetmişti. Hiçbir işe dikkatini veremiyor ve karar almayı erteliyordu. Her şey için büyük çaba gerektiğini düşünüyor, en basit gündelik işler bile gözünde büyüyordu. Çoğunlukla değersiz olduğunu hissediyordu. Mehmet bu şikâyetlerle doktoruna başvurdu, doktoru bu problemlere neden olacak bir fiziksel sorunu olmadığını, depresyona girmiş olduğunu söyledi.

İkinci Örnek Vaka:

Mehmet 15 yaşında. Son birkaç haftadır üzgün ve mutsuz hissediyor, eskiden zevk aldığı etkinliklerden hiç zevk almıyordu. Daima yorgun hissetmesine rağmen, neredeyse her gece uykuya dalmakta güçlük çekiyordu. Bu sürede iştahı da kesilmiş ve kilo kaybetmişti. Hiçbir işe dikkatini veremiyor ve karar almayı erteliyordu. Her şey için büyük çaba gerektiğini düşünüyor, en basit gündelik işler bile gözünde büyüyordu. Çoğunlukla değersiz olduğunu hissediyordu. Mehmet bu şikâyetlerle doktoruna başvurdu, doktoru bu problemlere neden olacak bir fiziksel sorunu olmadığını, Mehmet'in de düşündüğü gibi depresyona girmiş olduğunu söyledi. Mehmet o kadar ümitsizdi ki hayatına son vermenin yollarını düşünüyordu ve yeniden hastaneye yatması gerekeceğinden endişeleniyordu.

Eğer depresyonda olsam:

1. Utanç duyardım.

☐ Kesinlikle katılıyorum

☐ Katılıyorum

- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

2. Mahcup hissederdim.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

3. Kendimi hayal kırıklığına uğrattığımı düşünürdüm.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım

- ☐ Katılmıyorum

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

4. Diğer insanlardan aşağı hissederdim.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum

- ☐ Kararsızım

- ☐ Katılmıyorum

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

5. Kendimi toparlayabilmeliyim diye düşünürdüm.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

6. Olanlarla baş edebilmeliydim diye düşünürdüm.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

7. Daha güçlü olmalıydım diye düşünürdüm.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

8. Suçlanacak tek kişinin kendim olduğunu düşünürdüm.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum

- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

9. Diğer insanlara yük oluyor gibi hissederdim

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

10. Diğer insanların yanında yetersiz hissederdim.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

11. Topluma pek fazla katkıda bulunamayacağımı hissederdim.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

12. Baş edemediğimi insanların bilmesini istemezdim.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

13. Antidepresan ilaç kullansam kendimi zayıf biri olarak görürdüm.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

14. Depresyon için profesyonel yardım aramaktan utanırdım.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

15. Depresyon için profesyonel yardım aradığımı başkalarının bilmesinden utanırdım.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum

- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum



EK – 8: ÇOCUKLAR VE ERGENLER İÇİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlere yönelik bazı tutumlar aktarılmıştır. Her bir madde için sol tarafta diğer insanların bu görüşe ne kadar inandıklarını sağ tarafta ise sizin bu görüşe ne kadar katıldığınızı (görüşün doğru olduğuna ne kadar inandığınızı) sorulmaktadır.

İnsanlar

- 1 **Hiç kimsenin** böyle düşündüğüne inanmıyorum
- 2 **Çok az insanın** böyle düşündüğüne inanıyorum
- 3 **Bazı insanların** böyle düşündüğüne inanıyorum
- 4 **Çoğu insanın** böyle düşündüğüne inanıyorum
- 5 **Herkesin** böyle düşündüğüne inanıyorum

Ben

- 1 Bu düşünceye **hiç inanmıyorum**
- 2 Bu düşünceye **biraz inanmıyorum**
- 3 Bu düşünceye **inanıyorum**
- 4 Bu düşünceye **çok inanıyorum**
- 5 Bu düşünceye **kesinlikle inanıyorum**

	İnsanlar						Ben				
	Hiç Herkes					DÜŞÜNCELER/GÖRÜŞLER	Hiç Kesin				
1.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler kendilerine zarar verir.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler okulda başarılı olamaz.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar bu sorunları bir sır olarak tutmak için çabalarlar.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar toplumdan dışlanmıştır.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar tanıları yüzünden kötü hissederler.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanlar tanıları öğrenildiğinde yargılanmaktan korkarlar.	1	2	3	4	5

7.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan insanların iyi tarafları görmezden gelinir.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlere güvenilmez.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler zeki değildirler.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler tehlikelilerdir.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler kendilerine bakamazlar.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler tembeldir.	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler şımarıktır.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler oyunbozandırırlar.	1	2	3	4	5
15.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlerden iyi arkadaş olamaz.	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler gürültü yapar.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler sınıfın düzenini bozar.	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler temiz değildirler.	1	2	3	4	5
19.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler yalnızdır.	1	2	3	4	5
20.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler mutsuzdur.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler umursamazdır.	1	2	3	4	5
22.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler çevrelerine zarar verirler.	1	2	3	4	5

