



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, BURSA YÜKSEK İHTİSAS
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

**İLK KEZ MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI
HASTALARDA SELEKTİF SEROTONİN GERİ ALIM
İNİBİTÖRLERİNİN RUMİNASYONLAR VE FONKSİYONEL
OLMAYAN TUTUMLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. İlker zben

TIPTA UZMANLIK TEZİ

BURSA/2020



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, BURSA YÜKSEK İHTİSAS
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

**İLK KEZ MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI
HASTALARDA SELEKTİF SEROTONİN GERİ ALIM
İNHİBİTÖRLERİNİN RUMİNASYONLAR VE FONKSİYONEL
OLMAYAN TUTUMLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. İlker zben

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

BURSA/2020

TEŞEKKÜR

Tez konumun belirlenmesi, çalışmaların dizaynı ve gerçekleştirilmesinde desteğini esirgemeyen, eğitimim boyunca yanında çalışmaktan onur duyduğum, kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI'ya içten teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım; Prof. Dr. Rüstem AŞKIN, Doç. Dr. İbrahim TAYMUR ve Dr. Öğr. Üyesi Sinay ÖNEN'e teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca işbirliği ve desteklerini esirgemeyen, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde görev yapan tüm uzman ve asistan doktorlara teşekkür ederim. Ayrıca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve yardımlarını esirgemeyen başta hemşireler olmak üzere, tüm yardımcı personelerimize teşekkür ederim.

Tez çalışmam kapsamında istatistiksel çalışmaların analizinde destek olan Doç. Dr. Gökhan OCAKOĞLU'na teşekkür ederim.

Bursa'da geçirdiğim sürede değerli dostlukları ve katkıları için Dr. Kamil Mert ANGIN, Dr. Murat AKTAŞ ve Dr. Fahri ÖZAYDIN'a ayrıca teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca maddi, manevi desteğini esirgemeyen, bu günlere gelmemde büyük emeği geçen, kıymetli annem Emine ÖZBEN'e, daima teşvik edici ve yol gösterici olan, insani ve ahlaki değerleri ile örnek aldığım değerli abim Prof. Dr. Şerif DEMİR'e şükranlarımı sunarım.

Dr. İlker ÖZBEN

Bursa 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	v
TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ruminasyonlar	3
2.1.1. Tepki biçimleri kuramına göre ruminasyon	3
2.1.2. Öz denetimli yürütücü işlevler kuramına göre ruminasyon	4
2.1.3. Üst bilişsel kurama göre ruminasyon	5
2.1.4. Ruminasyonun etiyolojisi	6
2.1.5. Ruminasyon ve depresyon ilişkisi.....	6
2.1.6. Depresyondaki ruminasyonun klinik tedavisi.....	7
2.2. Fonksiyonel olmayan tutumlar	9
2.3. Araştırmanın hipotezleri.....	11
3. YÖNTEM.....	12
3.1. Örneklem	12
3.2. Veri toplama araçları.....	13
3.2.1. Sosyodemografik veri formu	13
3.2.2. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D).....	13
3.2.3. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI)	14
3.2.4. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ-A)	14

3.2.5. Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği (Rumi-Olumsuz) ..15	
3.2.6. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği (Rumi-Olumlu).....16	
3.2.7. Ruminatif tepki ölçeği kısa formu (RTÖ-KF)16	
3.3. İstatistiksel analiz.....17	
4. BULGULAR18	
4.1. Katılımcıların demografik özellikleri ile ilişkili bulgular18	
4.2. Çalışmada kullanılan ölçeklere ait güvenirlik katsayıları19	
4.3. SSRI tedavisi sonrası ölçek puanları arasındaki değişimler20	
4.4. SSRI tedavisi ile remisyona giren ve girmeyen olgular arasındaki karşılaştırmalar25	
4.5. Ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanların remisyona giren ve girmeyen olgular arasında karşılaştırılması.....26	
4.6. FOTÖ-A'dan elde edilen puanların remisyona giren ve girmeyen olgular arasında karşılaştırılması31	
5. TARTIŞMA34	
5.1. Remisyona giren ve girmeyen gruplarda ruminasyon ve FOTÖ-A ölçeklerindeki değişim35	
5.2. Sınırlılıklar.....39	
6. KAYNAKÇA41	
7. ÖZGEÇMİŞ49	
8. EKLER.....51	
8.1. Sosyo-Demografik Soru Formu.....51	
8.2. Hamilton Depresyon Ölçeği52	
8.3. Klinik Global İzlenim Ölçeği56	
8.4. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği.....57	
8.5. RUMİ-Olumlu63	
8.6. RUMİ- Olumsuz65	

8.7. Ruminatif Tepki Ölçeği-Kısa Formu	68
8.8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	69



KISALTMALAR

MD: Major Depresyon

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

RTÖ-KF: Ruminatif Tepki Ölçeği-Kısa Formu

FOTÖ-A: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Rumi-Olumlu: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

Rumi-Olumsuz: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

BYS: Bilişsel Yakalanma Sendromu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

KGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	18
Tablo 2: Çalışmada kullanılan ölçeklere ait güvenilirlik katsayıları.....	20
Tablo 3: Ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanların tedavi öncesi ve tedavi sonrası dönemleri arasında karşılaştırılması.....	21
Tablo 4: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinin toplam ve alt ölçek puanlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası dönemleri arasında karşılaştırılması.....	24
Tablo 5: Remisyona giren grup ve remisyona girmeyen olgular arasında yaş ve cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalar.....	26
Tablo 6: Ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanların remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasında karşılaştırılması.....	29
Tablo 7: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinden elde edilen puanların remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasında karşılaştırılması.....	32

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1: Ruminasyon tepki ölçeği ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları.....22
- Şekil 2: Ruminasyon tepki ölçeği, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları.....22
- Şekil 3: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları.....24
- Şekil 4: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları.....25
- Şekil 5: Remisyona giren ve remisyona girmeyen grubun tepki ölçeği ve olumsuz inanışlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları....30
- Şekil 6: Remisyona giren grup ve remisyona girmeyen grubun tepki ölçeği, olumsuz inanışlar ve olumlu inanışlar ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları.....30
- Şekil 7: Remisyona giren grup ve remisyona girmeyen grup için fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları....33
- Şekil 8: Remisyona giren grup ve remisyona girmeyen grup için fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları.....33

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı ilk kez major depresyon (MD) tanısı alan bireylerde seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) tedavisinin, ruminatif tepki, ruminatif inançlar ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine ayaktan başvuran, DSM 5 tanı ölçütlerine göre MD tanısı konan 110 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar SSRI tedavisini almadan önce ve başlangıçtan 2 ay sonra Hamilton depresyon ölçeği (HAM-D), klinik global izlem ölçeği (KGİ), ruminasyon tepki ölçeği-kısa formu (RTÖ-KF), ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği (RUMİ-Olumlu), ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği (RUMİ-Olumsuz) ve fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ-A) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada katılımcıların SSRI tedavisi sonrasında elde ettiği; RTÖ-KF alt ölçekler ve toplam, RUMİ-Olumsuz alt ölçekler ve toplam, RUMİ-Olumlu toplam, FOTÖ-A alt ölçekler ve toplam puanları tedavi öncesine göre anlamlı bir şekilde düşmüştür. İki ay sonunda HAM-D ve KGİ puanlarına göre, remisyona giren ve girmeyen olarak oluşturulan iki grup karşılaştırıldığında; RTÖ-KF alt ölçekler ve toplam, RUMİ-Olumsuz kontrol edilemezliği ve tehlikesi, RUMİ-Olumlu toplam, FOTÖ-A bağımsız tutum puanlarındaki düşme remisyona giren grupta anlamlı fazlaydı.

Sonuç: Depresyonda fonksiyonel olmayan tutumlar ve ruminasyonlar SSRI tedavisine zayıf yanıtla ilişkili olabilir. SSRI tedavisinin zayıf yanıt verdiği biliş alanları saptandığında, tedaviye bilişsel davranışçı terapi (BDT) eklenmesi depresyonun etkin tedavisi için faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: major depresyon, ruminasyon, fonksiyonel olmayan tutumlar, SSRI

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate whether treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) has an effect on ruminative response, ruminative beliefs and dysfunctional attitudes in individuals diagnosed with major depression (MD) for the first time.

Materials and Methods: 110 volunteer participants who applied to the psychiatry outpatient clinics of the SBU Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital and who were diagnosed with MD according to DSM 5 diagnostic criteria were included in the study. Participants were evaluated with the Hamilton depression rating scale (HDRS), clinical global impression scale (CGI), short version of ruminative response Scale (RRS), positive beliefs about rumination scale (PBRS), negative beliefs about rumination scale (NBRS), and dysfunctional attitude scale form A (DAS-A) before receiving SSRI treatment and 2 months after onset.

Results: In the study, RRS subscales and total, NBRS subscales and total, PBRS total, DAS-A subscales and total scores of the participants after SSRI treatment decreased significantly compared to before treatment. When the two groups formed according to the HAM-D and CGI scores at the end of two months were compared, the decrease in RRS subscales and total, NBRS uncontrollability and harm of rumination, PBRS total, DAS-A dependency scores were significantly higher in the group that was in remission.

Conclusion: Dysfunctional attitudes and rumination in depression may be associated with poor response to SSRI treatment. When cognitive domains with poor response to SSRI treatment are detected, adding cognitive behavioral therapy (CBT) to the treatment may be beneficial for effective treatment of depression.

Keywords: major depression, rumination, dysfunctional attitudes, SSRI

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major depresyon (MD) dünya üzerinde 350 milyon kişiden fazlasını etkilediği tahmin edilen ruhsal bir bozukluktur. Temel belirtileri ilgi kaybı, çökkün duygudurum, mutsuzluk, enerji kaybı, uyku ve iştah miktarında azalma, konsantrasyon eksikliği olarak değerlendirilebilir (1).

Yapılan araştırmalar her 15-20 kişinin hayatında en az bir kez MD dönemi yaşadığını göstermektedir. MD'nin prevalansı etnik köken, sosyo-ekonomik düzey, eğitim ve evlilik durumuna göre değişebilmektedir (2).

Dünya genelinde yapılan çalışmalara göre; MD hayat boyu ortalaması kadınlarda; %10-25, erkeklerde ise; %5-12 oranında görülmektedir (3). Kadınlarda görülen depresyonun erkeklere oranla daha uzun sürdüğü ve tekrarlanma riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı ve ihtiyarlık dönemleri depresyon oranları kadınlarda daha yüksek olup, ergenlik ve menopoz dönemleri arasında kadınların depresyona yatkınlığı erkeklere nazaran iki kat fazladır (4).

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ciddi düşüşe sebep olan MD'nin etiyolojisine dair basit bir cevap bulunmamaktadır. Yapılan pek çok çalışma MD'nin çoklu faktörün sebep olduğu bir hastalık olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu nedenlerin başında aile bireylerinde ruhsal bozukluk ya da depresyon bulunması gibi genetik faktörler, çocukluktaki travmatik yaşantılar, aile ve kişiler arası çatışmalar, kayıp ve yas, göç, iş kaybı, ekonomik güçsüzlükler gibi çevresel faktörler sayılabilir (5-9).

MD kişiler arası çatışmalar, öfke patlamaları, günlük yaşam aktivitelerinde aksaklıklar gibi sosyal problemlere, dikkat ve bellek problemlerine, planlama yapabilme ve problem çözme becerisinde azalma gibi bilişsel problemlere neden olabilir (10-13).

MD'nin sebep olduğu yıkıcı etkileri önleyebilmek için etkili bir şekilde tedavisi çok önemlidir. Mevcut tedaviler düşünüldüğünde en yaygın ve ilk sırada antidepresanlar gelmektedir (14) ve gün geçtikçe kullanımları artmaktadır (15). Yapılan araştırmalar antidepresanların MD'nin neden olduğu pek çok sosyal ve

bilişsel yıkımı eski düzeyi gibi yapmasada, özellikle bilişsel performansı iyileştirdiğini göstermektedir (16,17).

Son yıllarda bilişsel özelliklerden ruminatif düşünme ve fonksiyonel olmayan tutumlarının MD üzerindeki etkileri araştırılmaktadır. Ruminatif düşünce tarzı olan kişiler; kendileri ve gelecekleri hakkında daha kötümser düşünür, içinde buldukları olumsuz duruma daha fazla odaklanır ve dikkatlerini depresif duygu durumundan farklı bir yöne çekemezler. Dolayısıyla ruminasyonları, duygudurumlarını daha da kötüleştiren bilişsel bir süreç olarak depresyon gelişiminde önemli bir yer alır (18,19). Olumsuz yaşam olayları ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki etkileşimler ise kişinin kendisi, dış dünya ve gelecekle ilgili olumsuz düşüncelerini tetikleyerek depresif semptomlara neden olur (20). Bu nedenle depresyonun etiolojisine dair bilgilerimizi genişletmek için bu tür düşünce biçimlerini anlamak önemlidir. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı; ilk kez MD tanısı alan katılımcıların seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) tedavisi ile, ruminasyonlar ve fonksiyonel olmayan tutumlarının tedavi öncesi ve sonrası durumlarını kıyaslayarak incelemektir.

Bildiğimiz kadarıyla ilk kez MD tanısı alan bireylerde ruminasyonlar ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerinde SSRI tedavisinin etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. SSRI'ların MD gelişimi ve devam etmesinde rolü olan ruminasyonlar ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerine etkilerinin incelenmesi, MD'nin tedavisi, daha da önemlisi relapsların önlenmesi açısından faydalı olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

Depresif semptomlarla işlevsel veya işlevsel olmayan mekanizmalarla başa çıkma yöntemlerinin araştırılması ve bu mekanizmaların içeriğinin bilinmesi, depresyonun tedavisi ve relapsların önlenmesine ilişkin müdahalelerin geliştirilmesi açısından önemlidir.

2.1. Ruminasyonlar

Nolen Hoeksema (1999)'ya göre ruminasyon, mevcut semptomların yanı sıra bu semptomların olası nedenleri ve sonuçları hakkında tekrarlayan pasif bir düşünme şeklidir. Diğer bir deyişle bireyin pasif bir şekilde, belli bir duygu ve düşünce ile zihinsel olarak sürekli meşgul olma durumudur (21).

2.1.1. Tepki biçimleri kuramına göre ruminasyon

Ruminatif düşünme olumsuz duygulara ve düşüncelere odaklanan, sıkıntı ile başa çıkmanın işlevsel olmayan bir yoludur. Tepki biçimi teorisine göre (Response style theory) ruminasyon, depresif duyguduruma verilen bir tepki olarak ortaya çıkan "Neden böyle hissediyorum?", "Böyle düşünüyor olmak benimle ilgili ne söyler?" şeklinde depresif belirtiler ve bu belirtilerin anlamı, olası neden ve sonuçlarına odaklanan tekrarlayıcı düşüncelerdir (Depresif ruminasyon). Ruminatif süreçler bireyin dikkatini olumsuz duygulara odaklayarak, olumsuz düşünceleri daha belirgin hale getirir (22).

Diğer bir bakış açısına göre ise ruminasyon "Neden bu başıma geldi?" şeklinde depresif duygudurumun ortaya çıkmasından önce yaşanan olaylara verilen bir tepki olarak kabul edilir (Strese tepki olarak ruminasyon) (23).

