

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**‘MAJOR DEPRESYONU OLAN HASTALARIN BİRİNCİ
DERECEDEN YAKINLARINDA DEPRESYON VARLIĞININ
ARAŞTIRILMASI, STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ,
MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ’**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

DR.ZERRİN BİNBAY

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. R. PEYKAN GÖKALP

İSTANBUL -2011

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

1)GENEL BİLGİLER

1.1 DEPRESYON

1.1.1 Tarihçe

1.1.2 Epidemiyoloji

1.1.3 Etyoloji

1.1.4 Tanı ve sınıflama

1.2 MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK

2)AMAÇ VE HİPOTEZ

3)YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Deneklerin seçimi

3.2 Veri toplama araçları

3.3 İstatistiksel İncelemeler

4)BULGULAR

5)TARTIŞMA

6)SONUÇ

7)ÖZET

8)SUMMARY

9)KAYNAKLAR

10)EKLER

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, asistanı olmaktan büyük mutluluk duyduğum Anabilim Dalı Başkanı'muz ve tez danışmanım Prof.Dr. Peykan GÖKALP'e,

*Eğitimimde büyük katkıları olan sevgili hocam Doç.Dr. Figen KARADAĞ'a,
Eğitimime olan katkıları ve her konuda desteğini esirgemeyen kliniğimiz uzmanı Yard.Doç.Dr.Devran TAN'a,*

*Bugünlere gelmemde her zaman yanımda olan canım ailem ve eşime ,
Birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum asistan doktor arkadaşlarıma, kliniğimiz psikolog, hemşire ve yardımcı sağlık personeline,
Kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarımın saygı ve teşekkürlerimi sunarım.*

DR.ZERRİN BİNBAY

1) GENEL BİLGİLER

Depresyon, yaygınlığı ve kronik bir hastalık olması sebebiyle bütün kronik hastalıklar arasında yetiyitimi işlev kaybı iş görmezliğe yol açan başlıca sebeplerden biridir bu nedenle depresyonun tanınması ve etyolojik faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır (Judd 1996).

Depresyon sözcüğü; çökkünlük, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan ‘depress’ sözcüğü ise, Latince ‘depressus’ tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı, geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (Öztürk 2008).

Depresif duygular (depresif duygudurumu, ‘mood’) sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan, sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilirler. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen ‘depresif bozukluk’, duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur. Bu durumda depresyonu olan kişinin yakınında olan bireyler de olumsuz etkilenebilmektedir (Işık 2003, Öztürk 2008).

Major depresyonun ailesel özelliği birçok çalışmada belirtilmiştir, bunlara göre, depresyonu olan hastaların çocukları, aile öyküsü olmayanlara göre üç ya da dört kat daha fazla risk altındadır ve maternal depresyon riski kuşaklar boyunca aktarılabilmektedir (Sullivan 2000, Weissman 2005). Major depresyon için kalıtsallık olasılığı yaklaşık olarak %37-38 olarak tanımlanmaktadır ancak daha fazla yineleyici depresyon epizodu olanlar veya erken başlangıçlı olanlar için ise bu oranın daha fazla

olduğu düşünölmektedir (Kendler 2006, Sullivan 2000). Ailesel risk mekanizması, genetik, ailesel çevre faktörü ve bireysel faktörleri içermektedir (Avenevoli 2006). Major depresyonda genetik epidemiyoloji ile ilgili yayınlarda ailesellik büyük oranda genetik etkilerden kaynaklanmaktadır (Sullivan 2000). Bununla birlikte, aile üyelerinde depresyon riski, aile genotipini yansıtan zarar görmüş aile çevresi gibi çevre ilişkisi yolu ile genetik etkilerle artmaktadır (Jaffe 2007). Benzer şekilde, bireylerin genotipleri sosyal ilişkilerin yeterince gelişmemesine yol açabilir ve bu da depresyon riskini arttırmaktadır (Pilowsky 2006).

1.1 DEPRESİF BOZUKLUK

1.1.1 Tarihçe:

Depresyon ve benzeri ruhsal rahatsızlıkların tanımlama ve sınıflandırma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanılmıştır. Pek çok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi, depresyonda da farklı ekoller, olaya farklı yaklaşım biçimleri, farklı modeller ya da paradigmlar açısından baktıklarından, ortadaki tek bir gerçek, birbirinden değişik şekillerde yorumlanabilmekte, bu da sonuçta hastalığın sınıflandırılması konusunda karmaşalar yaratmaktadır. İlk kez eski Yunanda Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etyolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekölü, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melonkali ve paronaya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür. Hipokrat'ın 'eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir' sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir (Işık 2003, Öztürk 2008).

Hipokrat sonrası Galen tıbbında da melonkoli tanımı kullanılmaya devam edilmiştir. 1621 yılında yazılmış olan 'melankolinin anatomisi' adlı eserinde Burton, depresif hastaların

duygularını, düşüncelerini ve yaşadıkları sıkıntıyı oldukça iyi tanımlamıştır. Falret 1854'te bazı depresyonlu hastaların zaman içinde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemlemiş ve bu durumu, dalgalanan delilik (la folie circulaire) olarak tanımlamıştır. 19. yüzyılda Alman psikiyatri ekolü modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmış ve Kahlbaum 1882'de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır. Bu durumun hafif şekline ise 'siklotimi' denmiştir. (Kaplan 2004, Öztürk 2008).

Kraepelin ise, bugün depresyon olarak anladığımız durumu ' manik depresif hastalık' ve involusyonel depresyon' adı altında ele almış ve 'dementia prekoks' ile ayrımını açık bir şekilde yapmıştır. Kraepelin depresyonun kişide çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik bir zeminle ilgili olduğunu savunmuş ve manik depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümü olduğunu vurgulamıştır. Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin seyrinin sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. (Kaplan 2004, Işık 2003).

1.1.2 Epidemiyoloji

Depresyon psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her on kişiden birinde görülmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekte birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Genel olarak çökkünlüklerde yaygınlık oranı %9-20 arasında bildirilmiştir. Major depresyon orta yaşlarda (20-40) daha çok izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu major depresyon yaygınlığı (prevalans) % 4,4-%19,6 (Angst 1992) ve %17 (Kessler 1994) olarak verilmiştir. 1 yıllık yaygınlık kadınlarda %8, erkeklerde %3 civarındadır. Yaşam boyu distimi yaygınlığı %3,1-3,9 oranlarındadır (Angst 1992).

1.1.3 Etyoloji

Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleriyle etkileşerek, duygudurum bozukluklarına neden olurlar. Hastalar dikkatle incelendiğinde, özellikle hastalığın başlangıcında, psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür. Ancak zamanla hastalık ilerlediğinde duygudurum dönemleri açık psikososyal etki olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Manide ve yineleyici depresyonlarda, biyolojik etkenlerin daha çok rol oynadığı kabul edilir. Yineleyici depresyon geçiren hastaların birinci derece akrabalarında, hastalanma riski genel nüfustaki riske göre iki üç kat daha yüksektir. İkiz çalışmalarına dayanarak, kalıtımla geçiş oranının %31-42 arasında olduğu belirtilmektedir. Yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda, kalıtımın rolünün daha fazla olduğu belirtilmektedir. (Işık 2003, Öztürk 2008).

Depresyon daha çok orta yaş hastalığı olup, major depresyon orta yaşta ve 45 yaş altında daha sık görülür. Daha önce var olan kanının aksine, yaşlılarda daha fazla görülmemektedir, ilerleyen yaşla birlikte, hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, major depresyon sıklığı artmamaktadır (Jorm 2000). Gençlerde ailesel depresyon kümelenmesinde rolü olan genetik faktörler, birçok ikiz çalışmasıyla araştırılmıştır (Rice 2002). Bu çalışmalarda ortak olarak çocukluktaki depresif semptomlarda orta derecede genetik etkinin olduğu ve çocukluktan ergenliğe doğru yaş büyüdükçe kalıtsallık derecesinin artmış olduğu belirtilmektedir (Murray 1996, Scourfield 2003).

Major depresyon, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Major depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıkların da daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri süren yayınlar yanında siyah ırkta daha az oranda major depresyon izlendiğini öne süren yayınlar da vardır. (Loosen ve ark 2000).

Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış kişiler arasında daha yüksek oranda görülmektedir. Özellikle yakın zamanda eşinden ayrılan ya da boşanan bireylerde major depresyon oranı daha yüksektir. Eş kaybı depresyonun ilk epizodu ile ilişkili bulunan önemli bir çevresel stres etkenidir. Bilindiği gibi kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında major depresyon öyküsü varsa kendisinde de depresyon görülme olasılığı artmaktadır (Kendler 1999). Yine depresyonu olan hastaların biyolojik yakınlarında alkol bağımlılığı ve intihar girişimi öyküsüne daha çok rastlanılmaktadır. Biyolojik akrabasında major depresyon olanlarda hastalanma oranı erkeklerde %11 kadınlarda %18 oranındadır. Yine erken dönem çocukluk yaşantıları çocukluk dönemindeki kayıplar yaşanan tablonun daha ağır geçmesine, depresyon tablolarının daha erken başlamasına, kişilik patolojilerinin gelişimine zemin hazırlamaktadır. Aile üyelerinden şiddet görme, aile içinden ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama ileride depresyon riskini iki kat arttırmaktadır (Harris 1990).

1.1.4 Tanı ve sınıflama

DSM-IV TR'ye göre major depresyon tanı ölçütleriA. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1) ya hastanın kendisinin bildirmesi, ya da başkalarının gözlemlemesi ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma, ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alıyor olmama(ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3) perhizde değilken, önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması,(örneğin ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemlemiştir)

9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil) özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarı kurmaksın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B) Bu semptomlar bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C) Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D) Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E) Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (Amerikan Psikiyatri Birliği).

1.2 MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK

Mizaç (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; genetik olarak gelen huyla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur (Akiskal ve ark. 1983).

Eski çağlardan beri doğuştan gelen bazı mizaçların belirli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir. Eski Yunanda Hipokrat'ın dört sıvı (kara safra, kan, sarı safra, lenf) kuramıyla kişilik ve huy tipleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Akiskal ve arkadaşları (1983) ve von Zerssen ve Akiskal (1998) kişiliğin duygulanım bozukluklarıyla ilişkisi üzerine yazdığı derlemelerde konunun tarihsel gelişimini ayrıntılı olarak ele almışlardır. Kraepelin 1921'de depresif, manik, irritabl ve siklotimik kişiliklerin duygudurum bozukluklarına 'kişisel yatkınlık' (personal disposition) yaratan temel mizaçlar olduğunu belirtmiştir. Çoğu manik-depresif hastada bu duygulanım mizaçlarının bulunduğunu, hastaların akut nöbet yatıştıktan sonra da bu mizaçlara geri döndüğünü, hasta olmayan aile bireylerinde de bu mizaçlara rastlanabileceğini gözlemlemiştir. Schneider 1958 yılında Kraepelin'in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçlar tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin'in aksine bu iki duygulanım mizacının duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur (Akiskal ve ark. 1983, von Zerssen ve Akiskal 1998).

Kretschmer'e göre duygulanım mizaçları keskin sınırlarla ayrılmamıştır, psikopatolojiler normal mizaç tiplerinin patolojik olarak belirginleşmiş türevleridir. Kretschmer sikloid (cycloid) ve siklotimik (cyclothymic) tipleri şöyle açıklamıştır: (1) sosyal, iyi kalpli, kibar, iyi huylu; (2) mutlu, neşeli, canlı, sıcakkanlı; (3) içe dönük, sessiz, sakin, ciddi. Tüm sikloidlerin ilk ölçütleri karşıladığını, hipomanik sikloidlerin ikinci, depresif sikloidlerin üçüncü ölçütleri karşıladığını söylemiştir. Sikloid kişiliğin manik-depresif psikozun, şizoid (schizoid) tipin şizofrenik psikozun öncü mizacı olduğunu savunmuştur. Hastalık ve normallik arasındaki tüm geçişlerin 'sağlıklı' siklotimik mizaçlılardan 'hasta' siklotimikler (sikloidler) ve 'psikotik' siklotimikler (manik-depresifler) arasındaki süreklilik boyunca gerçekleştiğini eklemiştir (Akiskal ve ark. 1983). Bunun yanında Kretschmer'e göre mizaç hormonal sistem ve beden yapısından etkilenir, iki uçlu bozukluğu olan hastalar piknik yapıda, şizofrenler leptozom yapıdadır (von Zerssen ve Akiskal 1998).

Kraepelinden sonra, Cloninger ve Akiskal da mizacı ele almışlardır. Cloninger mizaç ve karakter ikilisini incelemiş, Akiskal ise 'affektif mizaç' (affective temperament) tanımlamasını yapmıştır.