23.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler anne babalarını üzerler.	1	2	3	4	5
24.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler yorucudur.	1	2	3	4	5
25.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler çok kavga ederler.	1	2	3	4	5
26.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler yaramazdır.	1	2	3	4	5
27.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler sinirlidir.	1	2	3	4	5
28.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler üzgündür.	1	2	3	4	5
29.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler utangaçtır.	1	2	3	4	5
30.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler umutsuzdur.	1	2	3	4	5
31.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenler hiç iyileşmezler.	1	2	3	4	5
32.	1	2	3	4	5	Duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuk ve ergenlerin sorunları kendi hatalarıdır.	1	2	3	4	5

EK – 9: GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

Mental sağlık-hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sırıavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. Arasıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyibir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim yada yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hementüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).

20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temelgereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

PUAN

EK – 10: EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (BGOF)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmanın adı ne?

Major Depresif Bozukluk Tanılı 12-18 Yaş Arası Ergenlerde ve Ebeveynlerinde İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlişkili Olduğu Faktörler ve İşlevsellik Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı ne?

Bu çalışmanın amacı ergenlerde çok sık gördüğümüz bir psikiyatrik hastalık olan depresyonda, hasta kişilerin ve ailelerinin hissettikleri damgalanmanın hangi faktörlere bağlı olduğunu araştırmaktır.

Size nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Sizinle ve çocuğunuzla psikiyatrik görüşme yapılacak olup sonrasında çalışmamız ile ilgili birkaç adet değerlendirme ölçeğini doldurmanız istenecektir. Sonuçlar bilimsel araştırmamızda kullanımı haricinde hiçbir yerde yayınlanmayacak, herhangi bir kurum ya da şahıslarca paylaşılmayacak; tamamen gizlilik ilkesine uyulacaktır. Araştırma sonuçlarında çocuğunuzun kimlik bilgileri kesinlikle yer almayacaktır.

Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?

Çalışmamızda çocuğunuza herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Ne kadar zamanınızı alacak?

Yaklaşık 60-75 dakikanızı alacak.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?

55

Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır?

Çocuğunuzun vücudundan herhangi bir örnek alınmayacaktır.

Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?

Araştırma ile ilgili olarak verilen randevulara zamanında gelmek ve verilen formları eksiksizce doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır?

Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan çocuğunuzun yarar görmesi öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.

Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?

Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz. Çalışma programını aksatmanız, araştırma ile ilgili olarak yanlış ya da kasti olarak eksik bilgi vermeniz, gerekli formları doldurmayıp randevularınıza gelmemeniz durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan çocuğunuzu çalışmadan çıkarabilir.

Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?

Bu çalışmada çocuğunuzdan alacağımız bilgiler kesinlikle başka kişilerle paylaşılmayacak ve bilimsel amaçla kullanılacak. Araştırmada sana zarar verme olasılığı olan bir işlem de yapılmayacak.

Eğer katılmak istemezseniz ne olur?

Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırımla karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.

Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?

Alternatif herhangi bir yöntem yoktur.

Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ödeme yapılacak mı?

Size veya çocuğunuza herhangi bir ücret ödenmeyecek.

Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmada size ait hangi kişisel veriler ve kişisel sağlık verileri kullanılacaktır?

(Çocuğunuzun anne babası için ayrı ayrı): Yaşınız, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, mesleğiniz, eğitim düzeyiniz, sosyoekonomik düzeyiniz, sosyal güvenceniz, fiziksel herhangi bir rahatsızlığınızın olup olmadığı, daha önceden psikiyatrik başvurunuz olup olmadığı, önceki psikiyatrik tedavi ve yatış öykünüz, ailede veya akrabalarda bilinen psikiyatrik hastalık, tedavi ve yatış öyküsü not edilecektir.

Bilgilerin gizliliği:

Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halindedahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurunun geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.

Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri

1- Adı, soyadı: **Tezan BİLDİK**

2- Ulaşılabilir telefon numarası:

3- Görev yeri:

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum. "Bilgilerin gizliliği" başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasalara bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

EK – 11: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (BGOF)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmanın adı ne?

Major Depresif Bozukluk Tanılı 12-18 Yaş Arası Ergenlerde ve Ebeveynlerinde İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlişkili Olduğu Faktörler ve İşlevsellik Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı ne?

Bu çalışmanın amacı ergenlerde çok sık gördüğümüz bir psikiyatrik hastalık olan depresyonda, hasta kişilerin ve ailelerinin hissettikleri damgalanmanın hangi faktörlere bağlı olduğunu araştırmaktır.