Yapılan çalışmalara göre her iki ruminasyon da depresyonda çekirdek bilişsel yapı haline gelir ve ruminasyonlar depresif belirtileri artırırken; depresif belirtilerde ruminasyonları daha da kötüleştirir. Böylece iki değişken arasında döngüsel bir süreç başlar (23-25).

Bu kurama göre ruminasyonlar, bireyde görülen depresyon ve stresin şiddetinin artmasına ve sürmesine dört farklı biçimde neden olur.

1. Depresif belirtilerin başlangıcında bireyler ilk önce içinde bulunduğu duygu ve düşünceleri anlamlandırmaya çalışır. Bu süreçte depresif duygudurumdan tetiklenen düşünce ve yaşantılar, içinde bulunulan durum hakkında yapılan yorumların daha da karamsar olmasına neden olur. Bireyler olumsuz durumları zihinlerine daha sık getirir, genelleştirme, etiketleme, kişiselleştirme gibi bilişsel hataları daha sık yaparlar, olumlu durumları ise küçümserler.

2. Ruminasyonlar daha girici, istemsiz hale gelir ve otomatikleşmeye başlar, birey ruminasyonları baş etme stratejisi olarak görür, bu durum işlevsel problem çözme mekanizmalarına zarar verir.

3. İşlevsel mekanizmaların zayıflamaya başlaması ve olumsuz duygudurumu tetikleyen ruminasyonların artması, paralel olarak çözüm odaklı davranışlarda azalmaya yol açar. Depresif duyguduruma odaklanan bireylerin davranışsal aktivasyona dair motivasyonlarında azalma meydana gelir. Davranışsal aktivasyondaki azalmanın tedaviye uyumda azalmaya sebep olduğu gösterilmiştir (26).

4. Son olarak ruminatif düşünme, hataları tolere etme ve bağışlayıcılığın azalmasına neden olarak kişiler arası ilişkilerin zayıflamasına, sosyal destek mekanizmalarının azalmasına sebep olur ve depresif belirtilerin şiddetinin artmasına yol açar. Tüm bu döngü ile ruminatif düşünme olumsuz duygu ve düşünceleri sadece tetiklemez, aynı zamanda sürmesine ve şiddetlenmesine de sebep olur (22).

Tepki biçimleri kuramında ileri sürülen depresif ruminasyon, Ruminatif Tepki Ölçeği (RTÖ) ile değerlendirilmektedir.

2.1.2. Öz denetimli yürütücü işlevler kuramına göre ruminasyon

Tepki biçimleri teorisinden sonra Wells ve Matthews tarafından öz denetimli (düzenleyici) yürütücü işlevler teorisi ortaya sürülmüş ve ruminatif düşünce psikopatolojinin temel kaynağı olarak açıklanmıştır.

Bu teoride üç basamaklı bir yapıdan söz edilmektedir. Birinci basamakta uyaran-tepki şeklinde ortaya çıkan davranış örüntüleri bulunur. Bu kanıta dayalı

olmayan ve üzerine fazla zaman harcanmayan bir süreci ifade eder ki, ileride araştırmacılar bu basamağı otomatik dűőünce kavramına benzetmişlerdir. Daha sonra birey önemli bir uyarınlarla karşılaştığında denetleyici yönetim basamağı tetiklenir. Yapının son basamağında ise kendilik bilgisi denen aşama bulunur ve karşılaşılan problemlerle bařa çıkabilmek için denetleyici mekanizmanın kendilik bilgisine ihtiyaı olduğu ileri sürölür.

Tüm bu sistem içinde ruminasyonlar, “*benliğin mevcut durumu ile arzu edilen durum arasındaki farklılıkla bař etme stratejisi olarak ortaya çıkar*”. Özetle öz denetimli yürütücü işlevler kuramına göre ruminasyon; bilinçli ve kontrol edilebilir bir süreçken, ortaya çıkan otomatik dűőünceler bir reflekstir (27).

2.1.3. Üst bilişsel kurama göre ruminasyon

Olumsuz duygu ve dűőünceler çođu bireyde göröllebilen normal ve çoğunlukla geçici yaşantılardır. Psikolojik bozuklukların üstbilişsel kuramına göre duyarlılığı fazla olan bireylerin dikkatini herhangi bir belirti ya da onun sonuçları üzerine odaklaması olumsuz duygu ve dűőüncelerin devam etmesine ve tekrarlamasına neden olur, bu durum bilişsel yakalanma sendromu (BYS) olarak adlandırılır. BYS'nin tetiklenmesinden hatalı üstbilişler sorumludur (28,29).

Bireyin kendi dűőünceleri ile ilgili inançları “üstbiliřsel bilgi”, dűőüncelyi kontrol etmeye çalıřma gibi dűőünce süreçleri “üstbiliřsel düzenleme stratejileri” olarak adlandırılır. Üstbiliřsel kuramın temelini oluřturan kendini düzenleyen yönetici iřlevler modeline göre birey üstbiliřsel bilgi ve üstbiliřsel düzenleme stratejileri aracılıđı ile dűőüncelerine tepki verir ve bu dűőüncelerle bařa çıkma yöntemleri belirler (28). Bu süreçte rol oynayan üstbiliřlerin olumlu ve olumsuz olmak üzere iki türü bulunur. Olumlu üstbiliřler, ruminasyonların ve iřlevsel olmayan bařa çıkma davranıřlarının iře yaradıđına dair inanıřları kapsar. Olumsuz üstbiliřler ise olumlu üstbiliřleri takiben ortaya çıkar ve olumlu üstbiliřler nedeniyle devreye giren süreçlerin (örn: ruminatif dűőünceler) giderek kontrol edilemediđi için zarar verici etkileri olabileceđine iliřkin inanıřları içerir.

Her bozukluğın temelinde o bozukluğa özgü üstbilişler yatar. Depresyonun üstbilişsel modeline göre ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar depresif duyguduruma

bir tepki olarak ruminasyon yapma isteğini artırmakta, uzun süre devam eden ruminasyonlar ise ruminasyonların kontrol edilemez olduğuna ilişkin olumsuz üstbilişsel inanışları harekete geçirmektedir (29,30).

Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumlu) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumsuz) uluslararası yazında depresyona özgü üstbilişlerin incelenmesinde kullanılan temel veri toplama araçlarıdır (31).

2.1.4. Ruminasyonun etiyojisi

Nolen-Hoeksema (2004), ruminasyonun çocukluk dönemindeki istismar ve ebeveynlik tarzı ile şekillendiğini ileri sürmüştür (32). Yapılan bazı çalışmalar bu hipotez ile tutarlı sonuçlar vermiştir. Örneğin bir çalışmada aşırı kontrollü ebeveynlik tarzı, cinsel istismar öyküsü ve duygusal ihmalin ruminatif tepki biçimlerine aracılık ettiği saptanmıştır (33). Bu bulgu başka çalışmalar ile de desteklenmiştir (34,35).

Cinsiyetler arası farka bakıldığında ise; literatür kadınların erkeklere nazaran daha fazla ruminatif tepkilerinin olduğunu, ruminasyonun depresyondaki cinsiyet farklılığına aracılık ettiğini göstermektedir. Son bulgular ruminasyondaki bu cinsiyet farkının ergenlik başlangıcı ve somut düşünceden soyut düşünceye geçişte ortaya çıktığı yönündedir. (36). Özellikle artan ruminasyon, psikolojik ve sosyal stresörlere olumsuz tepki verme eğiliminde olan nörotisizm kişilik özelliği ile yüksek koreledir (37).

2.1.5. Ruminasyon ve depresyon ilişkisi

Yapılan pek çok çalışma ruminasyonun hem daha şiddetli depresif belirtilerin varlığının, hem de MD atakların başlangıcının yordayıcısı olduğunu göstermektedir (38-40). Örneğin Kuehner ve Weber (1999) tarafından yapılan bir araştırmada, MD'si olan hastalar ruminasyonları bakımından boylamsal yöntem ile incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre taburculuğundan 4 hafta sonra tepki stilleri (biçimleri) ölçeğinden (TSÖ) alınan puan yüksekliğinin, hangi hastaların depresyonunun nüksedeceğini ve semptom düzeylerini öngördüğü bulunmuştur (41).

Çalışmalar ruh halini ve psikopatolojiyi farklı şekillerde etkileyebilecek farklı türdeki ruminasyonlara işaret etmektedir (39,42). Örneğin Treynor ve arkadaşları (2003) depresyonla ilişkili iki farklı ruminasyon olduğunu belirtmektedir. Bunlardan ilki derin düşünme (reflective pondering), diğeri ise saplantılı düşünmedir (brooding). Saplantılı düşünme kendi kendine ve daha karamsar düşünme ile ilişkilidir (örn: “Bunu hak etmek için ne yaptım?”). Derin düşünme ise çok daha yapıcı ve problem çözmeye etkili işlevsel bir süreçtir (örn: “Duygularım hakkında düşünmek için sakin bir yere giderim”). Araştırmalardan elde edilen bulgular, saplantılı düşünmenin var olan depresyonla ve gelecekte oluşabilecek depresyonla ilişkili olduğunu, derin düşünmenin ise sadece mevcut depresyonla ilişkili olduğunu göstermektedir (42). Bunun nedeni her iki ruminasyonunda depresyon ile birlikte ortaya çıkması olabilir; ancak derin düşünme işlevsel olabilirken, saplantılı düşünme negatif düşünceleri ve olumsuz duygudurumu daha da güçlendirir (42).

Benzer şekilde depresyonda olan, depresyonun remisyona döneminde olan, sosyal açıdan endişeli olan bireyler ve sağlıklı kontroller üzerine RTÖ ile yapılan bir araştırmada, MD’si olan bireylerin saplantılı düşünme puanları diğer tüm alt gruplardan yüksek bulunmuştur (43).

Derin düşünme ve saplantılı düşünme düzeyleri RTÖ ile değerlendirilmektedir.

2.1.6. Depresyondaki ruminasyonun klinik tedavisi

MD’de ruminasyonun rolünün anlaşılması ile birlikte, bazı yaklaşımlar doğrudan ruminasyonlarla çalışan modeller geliştirmiştir. Pyszczynski ve Greenberg (1987) terapinin önemli bir amacının, kendi kendine depresif ve kötümser yönde olan odaklanma biçimlerinin ortadan kaldırılması olduğunu ileri sürmüşlerdir (44). Ruminasyonları hedefleyen terapiler arasında davranışsal aktivasyon yaklaşımı (45); ruminasyon odaklı bilişsel davranışçı terapi (46), farkındalık eğitimleri (47); farkındalık temelli bilişsel terapi (48) sayılabilir.

Davranışsal aktivasyon, depresyondaki insanların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşamları ile yeniden etkileşime girmelerine yardımcı olan davranışsal bir

yöntemdir (49). Bu yöntemde göre ruminasyon, insanların günlük aktivitelerine ve çevrelerine tam olarak katılmalarını önleyen kaçınma davranışı olarak tanımlanır (50). Yapılan pek çok çalışma davranışsal aktivasyonun depresyon üzerinde etkili olduğunu gösterse de, bu yöntemin ruminasyonları azalttığına dair doğrudan kanıtlar yetersizdir.

Ruminasyon odaklı bilişsel davranışçı terapi ise, ruminatif düşünmeyi hedefleyen bir dizi müdahaleyi içerir (46). Temel olarak bu yöntem ruminasyonun bağlamını ve işlevini tanımayı, anlamayı ve yerine işlevsel düşünce biçimlerini koymayı amaçlamaktadır. Depresyonu olan vakalarla yapılan bir çalışmada, ruminasyon odaklı bilişsel davranışçı terapinin, depresyonu önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir (51).

Farkındalık eğitimi/meditasyonunun ruminasyonları azalttığı öne sürülmüştür (52,53). Farkındalık temelli meditasyon ile bekleme listesinin (tedavi almayan grubun) karşılaştırıldığı çalışmada, depresyonu olan bireylerin farkındalık temelli meditasyon ile duygusal semptomlarında ve işlevsel olmayan inançlarında azalma olduğu görülmüştür (54). Randomize kontrollü başka bir çalışmada ise farkındalık eğitiminin ruminatif düşünceleri azalttığı saptanmıştır (53).

Ruminasyonlara dair bilişsel müdahalelerin yanında, psikotrop ilaçların ruminasyon ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (55,56). Yapılan ilk çalışmalardan birinde sorun çözme terapisinin antidepresanlara göre ruminasyonlardaki etkisi incelenmiş ve iki tedavi yönteminin ruminasyonların gerilemesinde birbirine üstünlüğü olmadığı ve iki yönteminin de ruminasyonları azalttığı gösterilmiştir (55).

Depresyonda olan 26 ergen katılımcı ile yapılan bir çalışmada sadece SSRI alan katılımcılarla, SSRI+bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanan katılımcılar ruminasyonları açısından 28 hafta sonra değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre SSRI tedavisi alan grubun başlangıç zamanına göre ruminasyonlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma görülürken; SSRI+BDT tedavisi alan gruptaki gerileme, ilk gruba göre daha fazla olmuştur (56).

Yine ruminasyon, düşünce-eylem kaynaşması ve obsesif düşüncelerin değerlendirildiği, obsesif kompulsif bozukluğu olan katılımcıların dahil edildiği iki çalışmada, SSRI tedavisinin depresyonla ilişkili obsesif inanç ve düşünceleri anlamlı olarak azalttığı gösterilmiştir (57,58).

2.2. Fonksiyonel olmayan tutumlar

Bilişsel modele göre kişide MD oluşmasında kalıtımsal, biyolojik ve çevresel faktörler önemli bir rol oynarken, depresif duygudurumun devam etmesinde ise bireyin düşünce yapısının ve olaylara bakış açısının çok önemli bir rolü bulunmaktadır (59).

Depresyonlu bireylerin düşünme tarzları bilişsel üçlü adı verilen, bireyin kendine, dünyaya ve geleceğe ilişkin olumsuz otomatik düşünce yapılarından oluşur (60). Bilişsel üçlünün oluşmasındaki ilk basamak, bireyin kendisini olumsuz bir biçimde değerlendirmesi; yetersiz, değersiz, beceriksiz ve istenmeyen kişi olduğunu düşünmesidir. İkinci basamakta yaşantılarını olumsuz olarak değerlendirir. Üçüncü aşamada ise geleceğe yönelik olumsuz beklentiler oluşur (61).

Bireyin kendini ve yaşadığı çevreyi algılama biçimi, kişilik yapısının gelişimi ve ruh sağlığı üzerinde olumlu ve olumsuz etkilere sahiptir. Birey olayları algıladığı biçimiyle tepkide bulunur, yanlış algılama ve yorumlamalar bireyin akılcı olmayan inançlar geliştirmesine neden olabilir. Bu işlevsel olmayan tutumlar oluşuktan sonra kişinin hayatını etkilemeye devam edebilir (62).

Fonksiyonel olmayan tutumlar tıpkı ruminasyonlar gibi depresyonun gelişiminde ve sürmesinde etkisi olan önemli faktörlerin arasında gelmektedir (63). Fonksiyonel olmayan tutumlar kişinin hayatını yönlendiren, yaşamının devamında elde edeceği yeni deneyimlerle değişmesi zor olan, aşırı genelleşmiş, katı ve uygunsuz kurallar olarak tanımlanır ve depresyon için yatkınlaştırıcı olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (61,64,65). Örneğin erken dönem çalışmalarından birinde, remisyonun kısa bir süre sonra ölçülen fonksiyonel olmayan tutum düzeyinin bir sonraki depresif semptom şiddeti ile doğru orantılı ilişki gösterdiği bulunmuştur (66).