Akiskal affektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel affektif mizacı tanımlamıştır: depresif, siklotimik, hipertimik (Kraepelin'in manik tipine karşılık gelir), sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç (Akiskal ve Malya 1987). Akiskale göre duygulanım mizaçları:

Hipertimik Mizaç:

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş)
- 2) Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
- 3) Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dâhil)
- 4) Yadsımanın (inkâr) çok fazla kullanılması
- 5) Schneideryen hipomanik kişilik özellikleri:

- * İrritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
- * Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli
- * Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
- * Aşırı konuşkan
- * Sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük
- * Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
- * Baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

Eşikaltı Distimik

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş)
- 2) Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon
- 3) Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün)
- 4) Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)
- 5) Schneideryen depresif kişilik özellikleri:
 - * Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen
 - * Sessiz, pasif ve kararsız
 - * Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikayet eden
 - * Derin derin düşünen ve endişelenen
 - * Vicdanlı, kendi kendini disipline eden
 - * Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten
 - * Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

İrritabl Mizac:

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş)

- 2) Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabl ve çabuk kızan olma)
- 3)Derin düşüncelere dalmaya meyil
- 4)Aşırı eleştiren ve şikâyet eden
- 5)Aksi şakalar yapan
- 6)İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren
- 7) Disforik yerinde duramama
- 8)Dürtüsellik
- 9)Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

Siklotimik Mizac:

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş)
- 2)Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler
- 3)Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümler arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık
- 4)Öznel görünümler:
- 5)Letarji ya da ötoni
- 6) Kötümserlik ya da iyimserlik
- 7) Zihinsel konfüzyon ya da keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
- 8) Düşük kendine güven ya da aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı
- 9) Davranışsal görünümler:
 - * Azalmış sözel dışavurum ya da çok konuşma
 - * Hipersomnia ya da uyku ihtiyacının azalması
 - * Nedensiz sulu gözlülük ya da aşırı şakacılık
 - * İçedönük kendini soyutlama ya da sınırsız insan arama
 - * Üretkenlikte belirgin değişkenlik

Mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biri de kuşkusuz Cloninger'dir. Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunlarla ilgili genlerin spesifik mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır (Cloninger 1987). Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking) dopaminerjik, zarardan kaçınma (harm avoidance) serotonerjik, ödül bağımlılığı (reward dependence) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir. Cloninger, ilk başta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi (persistence), daha sonra ödül bağımlılığının diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Cloninger'e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan bu özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemleyerek üç karakter boyutu eklemiş ve ölçeğin ismini 'Mizaç ve Karakter Anketi' (Temperament and Character Inventory; TCI) olarak değiştirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Böylelikle dört mizaç özelliğine ek olarak, erişkinlik döneminde olgunlaşan ve kişisel ve sosyal etkinliği belirleyen üç karakter boyutu eklenmiştir; kendi kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence). Ölçeğin Türkçe Uyarlaması "Mizaç ve Karakter Envanteri" adıyla Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

Bu konuda yapılan çalışmalara göre; yenilik arama ve ödül bağımlılığı, durumsal duygudurumdan bağımsızken, zarardan kaçınmanın duygudurum ve anksiyete düzeyinden etkilendiği gözlenmiştir (Svrakic ve ark. 1992). Depresyon durumunun, zarardan kaçınma ve

işbirliği yapmayı azalttığı görülse de, hafif ve orta dereceli depresyonlarda Mizaç ve Karakter Anketi'nin depresyonun durumsal etkisinden etkilenmediği görülmüş ve bu sonuçlar TCI'nin, hafiften orta dereceye kadar olan depresyon hastalarında altta yatan kişilik yapısını gösterecek uygun bir araç olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Sato ve ark. 2001). TCI'nin özellikle karakter boyutlarının psikoz ve duygudurum bozukluklarının eşik altı sendrom biçimleri olabildiği veya bu durumlara yatkınlık yaratabildiği yorumu yapılmış ve hipertimik, siklotimik, irritabl ve depresif mizaç tipleriyle belirli Mizaç ve Karakter Anketi boyutlarının bağlantılı olduğu söylenmiştir (Cloninger ve ark. 1998).

Depresyon hastalarındaki yüksek zarardan kaçma, düşük işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme puanlarının depresyon şiddetiyle ilişkisi olduğu gözlenmiştir (Hansenne ve ark. 1999).

İkiüçlü hastalarda yapılan çalışmalarda depresyon ve normal kişilerle karşılaştırıldığında, genel olarak yenilik arama değerlerinin yüksek (Young ve ark. 1995), sebat etme değerlerinin düşük olduğu (Osher ve ark. 1999) bulunmaktadır. Yüksek yenilik arama değerleri uzun süreli izlemde işlevsellikte bozulmanın bir göstergesi olabilir (Strakowski ve ark. 1993).

Cloninger'in Mizaç ve Karakter Envanteri; Yenilik Arayışı (YA), Zarardan kaçınma(ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE)'den oluşan dört boyutlu bir mizaç bileşenini; kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşmadan (KA) oluşan üç boyutlu bir karakter bileşenini içermektedir. YA 4 alt-boyuttan (YA1; keşfetmekten heyecan duyma ya da heyecan arama-kayıtsız katılık hali, YA2; dürtüsellik-iyice düşünme, YA3; savurganlık-tutumluluk ve YA4; düzensizlik-düzenlilik) oluşur. ZK da 4 alt-boyuttan oluşur (ZK1; beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik, ZK2; belirsizlik korkuları, ZK3; utangaçlık-neşeli dışa dönüklük, ZK4; kolay yorulma-dinçlik). ÖB ise 3 alt-boyuttan oluşur (ÖB1; duygusallık, ÖB2; bağlanma- kopma, ÖB3; bağımlılık-bağımsızlık). SE ise yalnız

1alt-boyuttan oluşmaktadır. KY, 5 alt-boyuttan oluşur (KY1; sorumluluk alma-suçlama, KY2; amaçlılık-amaçsızlık, KY3; beceriklilik-atalet, KY4; kendini kabul-kendisiyle çekişme, KY5; uyumlu mizaç-olumsuz alışkanlıklar). İY de 5 alt-boyuttan oluşmaktadır (İY1; sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük, İY2; empati-sosyal kayıtsızlık, İY3; yardımseverlik-yardım sevmeme, İY4; merhametlilik-intikamcılık, İY5; ilkeli olma ya da vicdanlılık- kendine çıkar sağlama). KA ise 3 (KA1; kendinden geçme-kendilik bilincinde yaşama, KA2; kişiler ötesi özdeşim-kendi kendine ayrışma, KA3; manevi kabul-akılcı maddecilik) alt-boyuta ait alt ölçekten oluşmaktadır. Alt boyut puanlarının toplanmasıyla, ilgili boyutun toplam puanı ele edilmektedir.

Zarardan kaçınma serotonerjik aktivite ile ilişkilidir ve ZK'sı yüksek kişiler stresli olaylara yüksek oranda depresyonla karşılık verirler (Cloninger 1987). Strese azalmış tolerans ve stresle baş edememe psikosomatik hastalık geliştirmeye ve depresyona yakınlıkla ilişkilidir. Mizaç ve Karakter Envanteri ile yapılmış bir takip çalışması olan Mazza ve arkadaşlarının çalışmasında antidepressanla tedavi sonrası ZK puanının azalmasına rağmen halen yüksek kalması, ZK yüksekliğinin hem durumsal hem de sürekli özellikte olduğunu doğrulamaktadır (Mazza 2009).

2) AMAÇ VE HİPOTEZ

Depresyon ülkemizde ve dünyada en çok görülen psikiyatrik bozukluklardan birisi olup, hem hasta hem de hastanın yanında olan ve ona bakım veren kişilerde -bizim ülkemiz gibi geleneksel aile yapısını korumakta olan ülkelerde bu kişi genellikle birinci dereceden yakınlar olmaktadır- işlevsellikte önemli derecelere varan kayıplara yol açmaktadır.

Yakın bir geçmişe kadar, psikiyatrik hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalar onlara bakım veren ya da akrabalarıyla ilgili yük ve zorlanma üzerine odaklanmamıştır. Bunun sebeplerinden birisi bu türde çalışmaların genellikle hastalıklar üzerine odaklanması ve hastaya bakım verenlerin ya da akrabaların hastalığın gidişi ya da yinelemesi üzerine olan etkilerini belirlemektir (Möller-Leimkühler 2005).

Bu güne kadar yapılmış olan çalışmalarda genellikle depresyonu olan hastalar üzerinde mizaç, kişilik, depresyon dereceleri, bunları etkileyen faktörler araştırılmakla beraber zaman zaman bu kişilerin en yakınındaki hatta onları psikiyatri polikliniklerine getiren ya da onlarla birlikte psikiyatri servislerinde rastladığımız yakınlarında ise depresyon varlığı ne yazık ki göz ardı edilmektedir. Bu kişilerde ise gerek genetik yatkınlık, gerek kendi hayatlarında yaşadıkları stresli yaşam olayları, gerekse bu tipte ne yazık ki zaman zaman uzun süreli ve kronik gidişli olabilen psikiyatrik bir hastalığı olan hastanın birinci dereceden yakını ve bazen de ona bakım vereni olmak onları depresyona daha yatkın bireyler haline getirebilmektedir.

Bu çalışmada depresyonu olan bireylerin birinci dereceden yakınlarında da depresyonun azımsanmayacak derecede yüksek olduğu ve mizaç ve karakter özelliklerinin depresyonu olan bireylere benzer olacağı, mizaç ve karakter özellikleri ile depresyon dereceleri ve stresle baş etme yöntemleri arasında ilişki olacağı varsayılmıştır. Ayrıca major depresyonu olan bireyin birinci dereceden akrabası olarak artmış riske sahip olan bu

bireylerde depresyonda olma ve olmamaya yol açan nedenlerin araştırılması amaçlanmaktadır.

3) YÖNTEM VE GEREÇLER

1)Deneklerin seçimi

Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim dalı polikliniğinde ayaktan tedavi gören DSM-IV tanı kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk tanısı almış olan 53 hastanın birinci dereceden akrabası (anne, baba, kardeş veya çocukları) alınmıştır. Bu kişilere Beck Depresyon Envanteri (BDI), Mizaç ve karakter Envanteri (TCI), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R), TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire) verildi. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapıldı. Hasta yakınları çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirildi ve kabul edenler “bilgilendirilmiş onam formu” nu imzaladı.

Çalışmaya alınma ölçütleri

- 18-65 yaş arasında olmak
- Poliklinikte ayaktan major depresyon nedeniyle tedavi olan birey ve onun birinci dereceden akrabası olmak
- Okur-yazar olmak
- Bilgilendirme sonucu çalışmaya girmeyi kabul etmiş olmak

Çalışmadan dışlanma ölçütleri

- Görüşmeyi engelleyecek ağır mental ya da fiziksel hastalığı bulunmak
- Görüşmeciyile işbirliğini engelleyebilecek eşlik eden şizofreni ya da benzer psikotik bozukluğu bulunmak (Hastalar için psikotik özellikli major depresyon hariç)

Çalışma, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi kurumsal etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir.

2) Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu:

Olguların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş 30 maddelik yarı yapılandırılmış soru formudur

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

SBTÖ'nün orijinali Özbay (1993) tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde üniversitede öğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilere yönelik geliştirilmiş olan “Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği”dir. Yine, Özbay ve Şahin (1997) tarafından testin Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Geliştirilen bu testin amacı, farklı stres durumlarında bireylerin başa çıkma çabalarını ölçmeye yöneliktir. Testin, Türkçe uyarlama çalışmasında faktör analizi sonucunda 56 maddelik orijinal başa çıkma ölçeğinden 43 madde 6 faktör altında toplanmıştır. Test, 5'li likert tipi derecelendirmeye düzenlenmiştir. Faktör analizi ile belirlenen 6 faktör aktif planlama, dış yardım arama, dine sığınma, kaçma-soyutlama (duygusal eylemsel), kaçma soyutlama (biyo-kimyasal) ve kabul-bilişsel yeniden yapılanma olarak adlandırılmıştır. Yapı faktör analizinin yanında ölçüt geçerliği de benzer ölçek yardımı ile testin geçerliğine ilişkin bulgular elde edilmiştir. Şahin ve Durak (1995) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ölçüt olarak alınmıştır.

TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire),

Baskın duygulanım mizacını ve duygulanım mizaç alt tiplerinin puan ortalamalarını değerlendirmek için kullanıldı. Akiskal ve ark. tarafından 1997’de düzenlenen Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi’nin orijinali erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış şekli 99 maddeden oluşur.(Vahip ve ark 2005) Bu ölçeğin doldurulması 15-45 dakikalık bir zaman gerektirmektedir. Kişinin tüm yaşamını göz önüne alarak “doğru” ve “yanlış” şeklinde doldurması gereken öz bildirim (self-report), likert tipi bir ölçektir ve depresif, siklotimik, hipertimik, iritabl (sınırlı), anksiyöz (endişeli) mizaçları belirleyen 5 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ankette baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), iritabl (18 madde) ve anksiyöz (24 madde) mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe çevirinin test- tekrar test güvenilirliği 0.73 ile 0.91 ve Cronbach alpha katsayıları 0.77 ile 0.85 arasındadır. 1-18. maddeler depresif mizacı tanımlamaktadır. 18 madde içe dönüklük, düşük özgüven, pesimistik kognisyon, kırılabilirlik ve özgecilik şeklinde 5 faktörden oluşur. 19-37. maddeler siklotimik mizacı tanımlamaktadır. 19 madde psikomotor aktivitede değişkenlik, kendilik algısında değişkenlik, bir noktaya odaklanamama ve duygudurumda değişkenlik şeklinde 4 faktörden oluşur. 38-57. maddeler hipertimik mizacı tanımlamaktadır. 20 madde dışa dönüklük, yüksek özgüven, narsistik özellikler, risk alma ve yenilik arayışı şeklinde 5 faktörden oluşur. 58-75. maddeler iritabl mizacı tanımlamaktadır. 18 madde gerginlik - huzursuzluk, agresyon - hostilete, alaycılık, impulsivite ve eleştirel kognisyon şeklinde 5 faktörden oluşur. 76-99. maddeler anksiyöz mizacı tanımlamaktadır. 24 madde anksiyete, gevşeyememe, korku ve sıkıntıya somatik yanıtlar, pesimistik kognisyon ve ruminasyon ile heyecanlandığında somatik yanıtlar şeklinde 5 faktörden oluşur. Depresif mizaç: 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak

işaretlenmesine karşılık gelmektedir. Siklotimik mizaç: 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. Hipertimik mizaç: 20 maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. İrritabl mizaç: 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. Anksiyöz mizaç: 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. Bir bireyde bir ve birden fazla sayıda baskın mizaç belirlenebilir. Buna karşılık bir bireyde herhangi bir baskın mizaç saptanmayabilir.

Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) (Temperament and Character Inventory)'nın 240 maddeli formu, Cloninger'in yedi faktörlü kişilik modelini ölçmek için kullanıldı. Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri kişiliğin dört mizaç ve üç karakter bileşenini değerlendiren “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir, zaman sınırlandırması yoktur, 30 ile 60 dakikalık bir zaman gerektirmektedir. Bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve replike edilmiştir. Mizaç ve karakter envanteri (TCI) ,içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir.

Türkçe TCI ölçek ve alt ölçeklerinin iç tutarlık, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda Cronbach alfa değerleri mizaç boyutunda 0.60 ile 0.85, karakter boyutunda 0.82 ile 0.83 arasında bulunmuştur (Köse ve ark 2004). MKE 7 üst - sıra ölçekten oluşmaktadır. Sebat Etme (SE) dışında tüm boyutlar üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutunda Yenilik Arayışı (YA) 4 alt ölçeğe, Zarardan Kaçınma (ZA) 4 alt ölçeğe, Ödül Bağımlılığı (ÖB) 4 alt ölçeğe, karakter boyutunda Kendini Yönetme (KY) 5 alt ölçeğe, İşbirliği Yapma (İY) 5 alt ölçeğe, Kendini Aşma (KA) 3 alt ölçeğe ayrılmıştır. Ölçekler alt ölçek toplamından oluşmaktadır. Örneğin, Toplam Yenilik Arayışı (YA) puanı = YA1 + YA2 + YA3 + YA4 şeklinde hesaplanır. Mizaç boyutu 12 alt – sıra ölçekten oluşmaktadır. Yenilik Arayışı (YA, 40 madde), YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma, 11 madde), YA2 (Dürtüsellik, 10 madde),

YA3 (Savurganlık, 9 madde) ve YA4 (Düzensizlik, 10 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Zarardan Kaçınma (ZK, 35 madde), ZK1 (Beklenti endişesi, 11 madde), ZK2 (Belirsizlik korkusu, 7 madde), ZK3 (Yabancılardan çekinme, 8 madde) ve ZK4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Ödül Bağımlılığı (ÖB, 24 madde), ÖB1 (Duygusallık, 10 madde), ÖB2 (Bağlanma, 8 madde), ÖB3 (Bağımlılık, 6 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Sebat Etme (SE, 8 madde) alt ölçeği olmayan tek mizaç ölçeğidir. Karakter boyutu 13 alt – sıra alt ölçekten oluşmaktadır. Kendini Yönetme (KY, 44 madde), KY1 (Sorumluluk alma, 8 madde), KY2 (Amaçlılık, 8 madde), KY3 (Beceriklilik, 5 madde), KY4 (Kendini kabullenme, 11 madde) ve KY5 (Uyumlu ikincil huylar, 12 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

İşbirliği Yapma (İY, 42 madde), İY1 (Sosyal onaylama, 8 madde), İY2 (Empati duyma, 7 madde), İY3 (Yardımseverlik, 8 madde), İY4 (Acıma, 10 madde) ve İY5 (Erdemlilik - vicdanlılık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Kendini Aşma (KA, 33 madde), KA1 (Kendilik kaybı, 11 madde), KA2 (Kişilerarası özdeşim, 9 madde), KA3 (Manevi kabullenme, 13 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. MKE değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında “yanlış” seçeneği işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca MKE içinde yer aldıkları halde puanlanmayan maddeler de mevcuttur (Madde 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240)

Belirti Tarama Ölçeği (Symptom Check List) (SCL-90-R)

Hem klinik hem de araştırma durumlarında, deneklerin ruhsal belirtilerinin dağılımını ve şiddetini belirlemek için ilk kez 1974'te Derogatis tarafından geliştirilmiş ve 1977'de aynı kişi tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular, bugün dâhil

son 3 ay göz önünde bulundurularak yanıtlanır. Dokuz alt birim şu şekilde adlandırılmıştır: somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası hassasiyet, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm. Ayrıca bir ek belirtiler alt birimi de tanımlanmıştır. Alt ölçek puanları, bireyin maddelere verdiği yanıtların puanlarının sayısal toplamının o alt ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenir.

Üç ayrı genel puan hesaplaması yapılmaktadır. Bunlar; 1- Genel Belirti Ortalaması (GBO), 2-Pozitif Belirti Düzeyi (PBD), 3-Pozitif belirti Toplamı'dır (PBT). Tüm alt testlerden alınan puanların toplamının 90'a bölünmesiyle GBO elde edilir. Her bir alt test ve GBO'nun yorumlanmasında 0'dan 1,5'a kadar olan puanlar "normal" kabul edilir, 1,5-2,5 arası "araz düzeyi yüksek", 2,5-4 arası "araz düzeyi çok yüksek" olarak yorumlanır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır (Aydemir 2000, Öner 1997).

Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory) (BDÖ)

Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 'de geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. '0' ile '3' arasında derecelendirilen dördümlü Likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Testten en düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilir. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif-orta, 19-29 puanlar arası orta-şiddetli ve 30-63 puanlar arası şiddetli depresyonu belirlemektedir. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir.

3.3 İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 13 versiyonu kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmalarında Student T testi kullanıldı. Depresyonu olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve korelasyon analizlerinde Pearson testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4) BULGULAR

Çalışmaya Kasım 2009 ile Aralık 2010 tarihleri arasında 18 ile 65 yaşları arasında değişmekte olan, 45'i kadın (% 84,9) ve 8'i erkek olan toplam 53 kişi katılmıştır. Olguların ortalama yaşı 36.02 ± 12.16 idi (Tablo-1). Örneklem kliniğimizde major depresyon nedeniyle takip ve tedavi edilen 53 hastanın birinci dereceden yakınlarından oluşmaktaydı.

TABLO 1: Hasta Yakını Değerleri

	N	Min-Max	Ort±SS
Yaş	53	18-60	36,02±12,16
Eğitim Süresi	53	5-18	12,92±3,17
Çocuk Sayısı	24	1-3	1,83±0,64
Psikiyatrik hastalık nedenli yatış gün sayısı	3	3-90	33,17±49,25
Alkol Kullanım Sıklığı (Haftalık)	8	1-2	1,12±0,35
Sigara Miktarı (Günde)	25	2-40	16,12±9,85
Psikiyatrik Hastalık Süresi	32	2-48	16±12,07
Ailede Bakımından Sorumlu Olduğu Birey Sayısı	21	1-4	1,71±0,85

TABLO 2a: Hasta Yakını Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		N (53)	%
Cinsiyet	Kadın	45	84,9
	Erkek	8	15,1
Eğitim Durumu	İlkokul	3	5,7
	Ortaokul	6	11,3
	Lise	14	26,4
	Üniversite	30	56,6
İş Durumu	İşçi	4	7,5
	Memur	2	3,8
	Öğrenci	10	18,9
	Emekli	8	15,1
	Ev Hanımı	11	20,8
	Serbest ve özel sektör	16	30,2
	İşsiz	2	3,8
Medeni Durum	Bekar	25	47,2
	Evlü	22	41,5
	Ayrılmış	6	11,3
Çocuk Durumu	Var	24	45,3
	Yok	29	54,7
Aylık Gelir	1500 altı	38	81,7
	1500 ve üstü	15	18,3
Tedavi Görme	Evet	32	60,4
	Hayır	21	39,6
İlaç Kullanma	Evet	30	56,6
	Hayır	23	43,4

TABLO 2b: Hasta Yakını Klinik Özelliklerin Dağılımı

		N (53)	%
Kullandığı İlaç	Antidepresan	26	49,1
	Diğer	4	7,5
İntihar Girişimi	Var	10	18,9
	Yok	43	81,1
Hastane Yatışı	Evet	3	5,7
	Hayır	50	94,3
İntihar Düşüncesi	Var	2	3,8
	Yok	51	96,2
Tıbbi Hastalık Öyküsü	Var	13	24,5
	Yok	40	75,5
Alkol Kullanımı	Var	8	15,1
	Yok	45	84,9
Madde Kullanımı	Var	0	0
	Yok	53	100
Sigara Kullanımı	Var	25	47,2
	Yok	28	52,8
Ailede birden fazla sayıda	Var	34	64,2
1. Derece Akrabada			
Psikiyarik Hastalık Öyküsü	Yok	19	35,8
Ailede Bakımından	Var	21	39,6
Sorumlu Olduğu Bireyler	Yok	32	60,4

Hasta yakınlarının %5,7'i ilkokul mezunu, %11,3'ü ortaokul mezunu, %26,4'ü lise mezunu, %56,6'sı üniversite mezunuydu. Olguların %47,2'si bekâr, %41,5'i evli, %11,3'ü ayrılmıştı ve ortalama eğitim süresi yılı 12.92 ± 3.17 idi (Tablo-2).

Hasta yakınlarının %7,5'i işçi, %3,8'i memur, %18,9'u öğrenci, %15,1'i emekli, %20,8'i ev hanımı, %30,2'si serbest meslek ya da özel sektör çalışanı geri kalanı ise işsizdi. Olguların %18,3'ünün geliri 1500 TL'nin üstünde, geri kalanı ise 1500 TL'nin altındaydı. Hasta yakınlarının %60,4'ü psikiyatrik hastalık nedeniyle daha önce tedavi görmüştü ve ilaç kullananların %49,1'i antidepresan türevi bir ilaç kullanıyordu.

Çalışmaya alınan hastaların ise %79,2'si kadın (n=42), %20,8'i (n=11) erkekti, yaş ortalaması 51,5'ti, %60,4'ü evliydi, toplam eğitim yılı ortalaması 8.85 ± 4.12 idi, %50,9'u ev hanımıydı. %28,3'ünün daha önce suisid girişimi vardı (Tablo-3, Tablo-4).

TABLO 3: Hastanın Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		N (53)	%
Cinsiyet	Kadın	42	79,2
	Erkek	11	20,8
Eğitim Durumu	Okur-yazar	4	7,5
	İlkokul	16	30,2
	Ortaokul	5	9,4
	Lise	18	34
	Üniversite	10	18,9
İŞ	İşçi	3	5,7
	Öğrenci	2	3,8
	Emekli	13	24,5
	Ev Hanımı	27	50,9
	Özel Sektör Çalışanı	8	15,1
Medeni Durum	Bekar	4	7,5
	Evli	32	60,4
	Ayrılmış	6	11,3
	Dul	9	17
	Birlikte yaşıyor	2	3,8
Hastane Yatışı	Var	18	34
	Yok	35	66
Tedavi Uyumu	Uyumlu	26	49,1
	Uyumsuz	17	32,1
	Değişken	10	18,9
İntihar Girişimi	Var	15	28,3
	Yok	38	71,7

TABLO 4: Hastanın Demografik ve Klinik Özellik Değişkenlerinin Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Min-Max	Ort±SS
Hastanın yaşı	26-81	51,5 ± 13,29
Hastanın eğitim süresi	0-15	8,85± 4,12
Hastalığın başlama yaşı	17-72	43,04±14,56
Hastalık süresi (Aylık)	2-252	34,42±46,71
Son bir yıldaki atak sayısı	0-2	1,17±0,55
Toplam yatış sayısı	0-3	0,45±0,72
Son bir yıldaki yatış sayısı	0-2	0,28±0,50
Hastanın intihar girişim sayısı	1-3	1,67±0,72

TABLO 5: Hasta yakını Beck Depresyon Ölçeğinin Değerleri

	Min-Max	Ort±SS
Toplam Beck Depresyon Puanı	0-33	15,68±9,11
Beck Bilişsel Puanı	0-20	8,89±5,56
Beck Somatik Puanı	0-15	6,79±4,22

Hasta yakını olan olguların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 15.68 ± 9.11 'di. Buna göre kesme puanı 17 olarak alındığında %50,9'unda depresyon mevcuttu(Tablo-5).

TABLO 6:Hasta Yakınlarında TEMPS-A Puanlarının Değerleri

TEMPS-A	Min-Max	Ort±SS
Depresif mizaç puanı	1-18	8,25±4,09
Siklotimik mizaç puanı	0-19	9,87±5,38
Hipertimik mizaç puanı	0-20	9,87±4,59
İrritabl mizaç puanı	0-14	5,06±4,15
Anksiyöz mizaç puanı	0-24	10,55±6,05

Olguların depresif mizaç puanları 1 ile 18 puan (ort:8.25±4.09), siklotimik mizaç puanları 0 ile19 puan (ort:9.87±5.38), hipertimik mizaç puanları 0 ile 20 (ort:9.87±4.59), irritabl mizaç puanları 0 ile14 (ort:5.06±4.15), anksiyöz mizaç puanları 0 ile 24 puan (10.55±6.05) arasında değişmektedir (Tablo-6). 10 (%18,9) olgunun depresif mizaç puanı, 6 (%11,3) olgunun siklotimi puanı, 2 (%3,8) olgunun hipertimik mizaç puanları, 4 (%7.5) olgunun irritabl mizaç puanları, 10 (%18.9) olgunun anksiyöz mizaç puanları kesme puanı üzerinde kalmıştır (Tablo-7).

TABLO 7: TEMPS-A Ölçeğinin Alt Gruplarının Toplam Puanlara Göre Frekans Dağılımı

		N (53)	%
Depresif Mizaç	Var	10	18,9
	Yok	43	81,1
Siklotimik Mizaç	Var	6	11,3
	Yok	47	88,7
Hipertimik Mizaç	Var	2	3,8
	Yok	51	96,2
İrritabl Mizaç	Var	4	7,5
	Yok	49	92,5
Anksiyoz Mizaç	Var	10	18,9
	Yok	43	81,1

TABLO 8: SCL 90-R Ölçeği Alt Grup Puanları

N=53	minimum	maksimum	ortalama	SS
Genel belirti düzeyi	0,10	2,50	1,23	0,63
Somatizasyon puanı	0,08	3,58	1,47	0,89
Obsesifkompulsif puanı	0,20	3,30	1,45	0,73
Kisilerarası duyarlılık puanı	0,00	3,89	1,24	0,79
Depresyon puanı	0,00	3,23	1,50	0,82
Anksiyete puanı	0,00	2,70	1,12	0,76
Öfke-düşmanlık	0,00	3,33	1,17	0,90
Fobik anksiyete puanı	0,00	1,86	0,60	0,54
Paranoid düşüncepuanı	0,00	3,33	1,28	0,84
Psikotik belirtiler puanı	0,00	2,20	0,80	0,60

Toplam 53 hasta yakınının SCL-90-R'den aldıkları puanların ortalama genel belirti düzeyi (GSI) 1.23 olarak bulunmuştur. En yüksek GSI puanı 3.89 ile kişilerarası duyarlılıkta, en düşük oranda ise 0.60 ile fobik anksiyete alanında saptanmıştır.