Size nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Çalışmaya alınman durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Seninle ve ebeveyninle psikiyatrik görüşme yapılacak olup sonrasında çalışmamız ile ilgili birkaç adet değerlendirme ölçeğini doldurman istenecektir. Sonuçlar bilimsel araştırmamızda kullanımı haricinde hiçbir yerde yayınlanmayacak, herhangi bir kurum ya da şahıslarca paylaşılmayacak; tamamen gizlilik ilkesine uyulacaktır. Araştırma sonuçlarında kimlik bilgilerin kesinlikle yer almayacaktır.

Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?

Çalışmamızda sana herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Ne kadar zamanınızı alacaktır?

Yaklaşık 60-75 dakikanı alacaktır.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?

55

Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır?

Vücudundan herhangi bir örnek alınmayacaktır.

Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?

Araştırma ile ilgili olarak verilen randevulara zamanında gelmek ve verilen formları eksiksizce doldurmak senin sorumluluklarındandır.

Bu koşullara uymadığın durumlarda araştırmacı seni uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır?

Bu araştırmaya katılmak tamamen senin ve ebeveyninin isteğine bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmeniz öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başkainsanların yararına kullanılabilir.

Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?

Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinde araştırma dışı kalabilirsin. Çalışma programını aksatman, araştırma ile ilgili olarak yanlış ya da kasti olarak eksik bilgi vermen, gerekli formları doldurmayıp randevulara gelmemen durumunda doktorun senin iznin olmadan seni çalışmadan çıkarabilir.

Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?

Bu çalışmada senden alacağımız bilgiler kesinlikle başka kişilerle paylaşılmayacak ve bilimsel amaçla kullanılacak. Araştırmadasana veya ebeveynine zarar verme olasılığı olan bir işlem de yapılmayacak.

Eğer katılmak istemezseniz ne olur?

Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırımla karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.

Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?

Yoktur.

Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ödeme yapılacak mı?

Sana veya ebeveynine herhangi bir ödeme yapılmayacak.

Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bilgilerin gizliliği:

Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halindedahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurunun geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.

Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri

1- Adı, soyadı: Tezan BİLDİK

2- Ulaşılabilir telefon numarası:

3- Görev yeri:

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum. "Bilgilerin gizliliği" başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasalarda bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

EK – 12: ETİK KURUL ONAYI

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız Tezan BİLDİK sorumlu araştırmacı , Hilal Nur ÇALIK , Birsen ŞENTÜRK PİLAN , Damla Hazal ÖZUYSAL UYAR yardımcı araştırmacı olduğu 'Major Depresif Bozukluk Tanılı 12-18 Yaş Arası Ergenlerde ve Ebeveynlerinde İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlişkili Olduğu Faktörler ve İşlevsellik Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi' konulu araştırmanız Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Onay kararı ekte sunulmaktadır.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha öncesinde sunulmamış ise) Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve sonuç raporunun kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar, tarih ve sayısı bildirilerek Etik Kurul Bilgilendirme formu ile yapılması gerekmektedir.

Varsa Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Major Depresif Bozukluk Tanılı 12-18 Yaş Arası Ergenlerde ve Ebeveynlerinde İncelenen Çeşitli Davranışların İlişkili Olduğu Faktörler ve İşlevsellik Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Tezan BİLDİK
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Dr. Hilal Nur ÇALIK Doc. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN Dr. Damla Hazal ÖZUYGAL UYAR
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kazımdırık, Ege Ün. Öğrenci Köyü İç Yolu, 35100 Bornova/İzmir
DESTEKLEYİCİ	
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel Analitik Kesitsel

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 28-8.1T/33	Tarih: 22.08.2023
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderilerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Guzide Aksu				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyelik	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabul (**)	İmza
Prof. Dr. Guzide Aksu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Kabildi
Doc. Dr. Banu Sarıak Kumbaracı Başkan Yardımcısı	Tıbbi Patoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Kabildi
Dr. Öğr. Üyesi Aysun Ekşioğlu Raporör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Zeliha Kerry Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Evet	Online Kabildi
Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Kabildi
Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Guzide Aksu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi		Belge Kodu 22	Revizyon / No.su: 28.09.2011/05	



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu Üye	Tıbbi Biyokimya Uzmanı	EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	Hayır	Evet	Online Kabıldı
Prof. Dr. Yacemin Yıldırım Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi	K	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. Mehmet Çağdaş Eker Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Kabıldı
Prof. Dr. Oya Türkoğlu Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	Hayır	Evet	Online Kabıldı
Prof. Dr. Meltem Sezgi Demirel Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Kabıldı
Prof. Dr. Şafak Dağhan Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	E	Hayır	Evet	Online Kabıldı
Prof. Dr. Gülbün Rudarlı Üye	Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD.	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Ahmet Özgür Yeniel Üye	Kadın hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	E	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Doo. Dr. Tahir Atık Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Kabıldı
Doo. Dr. Fatma Şert Üye	Radyasyon Onkolojisi	Ege Üniversitesi	K	Hayır	Evet	Online Kabıldı
Doo. Dr. ALİ TEKİN Üye	Çocuk Cerrahisi/Çocuk Ürolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.	E	Hayır	Evet	Online Kabıldı

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Guзде Aksu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
--	--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------