Buradan hareketle bazı araştırmacılar fonksiyonel olmayan tutumların tedavisine öncelik vermektedir. Dobson ve Breiter (1983) fonksiyonel olmayan tutumların depresyon tedavisine verilen yanıtın yordayıcısı olduğu saptanmıştır (67). Fonksiyonel olmayan tutumların seviyesi depresyonu olan bireylerde, ötimik bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (68). Kronik depresyonu olan bireylerin fonksiyonel olmayan tutum düzeylerinin tedavi sonrasında dahi, kronik depresyonu olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (69,70). Beck ve arkadaşları (1979) fonksiyonel olmayan tutum düzeylerindeki bireysel farklılıkların depresyon tedavisindeki yanıtı öngördüğünü varsaymaktadır (61). Pek çok çalışma fonksiyonel olmayan tutum düzeyleri yüksek olan bireylerin ilaç ve psikoterapiye düşük yanıt verdiğini göstermektedir (67,71). Açıklanan tüm bulgulardan hareketle bazı yazarlar, fonksiyonel olmayan tutumların depresyon tedavisinin de yordayıcısı olduğunu ileri sürmektedir (72).

Ancak fonksiyonel olmayan tutumların depresyon tedavisi için aracı/yordayıcı olup olmadığını inceleyen çalışmalar sınırlı olup sonuçları da birbirleri ile çelişmektedir. Örneğin Bockting ve arkadaşları (2006) bir çalışmada fonksiyonel olmayan tutum düzeyinin depresyon tedavisine yanıtı değiştirmediğini öne sürmüşlerdir (73).

Yine Miller ve arkadaşları tarafından (1990) kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada fonksiyonel olmayan tutumları, bilişsel yanlılık düzeyleri yüksek ve düşük olan depresyon hastalarının bir kısmına farmakoterapi, bir kısmına ise farmakoterapi ve BDT uygulanmıştır. 20 hafta sonra yapılan değerlendirmede, farmakoterapi ve BDT'yi birlikte alan katılımcıların her iki koşulda da (bilişsel defisit yüksek ve düşük), sadece farmakoterapi alanlara göre daha düşük ölçek puanları aldıkları gözlenmiştir. Ancak yazarlar tedavinin sonunda fonksiyonel olmayan tutumları düşük olan bireylerin sadece farmakoterapi ve kombine tedavilere eşit derecede yanıt verme eğiliminde olduğunu, aslında düşük fonksiyonel olmayan tutumları olan hastalara psikoterapi eklenmesinin süreci yavaşlattığını belirtmektedirler. Benzer şekilde fonksiyonel olmayan tutumları düşük olan grubun, hastaneden taburcu olurken diğer gruba göre daha yüksek depresyon seviyesi gösterdiğini bulmuşlardır. Bu yüzden yazarlar fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili

araştırmalarda, yüksek ve düşük düzey tutumları olan bireylerin birbirinden ayrılması gerektiğini belirtmektedir (74).

Fonksiyonel olmayan tutumların iki düzey olarak birbirinden ayrıldığı başka bir çalışmada katılımcılara; 16 hafta boyunca kişiler arası psikoterapi, BDT, imipramin tedavisi ve plasebo uygulanmıştır. Araştırmanın sonunda dört grupta da fonksiyonel olmayan tutumların, düşük veya yüksek düzey farketmeksizin tedavi için aracı bir değişken olduğu saptanmıştır (75).

Benzer şekilde Shankman ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan başka bir çalışmada, depresyon hastaları faz 1 ve faz 2 tedavi olmak üzere ayrılmıştır. Faz 1 aşamasında katılımcılar 12 hafta boyunca sadece antidepresan tedavi ile izlenmiş ve sonunda fonksiyonel olmayan tutumları değerlendirilmiştir. Eğer hastalarda faz 1 sonunda iyileşme görülmemişse faz 2 seçeneğine devam edilmiştir. Faz 2’de, hastaların bir kısmına sadece antidepresan tedavi, bir kısmına antidepresan+kısa destekleyeci psikoterapi, bir kısmına ise antidepresan+BDT uygulanmış, tedavilerin uygulama süresi belirtilmemiştir. Çalışmanın sonunda faz 1’de fonksiyonel olmayan tutumları yüksek olan katılımcıların puanlarının, düşük olan katılımcılara göre daha belirgin düştüğü gözlenmiştir; ancak faz 2’ye doğru iki grupta da fonksiyonel olmayan tutum puanları birbirini dengelemiştir. Faz 2’de ise fonksiyonel olmayan tutum düzeyleri yüksek olan katılımcılarda iyileşme görülürken, düzeyleri düşük olan katılımcılarda iyileşme görülmediği gözlenmiştir. Yazarlar buradan hareketle kronik depresyon tedavisi ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişkinin karmaşık olduğu, fonksiyonel olmayan tutum düzeyi yüksekliğinin tedaviye daha iyi yanıtla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (72).

2.3. Araştırmanın hipotezleri

Yukarıda ayrıntılı olarak sunulan literatür incelemesinden hareketle araştırmanın ana hipotezi aşağıdaki gibidir

H₁: İlk kez MD tanısı alan bireylerde SSRI tedavisinin ruminasyon ölçekleri ve fonksiyonel olmayan tutumlar leğinden alınan puanlar üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₂: Remisyona giren ve girmeyen katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası ruminasyon ölçeklerinden aldığı puanlar arasında anlamlı fark vardır.

H₃: Remisyona giren ve girmeyen katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinden aldığı arasında anlamlı fark vardır.

H₄: Remisyona giren ve girmeyen katılımcılar arasında yaş bakımından anlamlı fark vardır.

3. YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmaya Haziran 2019 ile Aralık 2019 tarihleri arasında SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, katılım konusunda onam veren, araştırmaya alınma ölçütlerine uygun, HAM-D puanı 16 ve üstü, KGİ puanı 3 ve üstü olan ve DSM 5 tanı kriterlerine göre ilk atak MD tanısı konan 110 gönüllü katılımcı dahil edildi. Araştırma öncesinde SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'undan 22.05.2019 tarihinde 2011-KAEK-25 2019/05-10 protokol kodu ile onam alındı. Katılımcılar SSRI tedavisini almadan önce ve tedavi başlangıcından 2 ay sonra; hamilton depresyon ölçeği (HAM-D), klinik global izlem ölçeği (KGİ), ruminasyon tepki ölçeği-kısa formu (RTÖ-KF), ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği (RUMİ-Olumlu), ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği (RUMİ-Olumsuz) ve fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ-A) ile değerlendirildi. Testler tek oturumda, randomize edilen bir sıralama ile verildi. Naturalistik biçimde sertralin, paroksetin, fluoksetin, essitalopram tedavisi verilen hastalar 1 ay sonra görüşmeye çağırıldı. Tedaviye devam etmeyen 21 hasta çalışma dışı kaldı. Rutin tedavi sürdürülen 89 hastanın 17'sinde 1. ay sonunda klinik duruma göre bir üst doza geçilmesi gerekti. 2. ay sonu ölçeklerinde HAM-D puanı 7 ve altı gelenler remisyon olarak kabul edildi.

Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

- 18-65 yaş arası olmak,
- İlk kez MD tanısı almış olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek şeklindedir.

Bunlara ek olarak;

- Hamilton depresyon ölçeği puanının 16 ve üstü olması,
- Klinik global izleme ölçeği puanının 3 ve üstü olması çalışmaya dahil edilme kriterleri arasındadır.

Araştırmadan dışlama kriterleri ise şu şekildedir:

- Zihinsel yeti yitimi varlığı,
- Alkol ve madde kötüye kullanımı olması,
- Ciddi nörolojik bozukluklar (Parkinson vs.) varlığı,
- Şizofreni veya benzeri psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluk veya benzeri duygudurum bozukluklarının olması,
- Etkili bir doğum kontrolü uygulamayan doğurganlık çağında olan kadınlar, gebeler ve emzirme dönemindeki hastalar,
- Kişilik bozukluğu eş tanısının olması,

3.2. Veri toplama araçları

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Bu formda genel olarak katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik bilgileri; katılımcının ve ailesinin psikiyatrik öyküsü ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Demografik veri formu araştırma hipotezi çerçevesinde araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Veri formunun tamamı Ek-2’de verilmiştir.

3.2.2. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Hamilton ve Williams (76) tarafından geliştirilmiştir. Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer, tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır.

Çalışmamızda 17 maddelik ölçek kullanılmıştır. 0-4 arasında puanlanarak en yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını (ya da tedavi sonrası remisyonu), 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (77).

3.2.3. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI)

Psikiyatrik bozuklukların klinik seyrini değerlendirme amaçlı olarak Guy ve arkadaşları (1976) tarafından geliştirilmiştir. Her yaştaki hastalara uygulanabilen üç boyutlu bir ölçektir (78). Hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki olmak üzere 3 bölümden oluşur. İlk bölümü (Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti) ölçek doldurulduğu sıradaki hastalık şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1: Normal, hasta değil, 2: Ruhsal hastalık sınırda, 3: Hafif derecede hasta, 4: Orta derecede hasta, 5: Belirgin derecede hasta, 6: Şiddetli derecede hasta, 7: En ağır derecede hasta. İkinci bölümü (Klinik Global İzlenim-Düzelme) hastanın çalışmanın başından itibaren ne kadar değiştiğini 1 ile 7 puan arasında değerlendirmeye yarar; 1: Çok fazla iyileşti, 2: Oldukça iyileşti, 3: Minimal iyileşme, 4: Değişiklik yok, 5: Minimal kötüleşme, 6: Oldukça kötüleşti, 7: Çok fazla kötüleşti. Ölçeğin üçüncü bölümü ise Klinik Global İzlenim-Yan Etki bölümüdür, 4 puan üzerinden değerlendirilir, çalışmada kullanılmamıştır.

3.2.4. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ-A)

Depresyonla ilişkili fonksiyonel olmayan bilişsel özellikleri ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek, Weissman ve Beck (1978) tarafından geliştirilmiştir (79). Depresif duygudurumu ile ortaya çıkan olumsuz biliş ve şemaları değerlendirmektedir. Başta 100 maddelik bir form olarak hazırlanan ölçek daha sonra yapılan çalışmalar sonucunda 40'ar maddelik iki form şeklini almıştır. Hiç katılmıyorum, 1 puan ile tümüyle katılıyorum, 7 puan arasında puanlanan öz-bildirim ölçeğidir (79).

Ölçeğin Türk örneğine standardizasyonu Şahin ve Şahin (1992) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır (80).

Ölçeğin iç tutarlılık yöntemleri ile güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. Daha sonra Savaşır ve Şahin (1997) ölçeğin A formunun güvenilirlik ve geçerliliğini tekrarlamışlardır (81). Yapılan faktör analizine göre ölçeğin dört alt ölçekten oluştuğu bulunmuştur. Dört alt ölçek ve bu faktörlerin değerlendirildiği maddeler aşağıda belirtilmiştir.

Mükemmeliyetçi tutum: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 26, 31, 33,

Onaylanma ihtiyacı: 19, 21, 22, 23, 27, 28, 32, 34, 38, 39, 40,

Bağımsız tutum: 2, 12, 17, 18, 24, 35,

Değişken tutum: 6, 29, 30, 36, 37,

Aynı zamanda 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37 ve 40 numaralı maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması, bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının daha sık olduğu anlamına gelmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 40, en yüksek puan ise 280'dir.

3.2.5. Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği (Rumi-Olumsuz)

Depresyonla ilişkili üstbilişlerin incelenmesi amacıyla Papageorgiou ve Wells (2001) tarafından geliştirilen ölçek, Yılmaz (2014) ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (82,83). Ölçek temelde kendini değerlendirme ölçeği şeklinde geliştirilmiş olup toplamda 13 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 1 ile 4 puan arasında sırasıyla "Hiç katılmıyorum", "Biraz katılıyorum", "Oldukça Katılıyorum" ve "Tamamen katılıyorum" şeklinde derecelenmektedir. Ölçekten alınan puanlar, katılımcının ruminasyon yapmanın dezavantajlarına odaklanan olumsuz üstbilişsel inançlarını ifade etmektedir.

Ölçek toplam iki faktörden oluşmaktadır. Bunlardan ilki RUMİ-Olumsuz 1'dir. Bu alt ölçek ruminasyonların kontrol edilemez ve zararlı olduğuna ilişkin üstbilişsel inançları değerlendirmekte, toplamda 8 maddeden oluşmaktadır. RUMİ-Olumsuz 2 alt ölçeği ise 5 maddeden oluşmakta olup, ruminasyonların sosyal ve kişilerarası sonuçlarına ilişkin üstbilişsel inançları değerlendirmektedir.

Ölçeğin orijinal çalışmasında açıklanan varyans %66,4; cronbach alfa içtutarlılık katsayısı birinci alt ölçek için 0.80, ikinci alt ölçek içinse 0.84 olarak bulunmuştur.

Türkçe standardizasyon çalışmasında ise klinik olmayan örneklem üzerinde yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda açıklanan varyans %46,4; cronbach alfa güvenilirlik katsayısı birinci alt ölçek için 0.78, ikinci alt ölçek için 0.74 olarak bulunmuş, ölçek toplam iç tutarlılık katsayısı ise 0.83 olarak hesaplanmıştır.

RUMİ-Olumsuz 1 alt ölçeği sırasıyla 1, 2, 3, 6, 9, 11 numaralı maddelerden, RUMİ-Olumsuz 2 alt ölçeği ise 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13 numaralı maddelerden oluşmaktadır.

3.2.6. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği (Rumi-Olumlu)

RUMİ-Olumlu Papageorgiou ve Wells (2001) tarafından, kişilerin ruminasyon yapmanın faydalarına ilişkin olumlu üstbilişsel inançlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (84). Her bir madde 1 ile 4 puan arasında sırasıyla “Hiç katılmıyorum”, “Biraz katılıyorum”, “Oldukça Katılıyorum” ve “Tamamen katılıyorum” şeklinde öz bildirimine dayalı olarak derecelenmektedir. Ölçek tek faktör yapısı göstermekte olup iç tutarlılığı orijinal çalışma için 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe standardizasyonu ve uyarlaması Esin Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmış, Türkçe formu için iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (83).

3.2.7. Ruminatif tepki ölçeği kısa formu (RTÖ-KF)

RTÖ'nin 21 maddelik uzun formu Nolen-Hoeksema ve Morrow (1991) tarafından oluşturulmuş, sonrada depresif belirtilerle örtüştüğü eleştirisine maruz kalan maddelerin çıkarılmasıyla geliştirilen 10 soruluk kısa halinin standardizasyonu Treynor ve arkadaşları tarafından (2003) yapılmıştır (85,86). Bireylerin ruminatif başa çıkma biçimini ne derece kullandığını değerlendirir. RTÖ-KF iki alt faktör yapısında olup iç güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak raporlanmıştır. Türkiye örneğine adaptasyon çalışması ise Erdur-Baker ve Bugay (2010) tarafından

yapılmış olup, derin düşünme ve saplantılı düşünme alt ölçeklerinin her biri için 0.58 iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Ölçek toplam puan iç güvenilirlik katsayısı ise 0.72'dir (87).