TABLO 9: SCL-90-R Ölçeğinin Alt Gruplarının Ortalama Puanlarının Kesme Değerlerine Göre Dağılımı

		N (53)	%
Pozitif Belirti Düzeyi	1,5 ve üstü	21	39,6
	1,5 altı	32	60,4
Somatizasyon	1,5 ve üstü	28	52,8
	1,5 altı	25	47,2
Obsesif Kompulsif	1,5 ve üstü	30	56,6
	1,5 altı	23	43,4
Kişilerarası Duyarlılık	1,5 ve üstü	20	37,7
	1,5 altı	33	62,3
Depresyon	1,5 ve üstü	26	49,1
	1,5 altı	27	50,9
Anksiyete	1,5 ve üstü	17	32,1
	1,5 altı	36	67,9
Öfke düşmanlık	1,5 ve üstü	18	34,0
	1,5 altı	35	66,0
Fobik anksiyete	1,5 ve üstü	5	9,4
	1,5 altı	48	90,6
Paranoid Düşünce	1,5 ve üstü	22	41,5
	1,5 altı	31	58,5
Psikotik belirtiler	1,5 ve üstü	9	17,0
	1,5 altı	44	83,0

SCL 90-R ölçeğinin alt ölçekleri incelendiğinde hasta yakınlarında en fazla oran %56.6 ile obsesif kompulsif alt ölçeğinden, en az oran ise hasta yakınlarının %9.4'ü ile fobik anksiyete alt ölçeğinden alınmıştır.

TABLO 10: Mizaç ve Karakter Envanterinin Mizaç Özelliklerinin Değerleri

Mizaç özellikleri	Min-Max	Ort±SS
YA1 (keşfetmekten heyecan duyma)	0-18	5,58±2,95
YA2 (dürtüsellik)	1-8	4,21±1,83
YA3 (savurganlık)	0-12	4,64±2,47
YA4 (düzensizlik)	0-9	4,30±1,98
Yenilik Arayışı Toplam(YA)	8-42	18,74±6,62
ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık)	2-16	6,75±2,69
ZK2 (belirsizlik korkusu)	0-10	4,64±2,14
ZK3 (yabancılardan çekinme)	0-8	3,36±2,1
ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık)	1-9	4,28±2,28
Zarardan Kaçınma Toplam (ZK)	3-35	19,09±6,45
ÖB1 (duygusallık)	1-18	7,1±3,03
ÖB2 (bağlanma)	0-12	4,00±2,24
ÖB3 (bağımlılık)	0-8	2,96±1,71
Ödül Bağımlılığı Toplam(ÖB)	6-38	14,06±5,05
Sebat Etme	1-21	5.26±3.21

Olguların yenilik arayışı toplam puanları 8 ile 42 arasında değişmekte olup ortalaması 18,74±6,62'tir.

Zarardan kaçınma toplam puanları 3 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalaması 19,09±6,45'tir.

Ödül bağımlılığı toplam puanları 6 ile 38 arasında değişmekte olup, ortalaması 14,06±5,05'tir.

Sebat etme puanları 1 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalaması 5.26±3.21(Tablo-10).

TABLO 11: Mizaç ve Karakter Envanterinin Mizaç Özelliklerinin Değerleri

Karakter Özellikleri	Min-Max	Ort±SS
KY1 (sorumluluk alma)	0-18	4,87±2,79
KY2 (amaçlılık)	1-16	5,72±2,61
KY3 (beceriklilik)	0-15	3,58±2,09
KY4 (kendini kabullenme)	0-18	6,09±3,07
KY5 (uyumlu ikincil huylar)	3-27	8,96±3,86
Kendini Yönetme Toplam(KY)	7-93	29,25±12,67
İY1 (sosyal onaylama)	1-18	5,45±2,78
İY2 (empati duyma)	1-12	4,21±2,11
İY3 (yardımseverlik)	1-15	4,62±2,41
İY4 (acıma)	0-30	6,64±5,09
İY5 (erdemlilik, vicdanlılık)	2-21	6,89±2,83
İşbirliği Yapma Toplam (İY)	7-96	27,81±13,85
KA1 (kendilik kaybı)	0-12	5,83±2,67
KA2 (kişilerarası özdeşim)	0-24	5,06±3,4
KA3 (manevi kabullenme)	0-24	7,74±4,07
Kendini Aşma Toplam(KA)	3-57	18,7±8,64

Olguların kendini yönetme toplam puanları 7 ile 93 arasında değişmekte olup, ortalaması 29.25±12.67'tir.

İşbirliği yapma toplam puanları 7 ile 96 arasında değişmekte olup, ortalaması 27.81±13.85'tir.

Kendini aşma toplam puanları 3 ile 57 arasında değişmekte olup, ortalaması 18.7 ± 8.64 'tir (Tablo-11).

TABLO 12: Hasta Yakınlarında Depresyonun Var Olma Değişkenine Göre Normal Dağılım Gösteren MKE Mizaç ve MKE Karakter Puanlarının Bağımsız t-Testi ile Değerlendirilmesi

	Depresyon Var (n=27)	Depresyon Yok (n=26)	T	P
	Ort±SS	Ort±SS		
YA2 (dürtüsellik)	4,41±1,97	4,0±1,70	0,806	0,424
YA3 (savurganlık)	4,63±2,27	4,65±2,7	-0,035	0,972
YA4 (düzensizlik)	4,15±1,83	4,46±2,14	-0,573	0,569
Yenilik Arayışı (YA)	Q	19,08±7,79	-0,365	0,717
ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık)	7,67±2,24	5,8±2,83	2,66	0,010
ZK3 (yabancılardan çekinme)	3,59±2,22	3,12±1,97	0,827	0,412
ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık)	5±2,5	3,54±1,79	2,440	0,018
Zararda Kaçınma (ZK)	21,11±6,04	17±6,3	2,425	0,019
ÖB1 (duygusallık)	6,93±2,13	7,27±3,78	-0,409	0,684
ÖB2 (bağlanma)	3,44±1,93	4,58±2,42	-1,888	0,065
ÖB3 (bağımlılık)	2,96±1,58	2,96±1,87	0,003	0,998
Ödül Bağımlılığı (ÖB)	13,33±3,39	14,81±6,32	-1,064	0,293
KY1 (sorumluluk alma)	3,78±1,78	14,81±6,32	-3,129	0,003
KY4 (kendini kabullenme)	5,44±2,28	6,77±3,64	-1,596	0,117
İY1 (sosyal onaylama)	4,52±2,08	6,42±3,1	-2,634	0,011
KA1 (kendilik kaybı)	6,33±2,53	5,31±2,77	1,410	0,165
KA3 (manevi kabullenme)	7,89±2,34	7,58±5,36	0,273	0,787
Kendini Aşma (KA)	18,74±5,34	18,65±11,21	0,036	0,971

Hasta yakınlarında depresyon görülmesi değişkenine göre normal dağılım gösteren Mizaç ve Karakter Envanterinin mizaç ve karakter alt puanlarının bağımsız t-testi değerlendirilmesi sonrasında ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık),ve zarardan kaçınma toplam puanlarında depresyon olan grupta olmayanlara göre anlamlı farklılık görüldü. Buna göre sırasıyla p değerleri; 0.010, 0.018 ve 0.019 bulundu. Yine KY1(sorumluk alma) da depresyonu olan grupta ortalama değerleri 3.78 ve standart sapma 1.78, depresyonu olmayan grupta ise ortalama 14.81, standart sapma 6.32, $p=0.003$ bulundu yapılan t testine göre anlamlı farklılık saptandı. İY1(sosyal onaylanma) alt ölçeğinde de depresyonu olan grupta, olmayan gruba göre anlamlı farklılık saptandı, $p=0.011$ olarak bulundu (Tablo-12).

Olgularda depresyonun var olma değişkenine göre normal dağılım göstermeyen MKE mizaç ve karakter puanlarının değerlendirilmesi sonucunda KY2(amaçlılık), KY5(uyumlu ikincil huylar) ve toplam kendini yönetme puanlarında ayrıca işbirliği yapma toplam puanında anlamlı farklılık saptandı (Tablo-13).

TABLO 13: Hasta Yakınlarında Depresyonun Var Olma Değişkenine Göre Normal Dağılım Göstermeyen MKE Mizaç ve MKE Karakter Puanlarının Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	Depresyon Var (n=27)	Depresyon Yok (n=26)	Z	P
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
YA1 (keşfetmekten heyecan duyma)	25,11	28,96	-0,924	0,355
ZK2 (belirsizlik korkusu)	28,67	25,27	-0,818	0,414
KY2 (amaçlılık)	21,65	32,56	-2,617	0,009
KY3 (beceriklilik)	25,61	28,44	-0,687	0,492
KY5 (uyumlu ikincil huylar)	21,17	33,06	-2,839	0,005
Kendini Yönetme (KY)	21,07	33,15	-2,853	0,004
İY3 (yardımseverlik)	23,26	30,88	-1,828	0,068
İY4 (acıma)	23,89	30,23	-1,505	0,132
İY5 (erdemlilik, vicdanlılık)	24,70	29,38	-1,127	0,260
İşbirliği Yapma (İY)	22,74	31,42	-2,050	0,040
KA2 (kişilerarası özdeşim)	25,41	28,65	-0,775	0,439

Olgularda (hasta yakınlarında), depresyon var olma değişkenine göre, normal dağılım gösteren SBTÖ ölçeğinin alt gruplarının değerlendirilmesi neticesinde, anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo-14).

TABLO 14: Hasta Yakınlarında Depresyonun Var Olma Değişkenine Göre Normal Dağılım Gösteren SBTÖ Ölçeğinin Alt Gruplarının Bağımsız t-Testi ile Değerlendirilmesi

	Depresyon Var (n=27)	Depresyon Yok (n=26)	T	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Aktif Planlama	27,07±7,9	28,77±6,06	-0,874	0,386
Dış Yardım Arama	21,56±8,58	20,65±6,07	0,440	0,662
Dine Sığınma	13,78±6,91	12,15±6,97	0,852	0,398
Duygusal Eylemsel Kaçma Soyutlama	12,15±5,1	12,23±6,0	-0,054	0,957
Kabul Bilişsel Yeniden Yapı	16,04±5,09	16,19±4,21	-0,121	0,904
SBTÖ Toplam	94,56±22,57	92,85±22,0	0,279	0,781

Hasta yakınlarında depresyon var olması değişkenine göre normal dağılım göstermeyen SBTÖ ölçeğinin SBTÖ ölçeğinin alt grubunun değerlendirilmesi sonucunda biyokimyasal kaçma soyutlama kategorisinde anlamlı farklılık saptandı (p=0.023) (Tablo-15).

TABLO 15: Hasta Yakınlarında Depresyonun Var Olma Değişkenine Göre Normal Dağılım Göstermeyen SBTÖ Ölçeğinin Alt Grubunun Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	Depresyon Var (n=27)	Depresyon Yok (n=26)	Z	P
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Biyokimyasal Kaçma Soyutlama	31,61	22,21	-2,276	0,023

Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile hasta yakınlarının depresyonda olma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, ailede bakımından sorumlu olduğu birey olup olmaması, aylık gelir durumu, eğitim durumu, sigara kullanımı olup olmaması ile depresyonu olup olmaması arasında olgularda, bu durumlar açısından anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo-16).

TABLO 16: Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyonda Olma Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		Depresyon Var (n=27)	Depresyon Yok (n=26)	χ^2	P
		n (%)	n (%)		
Ailede Bakımından Sorumlu Olduğu Bireyler	Var	13 (%48,1)	8 (%30,8)	1,672	0,196
	Yok	14 (%51,9)	18 (%69,2)		
Aylık Gelir	0-1000	11 (%40,7)	12 (%46,2)	0,692	0,708
	1000-1500	7 (%25,9)	8 (%30,8)		
	1500 üstü	9 (%33,3)	6 (%23,1)		
Eğitim Durumu	İlkokul ve Ortaokul	5 (%18,5)	4 (%15,4)	0,511	0,774
	Lise	8 (%29,6)	6 (%23,1)		
	Üniversite	14 (%51,9)	16 (%61,5)		
Sigara Kullanımı	Var	15 (%55,6)	10 (%57,1)	1,553	0,213
	Yok	12 (%44,4)	16 (%61,5)		

SCL alt ölçekleri ile depresyonda olma durumları olgularda değerlendirildiğinde, fobik kaygı ve psikotizm dışında, diğer SCL alt ölçekleri ile depresyonda olma durumu arasında anlamlı ilişki mevcuttu (Tablo-17).