3.3. İstatistiksel analiz

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler medyan (minimum:maksimum) ve ortalama±standart sapma değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise n (%) ile ifade edilmiştir. Normallik testi sonucuna göre çalışmada kullanılan Ruminasyon ve FOTÖ-A ölçeklerinden tedavi başlangıcında ve tedavi sonrasında elde edilen puanlar, eşleştirilmiş t testi ya da Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Remisyona giren ve girmeyen vakalar arasında yapılan karşılaştırmalarda ise bağımsız çift örneklem t-testi, Mann Whitney U testi ve Pearson ki-kare testleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ruminasyon ölçekleri ve FOTÖ-A ölçeğinin iç tutarlıkları Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların demografik özellikleri ile ilişkili bulgular

Çalışmaya toplam 89 katılımcı dahil edilmiştir. Bu katılımcıların %73'ü kadın geri kalanı erkektir. Yaş ortalaması 32 (18-59) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %23.60'ı (n=21) ilköğretim mezunu, %38.20'si (n=34) lise mezunu ve %38.20'si (n= 4) üniversite mezunudur. Katılımcıların %32.60'ı (n=29) çalışmaktadır.

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında ise %42.70'inin bekar (n=38), %48.30'unun (n=43) evli olduğu bilgisi alınmıştır.

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler	n=89
Cinsiyet	
<i>Kadın</i>	65(%73)
<i>Erkek</i>	24(%27)
Medeni Durum	
<i>Bekar</i>	38(%42.70)
<i>Evli</i>	43(%48.30)
<i>Boşanmış &Dul</i>	8(%9)
Eğitim Süresi (yıl)	12(5:17)
Eğitim	
<i>İlköğretim</i>	21(%23.60)
<i>Lise</i>	34(%38.20)
<i>Yüksekokul</i>	34(%38.20)
Meslek	
<i>Ev kadını</i>	29(%32.60)
<i>Serbest meslek</i>	20(%22.50)
<i>Öğrenci</i>	18(%20.20)
<i>İşsiz</i>	13(%14.60)
<i>Memur</i>	9(%10.10)

Veriler medyan(minimum:maksimum) ve n(%) olarak verilmiştir

4.2. Çalışmada kullanılan ölçeklere ait güvenilirlik katsayıları

Bu çalışmanın analizinde hipotez testlerinden önce, çalışmada kullanılan ölçeklerin bizim örnekleminiz için güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Veri toplama araçları bölümünde her bir ölçek için orijinal çalışma ve Türkçe standardizasyonu çalışmasındaki faktör ve güvenilirlik analizlerine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Bizim çalışmamız için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı RTÖ-KF toplam için 0.779, RUMİ-Olumsuz tüm ölçek güvenilirliği 0.889, RUMİ-Olumlu tüm ölçek güvenilirliği 0.853 ve FOTÖ-A tüm ölçek güvenilirliği 0.851 olarak bulunmuştur. Nunnally'e (1978) göre cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.70'in üzerinde olması yeterlidir. Buna göre bu çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları düşünüldüğünde ölçeklerin tüm ölçek güvenilirliği açısından yeterli olduğuna karar verilmiştir (88).

Alt ölçeklerin güvenilirliğine bakıldığında ise FOTÖ-A ölçeğinin bağımsız tutumlar ve değişken tutumlar alt ölçekleri için güvenilirlik katsayılarının sırasıyla 0.372 ve 0.488 olduğu görülmüştür. FOTÖ-A alt ölçek ve toplam puanlarının güvenilirlik katsayıları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Çalışmada kullanılan ölçeklere ait güvenirlik katsayıları

	Cronbach Alfa (α)
Ruminasyon Ölçekleri	
RTÖ-KF	0.779
<i>Derin Düşünme</i>	0.688
<i>Saplantılı Düşünme</i>	0.737
RUMİ-Olumsuz	0.889
<i>Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi</i>	0.783
<i>Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçlar</i>	0.815
RUMİ-Olumlu	0.853
FOTÖ-A	
<i>Mükemmelci Tutum</i>	0.828
<i>Onaylanma İhtiyacı</i>	0.725
<i>Bağımsız Tutum</i>	0.372
<i>Değişken Tutum</i>	0.488
<i>RTÖ-KF: Ruminatif Tepki Ölçeği-Kısa Formu</i>	
<i>RUMİ-Olumsuz: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği</i>	
<i>RUMİ-Olumlu: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği</i>	
<i>FOTÖ-A: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği</i>	

4.3. SSRI tedavisi sonrası ölçek puanları arasındaki değişimler

Katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası RTÖ-KF, RUMİ-Olumsuz ve RUMİ-Olumlu ölçeklerinden aldığı puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığı Wilcoxon işaretli sıralar testi ile bakılmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeklerin tamamında, tedavi öncesi ve sonrası ölçek alt boyutlarından elde edilen puanlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre RTÖ-KF alt ölçekleri ile RUMİ-Olumsuz ölçeğinin kişiler arası ve sosyal sonuçlar alt ölçeğinde,

katılımcıların tedavi öncesine göre puanlarında belirgin bir düşüş olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde toplam ölçek puanlarında tedavi öncesine göre azaldığı görülmüştür.

RUMİ-Olumlu ölçeği puanlarına bakıldığında ise diğer sonuçlara benzer olarak katılımcıların tedavi sonrası ölçek puanlarında gerileme olduğu saptanmıştır.

RUMİ-Olumsuz ölçeğinin kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt ölçeğinde ise katılımcıların tedavi sonrası aldığı puanlar tedavi öncesine göre artmıştır.

Ruminasyon ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası dönemlerde uygulanmasıyla elde edilmiş olan medyan, minimum, maksimum ve anlamlılık değerleri tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 3: Ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanların tedavi öncesi ve tedavi sonrası dönemleri arasında karşılaştırılması

Ruminasyon Ölçekleri	Alınan Puan		P
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	
RTÖ-KF			
<i>Derin Düşünme</i>	12(7:20)	8(5:18)	<0.001
<i>Saplantılı Düşünme</i>	15(9:20)	10(5:20)	<0.001
<i>Toplam</i>	27(17:39)	18(11:34)	<0.001
RUMİ-Olumsuz			
<i>Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi</i>	10(6:24)	14(6:22)	<0.001
<i>Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçlar</i>	13(7:26)	10(7:25)	<0.001
<i>Olumsuz Toplam</i>	31(15:48)	25(13:43)	<0.001
RUMİ-Olumlu			
<i>Toplam</i>	24(9:36)	20(9:36)	<0.001

RTÖ-KF: Ruminatif Tepki Ölçeği-Kısa Formu

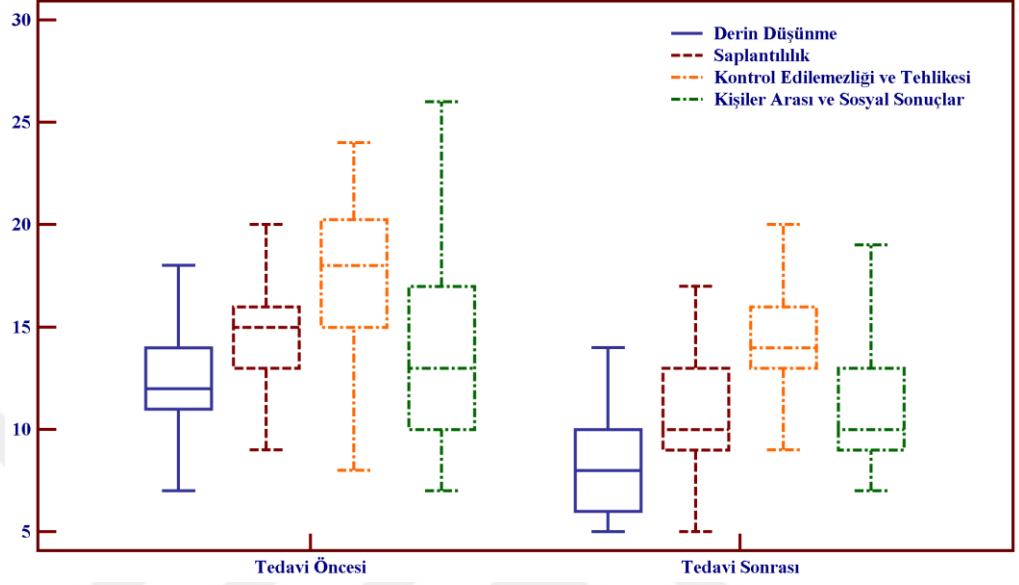
RUMİ-Olumsuz: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

RUMİ-Olumlu: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

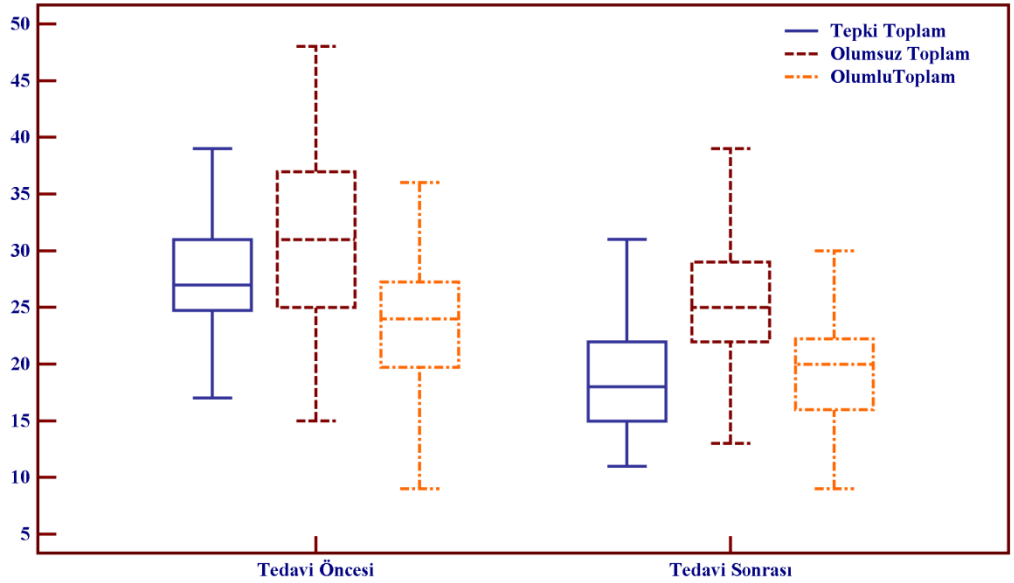
Veriler medyan(minimum:maksimum) değerleri ile raporlanmıştır.

a: Wilcoxon işaretli sıra testi

Katılımcıların RTÖ-KF ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinden elde edilen alt ölçek puanlarına ilişkin tedavi öncesi ve sonrası puan değişimleri Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1: Ruminatif tepki ölçeği ve ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları



Şekil 2: Ruminatif tepki ölçeği, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları

Katılımcıların RTÖ-KF, RUMİ-Olumsuz ve RUMİ-Olumlu ölçeklerinden elde edilen toplam ölçek puanlarına ilişkin tedavi öncesi ve sonrası puan değişimleri Şekil 2’de gösterilmiştir.

Ruminasyon ölçeklerinde olduğu gibi, katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası dönemlerinde FOTÖ-A’dan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Elde edilen 4 alt ölçek ve toplam puanlar için analizler ayrı ayrı yapılmıştır. Tedavi öncesi ve sonrası dönemleri arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla eşleştirilmiş örneklem için t testi yapılmıştır. Yapılan t testi sonucuna göre ölçek puanları bakımından tedavi öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcıların tedavi sonrasında mükemmeli tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve toplam ölçek puanlarında tedavi öncesine göre anlamlı olarak düşüş gösterdiği görülmüştür (sırasıyla $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$).

Benzer şekilde değişken tutum alt ölçeği için tedavi öncesi ve sonrası fark olup olmadığı test edilmiştir. Değişken tutum alt ölçeğinden elde edilen veriler normal dağılıma uygunluk göstermediği için Wilcoxon işaretli sıra testi yapılmıştır. Yapılan Wilcoxon işaretli sıra testi sonucuna göre katılımcıların tedavi sonrasında elde ettiği puanlar tedavi öncesine göre anlamlı bir şekilde düşmüştür ($p < 0.001$).

FOTÖ-A’nın tedavi öncesinde ve tedavi sonrasındaki dönemde uygulanmasıyla elde edilmiş olan toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları Tablo 4’de gösterilmiştir. FOTÖ-A’dan elde edilen alt ölçek ve toplam puanlarına ilişkin tedavi öncesi ve sonrası puanlar ise sırasıyla Şekil 3 ve Şekil 4’de gösterilmiştir.

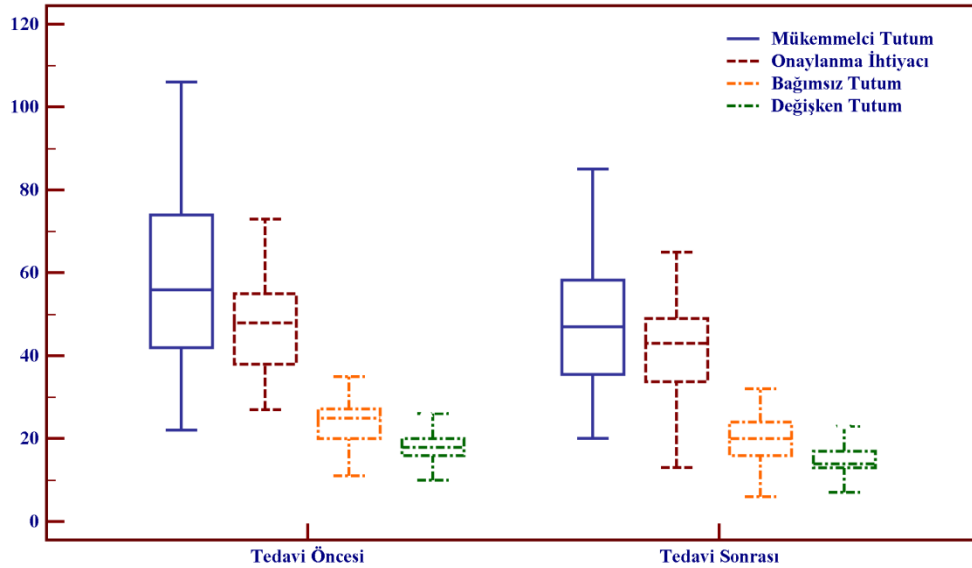
Tablo 4: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası dönemleri arasında karşılaştırılması

FOTÖ-A	Alınan Puan		p
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	
<i>Mükemmelci Tutum</i>	58.33 ± 19.53 (22:106)	47.89 ± 16.66 (20:96)	<0.001 ^b
<i>Onaylanma İhtiyacı</i>	47.52 ± 11.23 (27:73)	41.69 ± 10.14 (13:65)	<0.001 ^b
<i>Bağımsız Tutum</i>	23.57 ± 5.24 (11:34)	19.33 ± 5.51 (6:32)	<0.001 ^b
<i>Değişken Tutum</i>	18 (10:30)	14 (7:26)	<0.001 ^a
Toplam	147.70 ± 33.38 (87:223)	124 ± 30.99 (49:207)	<0.001^b

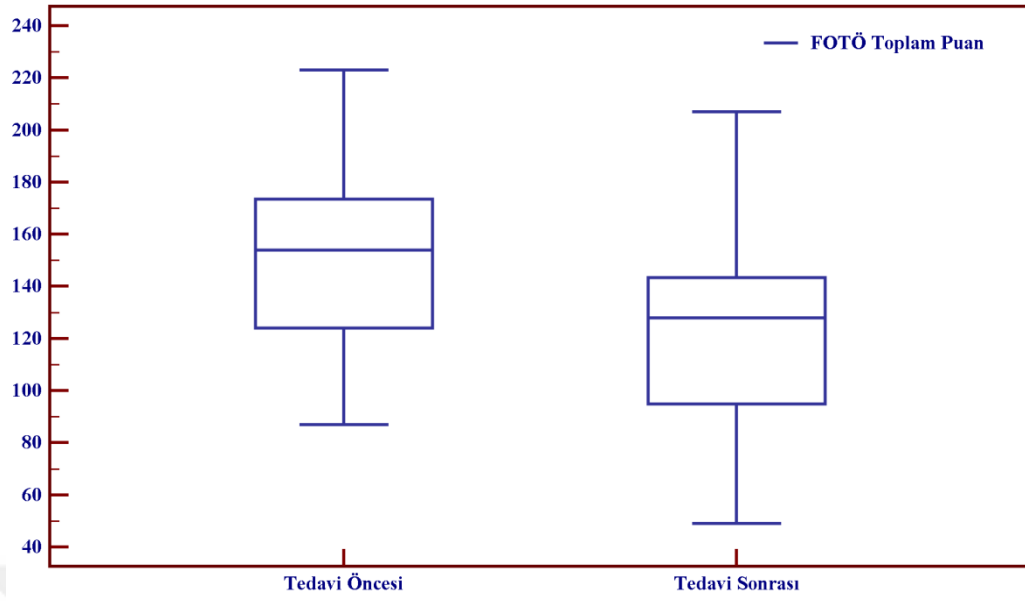
FOTÖ-A: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Veriler ortalama±standart sapma (minimum: maksimum) ve medyan (minimum:maksimum) değerleri ile raporlanmıştır

a: Wilcoxon işaretli sıra testi, b: Eşleştirilmiş örneklem için t-testi



Şekil 3: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları



Şekil 4: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları

4.4. SSRI tedavisi ile remisyona giren ve girmeyen olgular arasındaki karşılaştırmalar

Araştırma sırasında SSRI tedavisi ile remisyona giren ve girmeyen katılımcılar hem demografik özellikler açısından hem de klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre iki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmaz iken; yaş bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre remisyona giren katılımcıların yaş ortanca değeri (Mdn= 28.50); remisyona girmeyen grubun yaş ortanca değerine (Mdn= 36) göre daha küçüktür. İki gruba ait medyan, minimum ve maksimum değerleri ile anlamlılık değerleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 5: Remisyona giren ve girmeyen olgular arasında yaş ve cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalar

	Remisyon		p
	Var (n=54)	Yok (n=35)	
Yaş (yıl)	28.50(18:59)	36(18:58)	0.012 ^c
Cinsiyet			
Kadın	39(%72.20)	26(%74.30)	0.830 ^d
Erkek	15(%27.80)	9(%25.70)	

Veriler medyan (minimum:maksimum) ve n(%) değerleri ile raporlanmıştır
c: Mann Whitney U Testi, d: Pearson Ki-Kare Testi

4.5. Ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanların remisyona giren ve girmeyen olgular arasında karşılaştırılması

Bir sonraki aşamada remisyona giren ve girmeyen katılımcılar ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Tablo 6 ruminasyon ölçeklerinin tedavi başlangıcında elde edilen puanlarının ve tedavi sonrasında elde edilen ve tedavi başlangıcında elde edilen puanlarından çıkartılmasıyla hesaplanan puan farklarının ($\Delta_{TS \rightarrow TB}$), remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasındaki karşılaştırmalarını içermektedir.

RTÖ-KF'ye ait yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde *derin düşünme* alt ölçeğinin tedavi başlangıcında ölçülen puanlarına göre remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasında fark bulunmadığı görülmektedir. Bununla birlikte tedavi sonrasında elde edilen puan değerinden tedavi başlangıcında elde edilen ölçek puanının çıkartılmasıyla hesaplanan fark puanları ($\Delta_{TS \rightarrow TB}$) karşılaştırıldığında ise remisyona giren olgularda tedavi başlangıcına göre gözlemlenen puandaki azalmanın daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Saplantılı düşünme alt ölçeğine ait karşılaştırmaları içeren bölüm incelendiğinde, tedavi başlangıcında hesaplanan ortalama ölçek puanının remisyona giren grupta remisyona girmeyenlere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte tedavi sonrasında hesaplanan ölçek puanlarını da dikkate alan ve

tedavi başlangıcındaki puanların çıkartılmasıyla hesaplanan fark puanlarında ise puanlardaki medyan düşme miktarının yine remisyona giren grupta daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

RTÖ-KF'ye ait **toplam puan** değerlendirildiğinde ise tedavi başlangıcında hesaplanan ortalama puanın remisyona giren grupta daha düşük olduğu görülmektedir. Toplam puandaki tedavi başlangıcına göre gözlemlenen düşüş miktarları incelendiğinde ise yine remisyona giren grupta medyan azalma miktarının remisyona giren grupta daha yüksek olduğu görülmüştür.

RUMÍ-Olumsuz ölçeğine ait yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde **kontrol edilmezliği ve tehlikesi** alt ölçeğinin tedavi başlangıcında ölçülen puanlarına göre remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasında fark bulunmadığı görülmektedir. Bununla birlikte tedavi sonrasında elde edilen puan değerinden tedavi başlangıcında elde edilen ölçek puanının çıkartılmasıyla hesaplanan fark puanları ($\Delta_{TS \rightarrow TB}$) karşılaştırıldığında ise remisyona giren olgularda tedavi başlangıcına göre gözlemlenen puandaki azalmanın daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Kişiler arası ve sosyal sonuçlar alt ölçeğine ait karşılaştırmaları içeren bölüm incelendiğinde, tedavi başlangıcında hesaplanan ortalama ölçek puanının remisyona giren ve remisyona girmeyen grup arasında farklılık göstermediği görülmektedir. Tedavi sonrasında hesaplanan ölçek puanlarını da dikkate alan ve tedavi başlangıcındaki puanların çıkartılmasıyla hesaplanan fark puanlarında ise puanlardaki azalma miktarının yine gruplar arasında farklılık göstermediği belirlenmiştir.

RUMÍ-Olumsuz ölçeğine ait **toplam puan** değerlendirildiğinde ise tedavi başlangıcında hesaplanan ortalama puanın remisyona giren grupta daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak toplam puandaki tedavi başlangıcına göre gözlemlenen düşüş miktarları incelendiğinde ise remisyona giren ve girmeyen olgular arasında farklılık bulunmadığı görülmüştür.

RUMÍ-Olumlu ölçeğine ait *toplam puan* değerlendirildiğinde ise tedavi başlangıcında hesaplanan ortalama puanın remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasında farklılık göstermediği görülmektedir. Ancak toplam puandaki tedavi başlangıcına göre gözlemlenen düşüş miktarları incelendiğinde ise remisyona giren olgularda gözlemlenen puandaki azalma miktarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.004$). Ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanlar ve puanlar arasındaki fark, anlamlılık değerleri ile birlikte tablo 6’da gösterilmiştir.



Tablo 6: Ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanların remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasında karşılaştırılması

Ruminasyon Ölçekleri	Remisyon		p
	Var (n=54)	Yok (n=35)	
RTÖ-KF			
Derin Düşünme			
Tedavi Başlangıcı(TB)	12.24±2.73(7:19)	13.17±3.08(7:19)	0.138 ^e
Tedavi Sonrası(TS)	7.18±2.02(5:14)	9.80±2.96(5:18)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-5.06±2.45(-11:0)	-3.38±3.37(-10:4)	0.013^e
Saplantılı Düşünme			
Tedavi Başlangıcı(TB)	13.96±2.34(9:19)	15.37±2.73(9:20)	0.011^e
Tedavi Sonrası(TS)	9.32±1.84(5:15)	12.86±2.44(9:20)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-4(-12:0)	-2(-7:3)	<0.001^c
Toplam			
Tedavi Başlangıcı(TB)	26.20±4.27(18:38)	28.54±4.87(17:39)	0.019^e
Tedavi Sonrası(TS)	16.50±3.43(11:29)	22.66±4.86(15:34)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-9(-20:-2)	-6(-16:6)	0.001^c
RUMİ-Olumsuz			
Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi			
Tedavi Başlangıcı(TB)	17(6:24)	19(10:23)	0.093 ^c
Tedavi Sonrası(TS)	13(6:20)	16(10:22)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-3(-10:11)	-2(-8:2)	0.001^c
Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçlar			
Tedavi Başlangıcı(TB)	12.50(7:24)	15(7:26)	0.062 ^c
Tedavi Sonrası(TS)	10(7:25)	11(7:24)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-3(-17:13)	-3(-10:5)	0.482 ^c
Toplam			
Tedavi Başlangıcı(TB)	29.83±7.94(15:45)	33.83±8.38(17:48)	0.026^e
Tedavi Sonrası(TS)	23.72±5.75(13:42)	28.31±5.96(20:43)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-6.50(-27:24)	-5.51(-14:5)	0.337 ^c
RUMİ-Olumlu			
Toplam			
Tedavi Başlangıcı(TB)	23.89±5.58(9:36)	23.20±6.24(10:36)	0.588 ^e
Tedavi Sonrası(TS)	19.04±5.68(9:36)	20.94±5.49(9:30)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-4.50(-22:8)	-3(-11:18)	0.004^c

RTÖ-KF: Ruminatif Tepki Ölçeği-Kısa Formu

RUMİ-Olumsuz: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

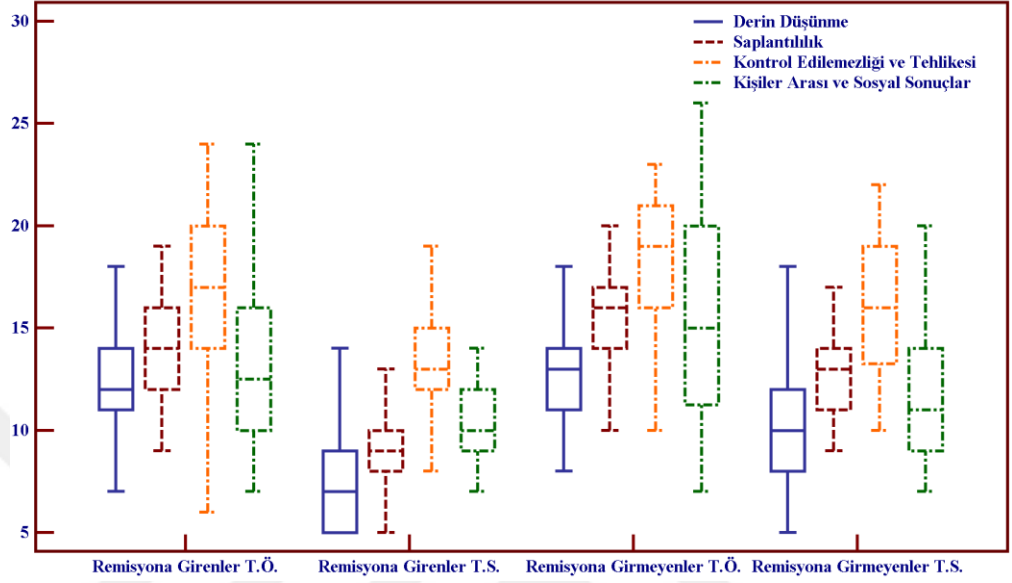
RUMİ-Olumlu: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

Veriler ortalama±standart sapma (minimum: maksimum) ve medyan(minimum:maksimum) değerleri ile raporlanmıştır.

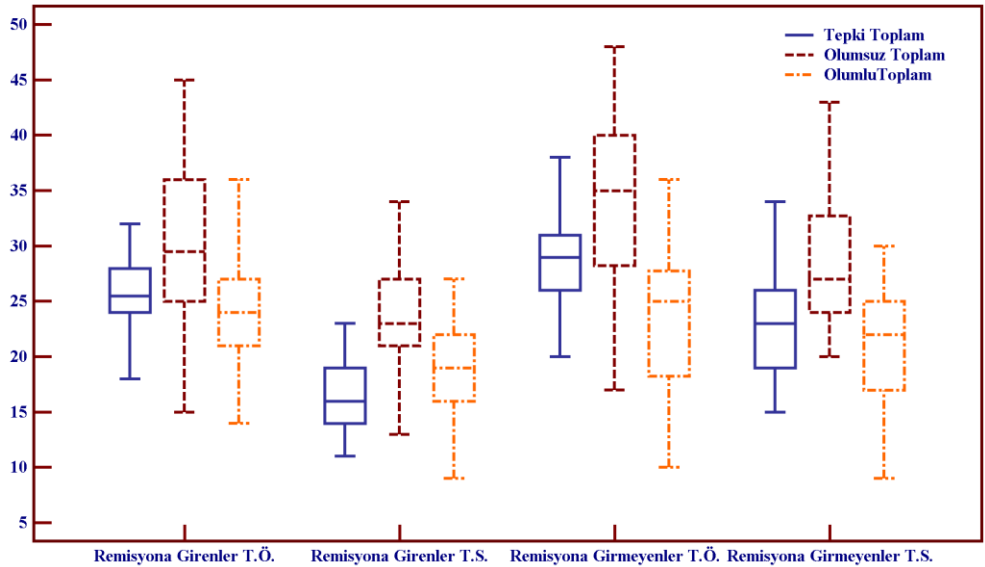
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$: Tedavi sonrası dönemde elde edilen puandan, tedavi öncesi dönemde elde edilen puanın çıkartılmasıyla hesaplanan puan farkını etmektedir.

c: Mann Whitney U Testi, e:Bağımsız Çift Örneklem için t-Testi

Katılımcıların SSRI tedavisi öncesi ve sonrası dönemde, RTÖ-KF ve RUMİ-Olumsuz alt ölçekleri puanları ile tüm ruminasyon ölçekleri toplam puanları sırasıyla Şekil 5 ve 6'da sunulmuştur.



Şekil 5: Remisyona giren ve remisyona girmeyen gruplarda tepki ölçeği ve olumsuz inanışlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları



Şekil 6: Remisyona giren ve remisyona girmeyen gruplarda tepki ölçeği, olumsuz inanışlar ve olumlu inanışlar ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları

4.6. FOTÖ-A'dan elde edilen puanların remisyona giren ve girmeyen olgular arasında karşılaştırılması

Son olarak SSRI tedavisi öncesi ve sonrası remisyona giren katılımcılar FOTÖ-A'dan elde edilen puanlar açısından karşılaştırılmıştır.

Tablo 7 FOTÖ-A tedavi başlangıcında elde edilen puanlarının ve tedavi sonrasında elde edilen ve tedavi başlangıcında elde edilen puanlarından çıkartılmasıyla hesaplanan puan farklarının ($\Delta_{TS \rightarrow TB}$), remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasındaki karşılaştırmalarını içermektedir.

Tablo 6 incelendiğinde FOTÖ-A ölçeğinin *toplam* ve alt ölçekleri olan *mükemmelci tutum*, *onaylanma ihtiyacı* ve *değişken tutum* bölümlerinden elde edilen tedavi başlangıcında hesaplanan ölçek puanlarının ve tedavi başlangıcındaki puana göre tedavi sonrasında elde edilen puandaki değişimi ortaya koymak için hesaplanan fark puanlarının ($\Delta_{TS \rightarrow TB}$), remisyona giren olgular ve remisyona girmeyen olgular arasında farklılık göstermediği belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.081$, $p=0.072$, $p=0.234$, $p=0.446$).