TABLO 17: SCL alt ölçekleri ile depresyonda olma durumlarının kıkare ile ilişki değeriendirilmesi

		Depresyon Var (n=27)	Depresyon Yok (n=26)	χ^2	P
		n (%)	n (%)		
Pozitif Belirti Düzeyi	1,5 ve üstü	20	1	27,31	0,000
	1,5 altı	7	25		
Somatizasyon	1,5 ve üstü	22	6	18,13	0,000
	1,5 altı	5	20		
Obsesif Kompulsif	1,5 ve üstü	22	8	13,87	0,000
	1,5 altı	5	18		
Kişilerarası Duyarlık	1,5 ve üstü	16	4	10,85	0,001
	1,5 altı	11	22		
Depresyon	1,5 ve üstü	21	5	18,17	0,000
	1,5 altı	6	21		
Kaygı	1,5 ve üstü	14	3	9,88	0,002
	1,5 altı	13	23		
Öfke	1,5 ve üstü	17	1	20,64	0,000
	1,5 altı	10	25		
Fobik Kaygı	1,5 ve üstü	5	0	5,32	0,051
	1,5 altı	22	26		
Paranoid Düşünce	1,5 ve üstü	17	5	10,43	0,001
	1,5 altı	10	21		
Psikotizm	1,5 ve üstü	7	2	3,12	0,142
	1,5 altı	20	24		
Uyku ve Yeme	1,5 ve üstü	18	2	19,61	0,000
	1,5 altı	9	24		

TABLO 18: TEMPS-A ile TCI Puanları Arasındaki İlişki

	Depresif		Siklotimik		Hipertimik		İrritabl		Anksiyöz	
	R	P	R	P	r	p	R	P	R	p
Yenilik arayışı	-0,251	0,070	-0,046	0,742	0,312	0,023	0,033	0,816	-0,219	0,115
Zarardan kaçınma	0,439	0,001	0,113	0,419	-0,406	0,003	0,142	0,310	0,478	0,000
Ödül bağımlılığı	-0,206	0,139	-0,187	0,179	0,079	0,574	-0,257	0,063	-0,136	0,333
Sebat Etme	-0,140	0,318	-0,060	0,667	0,440	0,001	-0,050	0,720	-0,034	0,807
Kendini yönetme	-0,454	0,001	-0,462	0,001	0,152	0,277	-0,399	0,003	-0,401	0,003
İşbirliği yapma	-0,294	0,033	-0,339	0,013	0,055	0,698	-0,282	0,041	-0,298	0,030
Kendini aşma	0,027	0,847	0,125	0,373	0,168	0,230	0,032	0,819	0,138	0,325

Yapılan istatistiksel analizde, TCI ölçeğindeki zarardan kaçınma alt ölçeği ile hipertimik, depresif ve anksiyöz mizaçlar arasında anlamlı ilişki saptandı. Buna göre, zarardan kaçınma ile depresif mizaç arasında yaklaşık olarak %44'lük pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Yine hipertimik mizaçla negatif yönlü yaklaşık olarak %40'lık negatif ilişki, anksiyöz mizaçla %48'lik pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Yine kendini yönetme ve işbirliği alt ölçekleri depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaçlara arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo-18).

5) TARTIŞMA

Çalışmaya, depresyonu olan hastaların birinci dereceden yakınlarında depresyonun varlığının araştırılması, mizaç ve karakter özelliklerinin incelenmesi ve stresle baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla, depresyon nedeniyle tedavi görmekte olan 53 hastanın birinci dereceden yakını alındı. Çalışmaya alınan olguların %50,9'unda depresif bozukluk saptandı. . Majör depresyon için yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde ve kadınlarda A.B.D.'de %2,6 ve %7 olarak bulunmuştur (Horwath ve Weissman 1995). Çocukları depresyon tedavisi gören 117 anne ile yapılan bir çalışmada %14 olguda majör depresyon bulunduğu, bunların %31'inin ise halen tedavi görmekte olduğu belirtilmiştir (Ferro 2000).

Çalışmamızda bulunan depresif bozukluk yaygınlığı genel popülasyona bakıldığında yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç depresyonu olan bir aile bireyi olmasının getirdiği yüke ek olarak ortak genetik yatkınlığın bulunması ile açıklanabilir. _Majör depresyonda pozitif aile öyküsü, daha önce yapılmış olan çalışmalarda, erken yaşta hastalık başlaması, rekürren depresyonun daha fazla görülmesi, daha ciddi bir tablonun olması, daha fazla işlev kaybına yol açma, daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkilendirilmiştir (Husain 2009, Lieb 2002, Sullivan 2000, Weissman 2006). Bizim çalışmamızda da poliklinikten majör depresyon tanısıyla takip edilen hastaların 53 birinci dereceden yakını arasında yapılan değerlendirme sonucunda iki olguda intihar düşüncesi mevcuttu, on olguda ise daha önce intihar girişimi öyküsü vardı, 3 olgu daha önce depresyon tanısıyla yatarak tedavi görmüştü.

Cinsiyet farklılıkları açısından bakıldığında ailesinde depresyon öyküsü olanlarda literatürdeki çalışmalarda kadınlarda hayat boyu daha fazla distimi, anksiyete bozukluğu (panik bozukluk, basit fobiler, genel anksiyete bozukluğu ve agorafobi) ve erkeklerde daha fazla alkol kullanım bozukluğu olduğu görülmüştür (Prescott 2000, Verhagen 2008). Bizim çalışmamızda olguların %85'ini kadınlar oluşturmaktadır; bu nedenle olgularımız arasında kadınlar ve erkekler açısından anlamlı bir farklılık oluşmamışsa da SBTÖ ölçeğine göre kadın ve erkeklerde

depresyonu olan olgularda depresyonu olmayan olgulara göre biyokimyasal kaçma soyutlama alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptandı. Bu boyut duygusal-eylemsel kaçma ve soyutlamadan farklı ve pasif bir başa çıkma stratejisi olarak metabolizmada fizyolojik değişiklik yapma eğilimi şeklinde değerlendirilir. Sigara içme, alkol alma, ilaç kullanma ve uyuşturucuya yönelme gibi maddelere yönelme bu boyut kapsamındaki başa çıkma yollarıdır. Faktör 4 madde ile temsil edilmektedir. Çalışılan grupta, SCL 90-R ölçeğine göre pozitif belirti düzeyi kesme puanı olan 1,5 ve üstü olan hastaların oranının %39,6 olması ve genel belirti düzeyi ortalamasının 1,23 olması, bu oranın kritik değere olan yakınlığı nedeniyle psikopatolojinin çok şiddetli olmadığını düşündürmektedir. Alt ölçeklerden ise ortalaması en yüksek olan depresyon puanının bu grup içindeki değerleri grubun depresyon düzeyinin yüksek olması ile uyumlu olarak değerlendirildi. SCL-90-R alt ölçekleri ile depresyon var-yok olma durumları olgularda değerlendirildiğinde, fobik kaygı ve psikotizm dışında, diğer SCL alt ölçekleri olan somatizasyon, obsesif kompulsif alt ölçek, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce ile depresyonda olma durumu arasında anlamlı ilişki mevcuttu.

Hastaların aylık gelir durumu, eğitim durumu, sigara kullanımı, ailede bakımından sorumlu olduğu kişi sayısı ile depresyonları olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedenleri arasında grubun sayı olarak az olması sayılabilir.

TEMPS-A ölçeğine göre bizim örneklem grubumuzda % 18,9 ile en çok görülen iki mizaç depresif ve anksiyöz mizaçtır. Bu sonuçlar, mizaç ile psikopatolojinin ilişkisi olduğu destekleyen modeli yani psikiyatride uzun yıllardır kabul edilen depresyona ve maniye ait özgül mizaç özellikleri olduğunu iddia eden varsayımı desteklemektedir. Mani birincil olarak hipertimik mizaç ile depresyon da depresif mizaç ile bağlantılıdır (Hecht 1997,). Depresyon hastaları arasında, depresif mizaç, diğer gruplara ve normal nüfusa göre daha sık gözlemlenmiştir (Placidi 1998, Cassano 1989). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da yineleyici ve tek atak depresif grubun depresif ve anksiyöz mizaç puanları bipolar ve kontrol grubundan daha yüksek ve

hipertimik mizaç puanları ise daha düşük bulunmuştur (Akdeniz ve ark 2004). Bizim çalışmamızda, literatüre uygun olarak, hipertimik mizaç yaygınlığı düşük, depresif mizaç yaygınlığı ise daha sık olarak (%18,9) görülmüştür.

TCI mizaç ve karakter özellikleri açısından değerlendirildiğinde, yapılan çalışmalarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında unipolar depresyon grubunda zarardan kaçınma puanlarının daha yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Smith ve ark. 2005, Sayın ve ark. 2007). Bir grup çalışmada, TCI'da yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme puanlarının depresyona eğilimin başlıca yordayıcıları olduğu bildirilmiştir (Farmer ve ark 2003, Mayumi ve ark 2000). Bizim çalışmamızda da bu bulguları destekler nitelikte zarardan kaçınma (ZK) toplam puanı ile zarardan kaçınma 4(ZK4- çabuk yorulma ve dermansızlık), zarardan kaçınma 1 (ZK1- beklenti endişesi ve karamsarlık) alt ölçekleri depresyonu olan grupta depresyonu olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulundu. Uyumlu ikincil huy (KY5) biriminde yüksek puan alanlar, hedefleriyle uyumlu, iyi alışkanlıkları olanlar, böylece otomatik olarak uzun süreli değer ve hedeflerine uygun davranan bireylerdir. Buna kendi kendini disiplin ile ulaşılır ve genellikle otomatik hale gelir (ikinci mizaç) (Köse 2003). Bizim çalışmamızda da KY5(uyumlu ikincil huylar), KY2 (amaçlılık) alt grupları depresyonu olan grupta olmayan gruba göre anlamlı şekilde düşük çıktı. Depresyonu olan bireylerde hastalığın etkisiyle kendini disiplin ve uzun erimli hedeflere uygun davranma kapasitesi olumsuz etkilenmiş olabilir.

Zarardan kaçınma puanları yüksek bireyler, sakıngan, karamsar, kötümser bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu bireyler, belirsizliğe tahammülsüzlük, gelecekle ilgili olumsuz düşünceler, kaygılar, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek düzeyde dayanıksızlık göstermekte ve anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk özellikleri geliştirebilmektedir (Cloninger ve ark 1993). Ayrıca literatürde yüksek zarardan kaçınma puanları olan olguların ailede bir psikiyatrik bozukluk öyküsü ile ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Jylha 2006, Smith 2005).

Yüksek zarardan kaçınma puanı ailesel depresyonu olan bireylerde depresyon yordayıcısı olarak kullanılabilir. Bu konuda gelecekte yapılacak uzun izlem dönemli, kontrol grubu olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatürde zarardan kaçınma puanının depresyonda iyileşme ile ilgili olabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Kampman 2011). Kendi kendini yönetme (KY) bölümünün asıl anlamı, bireyin amaçlarını ve değerlerini seçmesine uygun olarak, bulunduğu durumu korumak için davranışlarını uygun hale getirmesi ve kontrol etmesindeki yeterliliğin bulunmasıdır (Cloninger ve ark 1993). KY skoru yüksek olanlar, güçlü, kendi kendine yeten, yapıcı, güvenilir kişiler olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da kendini yönetme (KY) toplam puanı ve KY1(sorumluluk alma) puanı depresyonu olan grupta olmayan gruba göre daha düşük çıkmıştır bu bilgiler literatürdeki diğer bulgularla uyumludur ve yüksek zarardan kaçınma(ZK) ve düşük kendini yönetme(KY), aynı zamanda somatizasyon ve yüksek depresif durumla birlikte serotonerjik sistemle de ilgili olduğu da düşünülmektedir (Cloninger 1986, Ampollini ve ark 1999, Hirano ve ark 2002).

Hasta yakınlarında depresyonun var olması değişkenine göre normal dağılım göstermeyen SBTÖ ölçeğinin alt grubunun değerlendirilmesi sonucunda biyokimyasal kaçma soyutlama kategorisinde anlamlı farklılık saptandı ($p=0.023$). Biyokimyasal kaçma soyutlama boyutu, duygusal-eylemsel kaçma ve soyutlamadan farklı ve pasif bir başa çıkma stratejisi olarak metabolizmada fizyolojik değişiklik yapma eğilimi şeklinde değerlendirilebilir. Sigara içme, alkol alma, ilaç kullanma ve uyuşturucuya yönelme gibi davranışlar bu biyokimyasal biyokimyasal boyut kapsamındaki başa çıkma yollarıdır. Faktör 4 madde ile temsil edilmektedir. Bunun dışında anlamlı farklılık saptanmaması örneklem grubumuzun sayısının azlığından kaynaklanabilir.

Literatüre bakıldığında, afektif mizaç tipleri ile TCI puanları arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Bunlardan biri de Rozsa ve arkadaşlarının 2008 yılında yayımlanan

çalışmasıdır. Bu çalışma, yaşları 16 ile 81 arasında değişen klinik olarak iyi oldukları belirtilen 1132 gönüllü üzerinde yapılmıştır. Buna göre, depresif mizaç ile yenilik arayışı ve kendini yönetme arasında anlamlı negatif ilişki, zarardan kaçınma ile anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Siklotimik mizaç ile yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve kendini aşma arasında anlamlı pozitif ilişki, kendini yönetme ile anlamlı negatif ilişki gösterilmiştir. Hipertimik mizaç ile sebat etme, kendini yönetme ve kendini aşma arasında anlamlı pozitif ilişki bulunurken, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı ile anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. İrritabl mizaç ve sebat etme arasında anlamlı pozitif ilişki gösterilmişken, kendini yönetme ve işbirliği yapma ile anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Anksiyöz mizaç ile zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı arasında anlamlı pozitif ilişki gösterilmişken, kendini yönetme ile anlamlı negatif ilişki bulunmuştur (Rozsa 2008).