Bununla birlikte FOTÖ-A ölçeğinin bir diğer alt ölçeği olan *bağımsız tutum* için yine tedavi başlangıcında elde edilen medyan ölçek puanlarına göre gruplar arasında fark bulunmadığı; buna karşın, toplam puandaki tedavi başlangıcına göre gözlemlenen düşüş miktarları incelendiğinde ise remisyona giren olgularda gözlemlenen puandaki azalma miktarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Son olarak katılımcıların SSRI tedavisi öncesi ve sonrası dönemde, FOTÖ-A alt ölçekleri puanları ile ölçek toplam puanları sırasıyla Şekil 7 ve Şekil 8'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinden elde edilen puanların remisyona giren ve remisyona girmeyen olgular arasında karşılaştırılması

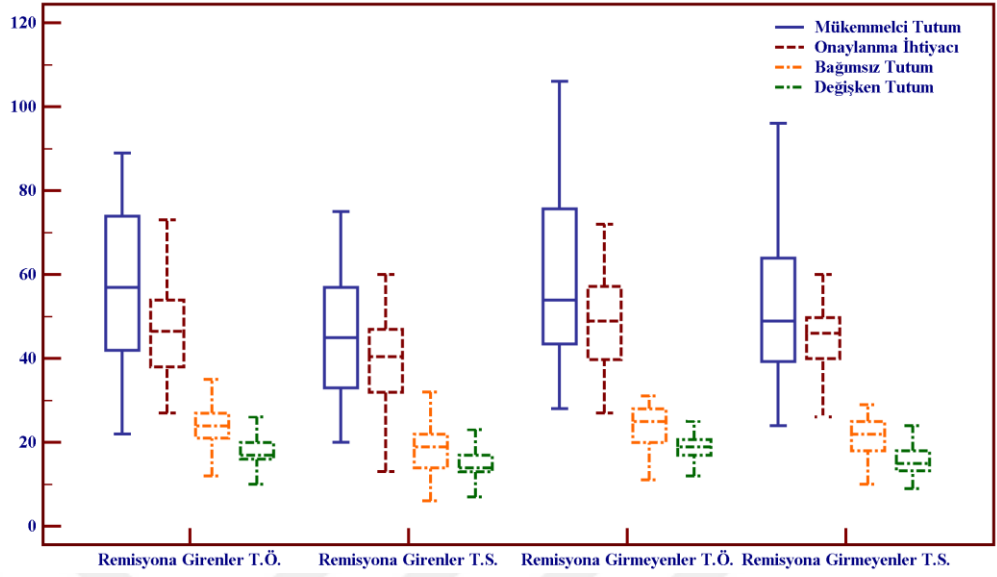
FOTÖ-A	Remisyon		p-değeri
	Var (n=54)	Yok (n=35)	
Mükemmelci Tutum			
Tedavi Başlangıcı(TB)	56.78±18.61(22:89)	60.71±20.92(28:106)	0.356 ^e
Tedavi Sonrası(TS)	45.41±15.50(20:75)	51.71±17.86(24:96)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-11(-41:34)	-7(-25:-1)	0.072 ^c
Onaylanma İhtiyacı			
Tedavi Başlangıcı(TB)	46.20±11(27:73)	49.09±11.55(27:72)	0.291 ^e
Tedavi Sonrası(TS)	39.87±10.49(13:60)	44.49±8.99(25:65)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-6(-46:19)	-5(-25:9)	0.234 ^c
Bağımsız Tutum			
Tedavi Başlangıcı(TB)	24(12:35)	25(11:31)	0.768 ^c
Tedavi Sonrası(TS)	19(6:32)	22(10:29)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-5(-28:14)	-3(-8:11)	0.008^c
Değişken Tutum			
Tedavi Başlangıcı(TB)	17.83± 3.97(10:29)	19.06± 3.99(12:30)	0.156 ^e
Tedavi Sonrası(TS)	14.54± 3.82(7:26)	15.89± 3.76(9:24)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-2.50(-18:3)	-4(-11:7)	0.446 ^c
Toplam			
Tedavi Başlangıcı(TB)	144.67±33.39(87:208)	152.46±33.30(96:223)	0.285 ^e
Tedavi Sonrası(TS)	118.11±30.34(49:173)	133±30.21(78:207)	-
$\Delta_{TS \rightarrow TB}$	-24.50(-133:54)	-19(-45:20)	0.081 ^c

FOTÖ-A: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

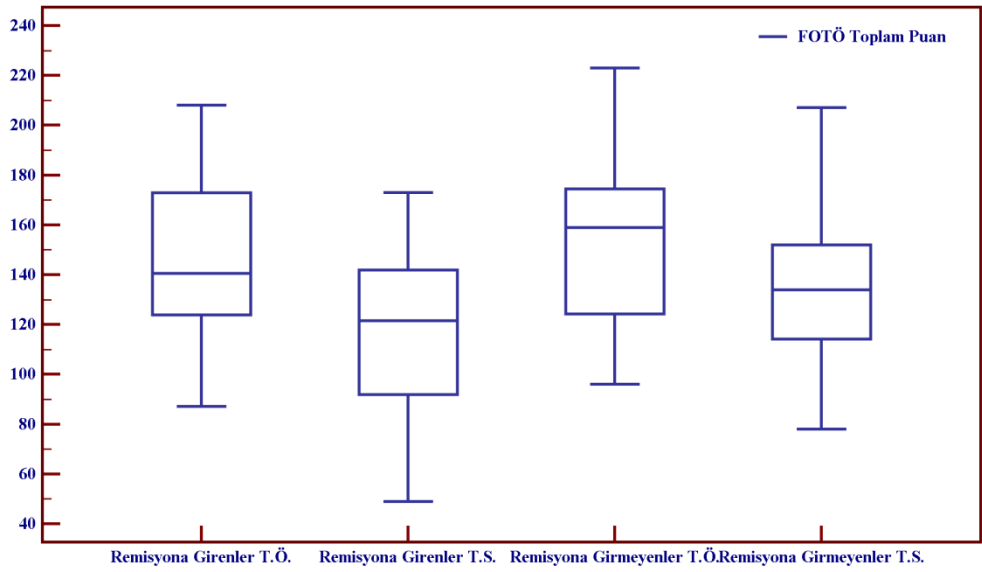
Veriler ortalama±standart sapma (minimum: maksimum) ve medyan(minimum:maksimum) değerleri ile raporlanmıştır

$\Delta_{TS \rightarrow TB}$: Tedavi sonrası dönemde elde edilen puandan, tedavi öncesi dönemde elde edilen puanın çıkartılmasıyla hesaplanan puan farkını etmektedir.

c: Mann Whitney U Testi, e:Bağımsız Çift Örneklem için t-Testi



Şekil 7: Remisyona giren ve remisyona girmeyen gruplarda fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği alt ölçeklerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanları



Şekil 8: Remisyona giren ve remisyona girmeyen gruplarda fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası toplam puanları

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, ilk kez MD tanısı olan bireylerde SSRI tedavisinin ruminatif tepki ve inançlar ile fonksiyonel olmayan tutumlar üzerindeki etkisini incelemektir. Önceki bölümlerde bu iki düşünce tarzının depresyon tedavisinde önemli bir aracı (moderatör) olabileceği ile ilgili bilimsel kanıtlar sunulmuş, buradan hareketle SSRI tedavisinin ruminatif tepkiler ile fonksiyonel olmayan tutumları azaltıp azaltmayacağı araştırılmıştır.

Yaptığımız çalışmada SSRI tedavisinin, ilk kez MD tanısı alan bireylerde ruminasyon ölçeklerinden ve FOTÖ-A'dan alınan puanları anlamlı bir şekilde düşürdüğü bulunmuştur. Depresyonun sağaltımına odaklanan çalışmalardan bazıları ruminasyon döngüsünün kırılmasına odaklanmaktadır (55). Bu durumda literatürde sıklıkla kullanılan müdahaleler bilişsel ve davranışçı müdahaleler olmaktadır. Giriş bölümünde bu müdahalelerin ruminasyonlar üzerindeki başarıları ve anlamlılığında bahsedilmiştir. Literatür tarandığında bu müdahalelere ek olarak ilaç tedavisini de araştırmaya dahil eden sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (55,56,72,75).

Schmaling ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2002) depresyon hastalarında problem çözme terapisi, paroksetin ve plasebonun, tedavi öncesi, 11. haftada ve 25. haftada etkinliği araştırılmış ve tedavilerin ruminasyonları azaltmada birbirine üstünlüğü olup olmadığı incelenmiştir. Ruminasyonlar tepki stilleri ölçeği (TSÖ) ile değerlendirilmiş, çalışma sonunda paroksetin ve psikoterapi müdahalesinin ruminasyonlarda azalma sağladığı saptanmış; ancak iki girişimin birbirine üstünlüğü olmadığı bulunmuştur (55). Çalışmalardaki tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde araştırmamızın sonucu bu bağlamda daha önceki araştırmalarla tutarlılık göstermektedir (56,72,75).

Araştırmaya katılan katılımcılar SSRI tedavisi sonrası remisyona girenler ve girmeyenler olarak ayrılmış, klinik ölçeklerden elde edilen puanlar her iki grupta karşılaştırılmış ve SSRI tedavisinin iki gruptaki etkinliği incelenmiştir.

İlk olarak remisyona giren ve girmeyen iki grup arasında yaş bakımından anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre remisyona giren katılımcıların yaş ortalaması remisyona girmeyen gruba göre daha düşüktür.

MD tanılı bireylerde yaş faktörünün önemi ile ilgili farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda araştırmacılar başlama yaşının erken olmasının, MD'nin klinik seyri için bir risk faktörü olduğu yönünde fikir birliğine varmışlardır. Bununla paralel olarak MD tanısını daha erken yaşta alan bireylerin ailesel yükümlükleri, komorbid hastalıkları, nevrotik kişilik özellikleri daha sık bulunmaktadır (89,90).

Tedavi yanıtı ile başlangıç yaşı arasındaki ilişki ise daha karmaşık ve belirsizdir. Bazı çalışmalar erken yaşta başlayan depresyon tedavisinin daha yavaş yanıt ve daha yüksek nüks oranlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (91,92). Hastalığı erken yaşta başlayan bireylerin tedaviye daha yavaş yanıt vermesine ilişkin bulgu, bu grubun risk faktörleri açısından daha yüklü olduğunu gösteren araştırmalarla tutarlı gözükmemektedir (89,90).

Ancak geç yaşta başlayan MD tedavisinin, erken yaşta başlayan olgulara göre daha zor olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. (93,94). Yakın zamanda yapılan bir çalışma, diyabet, hipertansiyon, vasküler ve hormonal değişiklikler, amiloid birikimi, sinaptogenez ve nöroplastisitedeki değişiklikler ile boşanma, işten çıkma, sosyal izolasyon gibi biyolojik ve psikososyal mekanizmaların orta yaşla birlikte değiştiğini, buna bağlı olarak bu dönemde görülen MD tedavisinin daha yavaş olabileceğini belirtmektedir (95). Bizim çalışma örneklemimizde ise katılımcılar görece daha genç yaş grubundadır ve çalışma sonunda remisyona girmeyen hastaların yaş ortalaması 36, remisyona giren hastaların yaş ortalaması 28.50 bulunmuştur. Bu durum diğer tıbbi nedenler dışında sosyal sorunlar ile ilişkili olabilir.

5.1. Remisyona giren ve girmeyen gruplarda ruminasyon ve FOTÖ-A ölçeklerindeki değişim

Remisyona giren ve girmeyen MD hastalarında, SSRI tedavisinin ruminasyon ölçeklerinden elde edilen puanlara etkisinin araştırılması bu çalışmamızın ana amacıdır. Ayrıca çalışmamızda ruminasyonlar hem RTÖ-KF, hem de üstbilişsel olarak RUMİ-Olumsuz ve RUMİ-Olumlu ölçekleri üzerinden değişik boyutlarda değerlendirilmiştir.

Daha öncede belirtildiği üzere MD hastalarında ilaç tedavisinin ruminasyonlar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır (56). Çalışmamızda ilk kez MD tanısı alan katılımcılar, SSRI tedavisi sonunda RTÖ-KF derin düşünme, RTÖ-KF saplantılı düşünme ve RTÖ-KF toplam ölçek puanları bakımından başlangıç durumuna göre anlamlı bir düşüş göstermiştir. Literatüre bakıldığında benzer tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada ruminatif tepki ölçeğinin uzun formu kullanılmış, depresyon tanısı konan ergenler (11-17 yaş arası), antidepresan tedavi ile 28 hafta boyunca izlenmiştir. Çalışma sonunda katılımcıların derin düşünme puanlarında anlamlı bir düşüş görülürken; saplantılı düşünme puanlarında anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Yazarlar anlamsız çıkan sonuçları örneklem büyüklüğünün küçük olması (10 kişi) ve tip 2 hatanın (yanlış negatiflik) yüksek olması ile açıklamışlardır (56). Buradaki sınırlılık düşünüldüğünde bizim çalışmamızda katılımcı sayısı daha fazladır, anlamlı fark örneklem sayısının büyüklüğü ile ilişkili olabilir. Yine çalışmamızda hastalar 8 hafta boyunca izlenmiş olup, SSRI tedavisinin RTÖ-KF her iki alt ölçeği içinde anlamlı düşüşü sağladığı gözlenmiştir.

Remisyona giren ve girmeyen depresyon hastaları karşılaştırıldığında, remisyona girmeyen grupta tedavi başlangıcı RTÖ-KF saplantılı düşünme ve toplam ölçek puanları remisyona girenlere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedenlerinden biri, derin düşünmenin depresif belirtileri bilişsel olarak çözmeye yönelik zihinsel uğraşlarla hasta için işlevsel sonuçları olabilirken, saplantılı düşünmenin kaçınma ve inkar ile istemli olarak sorun çözmeden uzaklaştırmaya, dolayısıyla depresif duygudurumda kötüleşmeye neden olması olabilir (42,96). Bu açıdan düşünüldüğünde remisyona girmeyen grupta saplantılı düşünme alt ölçek puanında görülen yükseklik manidardır.

Tedavi sonunda ise remisyona giren grupta RTÖ-KF derin düşünme, saplantılı düşünme ve toplam ölçek puanları, remisyona girmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazla azalmıştır. Bu bulgular ruminasyonların varlığında depresyon tedavisindeki yanıtın daha yavaş ve uzun sürmesine ilişkin bulgularla tutarlıdır (40-42).

Çalışmamızda SSRI tedavisinin ilk kez MD tanısı alan bireylerde, kontrol edilemezliği ve tehlikesi alt ölçeği dışında ruminasyonlara ilişkin olumsuz inançlarda

anlamli bir etkisi olmadigi bulunmuştur. RUMİ-Olumsuz kişiler arası ve sosyal sonuçlar alt ölçeğinde anlamli sonuçlara ulaşamama medikal tedaviye yetersiz cevap ile ilişkili olabilir, bu inançların varlığında bilişsel müdahalelerin tedaviye eklenmesi faydalı olabilir.

Ayrıca remisyona girmeyen grupta tedavi başlangıcı RUMİ-Olumsuz toplam puanı, remisyona girenlere göre anlamli yüksek bulunmuştur. Bilindiği üzere ruminatif inançlar tedaviye dirençte aracı değişkenlerdendir (51,55,56). Remisyona ulaşamama işlevsellikte bozulma, uzun dönem prognozda kötüleşme ve daha yüksek relaps riski ile ilişkili olup, SSRI ile remisyona ulaşamama RUMİ-Olumsuz toplam başlangıç puanının yüksekliği ile alakalı olabilir.

MD tedavisinde sık kullanılan ve etkinliği gösterilmiş bir yöntem olsa da, BDT sonrası hastalığın 1 ve 2 yıllık yineleme oranları %29'dan %60'a kadar yükselmektedir (97). Buradan hareketle Wells (2009) öz denetimli yürütücü işlevler kuramında; ruminasyonun depresyon gelişimi ve tedavisinde temel bir rolü olduğunu ve işlevsel olmayan ruminasyonların depresyon tedavisine yanıtı güçleştirdiğini belirtmiştir. Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde girici ve tekrarlayıcı olumsuz inançların beklendiği gibi depresyon tedavisine yanıtı olumsuz yönde etkilemesi ve remisyona girmeyen grupta RUMİ-Olumsuz'dan elde edilen toplam puanların daha yüksek olması literatürle uyumludur.

Daha sonra remisyona giren ve girmeyen gruplarda fonksiyonel olmayan tutumlar açısından SSRI tedavisinin etkinliği karşılaştırılmıştır. Bu çalışma için sadece FOTÖ-A bağımsız tutum alt ölçeğinde iki örneklem grubu arasında anlamli fark saptanırken; mükemmelci tutum, onaylanma ihtiyacı ve değişken tutum alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamli fark saptanmamıştır. Benzer şekilde FOTÖ-A toplam puanı açısından da iki grup arasında anlamli fark saptanmamıştır. Bu durum örneklem özellikleri ya da kültürel özellikler ile bağlantılı olabilir.

FOTÖ-A mükemmelci tutum; yüksek kişisel standartlara sahip olma, hata ve eksiklikleri yetersizlik olarak yorumlama, başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmeden kaygılanma ile, FOTÖ-A onay görme ihtiyacı; kişinin kendilik değeri ve mutluluğunun başkalarından alınan onay, destek ve sevgiye bağılı olması ile, FOTÖ-A bağımsız tutum; kişinin kendine yönelik olumlu, işlevsel varsayımları ve çevresel onay, destek ve sevgi görme ihtiyaçlarından bağımsız hareket etmesi ile,

FOTÖ-A değişken tutum ise; kişinin yaşama yönelik olumlu ve işlevsel varsayımları ile ilişkilidir. (81,98). Çalışmamızda FOTÖ-A bağımsız tutum dışında, Türk kültür yapısında da önemli yeri olan kişiler arası ve çevresel ilişkileri değerlendiren mükemmelci tutum, onaylanma ihtiyacı ve yaşama dair yorumları değerlendiren değişken tutum alt ölçeklerinde anlamlı sonuçlara ulaşamaması, SSRI tedavisine tek başına yetersiz cevap ile ilişkili olabilir. Bu tutumların varlığında depresyon hastalarında etkinliği bilinen BDT uygulamalarının tedaviye eklenmesi faydalı olabilir.

Literatüre bakıldığında fonksiyonel olmayan tutumların ilaç tedavisi ile seyrinin değiştiğine ilişkin bulgular yetersizdir. Erken dönem çalışmalarından birinde 18-65 yaş aralığındaki depresyon tanılı bireyler fluoksetin, klovoksamin (serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü), imipramin ve plasebo ile 6 hafta aralıklarla FOTÖ-A aracılığı ile değerlendirilmiş, 6. hafta sonunda depresyon hastalarının FOTÖ-A'dan elde ettikleri toplam puan, başlangıç dönemine göre istatistiksel olarak anlamlı düşüş göstermiştir (97).

Benzer şekilde Shankman ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada; sertralin ve essitalopram tedavisi sonrası FOTÖ-A toplam ölçek puanında başlangıç durumuna göre belirgin azalma gösterilmiştir. Bu çalışma ile bizim çalışmamız kıyaslandığında, depresyon tanılı bireylerin FOTÖ-A'dan başlangıçta aldıkları puanlar birbirine yakındır, ancak çalışmamızdan farklı olarak iyileşme gözlenmeyen hastalarda tedaviye BDT ve psikoterapi eklenmiştir (72).

Diğer yandan giriş bölümünde detaylı olarak anlatılan çalışmalarda olduğu gibi, fonksiyonel olmayan tutumların tedaviyi yordayıcı bir değişken olduğu gösterilmiş ve özellikle fonksiyonel olmayan tutumları yüksek ve düşük seviye olarak ikiye ayırmanın tedavi açısından önemli olduğu başka araştırmalarda da gösterilmiştir (74,75). Literatürde benzer hipotezi araştıran çalışmalar karşın bizim çalışmamızda katılımcıların FOTÖ-A puanları düşük ve yüksek düzey olarak sınıflandırılmamıştır; ancak puanlar karşılaştırıldığında katılımcıların yüksek düzey FOTÖ-A puanına benzer profiller sergilediği görülmektedir.

Dolayısıyla ilaç tedavisinin fonksiyonel olmayan tutumlar üzerine etkisinin incelendiği az sayıdaki çalışma ile bulgularımız değerlendirildiğinde sonuçlar tutarsız görünmektedir. Bunun sebeplerine ilişkin birkaç varsayımda bulunmak

mümkün olabilir. Literatürdeki çalışmalarla mevcut çalışma arasındaki en büyük fark, bu çalışmadaki katılımcıların ilk kez MD tanısı almış olmalarıdır. Dolayısıyla katılımcılar ilk kez sistematik bir tedavi görmüşlerdir. Diğer yandan özellikle Shankman ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında katılımcıların %60'ı üniversite ve üstü eğitim görmüş olup, çalışmalarda bireylerin hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, daha önceki almış oldukları tedavi, ek olarak psikoterapi deneyimlerinin olup olmadığı bilinmemektedir.

Ayrıca yabancı literatürde elde edilen kolerasyon değerleri ile karşılaştırıldığında; Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında dahil Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda, FOTÖ-A ile depresyon puanları arasında nispeten düşük kolerasyon katsayıları dikkat çekmektedir (21,99). Daha geniş örneklem grupları ile yapılacak çalışmalarda anlamlılık yönünde değişimler olabileceği gibi ölçek geçerlilik ve güvenilirliğinin tekrar değerlendirilmesi de düşünülebilir.

5.2. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın literatüre sunduğu katılardan ilki, ilk MD atağı geçiren hastalarda SSRI tedavisinin ruminasyonlar ve fonksiyonel olmayan inaçlar üzerindeki etkisini ortaya koymasındır. Daha önce yapılmış sınırlı sayıda benzer çalışmalar olsa da; hastaların önceden aldığı ilaç tedavileri, psikoterapi gibi bilişsel müdahaleler uygulanıp uygulanmadığı ve demografik özelliklerdeki bireysel farklılıkların karıştırıcı değişken olabileceği göz önüne alındığında, bu çalışma diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

Ancak araştırmamızın bazı kısıtlayıcı yönleri bulunmaktadır. İlk sınırlılık tek bir merkezin verilerini içermesi nedeniyle tüm toplumun temsil edilememesidir.

Katılımcılar 2 ay süresince takip edilmiş, tedavi öncesi ve iki ay sonrası olmak üzere iki ölçüm alınmıştır. Bilindiği üzere farmakolojik tedavilerin başarısı bireysel farklılıklardan etkilenmektedir. Ölçülen değişkenler üzerinde SSRI tedavisinin daha uzun vadedeki etkisini incelemek hipotezimizi güçlendirebilir ve sonuçlarını daha iyi görmemizi sağlayabilir. Bu açıdan ileriki araştırmalar için bu çalışma ön çalışma olarak değerlendirilebilir.

Kişilik bozukluklarının yapılandırılmış bir ölçekle değil, sadece klinik olarak değerlendirilmesi araştırmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Bu çalışmanın diğer bir sınırlılığı da, örneklem grubunda FOTÖ-A bağımsız tutum ve değişken tutum alt ölçek güvenirlik katsayılarının düşük olmasıdır. Dolayısıyla sonuçları yorumlarken bu durumda göz önünde bulundurulmasında fayda vardır.

Son olarak neden-sonuç ilişkisi elde edilebilmek için bir sonraki çalışmaların çift kör ve randomize kontrollü yapılması deneysel deseni daha da güçlendirebilir.



6. KAYNAKÇA

1. WHO. Depression: A global public health concern. https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf adresinden erişilmiştir.
2. Mental Illness Research, Education and Clinical Center. What is Major Depression?. https://www.mirecc.va.gov/visn22/depression_education.pdf adresinden erişilmiştir.
3. Aşık-Aydın E., Çöldür, E. Ö., & Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Düzey 2 Depresyon Erişkin Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Psychiatry*, 18(2), 57-62. doi: 10.5455/apd.240510
4. Whitton, S. W., & Whisman, M. A. (2010). Relationship satisfaction instability and depression. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 791–794. <https://doi.org/10.1037/a0021734>
5. Shadrina, M., Bondarenko, E. A., & Slominsky, P. A. (2018). Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in psychiatry*, 9, 334. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00334>
6. Lohoff F. W. (2010). Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current psychiatry reports*, 12(6), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0150-6>
7. Subbarao, A., Rhee, S. H., Young, S. E., Ehringer, M. A., Corley, R. P., & Hewitt, J. K. (2008). Common genetic and environmental influences on major depressive disorder and conduct disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 36(3), 433–444. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9189-1>
8. Lopizzo, N., Bocchio Chiavetto, L., Cattane, N., Plazzotta, G., Tarazi, F. I., Pariante, C. M., Riva, M. A., & Cattaneo, A. (2015). Gene-environment interaction in major depression: focus on experience-dependent biological systems. *Frontiers in psychiatry*, 6, 68. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00068>
9. Fabbri C. (2016). Genetic and Environmental Contribution to Major Depressive Disorder and Self-declared Depression. *EBioMedicine*, 14, 7–8. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.11.030>
10. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
11. McIntyre, R. S., Cha, D. S., Soczynska, J. K., Woldeyohannes, H. O., Gallagher, L. A., Kudlow, P., Alsuwaidan, M., & Baskaran, A. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder:

- determinants, substrates, and treatment interventions. *Depression and anxiety*, 30(6), 515–527. <https://doi.org/10.1002/da.22063>
12. Hasselbalch, B. J., Knorr, U., & Kessing, L. V. (2011). Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 134(1-3), 20–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.011>
 13. Evans, V. C., Iverson, G. L., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2014). The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(12), 1359–1370. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08939>
 14. Australian Bureau of Statistics . (2016). Depression. Patterns of Use of Mental Health Services and Prescription Medications. <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/0/306005CDC018B89ACA257F7F001CC801?Opendocument> adresinden alınmıştır.
 15. Olfson, M., & Marcus, S. C. (2009). National patterns in antidepressant medication treatment. *Archives of general psychiatry*, 66(8), 848–856. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.81>
 16. Wadsworth, E. J., Moss, S. C., Simpson, S. A., & Smith, A. P. (2005). SSRIs and cognitive performance in a working sample. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 20, 561–572.
 17. Levkovitz, Y., Caftori, R., Avital, A., & Richter-Levin, G. (2002). The SSRI's drug Fluoxetine, but not the noradrenergic tricyclic drug Desipramine, improves memory performance during acute major depression. *Brain Research Bulletin*, 58,345–350. <https://doi.org/>
 18. Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 339-349.
 19. Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190.
 20. Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4(4), 383-395.
 21. Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O., Şenormancı, G., & Sungur, M. Z. (2013). Ruminatif yanıt biçimi ve fonksiyonel olmayan tutumların major depresyonla ilişkisi. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26(2), 239-247.
 22. Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072.
 23. Robinson, M.S., Alloy, L.B. (2003). Negative Cognitive Styles and Stress-Reactive Rumination Interact to Predict Depression: A Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research* 27, 275–291. <https://doi.org/10.1023/A:1023914416469>

24. Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Frederickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
25. Teasdale, J., & Barnard, P. (1993). *Affect, cognition, and change*. Hove, England: Erlbaum
26. Aymanns, P., Filipp, S. H., & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: some determinants and adaptive correlates. *The British journal of social psychology*, 34 (Pt 1), 107–124. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01051.x>
27. Matthews, G., Wells, A. (2004) Rumination, depression, and metacognition: The S-REF Model C. Papageorgiou, A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment*, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, England.
28. Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
29. Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
30. Papageorgiou, C., Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research* 27, 261–273. <https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>
31. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160–164. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80021-3](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80021-3)
32. Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-123): Wiley.
33. Nolenhoeksema, S., Mumme, D., Wolfson, A., & Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 377-387.
34. Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, Mar;1(1), 25-37.
35. Raes, F., & Hermans, D. (2008). On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: Brooding versus reflection. *Depression and Anxiety*, 25(12), 1067-1070.
36. Jose, P. E., & Brown, I. (2008). When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(2), 180-192.
37. Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour research and therapy*, 46(12), 1283–1289. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.002>

38. Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
39. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
40. Genet, J. J., & Siemer, M. (2012). Rumination moderates the effects of daily events on negative mood: Results from a diary study. *Emotion*, 12(6), 1329-1339.
41. Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29, 323- 1333.
42. Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.
43. Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. (2006). Adaptive and Maladaptive Components of Rumination? Diagnostic Specificity and Relation to Depressive Biases. *Behavior Therapy*, 37(3), 269–280.
44. Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102(1), 122-138.
45. Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioural activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8(3), 255-270.
46. Watkins, E. R., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., et al. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2144-2154.
47. Watkins, E. R., Baeyens, C. B., & Read, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: Proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 53-64.
48. Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., et al. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
49. Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioural Activation for Depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York London: The Guilford Press.
50. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.

51. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
52. Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated with Depression? *Explore - The Journal of Science and Healing*, 5(5), 265-271.
53. Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., et al. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioural Medicine*, 33(1), 11-21.
54. Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455.
55. Schmalting, K. B., Dimidjian, S., Katon, W., & Sullivan, M. (2002). Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 350–356. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.350>
56. Wilkinson, P. O., & Goodyer, I. M. (2008). The effects of cognitive-behavioural therapy on mood-related ruminative response style in depressed adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-3>
57. Selvi, Y., Atli, A., Besiroglu, L., Aydin, A., & Gulec, M. (2011). The impact of obsessive beliefs on pharmacological treatment response in patients with obsessive-compulsive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 15(3), 209–213. <https://doi.org/10.3109/13651501.2011.558200>
58. Besiroglu, L., Çetinkaya, N., Selvi, Y., & Atli, A. (2011). Effects of selective serotonin reuptake inhibitors on thought-action fusion, metacognitions, and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 52(5), 556–561. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.003>
59. Gönenir-Erbay, L., Kartalçı, Ş. (2012). Depresyonda bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 5(2):97-102.
60. Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. New York: Guilford.
61. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
62. Yurtal, F. (2001). Akılcı Olmayan İnançların Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2 (15) , 41-48.
63. Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barnett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.
64. Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & Martin, R. A. (1988). Dysfunctional attitudes, stress and negative emotions. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 533-547.

65. Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & Air, P. A. (1989). Stressful events, dysfunctional attitudes, coping styles, and depression. *Personality and Individual Differences*, 10, 229-237.
66. Rush, A. J., Weissenberger, J., & Eaves, G. (1986). Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 10, 225-236.
67. Dobson, K. S., & Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression: reliability and validity of three measures. *Journal of abnormal psychology*, 92(1), 107–109. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.92.1.107>
68. Hamilton, E. W., & Abramson, L. Y. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorder: a longitudinal study in a hospital setting. *Journal of abnormal psychology*, 92(2), 173–184. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.92.2.173>
69. Ley, P., Helbig-Lang, S., Czilwik, S., Lang, T., Worlitz, A., Brücher, K., & Petermann, F. (2011). Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nordic journal of psychiatry*, 65(5), 330–337. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.552121>
70. Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., Pacoe, E. M., Grant, M. M., & Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72–80. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.72>
71. Pedrelli, P., Feldman, G. C., Vorono, S., Fava, M., & Petersen, T. (2008). Dysfunctional attitudes and perceived stress predict depressive symptoms severity following antidepressant treatment in patients with chronic depression. *Psychiatry research*, 161(3), 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.08.004>.
72. Shankman, S. A., Campbell, M. L., Klein, D. N., Leon, A. C., Arnow, B. A., Manber, R., Keller, M. B., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., & Kocsis, J. H. (2013). Dysfunctional attitudes as a moderator of pharmacotherapy and psychotherapy for chronic depression. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.09.018>
73. Bockting, C. L., Spinhoven, P., Koeter, M. W., Wouters, L. F., Visser, I., Schene, A. H., & DELTA study group (2006). Differential predictors of response to preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 2-year prospective study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(4), 229–236. <https://doi.org/10.1159/000092893>
74. Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1990). Treatment response of high cognitive dysfunction depressed inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 31(1), 62–71. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(90\)90055-w](https://doi.org/10.1016/0010-440x(90)90055-w)
75. Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., Watkins, J. T., Imber, S. D., Leber, W. R., & Moyer, J. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research

- Program. The American journal of psychiatry, 148(8), 997–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.8.997>
76. Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*, 45(8), 742-747.
77. Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259.
78. Forkmann, T., Scherer, A., Boecker, M., Pawelzik, M., Jostes, R., & Gauggel, S. (2011). The clinical global impression scale and the influence of patient or staff perspective on outcome. *BMC psychiatry*, 11(1), 83.
79. Weismann, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. 62nd Annual meeting of the AERA, March 27-31, Toronto, Ontario, Canada.
80. Sahin, N. H., & Sahin, N. (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture?. The British journal of medical psychology, 65 (Pt 1), 17–26. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01680.x>
81. Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikoloji Derneği Yayınları
82. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160–164. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80021-3](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80021-3)
83. Yılmaz, A. E., Sungur, M., Konkan, R. ve ark. (2014). Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçeklerinin Klinik ve Klinik Olmayan Türk Örneklemelerindeki Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg.* 25.
84. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32(1), 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80041-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1)
85. Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 115-121.
86. Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.
87. Erdur-Baker, O., Bugay, A. (2010) The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 2178–2181.
88. Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
89. Heun, R., Papassotiropoulos, A., Jessen, F., Maier, W., & Breitner, J. C. (2001). A family study of Alzheimer disease and early- and late-onset

- depression in elderly patients. *Archives of general psychiatry*, 58(2), 190–196. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.2.190>
90. Brodaty, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M. P., & Mitchell, P. (2001). Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of affective disorders*, 66(2-3), 225–236. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00317-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00317-7)
 91. Reynolds, C. F., Dew, M. A., Frank, E., Begley, A. E., Miller, M. D., Cornes, C., Mazumdar, S., Perel, J. M., & Kupfer, D. J. (1998). Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *The American journal of psychiatry*, 155(6), 795–799. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.795>
 92. Reynolds, C. F., Frank, E., Perel, J. M., Mazumdar, S., Dew, M. A., Begley, A., Houck, P. R., Hall, M., Mulsant, B., Shear, M. K., Miller, M. D., Cornes, C., & Kupfer, D. J. (1996). High relapse rate after discontinuation of adjunctive medication for elderly patients with recurrent major depression. *The American journal of psychiatry*, 153(11), 1418–1422. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.11.1418>
 93. Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Kakuma, T., Feder, M., Einhorn, A., & Rosendahl, E. (1996). Recovery in geriatric depression. *Archives of general psychiatry*, 53(4), 305–312. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040039008>
 94. Kalayam, B., & Alexopoulos, G. S. (1999). Prefrontal dysfunction and treatment response in geriatric depression. *Archives of general psychiatry*, 56(8), 713–718. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.8.713>
 95. Alexopoulos G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational psychiatry*, 9(1), 188. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
 96. Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65.
 97. Peselow, E. D., Robins, C., Block, P., Barouche, F., & Fieve, R. R. (1990). Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *The American journal of psychiatry*, 147(4), 439–444. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.4.439>
 98. Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 307-309.
 99. Şahin, N. H., & Şahin, N. (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture?. *British Journal of Medical Psychology*, 65(1), 17-26.

7. ÖZGEÇMİŞ

I. BİREYSEL BİLGİLER:

Adı-Soyadı: İlker ÖZBEN

Doğum Yeri ve Tarihi: Soma, 26.02.1973

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi: ilkerozben@gmail.com/05068934785

Yabancı Dili: İngilizce

II. EĞİTİMİ:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Tıpta Uzmanlık)-2020

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (Lisans/Yüksek Lisans)-2008

III. ÜNVANLARI:

Pratisyen Hekim (2008-2014)

Asistan Hekim (2014-Halen)

IV. MESLEKİ DENEYİMİ:

Aksaz Deniz Üs K. Aksaz Merkez K. Tabip Asteğmen; 2008-2009

Kars Digor Dağpınar Aile Sağlığı Merlezi; 2009

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı; 2014-2016

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2016-Halen

V. ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL KURULUŞLAR:

Türkiye Psikiyatri Derneği

VI. BİLİMSEL İLGİ ALANLARI:

Bir Şizofreni Olgusunda Kavum Vargae Anomalisi (Poster Sunumu)

Şenormancı, G., Güçlü, O., Özben, İ., Karakaya, F. N., & Şenormancı, Ö. (2020). Resilience and insight in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 266, 402-412.

VII. BİLİMSEL ETKİNLİKLERİ:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Geleneksel Hipotez Yarışması 2018 (katılımcı)

VIII. DİĞER BİLGİLER:

21. TPD Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu 19-22 Nisan 2017

11. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi 23-26 Ekim 2017

54. Ulusal Psikiyatri Kongresi 02-06 Ekim 2018



8. EKLER

8.1. Sosyo-Demografik Soru Formu

Adı Soyadı:

Telefon no:

Yaş:

Cinsiyet: 0) Erkek 1) Kadın

Medeni Durum: 0) Bekâr 1) Evli 3) Boşanmış/Dul

Eğitim Süresi (Yıl):

Eğitim: 0) İlköğretim 1) Lise 2) Yüksekokul

Meslek: 0) İşsiz 1) Ev kadını 2) Öğrenci 3) Memur 4)

Serbest

Hastalığın Süresi (Yıl):

Kronik Tıbbi Hastalık Öyküsü: 0) Yok 1) Var

Ailede Depresyon Öyküsü: 0) Yok 1) Var

Madde Kötüye Kullanımı: 0) Yok 1) Var

Suicid Girişimi: 0) Yok 1) Var

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: 0) Yok 1) Var

8.2. Hamilton Depresyon Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0- Yok

1- Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.

2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

0- Yok

1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırma değildir. Suçluluk hezeyanları.

4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

0- Yok

1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

0- Bu konuda zorluk çekmiyor.

1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)

3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)

4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Retardasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0- Düşünceleri ve konuşması normal.

1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.

2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.

3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0- Yok

1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Subjektif gerilim ve irritabilite.

2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.

3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0- Yok

1- Hafif

2- İlmli

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok

1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok

1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

8.3. Klinik Global İzlenim Ölçeği

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

8.4. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin.

Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir.

Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüzü yansıtmasına özen gösterin.

1. Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

5. Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür. Hiç katılmıyorum

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmalıyım.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

10. İnsan bir işi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece hiç sayılırım.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

17. Sonucu başarısızlıkta olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

19. Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

21. En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |
22. İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |
23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |
24. Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |
26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |
27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvenebileceği başka insanların olması gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

31. Bana zarar verebileceklerin düşündüğümde diğer insanlara güvenmem.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

34. Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

35. Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarımı onaylaması gerekmez.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

36. İnsan, sorunlardan uzak durabildiği sürece sorunlarda ortadan kalkar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | |
| <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum | |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Biraz katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Çok az katılıyorum | <input type="checkbox"/> Oldukça katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Ender olarak katılıyorum | <input type="checkbox"/> Genellikle katılıyorum |
| <input type="checkbox"/> Tümüyle katılıyorum | |

8.5. RUMİ-Olumlu

Açıklamalar: Çoğu insanın aklından zaman zaman depresif (çökkün, üzüntülü, karamsar) düşünceler geçebilir. Depresif düşünme biçimi bazen uzun süre ve tekrarlayıcı biçimde devam edebilir. Bu ölçek bu tür uzamış ve tekrar eden depresif düşünceler hakkındaki inanışlar ile ilgilidir. Aşağıda bu inanışlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen her inanışı dikkatlice okuyunuz ve her birine genel olarak ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Cevabınızı en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz.

	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Depresif (çökkün) duygularımı anlamak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
2. Geçmişte başıma gelen kötü şeylerden bir anlam çıkarabilmek için olanlar hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
3. Depresyonumun (çökkünlüğümün) nedenlerini bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
4. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek en önemli şeylere odaklanmama yardımcı olur.	1	2	3	4
5. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek gelecekte olabilecek hata ve başarısızlıkları önlememe yardımcı olur.	1	2	3	4

6. Depresyonuma (çökkünlüğüme) çare bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
7. Hissettiklerim hakkında tekrar tekrar düşünmek depresyonumu (çökkünlüğümü) ortaya çıkaran etkenleri fark etmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
8. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek geçmiş hata ve başarısızlıklarımı anlamama yardımcı olur.	1	2	3	4
9. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek yaptığım şeylerin nasıl daha iyi yapılabileceğini bulmama yardımcı olur.	1	2	3	4

8.6. RUMİ- Olumsuz

Açıklamalar: Çoğu insanın aklından zaman zaman depresif (çökkün, üzüntülü, karamsar) düşünceler geçebilir. Depresif düşünme biçimi bazen uzun süre ve tekrarlayıcı biçimde devam edebilir. Bu ölçek bu tür uzamış ve tekrar eden depresif düşünceler hakkındaki inanışlar ile ilgilidir. Aşağıda bu inanışlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen her inanışı dikkatlice okuyunuz ve her birine genel olarak ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Cevabınızı en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz.

	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni fiziksel olarak hasta eder.	1	2	3	4
2. Tekrarlayıcı biçimde düşünmeye başladığımda başka hiçbir şey yapamam.	1	2	3	4
3. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kontrolümü kaybettiğim anlamına gelir.	1	2	3	4
4. Eğer kendim hakkında böylesine tekrar tekrar düşündüğümü bilselerdi, insanlar beni terk ederdi.	1	2	3	4
5. Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder.	1	2	3	4

6. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek benim için kontrol edilemez bir durum.	1	2	3	4
7. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek intihar etmeme yol açabilir.	1	2	3	4
8. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni başarısız biri haline getirir.	1	2	3	4
9. Tekrarlayıcı biçimde düşünmekten kendimi alamıyorum.	1	2	3	4
10. Tekrarlayıcı biçimde düşünüyorum olmam kötü bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4
11. Geçmişte olan kötü şeyler hakkında tekrar tekrar düşünmemek mümkün değil.	1	2	3	4
12. Sadece zayıf insanlar tekrarlayıcı bir biçimde düşünürler.	1	2	3	4

13. Tekrarlayıcı
biçimde düşünmek
kendime zarar
vermeme neden
olabilir.

1

2

3

4



8.7. Ruminatif Tepki Ölçeği-Kısa Formu

İNSANLAR KÖTÜ BİR DENEYİM YAŞADIKLARINDA BİR SÜRÜ FARKLI ŞEY YAPAR YA DA DÜŞÜNÜRLER. LÜTFEN AŞAĞIDAKİ CÜMLELERİ OKUYUP, SON İKİ HAFTA İÇİNDE, BELİRTİLENLERİ NE KADAR SIKLIKTA YAPTIĞINIZI İŞARETLEYİN. LÜTFEN, NE YAPMANIZ GEREKTİĞİNİ DEĞİL, GERÇEKTE NE YAPTIĞINIZI BELİRTİN.
Son 2 hafta içerisinde;

- 1) "Bunu hak etmek için ne yaptım" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 2) Son zamanlarda yaşadığın olayları analiz edip "Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 3) "Niye bu şekilde bir tepki gösteriyorum?" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 4) Bir köşeye çekilip "neden bu şekilde hissediyorum" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 5) Ne kadar sık, düşüncelerini yazıp, çözümlemeye ve anlamaya çalışıyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 6) Son zamanlarda yaşadığın olaylar hakkında "keşke daha iyi sonuçlansaydı" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 7) "Niye benim problemlerim var da, diğer insanların yok" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 8) "Neden olayları daha iyi idare edemiyorum" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 9) Kişilik özelliklerini analiz edip, "Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum" diye ne kadar sık düşünüyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman
- 10) Ne kadar sık, tek başına bir yere gidip duygularını anlamaya çalışıyorsun?
(1) Hiçbir Zaman (2) Bazen (3) Çoğunlukla (4) Her Zaman

8.8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın

Sizi **SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği** tarafından yürütülen **“İlk kez majör depresif bozukluk tanısı alan hastalarda selektif serotonin geri alım inhibitör tedavisinin fonksiyonel olmayan tutumlar ve ruminasyonlar üzerine etkisinin retrospektif incelenmesi”** başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası fayda ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz ve sorumlu araştırmacı tarafından doldurulmuş bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI

Araştırmanın Amacı:

Çalışmamızda majör depresif bozukluk tanısı olan hastalarda eşlik eden psikiyatrik patolojilerin saptanması ve bunların kişinin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Çalışmanın 6 aylık bir sürede tamamlanması planlanmaktadır. Bir katılımcı için anketlerin doldurulması için gereken süre yaklaşık 30-45 dakikadır. Kendinizin dolduracağı ve hekimle beraber soru cevap şeklinde dolduracağınız anketler olacaktır.

Araştırmanın Süresi: 6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 100

Size Getirebileceği Olası fayda ve Rahatsızlıklar: Bu çalışmada ruhsal durum muayenesi yapılacağından ve psikiyatrik rahatsızlıkları tarayan bazı testler verileceği için olası psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı sorgulanacaktır. Bu çalışma size herhangi bir rahatsızlık vermeyecek ve başvuru nedeninizle ilgili tedavinizde herhangi bir farklılık olmayacaktır.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği

Araştırmaya Katılan Araştırcılar: Asistan Dr. İlker ÖZBEN

Doç. Dr. Ömer şENORMANCI

Katılma ve Çıkma:

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Masraflar:

(Bu bölümde varsa çalışma masraflarının nereden karşılanacağı belirtilmelidir)

Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen anket çalışmasının amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacağımı anladım.**

Bu koşullarda söz konusu söz konusu anket çalışmasına kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Araştırcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin (Klinikte yapılacak çalışmalar anket çalışmaları için geçerlidir)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırcı tarafından saklanacaktır.