Bizim çalışmamızda da literatürdeki bu çalışma ile uyumlu olarak, depresif mizaç ile zarardan kaçınma arasında anlamlı pozitif ilişki, kendini yönetme arasında anlamlı negatif ilişki ve işbirliği yapmada da anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Siklotimik mizaç ile kendini yönetme ve işbirliği yapmada anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur, hipertimik mizaç ile yenilik arayışı ve sebat etmede anlamlı pozitif yönlü bir ilişki, zarardan kaçınmada anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Yine bizim çalışmamızda, irritabl mizaç ile kendini yönetme ve işbirliği yapmada anlamlı negatif ilişki bulunmuştur, anksiyöz mizaç ile kendini yönetme ve işbirliği yapmada anlamlı negatif ilişki, zarardan kaçınmada anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Bulgularımız Rozsa ve arkadaşlarının (2008) çalışmasındaki bulgularla büyük oranda örtüşmektedir ancak ilave olarak ortaya çıkan bulguların farklı örneklem olmalarından kaynaklandıkları düşünülmektedir. Bu konuda daha geniş örneklem grubu olan, kontrol grubu içeren uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

6) SONUÇ

Çalışmamızda bulunan depresyon oranı genel popülasyona bakıldığında yüksek olarak bulunmuştur. Bunun nedenleri arasında depresyonu olan bir aile yakınının olmasının getirdiği yük ile birlikte genetik yatkınlıkta bu oranın bulunmasında etkili bir faktör olarak bulunmuş olabilir. Çalışılan grupta, SCL 90-R ölçeğine göre genel belirti düzeyi ortalamasının 1.23 olması, bu oranın kritik değere olan yakınlığı nedeniyle psikopatolojinin çok şiddetli olmadığını düşündürmektedir.

Deneklerin aylık gelir durumu, eğitim durumu, sigara kullanımı, ailede bakımından sorumlu olduğu kişi sayısı ile depresyonları olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedenleri arasında örneklem sayısının az olması sayılabilir. TCI mizaç ve karakter özellikleri açısından değerlendirildiğinde, yapılan birçok çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında unipolar depresyon grubunda zarardan kaçınma puanlarının daha yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar bulunmuştur. TEMPS-A ölçeğine göre, olgularda % 18,9 ile en çok görülen iki mizaç depresif ve anksiyöz mizaçtır. Bu sonuçlar, mizaç ile psikopatolojinin ilişkisi olduğu genel modelini, yani psikiyatride depresyona ve maniye ait özgül mizaç özellikleri olduğunu iddia eden varsayımı desteklemektedir. Yani mani birincil olarak hipertimik mizaç ve depresyon da depresif mizaç ile bağlantılıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da yineleyici ve tek atak depresif grubun depresif ve anksiyöz mizaç puanları bipolar ve kontrol grubundan daha yüksek ve hipertimik mizaç puanları ise daha düşük bulunmuştur (Akdeniz ve ark 2004). Bizim çalışmamızda, en düşük oranda hipertimik mizaç görülmüştür. Literatüre bakıldığında, afektif mizaç tipleri ile TCI puanları arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Bunlardan biri de Rozsa ve arkadaşlarının 2008 yılında yayımlanan çalışmasına göre, depresif mizaç ile yenilik arayışı ve kendini yönetme arasında anlamlı negatif ilişki, zarardan kaçınma ile anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Bizim

çalışmamızda, irritabl mizaç ile kendini yönetme ve işbirliği yapmada anlamlı negatif ilişki bulunmuştur, anksiyöz mizaç ile kendini yönetme ve işbirliği yapmada anlamlı negatif ilişki, zarardan kaçınmada anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Bulgularımız Rozsa ve arkadaşlarının (2008) çalışmasındaki bulgularla büyük oranda örtüşmektedir. Bu konuda daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerle farklı hasta gruplarında yapılmış çalışmalar mevcut olmakla beraber, depresyonu olan hastaların birinci derece yakınlarında yapılmış bir çalışma literatürde mevcut değildir. Çalışmamız bu anlamda önemli bir çalışma olmakla beraber, olgu sayımızın az olması çalışmamızın en büyük kısıtlılıklarından birisidir.

Sonuç olarak, depresyon sık görülen, önemli bir halk sağlığı problemidir. Depresyonu olan hastalar tedavi edilirken onların bakım veren konumunda olan birinci dereceden yakınlarının depresyonu ve tedavileri göz ardı edilebilmektedir. Bu nedenle bu grubun da depresyon ya da diğer ruhsal hastalıklar açısından değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedavisi önem taşımaktadır. Ayrıca majör depresyonu olan bireyin birinci dereceden akrabası olarak artmış riske sahip olan bu bireylerde depresyonda olma ve olmamaya yol açan nedenlerin araştırılması amaçlanmaktadır. Daha önce genel populasyonda depresif semptomlar ve mizaç üzerine yapılan çalışmalarda yüksek zarardan kaçınma ve depresif semptomlar arasında ilişki bulunmuştur (Cloninger 2006, Elovainio 2004, Farmer 2009).

Depresyonu olan birinci dereceden akraba eğer bakım veren konumunda ise bu olguların tedavileri depresyonu olan hastaların tedavilerini de katkıda bulunabilir.

7) ÖZET

Depresyon ülkemizde ve dünyada en çok görülen psikiyatrik bozukluklardan birisi olup, hem hasta hem de hastanın yanında olan ve ona bakım veren kişilerde önemli derecede işlev kayıplarına yol açmaktadır. Bu güne kadar yapılmış olan çalışmalarda genellikle depresyonu olan hastalar üzerinde mizaç, kişilik, depresyon dereceleri, bunları etkileyen faktörler araştırılmakla beraber hastaların hastalık ve tedavi sürecinde yanlarında olan ve hastalık yükünü paylaşan akraba ve yakınlarında depresyon varlığı ne yazık ki göz ardı edilmektedir. Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim dalı polikliniğinde ayaktan tedavi gören DSM-IV tanı kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk tanısı almış olan 53 hastanın birinci dereceden akrabası (anne, baba, kardeş veya çocukları) alınmıştır. Bu hasta yakınlarına Beck Depresyon Envanteri (BDI), Mizaç ve karakter Envanteri (TCI), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği(SBTÖ), Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R), TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire), verildi.

Hasta yakınlarının %50,9'unda depresyon saptandı. Depresyonu olan grupta, TCI ölçeğine göre, ZK1, ZK4, ZK toplam, KY1, KY2, KY5, KY toplam, İY alt ölçeklerinde depresyonu olmayan gruba göre anlamlı farklılık saptandı. SCL 90-R ölçeğine göre, depresyonu olan grupta, fobik kaygı ve psikotizm alt ölçekleri dışındaki alt ölçeklerde anlamlı ilişki saptandı. TEMPS-A ölçeğine göre %18,9 ile en sık görülen iki grup depresif mizaç ve anksiyöz mizaç idi. Sonuç olarak, depresyon oldukça sık karşılaşılan bir halk sağlığı problemidir ve depresyonu olan hastalar tedavi edilirken onların çoğunlukla bakım verenini oluşturan birinci dereceden yakınlarının depresyonu ve tedavisi gözden kaçmaktadır. Bu nedenle bu grubun tedavisi ve özellikleri önem taşımaktadır.

8) SUMMARY

Depression, is one of the most common psychiatric disorders in general population. Depression causes important degrees of disability and burden both for the patients and the patients' care givers who are often the first-degree relatives. Studies are generally conducted about temperament, personality, severity of depression. Unfortunately the mental health status of the relatives of depressed patients who share the burden of disease are ignored. In our study, we evaluated the first-degree relatives (mother, father, siblings or children) of 53 depressed patients who were treated in the outpatient clinic of Maltepe University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry. The first-degree relatives of the depressed patients were evaluated with Beck Depression Inventory (BDI), Temperament and Character Inventory (TCI), Coping with Stress Questionnaire, Symptom Check List (SCL-90-R), TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire). 50.9 % of the relatives were diagnosed as depression.

According to the TCI scale, in the group with depression, significant difference were found in the subscales of anticipatory worry (HA1), fatigue (HA4), total HA (harm avoidance) scores, and responsibility (SD1), purposeful (SD2), enlightened second nature (SD5), total SD (self-directedness) scores and cooperativeness (C). According to the SCL-90-R scale, in the group with depression, except the subscales of phobic anxiety and psychoticism, there was significant relationship with the other subscales of SCL-90-R. According to TEMPS-A scale, the most common temperaments were depressive and anxious with the ratio of 18,9 %.

As a result, depression is a common public health problem. The caregivers, mostly the first degree relatives, are overlooked when treating the patients. The evaluation and treatment of the caregivers should be conducted to minimize the disability within the family.

9)KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü baskı (DSM-IV) (çev.ed.: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codelupi S ve ark (1999) Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. J Affect Disord, 52:203-207.

Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS (2004) Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? Türk Psikiyatri Dergisi, 15:183-190.

Akiskal HS. (1983) Diagnosis and classification of affective disorders: new insights from clinical and laboratory approaches. Psychiatr Dev 1:123-160.

Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI (1983) The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry, 40: 801-810.

Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull, 23: 68-73.

Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R ve ark (1998) TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive and irritable temperaments in a nonpatient population. J Affect Disord, 51: 7-19

Angst J(1992) Epidemiology of depression, Psychopharmacology, 106:1-4

Avenevoli S, Merikangas KR (2006) Implications of high-risk family studies for prevention of depression. *Am J Prev Med*, 31: 126-135

Aydemir Ö, Köroğlu E (2000) *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği s.33-37

Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L, Perugi G, Soriani A, Mignani V (1989) Psychopathology, temperament and past course in primary major depressions 2: toward a redefinition of bipolarity with a new semistructured interview for depression. *Psychopathology*, 22: 278-288.

Cloninger CR (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 3: 167-226.

Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-90.

Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM (1998) Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord*, 51: 21-32.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (2006) Can personality assesment predict future depression? A twelve-month follow up of 631 subjects. *J Affect Disord*, 92: 35-44.

Elovainio M, Kivimaki M, Puttonen S, Heponiemi T, Pulkki L, Keltikangas-Jarvinen L (2004) Temperament and depressive symptoms: a population based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *J Affect Disord*, 83: 227-232.

Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P (2003) A Sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 490-496.

Farmer RF, Seeley JR (2009) Temperament and character predictors of depressed mood over A 4-year interval. *Depress. Anxiety*, 26: 371-381.

Ferro T, Verdeli H, Pierre F, Weissman M (2000) Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. *Am J Psychiatry*, 157: 375-379.

Ford CV (1986) The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27: 335-337

Hansenne M, Roggers J, Pinto E ve ark. (1999) TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 33: 31-36.

Haris TO, Brown GW, Bifulco AT (1990) Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *J Affect Disord*. Sep; 20(1): 27-41

Hecht H, Van Calker D, Spraul G, Bohus M, Wark HJ, Berger M ve ark (1997) Premorbid personality in patients with uni-and bipolar affective disorders and controls: assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 247: 23-30.

Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S ve ark. (2002) Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression:a methodological contribution. *J Affect Disord*, 69: 31-38.

Hisli N (1989) Beck Depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 118-126

Horwath E, Weissman M (1995) *Epidemiology of depression and anxiety disorders*. Editörler: MT Tsuang, M Tohen, GEP Zahner. New York, Wiley -Liss

Husain MM, Rush JA, Wisniewski SR, McClintock SM, Fava M, Nierenberg AA ve ark. (2009) Family history of depression and therapeutic outcome: findings from STAR*D. *J Clin Psychiatry*, 70: 185-195.

Jaffe SR, Price TS (2007) Gene-environment correlations: a review of the evidence and implications for prevention of mental illness. *Mol Psychiatry*, 12: 432-442.

Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH (1996) Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry*, 153:1411-1417.

Işık E (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 6-498.

Jorm AF (2000) Does old age reduce the risk of anxiety and depression. A review of epidemiological studies across the life span. *Psychological Medicine*,30: 11-22.

Jylha P, Isometsa E (2006) Temperament, caharacter and symptoms of anxiety and depression in the general population. *Eur Psychiatry*, 21: 389-395.

Kaplan HI, Sadock BJ (2004) *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Çeviri: Abay E. Kaplan Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 159-177

Kampman O, Poutanen O (2011) Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* (article in pres)

Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA (1999) Clinical characteristic of major depressive disorder that predict risk of depression in relatives. *Arch gen psychiatry*, 56,322.

Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL (2006) A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 163:109-114

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S (1994) Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US; Result from the national comorbidity survey.*Arch Gen Psychiatry* 51:8-19

Köse S, Sayar K, Ak I, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ ve ark (2004) Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 14: 107-131.

Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen HU (2002) Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. Arch Gen Psychiatry 59: 365-374.

Loosen PT, Beyer JL, Sells SR, Gwirtsman HE, Shelton RC, Baird RP ve ark (2000) Mood disorders, Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B (eds). Current diagnosis and treatment in psychiatry Lange Medical books New York: 290-327.

Mayumi N, Nobuhiko K, Toshinori K (2000) Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. Journal of Clinical psychology, 56: 1579-1585.

Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, Vicini M ve ark. (2009) What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? Compr Psychiatry, 50: 240-244.

Möller-Leimkühler AM (2005) Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 255: 223-231.

Murray KT, Sines JO (1996) Parsing the genetic and non genetic variance in children's depressive behaviour. *J Affect Disord*,38: 23-34.

Osher Y, Lefkifker E, Kotler M (1999) Low persistence in euthymic manic-depressive patients: a replication. *J Affect Disord*, 53: 87-90.

Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler (1997) Bir Başvuru Kaynağı.3.basım. s.461-464. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Öztürk M. Orhan, Uluşahin A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Basım, Ankara, Cilt 1, 337-427

Özbay, Y. (1993). An investigation of the relationship between adaptational coping process and self-perceived negative feelings on international students. Doktora Tezi, TTU, Lubbock, Texas, USA

Özbay Y, Şahin B. (1997). Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 1-3 Eylül 1997, Ankara Üniversitesi, ANKARA.

Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Akiskal HS (1998) The semistructured affective temperament interview (TEMPS-I): The Reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year-old students. *J Affect Disord*, 47:1-10.

Prescott CA, Aggen SH, Kendler KS (2000) Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins. *Arch Gen Psychiatry* 57:803-811.

Rice F, Harold G, Thapar A (2002) The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol Psychiatry* ,43:65-79.

Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Szili I, Rihmer A, Ko N ve ark. (2008) A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *J Affect Disord*, 106:45-53.

Sato T, Narita T, Hirano S, Kusunoki K, Goto M, Sakado K ve ark. (2001) Factor validity of TCI in patients with major depression. *Compr Psychiatry*, 42: 337-341.

Sayın A, Aslan S (2005) Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16:276-283.

Scourfield J, Rice F, Thapar A, Harold GT, Martin N, McGuffin P (2003) Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *J Child Psychol Psychiatry*, 44: 968-976.

Smith DJ, Duffy L, Stwwart ME, Muir WJ, Blackwood DH (2005) High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord*, 87: 83-9.

Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS (2000) Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157:1552-1562.

Strakowski SM, Stoll AL, Tohen M, Faedda GL, Goodwin DC (1993) The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatr Res*, 48: 1-8.

Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR (1992) Mood states and personality traits. *J Affect Disord*, 24: 217-226.

Şahin NH, Durak A (1995). Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34): 56-73.

Vahip S (2005) Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A, *J Affect Disorders*, 85: 113-125

Verhagen M, Meij A, Franke B, Vollebergh W, Graaf R, Buitelaar J ve ark. (2008) Familiality of major depressive disorder and gender differences in comorbidity. *Acta Psychiatr. Scand*, 118:130-138.

VonZerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 51: 1-5.

Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H (2006)
Offspring of depressed parent : 20 years later. *Am J Psychiatry* 163: 1001-1008.

Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JD, Levitt AJ, Joffe RT (1995) A comparison of
TPQ dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatr Res*, 58: 139-143.

10. EKLER

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH:

1- Adı Soyadı:

2- Adres:

3- Telefon:

4- Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

5- Doğum Tarihi-Yaşı:

6- Doğum yeri:

7- Eğitim Durumu 1. Okur-yazar 2. İlkokul 3. ortaokul 4. lise 5. üniversite

Toplam eğitim süresi:

8- İşi 1.işçi 2. Memur 3.Öğrenci 4.Emekli 5.Ev hanımı 6.özel sektör çalışanı 7.serbest

8.Diğer

9- Medeni Durumu: 1. Bekar 2. Evli 3.Ayrılmış-Boşanmış 4.Dul 5.Birlikte yaşıyor

10- Çocuk Sayısı, cinsiyetleri:

11-Birlikte yaşadığı kişiler:

12-Ortalama aylık gelir: 1. 500 TL altı 2. 500-1000 TL 3. 1000-1500 TL

4.1500-2000 TL e) 2000 TL üstü

- 13-Tedavi gören hastayla yakınlık derecesi
- 14-Daha önce psikiyatrik tedavi görmüş mü? 1.Evet 2. Hayır
- 15- Varsa şu an kullandığı ilaçlar 1.anksiyolitik 2.antidepresan 3.antipsikotik 4.diğer
- 16- Daha önce intihar girişimi var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 17-Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastane yatışı var mı? 1.var 2.yok
- 18-Hastaneye yatış sayısı ve toplam gün sayısı
- 19-Şu anda intihar düşüncesi var mı?
- 20- Ek tıbbi hastalık öyküsü: 1.var 2.yok varsa hastalık:
- 21-Alkol kullanımı 1.var 2.yok
- Varsa miktar ve sıklık:
- 22- Madde kullanımı 1. Var 2.Yok
- Varsa miktar ve sıklık:
- 23-Sigara kullanımı 1. Var 2.Yok
- Varsa miktar ve sıklık:
- 25-Psikiyatrik hastalık süresi (ay olarak)
- 26- Ailede diğer bireylerde hastalık öyküsü 1.var 2.yok varsa adı:
- 27-Ailede bakımından sorumlu olduğu bireyler var mı? 1.var 2.yok
- 28-Ailede bakımından sorumlu olduğu bireylerin sayısı
- 29- Ailede psikiyatrik hastalıktan dolayı bakım verdiği kişiler nedeniyle işe gidemediği ya da gündelik işlerini yapamadığı oldu mu? 1.Evet 2.Hayır
- 30-Ailede psikiyatrik hastalık sebebiyle bakım verdiği kişiler varsa kaç yıldır bakım verdiği Ölçek puanları:

SOSYODEMOGROFİK SORU FORMU (HASTA)

A)Hastanın

1)Adı soyadı:

2)Yaşı

3)Eğitim durumu 1.Okur-yazar 2.İlkokul 3. ortaokul 4.lise 5. üniversite

Toplam eğitim süresi:

4) İşi 1.İşçi 2.Memur 3. Öğrenci 4.Emekli 5.Ev hanımı 6.Özel sektör çalışanı
7.Serbest 8. Diğer

5)Medeni durum 1. Bekar 2. Evli 3.Ayrılmış-Boşanmış 4.Dul 5.Birlikte yaşıyor

6)Hastalığın başlama yaşı

7)Hastalık süresi (Ay olarak)

8)Son bir yıldaki atak sayısı:

9)Toplam yatış sayısı:

10)Son bir yıldaki yatış sayısı:

11)İntihar girişimi 1.var 2.yok

12)İntihar girişimi sayısı

Ek-2

TEMPS-A

Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.

20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.
34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay âşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. (D) (Y) Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.

40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.
44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan, yapabilirim.
47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda beni hiçbir şey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. (D) (Y) Cömerdim ve başkaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğumu hissederim.
56. (D) (Y) İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim
57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırım.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.

63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki gözüm hiçbir şey görmüyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
70. (D) (Y) İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
72. (D) (Y) Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.

87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. (D) (Y) Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Ek-3

Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız..

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” (DOĞRU) ya da “Y” (YANLIŞ) seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

1. (D) (Y) Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.
2. (D) (Y) Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.
3. (D) (Y) Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.
4. (D) (Y) Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.
5. (D) (Y) Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.
6. (D) (Y) Mucizelerin olabileceğine inanırım.
7. (D) (Y) Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.
8. (D) (Y) Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.
9. (D) (Y) Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.
10. (D) (Y) Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.
11. (D) (Y) Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.
12. (D) (Y) Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.

13. (D) (Y) İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.
14. (D) (Y) İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.
15. (D) (Y) Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.
16. (D) (Y) Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.
17. (D) (Y) Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.
18. (D) (Y) Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.
19. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.
20. (D) (Y) Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmaktaki olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.
21. (D) (Y) Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.
22. (D) (Y) Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.
23. (D) (Y) Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.
24. (D) (Y) Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.
25. (D) (Y) Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.
26. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.
27. (D) (Y) Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.
28. (D) (Y) Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.
29. (D) (Y) Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.

30. (D) (Y) Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.
31. (D) (Y) Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.
32. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.
33. (D) (Y) Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.
34. (D) (Y) Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.
35. (D) (Y) Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.
36. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.
37. (D) (Y) Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.
38. (D) (Y) Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.
39. (D) (Y) Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.
40. (D) (Y) Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.
41. (D) (Y) Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.
42. (D) (Y) Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.
43. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.
44. (D) (Y) Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.
45. (D) (Y) Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.
46. (D) (Y) Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.
47. (D) (Y) Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.
48. (D) (Y) Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.

49. (D) (Y) Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.
50. (D) (Y) Ticarette başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.
51. (D) (Y) Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.
52. (D) (Y) Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.
53. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.
54. (D) (Y) Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.
55. (D) (Y) Çoğu kimseden daha duygusalımdır.
56. (D) (Y) Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren, bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.
57. (D) (Y) Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.
58. (D) (Y) Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.
59. (D) (Y) Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.
60. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
61. (D) (Y) Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.
62. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok çalışırım.
63. (D) (Y) Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.
64. (D) (Y) Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.
65. (D) (Y) Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.
66. (D) (Y) Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.
67. (D) (Y) Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakın ve güvenli kalırım.

68. (D) (Y) Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.
69. (D) (Y) Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.
70. (D) (Y) Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.
71. (D) (Y) Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.
72. (D) (Y) Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.
73. (D) (Y) İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.
74. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.
75. (D) (Y) Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.
76. (D) (Y) Bazen sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.
77. (D) (Y) Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.
78. (D) (Y) Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.
79. (D) (Y) Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.
80. (D) (Y) Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.
81. (D) (Y) Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.
82. (D) (Y) Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.
83. (D) (Y) Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.
84. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.

85. (D) (Y) Çoğu zaman “Süpermen” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.
86. (D) (Y) Başkaları beni çok fazla denetliyor.
87. (D) (Y) Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.
88. (D) (Y) Dinsel yaşantılar, yaşamamın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.
89. (D) (Y) Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.
90. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.
91. (D) (Y) Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.
92. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.
93. (D) (Y) Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.
94. (D) (Y) Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.
95. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.
96. (D) (Y) Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.
97. (D) (Y) Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.
98. (D) (Y) Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.
99. (D) (Y) Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.
100. (D) (Y) Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.
101. (D) (Y) Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.

102. (D) (Y) Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.
103. (D) (Y) Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.
104. (D) (Y) Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.
105. (D) (Y) Sorunlarım uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.
106. (D) (Y) Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.
107. (D) (Y) Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.
108. (D) (Y) Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.
109. (D) (Y) Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.
110. (D) (Y) Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.
111. (D) (Y) Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.
112. (D) (Y) Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.
113. (D) (Y) Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.
114. (D) (Y) İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemedenden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.
115. (D) (Y) İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.
116. (D) (Y) Duygu-dışı algılamannın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.
117. (D) (Y) Candan ve yakın arkadaşlarımmın çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.
118. (D) (Y) Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.

119. (D) (Y) Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.
120. (D) (Y) Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.
121. (D) (Y) Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.
122. (D) (Y) Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.
123. (D) (Y) Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.
124. (D) (Y) Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.
125. (D) (Y) Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekândan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.
126. (D) (Y) Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.
127. (D) (Y) Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.
128. (D) (Y) Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.
129. (D) (Y) Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.
130. (D) (Y) Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.
131. (D) (Y) Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.
132. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.
133. (D) (Y) Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.
134. (D) (Y) Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.
135. (D) (Y) İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.
136. (D) (Y) Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.

137. (D) (Y) Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.
138. (D) (Y) Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.
139. (D) (Y) Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.
140. (D) (Y) Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.
141. (D) (Y) Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.
142. (D) (Y) Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.
143. (D) (Y) Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.
144. (D) (Y) Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.
145. (D) (Y) Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.
146. (D) (Y) Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.
147. (D) (Y) Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.
148. (D) (Y) Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.
149. (D) (Y) Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.
150. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
151. (D) (Y) Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.
152. (D) (Y) Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.
153. (D) (Y) Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.
154. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.
155. (D) (Y) Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel

planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.

156. (D) (Y) Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.

157. (D) (Y) Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir.

158. (D) (Y) Çoğu kez arkadaşlarımlın arzularına boyun eğirim.

159. (D) (Y) Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.

160. (D) (Y) Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.

161. (D) (Y) Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.

162. (D) (Y) Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.

163. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakârlıklar yaptım.

164. (D) (Y) Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.

165. (D) (Y) Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.

166. (D) (Y) Düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.

167. (D) (Y) Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.

168. (D) (Y) Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.

169. (D) (Y) Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.

170. (D) (Y) Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.

171. (D) (Y) İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.

172. (D) (Y) Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.

173. (D) (Y) Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarımlın olmuştur.

174. (D) (Y) Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.

175. (D) (Y) Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.
176. (D) (Y) Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.
177. (D) (Y) Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.
178. (D) (Y) Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.
179. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.
180. (D) (Y) Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.
181. (D) (Y) Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.
182. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.
183. (D) (Y) Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.
184. (D) (Y) Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.
185. (D) (Y) Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.
186. (D) (Y) Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.
187. (D) (Y) Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.
188. (D) (Y) Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.
189. (D) (Y) Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.
190. (D) (Y) Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.
191. (D) (Y) İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.
192. (D) (Y) Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.
193. (D) (Y) Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.

194. (D) (Y) Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.
195. (D) (Y) İçinde, ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.
196. (D) (Y) İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.
197. (D) (Y) Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.
198. (D) (Y) Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.
199. (D) (Y) Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.
200. (D) (Y) Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.
201. (D) (Y) Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.
202. (D) (Y) Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.
203. (D) (Y) Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.
204. (D) (Y) Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.
205. (D) (Y) Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.
206. (D) (Y) Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.
207. (D) (Y) Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.
208. (D) (Y) Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.
209. (D) (Y) Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.
210. (D) (Y) İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.
211. (D) (Y) Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.

212. (D) (Y) Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşıyorum.
213. (D) (Y) Hoşlanmadığım bazı insanlar var.
214. (D) (Y) Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.
215. (D) (Y) Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılıyorum.
216. (D) (Y) Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.
217. (D) (Y) Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.
218. (D) (Y) Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.
219. (D) (Y) Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.
220. (D) (Y) Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.
221. (D) (Y) Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.
222. (D) (Y) Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.
223. (D) (Y) Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.
224. (D) (Y) Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.
225. (D) (Y) Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.
226. (D) (Y) Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.
227. (D) (Y) Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.
228. (D) (Y) Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.
229. (D) (Y) Keşke başka herkesten daha iyi görünümlü olsam.

230. (D) (Y) Bu anket formunda çok yalan söyledim.
231. (D) (Y) Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.
232. (D) (Y) Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşını yeniden görmek kadar severim.
233. (D) (Y) Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.
234. (D) (Y) Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.
235. (D) (Y) Sahtekâr olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.
236. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.
237. (D) (Y) Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.
238. (D) (Y) Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.
239. (D) (Y) Bazen keyifsiz olurum.
240. (D) (Y) Ara sıra insanların arkasından konuşurum.

Ek-4

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Yönerge: Aşağıda günlük yaşantılarınız içerisinde karşılaştığınız değişik problem durumlarıyla nasıl başa çıktığınız ile ilgili ifadeler bulacaksınız. Kafanızda bazı problemleri somutlaştırarak bunlar üzerinde bir süre odaklaşıp cevaplamalarınızı somut durumlara yönelik olarak gerçekleştiriniz. Lütfen aşağıda verilen derecelendirmeyi kullanarak sizin durumunuz için en uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız veya üzerini **X** ile işaretleyiniz.

Hiçbir zaman 0 (%0) Bazen 2 (%25-50) Genellikle 4 (%75-100)

Arasıra 1 (% 1-25) Sık sık 3 (% 50-75)

- 1 Arkadaşlarım ve yakınlarımdan duygusal destek almaya çalışırım 0 1 2 3 4
- 2 Asıl problemim üzerinde yoğunlaşıp, gerekirse başka şeyleri bir kenara bırakırım 0 1 2 3 4
- 3 Attığım her adımı ve yapacağım her hareketi çok iyi düşünürüm 0 1 2 3 4
- 4 Başa gelenin çekileceğine inanırım 0 1 2 3 4
- 5 Başıma gelenden bir şeyler öğrenmeye çalışırım 0 1 2 3 4
- 6 Başıma gelenlere inanmak istemem 0 1 2 3 4
- 7 Başka şeylerden ziyade o problem üzerinde daha çok odaklaşıp 0 1 2 3 4
- 8 Başkalarından ne yapabileceğim konusunda tavsiyeler alırım 0 1 2 3 4
- 9 Başkalarından şefkat ve anlayış beklerim 0 1 2 3 4
- 10 Benden yaşlı birine danışırım 0 1 2 3 4
- 11 Benzer şeyleri yaşayan insanların tecrübelerinden yararlanırım. 0 1 2 3 4
- 12 Dini aktivitelere katılırım 0 1 2 3 4
- 13 Dini inançlarımdan güç alarak kendimi güvende hissedirim. 0 1 2 3 4
- 14 Durum ile ilgili daha çok bilgi edinmek için başkalarına danışırım 0 1 2 3 4
- 15 Duruma olduğu gibi alışmaya çalışırım 0 1 2 3 4
- 16 Enerjimi yaptığım işler üzerinde yoğunlaştırırım 0 1 2 3 4
- 17 Eskisinden daha fazla ibadet / dua ederim 0 1 2 3 4
- 18 Gerginliğimi azaltmak için sigara içerim 0 1 2 3 4
- 19 Her ne yaparsam zamanında yaparım 0 1 2 3 4
- 20 Her şeyimle ilahi bir güce sığınırım 0 1 2 3 4
- 21 Huzuru dinimde bulmayı denerim 0 1 2 3 4
- 22 Kendime bunun gerçek olmadığını söylerim 0 1 2 3 4
- 23 Kendimi daha iyi hissedebilmek için uyuşturucu alırım 0 1 2 3 4
- 24 Kendimi daha iyi hissetmek için ilaç alırım 0 1 2 3 4
- 25 Ne yapacağım konusunda bir plan hazırlarım 0 1 2 3 4
- 26 Olanlara daha iyimser bir gözle bakmaya çalışırım 0 1 2 3 4
- 27 Olayın daha olumlu gözükmesini sağlamak için farklı bir bakış açısı ile yaklaşırım 0 1 2 3 4
- 28 Problem hakkında daha az düşünmek için içki içerim 0 1 2 3 4
- 29 Problem hakkında hissettiklerimi başkaları ile tartışırım 0 1 2 3 4
- 30 Problemi bütün geçekliğiyle olduğu gibi hissedirim 0 1 2 3 4
- 31 İlahi bir güçten yardım isterim 0 1 2 3 4
- 32 Problemi çözmemi engelleyen diğer şeylerden kendimi alıkoymaya çalışırım 0 1 2 3 4
- 33 Problemim hakkında somut bir şeyler yapabilecek birileri ile konuşurum 0 1 2 3 4
- 34 Problemimden kurtulmak için değişik işlerle ilgilenirim 0 1 2 3 4
- 35 Problemimden kurtulmak için üzerine direkt olarak giderim 0 1 2 3 4
- 36 Problemimi daha az düşünmek için sinemaya giderim veya TV seyredirim 0 1 2 3 4
- 37 Problemimi en iyi nasıl çözebileceğimi düşünürüm 0 1 2 3 4
- 38 Problemim ile ilgili duygularımı başkalarıyla paylaşırım 0 1 2 3 4
- 39 Problemimle yaşamayı öğrenirim 0 1 2 3 4

- 40** Problemimi unutmak için ders çalışır veya başka farklı şeylerle ilgilenirim 0 1 2 3 4
- 41** Rahatlamak için ağlarım 0 1 2 3 4
- 42** Müzik dinleyerek bir çok şeyi unuturum 0 1 2 3 4
- 43** Sanki hiçbir şey olmamış gibi davranırım 0 1 2 3 4

Ek-5

SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç: 0

Çok az: 1

Orta derecede: 2

Oldukça fazla: 3

İleri derecede: 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi

38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktıymış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi

88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluęun olduęu dūřıncesi

Ek-6

Beck Depresyon Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir.

Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta " içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.

- a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
- b) Kendimi üzgün hissediyorum.
- c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan katlanamıyorum.
- d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2.

- a) Gelecekte umutsuz değilim.
- b) Gelecek konusunda umutsuzum.
- c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.

3.

- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
- b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
- d) Kendimi bir" insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.

4.

- a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
- b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
- c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.

5.

- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6.

- a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
- b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
- c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
- d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7.

- a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
- b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
- c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- d) Kendimden nefret ediyorum

8.

- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
- b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
- d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9.

- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok,
- b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
- c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
- d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10.

- a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
- c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
- d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11.

- a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam. .
- b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
- c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
- d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12.

- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13.

- a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
- c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- d) Artık hiç karar veremiyorum.

14.

- a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
- b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
- c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15.

- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

- b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
- c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- d) Hiç çalışmıyorum.

16.

- a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
- c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17.

- a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18.

- a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
- d) Artık hiç iştahım yok.

19.

- a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
- c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
- d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20.

- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
- c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21.

- a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

Sn. Sorumlu Araştırmacı

Resmi gazetede yayınlanmış olan **KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA YÖNETMELİK** Gereğince bakanlığa başvurması gereken çalışmalar aşağıda büyük harf ile işaretlenmiştir.

Araştırma başvurusu ve izni

MADDE 17 – (1) Araştırma başvuru dosyası, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu ve ilgili diğer kılavuzlar çerçevesinde, Bakanlığın internet sayfasındaki başvuru formu doldurularak hazırlanır.

(2) Araştırma başvurusu destekleyici tarafından Etik Kurula ve ilgili Genel Müdürlüğe yapılır.

(3) BU YÖNETMELİK KAPSAMINDA ARAŞTIRMA YAPMAK İSTEYENLER HER BİR ARAŞTIRMA İÇİN ETİK KURULUN OLUMLU GÖRÜŞÜNÜ ALDIKTAN SONRA, İLAÇ KLİNİK ARAŞTIRMALARI İÇİN İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE; KÖK HÜCRE NAKLİ, DOKU NAKLİ, GENETİK ARAŞTIRMALAR VE YENİ BİR TIBBİ CİHAZIN DENENMESİ ARAŞTIRMALARI İÇİN TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE BAŞVURUR.

(4) Bakanlık, Etik Kurul onayı olmayan hiçbir çalışmaya izin vermez. Ancak kuş gribi, ağır akut solunum yetersizliği sendromu (SARŞ) ve kırın-kongo kanamalı ateşi hastalığı gibi tedavisi henüz yeterince bilinmeyen ve üzerinde klinik araştırma yapılması elzem olan hastalıklar ile yetim ilaçlar (orphan drug) üzerinde yapılacak araştırmalar için başvuru doğrudan Bakanlığa yapılır.

(5) Başvuru sahibi Etik Kurul kararına itiraz edebilir. Bu durumda başvuru sahibi itiraz dilekçesi ile Bakanlığa başvurur. Bakanlığın uygun görmesi durumunda Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu başvuru dosyasını etik yönden inceler ve kararını verir.

(6) Aynı bölgede birden fazla Etik Kurul var ise destekleyici veya araştırmacılar bu Etik Kurullardan dilediklerine başvurabilir.

(7) Bir yerleşim yerinde Etik Kurul bulunmuyor ise destekleyici veya araştırmacılar başka bir yerleşim merkezindeki Etik Kurula başvurur.

(8) Çok merkezli çalışmalarda koordinatör merkezin bulunduğu yerdeki Etik Kurulun vereceği karar yeterli olup her bir merkez için ayrı Etik Kurul kararı alınmasına gerek yoktur. Ancak Bakanlık gerekli gördüğünde diğer merkezler için de ayrı Etik Kurul kararı alınmasını isteyebilir. Destekleyici, araştırma merkezlerinin her birinin bulunduğu yerleşim merkezindeki Etik Kurullara, almış olduğu Etik Kurul onayının ve başvuru dosyasının bir örneğini bilgilendirme amacıyla vermek zorundadır.

(9) Etik Kurul, kendisine yapılan klinik araştırma başvurularını başvuru tarihinden itibaren kırk beş gün içerisinde değerlendirmek zorundadır. Bu süre içerisinde değerlendirilmeyen başvurular başvuru sahibinin yazılı başvurusu üzerine Bakanlık tarafından değerlendirilerek, dosya, başka bir Etik Kurula veya Klinik Araştırmalar Danışma Kuruluna sunulur. İlgili dosya Bakanlığa başvuru tarihinden itibaren en geç altmış gün içerisinde sonuçlandırılır. Bakanlık başvuruyu zama-nında değerlendirmeyen Etik Kuruldan bunun sebepleri ile ilgili izahat ister, gerekirse Etik Kurulu denetler. Bakanlık verilen izahata ve/veya denetleme raporuna göre Etik Kurul hakkında işlem yapar.

Bakanlığa başvuru ve süresi

MADDE 18 – (1) Destekleyici, araştırma başlatılmadan önce klinik araştırmaların her türü için hem Etik Kurula hem de Bakanlığa eş zamanlı başvuruda bulunabilir. Buna göre ilaç klinik araştırmaları için İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüne, kök hücre nakli, doku nakli, genetik araştırmalar ve yeni bir tıbbi cihazın denenmesi çalışmaları için Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne başvurur.

(2) Bakanlıkla yapılacak yazışmalar, araştırmacının destekleyicisi tarafından yapılır.

(3) İlgili Genel Müdürlükçe yapılacak ön inceleme sırasında başvuru dosyasında eksiklik tespit edilmesi durumunda, söz konusu eksikliğin tamamlanması hususu destekleyiciye bildirilir. Eksikliğin tamamlanmasından sonra değerlendirme süresi yeniden başlar, eksiklik altmış gün içerisinde giderilmez ise başvuru reddedilmiş sayılır.

(4) İlgili Genel Müdürlük dosyanın ön incelemeden geçirilmesi sırasında özel uzmanlık bilgisi gerektiren bir durum tespit edilirse; bilimsel tavsiye kararı almak amacıyla dosyayı mevcut kendi komisyonlarından uygun olanına veya üye sayısını ve uzmanlık alanını o araştırma için kendisinin belirleyeceği bir Bilim Danışma Komisyonuna gönderebilir.

(5) Ön incelemeden geçen dosya ilgili Genel Müdürlüğün gerekli görmesi durumunda Klinik Araştırmalar Danışma Kuruluna gönderilir.

(6) Başvurular en geç altmış gün içerisinde değerlendirilir.

(7) Genetik olarak modifiye edilmiş organizma taşıyan ürünler ile somatik hücre tedavisi veya gen tedavisi içeren ürünler kullanılarak yürütülecek araştırmalarda altmış günlük süreye ilave olarak otuz günlük bir süre verilebilir. Ancak araştırma konusuna bağlı olarak Bakanlık dışından uzman görüşünün alınmasına veya ayrıntılı incelemelere ihtiyaç duyulması halinde bu sürelere doksan günlük ek bir süre de verilebilir.

Doç. Dr. Esra SAĞLAM

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Maltepe Üniversitesi Yerel Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Fezullah Cad. No:39 Maltepe
TELEFON	216 399 97 50
FAKS	0216 399 00 60
E-POSTA	tip.etikkurul@maltepe.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Major depresyonu olan hastaların birinci dereceden yakınlarında depresyon varlığının araştırılması, stresle başa çıkma yöntemleri, mizaç ve karakter özellikleri		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Peykan GÖKALP		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD Fezullah Cad. No:39 Maltepe		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Maltepe Üniversitesi Yerel Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DİĞER		<input checked="" type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:	
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA		<input type="checkbox"/>	Belirtiniz:Prospektif, Kesitsel	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



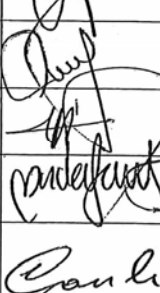
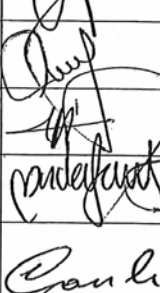
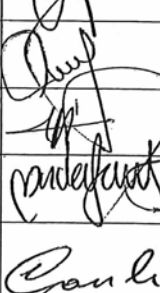
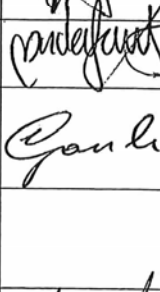

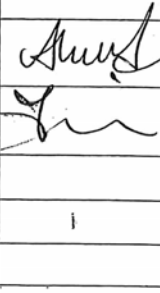
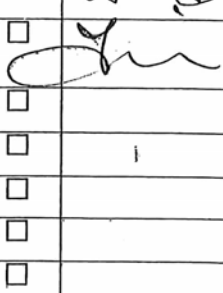
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Belge Adı		Açıklama
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
SİGORTA	<input checked="" type="checkbox"/>	
HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	

ILAN	<input type="checkbox"/>
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER	<input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2	Tarih:16.09.2009
	Prof.Dr. Peykan GÖKALP sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına / bulunduğuna ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Doç.Dr. Esra SAĞLAM	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Esra SAĞLAM	Farmakoloji		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Abut KEBUDİ	Genel Cerrahi		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Sinan EKİCİ	Üroloji		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Orhan TÜRKEN	Onkoloji		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Fiğen KARADAĞ	Psikiyatri		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Ender LEVENT	Göğüs Hastalıkları		E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Nesrin ÖZCANLI	Biyokimya		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. TubaERENER ERCAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Ahmet MİDİ	Patoloji		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Zulal ENGİN	Eczacı		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma