

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN
DEPRESYON TANILI BİREYLERE ÇEVİRİMİÇİ UYGULANAN
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN İNTİHAR DÜŞÜNCESİ,
BİLİŞSEL ESNEKLİK VE UMUTSUZLUK ÜZERİNE ETKİLİLİĞİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Rahime ASLAN
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hülya ASRLANTAŞ

AYDIN-2023

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Rahime ASLAN tarafından hazırlanan “İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylere Çevrimiçi Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/07/2023

Üye (T.D.)	: Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr. Filiz ABACIGİL	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr. Mehmet ESKİN	Koç Üniversitesi
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Dilek AYAKDAŞ DAĞLI	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince, her zaman farklı bakış açısı, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, eğitimim boyunca değerli bilgi ve becerileriyle eğitimime katkı sağlayan, beni yönlendiren, destekleyen, çalışma disiplinine ve öğretme azmine hayran olduğum, yoluma her daim ışık tutan, tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a,

Tez izleme kurulunda olan, değerli bilgi ve deneyimleri ile her konuda yardımcı olan, yolum kendisiyle kesiştiği için çok şanslı hissettiğim, doktora eğitimim boyunca karşılaştığım her sorunda çözümün parçası olan, desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'a,

Tez izleme kurulunda olan, tezimin istatistiksel analizini yaparken danışmanlık aldığım ve değerli bilgi ve deneyimleri ile her konuda yardımcı olan, öğretme azmine ve bilgiyi paylaşma cömertliğine hayran olduğum değerli hocam Prof. Dr. Filiz ABACIGİL'e,

Tez sürecimin başlangıcından en son anına kadar tez sürecime ışık tutan, her konuda bilgi ve deneyimlerini paylaşan, çok değerli hocalarım Prof. Dr. İbrahim Ferhan DEREBOY ve Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY'a,

Tez savunma sınavı jürimde olmayı kabul eden, bilgi ve deneyimleri ile tezime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet ESKİN ve Dr. Öğretim Üyesi Dilek AYAKDAŞ DAĞLI'ya,

Doktora eğitimim boyunca değerli bilgi ve becerileri ile eğitimime katkı sağlayan Doç. Dr. Hatice ÖNER ve Dr. Öğretim Üyesi Mehtap KIZILKAYA'ya,

Tez süresince beraber yol aldığım, karşılıklı bilgi ve deneyimlerimizi paylaştığımız canım arkadaşım Cemile TEKE'ye, ders dönemini birlikte almamış olsak ta doktora sürecim boyunca bana hep destek olan değerli dostlarım Müge BULUT ve Cihan KOCAİRİ'ye, doktora ders döneminde bilgi ve deneyimlerini paylaştıkları için değerli arkadaşlarım Ezgi SARI ve Şule ÇINAKLI'ya, bu süreçte desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşım Rüveyda YÜKSEL'e,

Doktoraya başlayıp tezi bitirme aşamasına gelene kadar dostluklarını ve desteklerini esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım Nurullah DİKİCİ, Serdar Meriç EKİNCİ, Derya UZUNER, Semra AVCI ve Oya AYDIN'a,

Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Psikiyatri Polikliniği, ARS 3 VE ARS3/1 Yoğun Bakım'da birlikte çalıştığım meslektaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Çevrimiçi bilişsel davranışçı terapi seanslarının uygulanması için araştırmaya özgü mail oluşturulmasını ve karşılaştığımız aksaklıklarla ilgili çözüm sağlayan üniversitemiz ADUZEM birimine,

Kardeşi olduğum için her zaman gurur duyduğum değerli abim Ferdi ASLAN'a, hala olma motivasyonunu ve gücünü hissettiren yeğenlerim Nuri Berk ASLAN ve Toprak Ege ASLAN'a, pes ettiğim her an dimdik ayakta olmamı sağlayan biricik kardeşim Hanifi ASLAN'a, kızları olduğum için yaşadığım her dakika kendimi şanslı hissettiğim, okumam ve kendimi geliştirmem için maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan, en az benim kadar çabalayan ve evlatları olduğum için gurur duyduğum, hayattaki en büyük şansımın onlar olduğunu düşündüğüm annem Elif ASLAN ve babam Nuri ASLAN'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Depresyon.....	5
2.1.1. Depresyon Tanımı	5
2.1.2. Depresyon Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Depresyon Etiyolojisi	6
2.1.3.1. Biyolojik Etkenler	6
2.1.3.2. Genetik Etkenler	7
2.1.3.3. Psikososyal Etkenler.....	8
2.1.3.3.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	8
2.1.3.3.2. Davranışçı Yaklaşım.....	8
2.1.3.3.3. Bilişsel Yaklaşım.....	9
2.1.4. Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri	10

2.1.5. Depresyon Belirtileri ve Tanı Ölçütleri	10
2.1.6. Depresyonun Tedavisi	11
2.2. İntihar	12
2.2.1. İntihar Tanımı	12
2.2.2. İntiharın Epidemiyolojisi.....	13
2.2.3. İntiharda Risk Etmenleri.....	14
2.2.4. İntiharın Etiyolojisi.....	16
2.2.4.1. Psikodinamik Kuram	16
2.2.4.2. Sosyolojik Kuram	17
2.2.4.3. Schneidman'ın İntihar Kuramı	18
2.2.4.4. Sosyal Öğrenme Kuramı	18
2.2.4.5. Umutsuzluk Kuramı	19
2.2.4.6. Kaçış Kuramı.....	19
2.2.4.7. Biyolojik Kuram	20
2.2.5. İntihar ve Depresyon İlişkisi	20
2.2.6. Tedavi Yaklaşımları	22
2.2.6.1. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları.....	23
2.2.6.2. Elektrokonvülsif Terapi.....	24
2.2.6.3. Psikoterapi	25
2.3. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).....	26
2.3.1. İntiharın Bilişsel Davranışçı Terapisi	27
2.3.2. İntihar ve Bilişsel Davranışçı Terapi ile İlgili Yapılan Çalışmalar	28
2.3.3. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Psikiyatri Hemşireliği	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Deseni	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	35

3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.6. Katılımcılar.....	36
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	36
3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	37
3.7. Randomizasyon.....	37
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	39
3.8.1. Müdahale Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	42
3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	45
3.9. Veri Toplama Araçları.....	45
3.9.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	46
3.9.2. Hastaların Bireysel ve Klinik Özellikleri.....	46
3.9.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ).....	46
3.9.4. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE).....	47
3.9.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	47
3.9.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	48
3.9.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	48
3.10. İstatistiksel Değerlendirme.....	48
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	50
3.12. Araştırmacının Rolü.....	51
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Sınırlılıklar.....	67
5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	69

KAYNAKLAR.....	72
EKLER	94
Ek 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastaların Bireysel ve Klinik Özellikleri	94
Ek 2. İntihar Olasılığı Ölçeği	98
Ek 3. Bilişsel Esneklik Envanteri.....	100
Ek 4. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	101
Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği	102
Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği	103
Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu).....	107
Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu).....	111
Ek 9. Etik Kurul Onayı	115
EK 10. Kurum İzni.....	118
Ek 11. Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi Katılım Belgesi.....	119
Ek 12. Bilişsel ve Davranışçı Terapi Beceri Kazandırma Eğitimi Katılım Belgesi.....	120
Ek 13. Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulayıcı Sertifikası	121
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	122
ÖZ GEÇMİŞ.....	123

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADDT	: Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BEE	: Bilişsel Esneklik Envanteri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BT	: Bilişsel Terapi
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
ÇBDT	: Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi
DDT	: Diyalektik Davranış Terapisi
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Terapi
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
İOÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
KİT	: Kişilerarası İlişkiler Terapisi
PÇT	: Problem Çözme Terapisi
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
rTMS	: Transkranyal Manyetik Stimülasyon
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. CONSORT 2017 Akış Diyagramı	38
Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması	41

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi Seanslarının Genel Yapısı.....	43
Tablo 2. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi Seanslarının İçeriği	44
Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubu Ön test, 1., 3. ve 6. ay İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Shapiro-Wilk Değerleri	49
Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubunun Bireysel ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	54
Tablo 6. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi Öncesi Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği Ön Test, 1., 3. ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Araştırma Boyunca İntihar Girişimini Tekrarlama Durumu	57
Tablo 9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bilişsel Esneklik Envanteri Ön Test, 1., 3. ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 10. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Ön Test, 1., 3. ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Ön Test ve 3. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 12. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beck Anksiyete Ölçeği Ön Test ve 3. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60

ÖZET

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN DEPRESYON TANILI BİREYLERE ÇEVİRİMİÇİ UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN İNTİHAR DÜŞÜNCESİ, BİLİŞSEL ESNEKLİK VE UMUTSUZLUK ÜZERİNE ETKİLİLİĞİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Aslan, R. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Aydın, 2023.

Amaç: Bu çalışmanın amacı intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere çevrimiçi uygulanan bireysel bilişsel davranışçı terapinin intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini incelemektir.

Gereç ve yöntem: Araştırma randomize kontrollü ön test, 1., 3. ve 6. ay izlem desenlidir. Araştırma Haziran 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran son altı ay içinde en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş standart tedavi alan depresyon tanılı 50 birey oluşturmuştur. Basit randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol grubuna 25'er birey atanmış ve müdahale grubundaki bireylere 20 seans bireysel Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi uygulanmıştır. Araştırma verileri öz bildirim dayalı İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U, tekrarlayan ölçümlerde ANOVA ve Wilcoxon Signed Ranks Test kullanılmıştır.

Bulgular: Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi sonrası 1. ve 3. ay izlem ölçümlerinde İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubu lehine anlamlı düzeyde düşmüştür ($p=0,000$). Müdahale grubuna uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapinin etkisinin 1. ve 3. aylarda korunduğu saptanmıştır ($F=26,132$; $p=0,000$). Uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi müdahale grubu bireylerinin İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları üzerine anlamlı düzeyde etki etmiştir ($F=72,589$; $p=0,000$). Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi sonrası 1., 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde Bilişsel Esneklik Envanteri puan ortalamaları

müdahale grubu lehine anlamlı düzeyde yükselmiştir ($p=0,000$). Müdahale grubuna uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapinin Bilişsel Esneklik Envanteri puan ortalamaları üzerine etkisinin 1., 3. ve 6. aylarda korunduğu saptanmıştır ($F=31,260$; $p=0,000$). Uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi müdahale grubu bireylerinin Bilişsel Esneklik Envanteri puan ortalamaları üzerine anlamlı düzeyde etki etmiştir ($F=223,568$; $p=0,000$). Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi sonrası 1., 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubu lehine anlamlı düzeyde düşmüştür ($p=0,000$). Müdahale grubuna uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapinin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları üzerine etkisinin 1., 3. ve 6. aylarda korunduğu saptanmıştır ($F=7,199$; $p=0,000$). Uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi müdahale grubu bireylerinin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları üzerine anlamlı düzeyde etki etmiştir ($F=19,688$; $p=0,000$). Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi sonrası müdahale grubu bireylerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düştüğü saptanmıştır ($p=0,015$; $p=0,002$). Araştırmada 6 aylık izlem boyunca kontrol grubunda 4 birey ve müdahale grubunda 1 birey intihar girişimini tekrarlamıştır.

Sonuç: Bu araştırmada uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi'nin bireylerin intihar riskini, intihar girişiminin tekrarlanmasını, umutsuzluğu azalttığı ve bilişsel esnekliği arttırdığı saptanmıştır. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi'nin bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini de düşürdüğü saptanmış olup klinik seyirlerinde de iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, Çevrimiçi, Depresyon, İntihar Düşüncesi, Umutsuzluk.

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF ONLINE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON SUICIDAL THOUGHTS, COGNITIVE FLEXIBILITY AND DESPAIR (IN INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH DEPRESSION) WHO ATTEMPTED SUICIDE: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

Aslan, R. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Department of Mental Health and Diseases Nursing, PhD Thesis, Aydın, 2023.

Aim: The aim of this study is to examine the effectiveness of individual cognitive behavioral therapy applied online to individuals with depression who attempt suicide on suicidal ideation, cognitive flexibility and hopelessness.

Materials and Methods: The study was randomized controlled pre-test, 1st, 3rd and 6th month follow-up design. The research was carried out between June 2021 and November 2022. The sample of the study consists of 50 individuals with a diagnosis of depression, who applied to the psychiatry outpatient clinic of a state hospital, and who attempted suicide at least once in the last six months and received standard treatment. With the simple randomization method, 25 individuals were assigned to the intervention and control groups, and 20 sessions of individual Online Cognitive Behavioral Therapy were applied to the individuals in the intervention group. Research data were collected with self-reported Suicide Probability Scale, Cognitive Flexibility Inventory, Beck Hopelessness Scale, Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale. Descriptive statistics, t test for independent groups, Mann Whitney U, repeated measures ANOVA and Wilcoxon Signed Ranks Test were used in the analysis of the data.

Results: In the 1st and 3rd month follow-up measurements after Online Cognitive Behavioral Therapy, the Suicide Probability Scale mean scores were significantly lower in favor of the intervention group ($p=0.000$). The effect of Online Cognitive Behavioral Therapy applied to the intervention group was found to be preserved at 1 and 3 months ($F=26.132$; $p=0.000$). The Online Cognitive Behavioral Therapy intervention group had a significant effect on the

Suicide Probability Scale mean scores ($F=72,589$; $p=0,000$). Mean Cognitive Flexibility Inventory scores increased significantly in favor of the intervention group in the 1st, 3rd and 6th month follow-up measurements after Online Cognitive Behavioral Therapy ($p=0.000$). It was determined that the effect of Online Cognitive Behavioral Therapy applied to the intervention group on the Cognitive Flexibility Inventory mean scores was preserved at the 1st, 3rd and 6th months ($F=31,260$; $p=0,000$). The Online Cognitive Behavioral Therapy intervention group had a significant effect on the Cognitive Flexibility Inventory mean scores ($F=223,568$; $p=0.000$). In the 1st, 3rd and 6th month follow-up measurements after Online Cognitive Behavioral Therapy, Beck Hopelessness Scale mean scores decreased significantly in favor of the intervention group ($p=0.000$). It was determined that the effect of Online Cognitive Behavioral Therapy applied to the intervention group on Beck Hopelessness Scale mean scores was preserved at the 1st, 3rd and 6th months ($F=7.199$; $p=0.000$). The Online Cognitive Behavioral Therapy intervention group had a significant effect on the Beck Hopelessness Scale mean scores of the individuals ($F=19,688$; $p=0.000$). After Online Cognitive Behavioral Therapy, the Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale mean scores of the individuals in the intervention group decreased significantly ($p=0.015$; $p=0.002$). In the study, 4 individuals in the control group and 1 individual in the intervention group repeated the suicide attempt during the 6-month follow-up.

Conclusion: It was determined that Online Cognitive Behavioral Therapy applied in this study decreased the risk of suicide, repeated suicide attempts, hopelessness and increased cognitive flexibility. Online Cognitive Behavioral Therapy has also been found to reduce the depression and anxiety levels of individuals, and their clinical course has also been improved.

Key Words: Cognitive Behavioral Therapy, Depression, Hopelessness, Online, Suicidal Ideation.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon, tekrarlayan ve orta ya da şiddetli yoğunlukta olabilen, etkilenen kişinin acı çekmesine, yaşamının birçok alanında yetersiz işlev görmesine ve intihara yol açabilen ruhsal bir bozukluktur (World Health Organization [WHO], 2023). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre depresyon, küresel olarak yetişkinler arasında nüfusun %5'ini ve yaklaşık 280 milyon insanı etkileyen yaygın bir hastalık ve engellilik nedenidir (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2019). Depresyon ve intihar davranışı birbiri ile yakından ilişkili (Orsolini ve diğerleri, 2020), depresif bozukluklar tamamlanmış intihar için önemli bir risk faktörü (Conner ve diğerleri, 2019) ve majör depresif bozukluğu olan hastalarda intihar düşüncesi prevalansı (%37,7) yüksektir (Cai ve diğerleri, 2021).

İntihar: intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olarak kategorize edilen bireyin kendini öldürmek niyeti ile kendine zarar vermesidir. DSÖ 2019 yılında yaklaşık 703.000 kişinin intihar nedeniyle öldüğünü ve her 100 ölümden birinin (%1,3) intihar sonucu gerçekleştiğini bildirmiş ve küresel bir zorunluluk olarak ölümlerle sonuçlanan intihar oranlarının azaltılması gerektiğini açıklamıştır (WHO, 2021a). DSÖ verilerine göre yaşa göre standardize edilmiş intihar hızı 100.000 nüfus başına dünyada 9 (%0,009) ve ülkemizde 2,34 (%0,002) olduğu raporlanmıştır (WHO, 2021b). Türkiye İstatistik Kurumu Türkiye'de 2021 yılında intihar nedeniyle sonuçlanan ölüm sayısının 4158 kişi ve kaba intihar hızınının 4,94 olduğunu raporlamıştır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023). DSÖ tarafından intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlara göre yaklaşık 20 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (WHO, 2014).

İntihar; girişimlerinin tekrarlamasına ve ölümlerle sonuçlanan intihar oranlarına bakıldığında ilk bir yıl ölümlerle sonuçlanan ve sonuçlanmayan intiharları önleme ve müdahale için önemli bir zaman dilimidir. İntihar girişiminden sonraki ilk bir yıl ve özellikle üçüncü ile altıncı aylar intihar riskinin en yüksek olduğu dönemler olarak belirtilmiştir (Hawton ve Fagg, 1995). Ölümlerle sonuçlanmayan intihar girişiminden sonra intihar girişiminin tekrarlamasının

ve mortalite oranının incelendiği sistematik derlemede; intihar girişiminden bir yıl sonra, bireylerin %16'sının intihar girişimini tekrarladığı ve yaklaşık olarak %2'sinin öldüğü belirtilmiştir (Owens ve diğerleri, 2002). Çok merkezli bir takip çalışmasında ölümcül olmayan intihar girişimi ile hastaneye başvuru yapan bireylerin taburculuk sonrası intihar insidansı hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk yıl ve özellikle ilk bir ayda en yüksek olduğu belirtilmiştir (Geulayov ve diğerleri, 2019). Ölümcül olmayan bir intihar girişiminden sonra tamamlanmış intihar oranı 1 yılda %2,8 (2,2–3,5), 5 yılda %5,6 (3,9–7,9) ve 10 yılda %7,4 (5,2–10,4) olarak belirtilmiştir (Demesmaecker ve diğerleri, 2022). Ülkemizde 2017-2019 yılları arasında intihar girişimi nedeniyle Ankara ili 112 Acil Servis Hizmetleri komuta merkezine yapılan tekrarlayan intihar girişimi başvurularının incelendiği araştırmada tekrarlayan intihar girişimi oranı %10,3 olarak belirtilmiştir (Şahin ve diğerleri, 2022).

Bilişsel Davranışçı Kurama göre insanların duygu ve davranışlarının ana belirleyicisi, olay ve durumların nasıl yorumlandığıdır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), sıkıntının temelini oluşturan duygu ve düşünce kalıplarını tanımlamasına ve ilişkilendirmesine yardımcı olan çeşitli bilişsel, davranışsal ve duygu odaklı teknikleri birleştirerek bir kişinin deneyimlerini yorumlama ve değerlendirme biçimini değiştirmeyi amaçlayan, sorun çözme ve eylem yönelimli yapılandırılmış bir psikoterapi yöntemidir (Guaiana ve diğerleri, 2022; Özdel, 2015; Beck, 1975). BDT, umutsuzluk ve intihar düşüncelerini yöneterek, bilişsel esneklik kazanmaya yönelik yeni stratejiler sunmaktadır. İntihar düşünceleri ve davranışlarının önlenmesi ve tedavisine yönelik ikincil düzeyde müdahaleler arasında BDT'nin diğer tedavilere göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (Wu ve diğerleri, 2022; Hofstra ve diğerleri, 2020; Riblet ve diğerleri, 2017; Gøtzsche ve diğerleri, 2017; Lai ve diğerleri, 2014:). Ayaktan takip edilen hastalara uygulanan kısa süreli BDT'nin (10-12 seans) intihar girişiminin tekrarını %50 ve %60 oranında azalttığı bildirilmiştir (Brown ve diğerleri, 2005; Rudd ve diğerleri, 2015). Bilişsel Davranışçı Terapi gibi etkililiği kanıtlanmış tedavi yöntemlerinin çevrimiçi olarak sunulması tedavi ihtiyacı duyan bireylere ulaşma konusunda kolaylık sağlamaktadır (Andersson ve Cuijpers, 2008). Yu ve diğerleri (2022), internet tabanlı BDT'nin intihar düşüncesini önleme üzerine etkisini inceledikleri meta analizde, internet tabanlı BDT'nin yüz yüz uygulanan BDT ye kıyasla ulaşılabilirliği artırabileceği ve damgalamayı azaltabileceğini belirtmişlerdir.

Bilişsel davranışçı kurama dayalı birçok teknik ve beceriye sahip uzman psikiyatri hemşiresinin yer aldığı psikoterapi alanlarından biri de BDT'dir. BDT'de hemşirelik

sürecinde olduğu gibi hasta merkezli, terapötik iş birliğinin olduğu, araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarının kullanılması gibi ortak özelliklere sahip olması bakımından psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir (Stuart, 2014, Demiralp ve Oflaz, 2007). Yapılan araştırmalar; psikiyatri hemşireleri tarafından gerçekleştirilen BDT ile ilgili bilgi ve becerilerin hasta bakımına ve iyileşmeye olumlu yansıdığını ortaya koymaktadır (Durmuş, 2020; Choi ve diğerleri, 2017; Kunikata ve diğerleri, 2016; Rees ve diğerleri, 2009). Nasution ve diğerleri (2019), ruh sağlığı hemşireleri tarafından verilen BDT ve akran liderliğinin ergenlerde intihar düşüncesi üzerine etkisini inceledikleri yarı deneysel çalışmada, BDT'nin ergenler arasında intihar düşüncesini azalttığını belirtmişlerdir.

Alanyazın çalışmaları incelendiğinde BDT, yetişkinlerde intiharı önlemede yaygın olarak kullanılan psikoterapötik bir müdahaledir (Leavey ve Hawkins, 2017). Leavey ve Hawkins (2017), yetişkinlerde intihar düşüncesi ve davranışı için yüz yüze ve e-sağlık yoluyla verilen BDT'nin etkinliğini inceledikleri meta analiz çalışmasında intihar düşüncesi ve davranışını azaltmada yüz yüze uygulanan BDT'nin istatistiksel olarak anlamlı, küçük ila orta arası bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir. E-sağlık yoluyla verilen BDT'nin yetişkinlerde intihar düşüncesini ve davranışını azaltmada etkili olmadığı bunun nedeninin incelenen makale sayısının az olmasından kaynaklanmış olabileceğini belirtmişlerdir (Leavey ve Hawkins, 2017). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylerde çevrimiçi bilişsel davranışçı terapinin intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız BDT'nin hem çevrimiçi olarak uygulanması hem de dört tekrarlı ölçümle izlem desenli olarak tasarlanması nedeniyle özgün ve orijinal niteliktedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere çevrimiçi uygulanan bireysel bilişsel davranışçı terapinin intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. H1a: İntihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere uygulanan çevrimiçi bilişsel davranışçı terapi sonrası, müdahale grubundaki bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin 1., 3. ve 6. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

2. H1b: İntihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere uygulanan çevrimiçi bilişsel davranışçı terapi sonrası, müdahale grubundaki bireylerin Bilişsel Esneklik Envanteri puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin 1., 3. ve 6. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

3. H1c: İntihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere uygulanan çevrimiçi bilişsel davranışçı terapi sonrası, müdahale grubundaki bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin 1., 3. ve 6. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

4. H1d: İntihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi sonrası, müdahale grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin ön test ve 3. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

5. H1e: İntihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere uygulanan Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi sonrası, müdahale grubundaki bireylerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin ön test ve 3. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyon Tanımı

Dünya çapında önde gelen engellilik nedenlerinden biri olan depresyon belirli bir süre devam eden üzüntü duygusu ve önceden zevk alınan aktivitelerden zevk alamama ile karakterize olan ruhsal bir bozukluktur (WHO, 2023).

Depresif bozukluk, derin üzüntünün olduğu ve buna bunaltının da eşlik ettiği duygu durumun yanı sıra fizyolojik işlevlerinde retardasyon, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, iştahsızlık, yetersizlik, değersizlik, umutsuzluk, isteksizlik ve suçluluk düşünceleriyle karakterize bir ruhsal bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

DSM-5'e göre depresyon; ‘*majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu*’ alt başlıklarıyla sınıflandırılmıştır (DSM-5, 2013).

2.1.2. Depresyon Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 280 milyon insan depresyon geçirmektedir. Depresyon prevalansı yetişkinlerde %5 ile %5,7 arasında değişmekte ve nüfusun yaklaşık olarak %3,8'ini etkilemektedir (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün paylaştığı Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre, nüfusun %17'si ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır ve yaklaşık olarak 3,2 milyon kişi depresyon geçirmektedir (WHO, 2017).

Türkiye’de 2019-2020 yılları arasında 15 yaş ve üzerindeki bireylerin son 12 ay içerisinde geçirdiği sağlık sorunlarına bakıldığı zaman; erkeklerin %5,7 ve kadınların %12,2’sinin depresyon problemi ile sağlık kuruluşlarına başvurduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 18 ülke verilerini incelediği kapsamlı bir çalışmada yıllık depresyon yaygınlığı yüksek gelirli ülkelerde %5,5 iken düşük gelirli ülkelerde %5,9 olarak saptanmıştır. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ise yüksek gelirli ülkelerde %14,6 iken, düşük gelirli ülkelerde %11,1 olarak saptanmıştır (Kessler ve diğerleri, 2014).

Depresyon, dünya çapında önde gelen bir engellilik nedenidir ve küresel hastalık yüküne büyük ölçüde katkıda bulunur (WHO, 2023). König ve diğerleri (2020), yapmış oldukları meta analiz çalışmasında depresyonun toplumlara maliyetinin yüksek düzeyde olduğunu ve özellikle gençlerde depresyonun maliyetinin diğer yaş gruplarına göre çok daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Ülkelerde kullanılan antidepresan miktarları 2020 Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre; 146/1000 (ilaç sayısı/kişi sayısı) ile en yüksek İzlanda görülürken, en düşük ilaç kullanım oranı 18/1000 ile Letonya’dır. Türkiye’de ise 1000 kişi için ortalama kullanılan antidepresan miktarı 2009 yılında 29 iken 2019 yılında 49 olarak belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).

2.1.3. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon biyolojik, genetik ve psikososyal etkenlerden kaynaklanan çok faktörlü ve heterojen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Jermy ve diğerleri, 2021; Li ve diğerleri, 2021).

2.1.3.1. Biyolojik Etkenler

Depresyonlu hastalar ile sağlıklı gönüllülerin nörogörüntüleme çalışmalarının karşılaştırıldığı bir meta analizde; depresyon hastalarında frontal korteks, striatum,

orbitofrontal korteks, singulat korteks ve hipokampus dahil olmak üzere duygusal işlemeyle ilgili alanlarda azalmış beyin hacmi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca depresyonda hipofiz büyümesi ve aşırı beyaz cevher hiperintensitesi hacmi olduğuna dair kanıtlar sunulmuştur (Arnone ve diğerleri, 2012).

Majör Depresyon Bozukluğunun biyolojik açıdan etiolojisi için önerilen diğer olası hastalık mekanizmaları arasında sirkadiyen ritimler, gamabütirik asidin nörotransmisyonunun azalması, glutamaterjik nörotransmisyondaki değişiklikler, tiroid fonksiyon testlerindeki anormallikler, bozulmuş endojen opioid işlevi, anormal yetersiz nörosteroid sentezi ve asetilkolin dengesizliği yer almaktadır. Depresyonun altında yatan patofizyoloji net bir şekilde tanımlanmamış olsada, klinik öncesi ve klinik kanıtlar, merkezi sinir sisteminde serotonin, norepinefrin ve dopamin nörotransmisyon düzeylerinde azalma olduğunu ve depresyonda görülen belirtilerin buna bağlı olarak geliştiği hipotezi hala depresyonun biyolojik etiolojisini açıklamada yerini korumaktadır (Delgado, 2000; Moret ve Briley, 2011).

2.1.3.2. Genetik Etkenler

Sullivan ve diğerleri (2000), monozigot ikizlerde yapılan altı ikiz çalışmasının meta-analiz sonuçlarına göre %31 ila %42 arasında değişen kalıtsallıkla depresyon gelişiminde genetiğin önemli bir etkisinin olduğunu bildirmişlerdir. Depresyonun kalıtım düzeyi kadınlarda erkeklerden daha yüksektir ve genetik faktörler, kadınlarda erkeklerden daha güçlü bir yordayıcıdır (Kendler ve diğerleri, 2006). Erken başlangıçlı, şiddetli ve tekrarlayan depresyonun, diğer depresyon türlerinden daha yüksek bir kalıtsallığa sahip olabileceği belirtilmiştir (Belmaker ve Agam, 2008). Ayrıca anne babasında depresyon olan çocuklarda depresyon yakalanma riskinin fazla olduğu ve birinci derece akrabasında depresyon olmasının bireylerde depresyon görülme sıklığını 3 kat artırdığı belirtilmektedir (Holmans ve diğerleri, 2007; Işık ve diğerleri, 2022).

2.1.3.3. Psikososyal Etkenler

Psikososyal etkenler içinde depresyonu psikolojik açıdan ele alan psikodinamik, bilişsel ve davranışçı yaklaşımlardan bahsedilecektir.

2.1.3.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik yaklaşıma göre depresyon erken çocukluk dönemi yaşantıları sonucu gelişir. Özellikle erken çocukluk döneminde meydana gelen sevgi nesnesinin kaybı, depresyonun en temel açıklayıcı sebebi olarak görülür. Bu yaklaşıma göre kaybedilen sevgi nesnesine karşı olumlu duygular olabildiği gibi öfke ve nefret gibi olumsuz duygular içe atılır. Kişi bu duygulardan dolayı kendisini suçlar, benlik saygısı düşer, öfkeyi ve agresyonu kendisine yöneltir (Morgan ve Taylor, 2005). Depresyonda içe atılan nesneye karşı süperegonun cezalandırıcı ve boyun eğdirici baskısından kaynaklı intihar eylemleri daha aktiftir (Brenner, 1991). Sevgi nesnesinden yoksun kalma, sevgi nesnesiyle geliştirilen patolojik ilişki depresyonun açıklayıcılarından görülmektedir (Kernberg, 2009). Erken çocukluk döneminde yaşanan problemler yetişkinlik döneminde meydana gelen depresyonların yordayıcısı olabilmektedir (Morgan ve Taylor, 2005).

2.1.3.3.2. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım depresyonu açıklarken kişinin çevresi ile etkileşimi sırasında tecrübe ettiklerine odaklanır. Depresif semptomlar; çevresel ödülün azalması, olumlu pekiştirilmiş sağlıklı davranışların azalması, pasif davranışların pekiştirilmesi ve sağlıklı davranışların cezalandırılması sonucunda gelişmektedir (Martell ve diğerleri, 2001). Dimidjian ve diğerleri (2011) depresyonu, olumlu pekiştirecin kaybedilmesi ya da yeterli olmamasıyla ve buna bağlı olarak kişinin davranışlarında azalma olması ve kaçınmaların görülmesiyle açıklamışlardır. Seligman'ın (1979) öğrenilmiş çaresizlik modeli ne göre ise zorlayıcı bir olayla karşı karşıya kalan bir kişi, eğer bu olayı kontrol edemiyorsa, kontrol etme

çabaları yerini belirgin bir çaresizlik duygusuna bırakmakta ve depresyona yol açmaktadır. Seligman (1979) depresyonu: edilgenlik, ümitsizlik, olumlu olmayan beklentiler, çaresizlik ve kuvvetsizlik hisleri ile ilişkilendirmiştir.

2.1.3.3.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım depresyonu açıklarken Ellis'in bilişsel hatalar modeli ve Beck'in bilişsel bozukluk modeli ile bilişsel süreçlere vurgu yapar. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin (ADDT) kurucusu Ellis'e (1962) göre bilişsel alandaki irrasyonel düşünce yapıları psikopatolojiye neden olmaktadır. ADDT'nin kuramsal zeminini oluşturan A-B-C modeli duygusal, bilişsel ve davranışsal boyuttan oluşmaktadır ve bu üç boyuttan birinde olan değişiklik diğerlerini etkilemektedir. Bu yaklaşıma göre bireylerin duygusal ve davranışsal alanlardaki sahip oldukları sorunların nedeni yaşanan olayların kendisi değil, akılcı olmayan inançlar, kişinin kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki değerlendirmeleridir. Yani düşünce hataları ve olumsuz duygulardır (Ingram, 2009).

Beck bilişlerin, duygusal yaşantılarımızın belirleyicileri olduğunu öne sürmektedir (Clark ve Beck, 2010). Buna göre depresyonun bedensel, motivasyonel ve duygusal belirtileri somut ya da soyut bir kayıpla başlar ve bilişsel çarpıtmalarla ortaya çıkar. Beck (1964), depresyonun bilişsel olarak kişinin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili olumsuz yargılara sahip olmasından kaynaklandığını öne sürmüştür. 1960'lara kadar duygudurum bozukluğu olarak tanımlanan depresyon Beck tarafından düşünce bozukluğu olarak açıklanmıştır. Beck (1967) depresyonu açıklarken üç temel bilişsel çarpıtmadan bahseder. Bunlar; bilişsel üçlü, bilişsel şemalar ve bilişsel hatalardır. Beck bilişsel üçlü adını verdiği bu açıklamayla depresif hastaların kendilerini ('*hepsi benim hatam*', '*yetersizim*', '*suçluyum*'), çevrelerini ve dünyayı ('*hayatım berbat durumda*', '*her şey çok kötü*', '*kimse bana yardımcı olamaz*') ve geleceği ('*bu hiç düzelmeyecek*') olumsuz gördüklerini öne sürmüştür. Şema kavramı, önceki yaşantıları ve tecrübeleri sonucu oluşan derin inanışlardır. Kişi yeni bilgiyi anlamlandırırken ve yorumlarken bu inanışlara uygun olarak ne anlama geldiğini söyler (Beck, 1967). Depresyonla birlikte aktif halde olan şemalar gerçeğin çarpıtılmasına ve kişinin yaşamındaki olumlu olan şeylere rağmen acı verici tutumları korumasına neden olur. Kişinin kendisini, geleceğini ve çevresini yorumlama sürecindeki bilişsel aktiviteler depresyonda

seçici olarak olumsuz odaklanır ve bilişsel hatalar olarak karşımıza çıkar. Aşırı genelleme ya hep ya hiç, keyfi çıkarsama ve kişiselleştirme depresyonda görülen bilişsel hatalardandır (Clark ve Beck, 2010).

2.1.4. Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri

Depresyonu etkileyen riskler; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve sosyoekonomik seviye türünden unsurlardır. Depresif bozukluk her yaşta görülebilse de genellikle genç ve orta yaş depresyon bakımından daha risklidir (Malhi ve Mann, 2018). Cinsiyet bakımından depresyon kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir (Çelik Helvacı ve Hocoğlu, 2016). Boşanmış olan ve hiç evlenmeyen kişiler evli olanlara göre, boşanmış erkekler boşanmış kadınlara göre ve evli kadınlar evli erkeklere göre depresyon bakımından daha risklidir (Doğan, 2000). Eğitim seviyesinin düşüklüğü, işsizlik, aile içi problemler, çocukluk çağı travmaları depresyon bakımından risk unsurlarıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2018; Çelik Helvacı ve Hocoğlu, 2016). Travma ve stresli yaşam olayları gibi çevresel faktörlerde depresyon gelişimi açısından risk faktörlerindedir (Duman ve diğerleri, 2019).

2.1.5. Depresyon Belirtileri ve Tanı Ölçütleri

Bir depresif epizot sırasında kişi en az iki hafta boyunca, neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde, depresif ruh hali (üzgün, sinirli, boşlukta hissetme) ve etkinliklerden zevk alma veya ilgi kaybı yaşamaktadır. Zayıf konsantrasyon, aşırı suçluluk duygusu, düşük benlik saygısı, gelecekle ilgili umutsuzluk, intihar düşünceleri, uyku bozukluğu, iştah veya kilo değişiklikleri, çökkün hissetme, başka bir tıbbi duruma bağlı olmayan bedensel belirtiler (ağrı, yorgunluk, halsizlik) ve kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanlarında zorluklar yaşamaktadır. Bir depresif epizot, semptomların sayısı ve şiddeti ile kişinin işlevselliği üzerindeki etkisine bağlı olarak hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilebilmektedir (WHO, 2023).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin psikiyatrik bozuklukları tanımlama amacıyla kullandığı temel sistem olan DSM-5'e (2013) göre major depresyon, depresyon bozuklukları başlığı altında tanımlanmıştır. Buna göre major depresyon tanısı için belirtilerin en az beş iki haftalık dönem boyunca görülmeli, bu belirtilerden en az biri (1) "*çökkün duygudurum*" veya (2) "*ilgisini yitirme ya da zevk alamama*"dır. Ayrıca daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişikliğe sebep olmalıdır. Bu dönem farklı bir fizyolojik etkiye ya da madde kullanımına bağlanmamalıdır. Bu belirtiler; "*çökkün duygudurum, ilgide azalma ve zevk almama, kilo kaybı ya da artışı, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, değersizlik ya da suçluluk duyguları, odaklanmada güçlük çekme ve yineleyen ölüm düşünceleri*" dir (DSM-5, 2013).

2.1.6. Depresyonun Tedavisi

Depresyon tedavisinde farmakoterapi, psikoterapi ve somatik sağaltım yöntemleri kullanılmaktadır. Orta ve şiddetli düzeydeki depresyonun sağaltımında ilk seçenek olan antidepressan ilaçlar; dopamin, serotonin ve norepinefrinden bir ya da daha fazlasının sinaptik etkisini arttırmaları. Depresyon tedavisinde serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörleri, serotonin 2A antagonistleri/serotonin gerilim inhibitörleri, trisiklik antidepressanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri yaygın biçimde kullanılan antidepressanlardır (Andrade, 2010).

APA'nın 2010 yılında yayınladığı "*Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber*"de hafif ve orta şiddetli depresyonda psikoterapilerle ilgili üç düzeyde öneriler belirtmiştir. Bu rehber ışığında depresif bozukluğu olan hastalar için; "*BDT (1. düzeyde), Kişilerarası İlişkiler Terapisi (önemli klinik güvenle), Psikodinamik Terapi (orta klinik güvenle 2. düzeyde) ve Sorun Çözme Terapisi (3. düzeyde) kullanımı*" önerilmektedir (APA, 2010).

Depresyonun somatik sağaltım yöntemleri arasında ise Elektrokonvülsif Terapi (EKT), Derin Beyin Uyarımı, Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (rTMS), Vagal Sinir Uyarımı ve Transkraniyal Doğru Akım Uygulaması yer almaktadır (Cusin ve Dougherty, 2012). Daha önce tedavi olmamış Majör depresif bozukluğu olan hastalarda rTMS'nin intihar düşünceleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada,

rTMS'nin intihar düşüncesini azalttığı ve depresif semptomları hafiflettiği belirtilmiştir (Pan ve diğerleri, 2020).

2.2. İntihar

2.2.1. İntihar Tanımı

Küresel çapta önlenebilir halk sağlığı sorunu olan intihar, psikolojik, biyolojik, sosyolojik, ekonomik, dinsel ve tarihsel pek çok faktörün hazırlayıcı ve tetikleyici rolleri ile oluşan kompleks eylemler bütünüdür (Alptekin ve Duyan, 2019). İntihar kelimesi ‘*insanın kendisini öldürmesi*’ anlamına gelen Latince ‘*suicidere*’ ve İngilizce ‘*suicide*’ kelimelerinin karşılığıdır (Eskin, 2014). Türk Dil Kurumu ’na (TDK, 2021) göre ‘*kişinin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi*’ olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kişinin yaralanması ya da ölümlerle sonuçlanabilecek davranışları kendini öldürmek niyeti ve düşüncesi ile yapması olarak da tanımlanmaktadır (Öncü, 2008).

İntihar ile ilgili ilk araştırmaları yaptığı kabul edilen Durkheim ‘*Le Suicide*’ kitabında: ‘Nasıl sonuç vereceği bilinerek, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen, olumlu ya da olumsuz bir edimin (hedefe yönelik davranış) dolaylı ya da dolaysız sonucu olan her ölüme intihar denir’ şeklinde tanımlamıştır (Durkheim, 2015).

Eskin (2014) intiharın; ‘*düşünce ile başlamakta olan ve ölümlerle sonuçlanana kadar devam eden süreğen bir davranış yelpazesi*’ olduğunu ve bu süreci düşünceden başlayarak ‘*niyet, eylem ve güdü*’ olarak tamamının değerlendirilmesiyle intiharın tanımlanması gerektiğini belirtmektedir.

İntihar denilince akla genellikle ölümlerle sonuçlanmış durumlar gelse de intihar bilimciler intihar olaylarını bir davranış olarak ele almaktadır. İntihar davranışı ele alınırken yaygın olarak ‘*Beck Komitesi Sınıflaması*’ kullanılır. İntihar: tamamlanmış intihar (*completed suicide*), intihar girişimleri (*attempted suicide*) ve intihar düşüncesi (*suicide ideation*) olarak üç boyuttan oluşan bir davranıştır. Tamamlanmış intihar, kişinin kendisini öldürmesi ile sonuçlanan davranışlardır. İntihar girişimi, ölümlerle sonuçlanmayan ancak kişinin kendini öldürmek niyeti ile yaptığı girişim ve davranışlardır. İntihar düşüncesi ise kişinin

kendini öldürmek isteğini düşünmesi, açıkça ifade etmesi ve bu yönde planlar yapması olarak tanımlanmaktadır (Posner ve diğerleri, 2014).

2.2.2. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar davranışı küresel çapta yaygın bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ'ye göre intihar 15-29 yaş aralığında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir ve her yıl 700.000'in üzerinde kişi intihar ederek yaşamını kaybetmektedir (WHO, 2021b). Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri, ölümle sonuçlananlara göre 20 kat daha fazladır (WHO,2014) . Genel popülasyonda intihar açısından en önemli risk faktörü daha önceki intihar girişimidir. İntihar, dünyadaki tüm ölümlerin %1,3'ünü oluşturmaktadır ve yaşanan intiharların %77'sinin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği rapor edilmiştir. İntihar nedeniyle ölüm oranlarına bakıldığında geç yetişkin grubun en fazla risk altında olduğu ve yaklaşık olarak erkeklerde kadınların iki katı fazla olduğu raporlanmıştır (WHO, 2021b). DSÖ'nün 2019 yılında yayınladığı verilere göre 2016 yılında intihar nedeniyle meydana gelen ölümlerin yaklaşık %52'si 45 yaşından önce meydana gelmiştir (WHO, 2021a). En sık kullanılan intihar yöntemleri ası, böcek ilacı ve ateşli silahlardır (WHO, 2021a). 2000 ile 2019 yılları arasında kaba ölüm oranı 100.000 nüfus başına 13 ölümden 9,2 ölüme gerileyerek %29'luk bir düşüş göstermiştir. Avrupa'da 2000 yılındaki 21,9 olan intihar oranı 2019 yılında 12,8'e düşmüştür. Amerika'da intihar oranı %28 artmıştır (WHO, 2021b).

DSÖ (2021b) verilerine göre Türkiye kaba intihar oranı açısından 183 ülke arasında yapılan sıralamada 176. sırada yer almaktadır. DSÖ'nün bu verilerine bakılarak diğer ülkelerle kıyaslandığında Türkiye'nin intihar nedeniyle ölüm oranlarının görece olarak daha düşük olduğu söylenebilir. Ancak 2001-2021 yılları arasında intihar nedeni ile ölüm sayılarına bakıldığında 2584'ten 4158'e ve kaba intihar hızının 3,97'den 4,94'e yükseldiği görülmektedir (TÜİK, 2023).

Türkiye'de 2021'de intihar nedeniyle ölen 4158 kişinin yaklaşık 3238'i erkek ve 920'si kadındır. Erkek cinsiyet intihar nedeniyle ölümlerde kadın cinsiyetten yaklaşık üç kat daha fazladır. Medeni duruma bakıldığında %40,8'i bekar, %45,8'i evli, %4,5'inin eşi ölmüş, %9'u boşanmıştır. Eğitim durumlarına bakıldığında %2'si okur yazar değil, %17'si ilköğretim mezunu, %25,7'si orta okul mezunu, %26,1'i lise mezunu ve %14,9'u yükseköğretim

mezunudur. İntihar nedeniyle ölen 4158 kişinin ölüm nedenlerine göre dağılımına bakıldığında 1086 kişi hastalık, 191 kişi aile geçimsizliği, 324 kişi geçim zorluğu, 1599 kişi diğer nedenler ve 852 kişinin nedeni bilinmemektedir. Türkiye’de en sık kullanılan intihar yöntemi ası (%48,7), ateşli silah (%26,3) ve yüksekten atlama (%12,5)’dir. Erkekler en çok ası ve ateşli silah kullanma yöntemini tercih ederken kadınlar yüksekten atlama ve kimyevi madde kullanma yöntemini tercih etmektedir (TÜİK, 2023).

Türkiye’de 2021’de intihar nedeniyle ölen kişilerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında %1,7’si 15 yaş altı, %9’u 15-19 yaş arası, %12,2’si 20-24 yaş arası, %12,6’sı 25-29 yaş arası, %10,8’i 30-34 yaş arası, %9,1’i 35-39 yaş arası, %9,4’ü 40-44 yaş arası, %7,1’i 45-49 yaş arası, %5,7’si 50-54 yaş arası ve %5,9’u 55-59 yaş arası, %4,9’u 60-64 yaş arası, %4,4’ü 65-69 yaş arası, %2,5’i 70-74 yaş arası ve %4,7’si 75 yaş ve üzeridir. İntihar nedeniyle ölümler her yaş grubunda görülebilse de 20-44 yaş aralığında daha fazla görülmektedir (TÜİK, 2023).

2.2.3. İntiharda Risk Etmenleri

İntiharlar genelde her yaş aralığında görülse de DSÖ (2021) özellikle 15-29 yaş aralığında dördüncü ölüm nedeni olduğunu ve gelişmiş ülkelerde ileri yaşlarda daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Türkiye’de ise intihar nedeniyle ölümler her yaş grubunda görülebilse de 20-44 yaş aralığında daha fazla görülmektedir (TÜİK, 2023).

Kadın cinsiyette intihar girişimleri yüksek oranlarda görülmekle birlikte, erkek cinsiyet tamamlanmış intihar girişimleri açısından daha risklidir (Borges ve diğerleri, 2010). Tamamlanmış intiharlar erkeklerde kadınlara göre üç kat daha fazladır (Bachmann, 2018.)

İntihar girişimleri, tamamlanmış intiharlara kıyasla otuz kat kadar daha fazladır ve tekrarlanan girişimler tamamlanmış intiharların önemli belirleyicileridir (Bachmann, 2018). İntihar girişiminde bulunan hastaların %83’ünde geçmişte de bir intihar girişimi saptanmıştır (Chan ve diğerleri, 2014).

Bekar olmak, gelir düzeyinin düşüklüğü, düşük eğitim seviyesi, işsizlik, yalnız yaşamak, ailede ruhsal hastalık olması, çocukluk çağı travmaları ve ruhsal bir bozukluğun olması intihar davranışı için risk faktörleri arasında yer almaktadır (Borges ve diğerleri,

2010). Aile çalışmalarında intihar nedeniyle ölen kişilerin akrabalarında intihar girişim riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Brent ve diğerleri, 2008; Ranning ve diğerleri, 2022). Ailede intihar girişimi öyküsünün olması intihar riskini artırmaktadır (Tondo ve diğerleri, 2016).

İntihar düşüncesinden girişime geçişte öfke/dürtüsellik, cinsiyet, edinilmiş intihar yeterliliği/ölüm korkusuzluğu, algılanan başkalarına yük olma, ailede psikiyatrik tanı ve psikolojik destek almama anlamlı yordayıcılar olarak belirtilmiştir (Keleş, 2022).

İntihar davranışı ile psikiyatrik bozukluk birbiri ile ilişkili ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde intihar davranışı genel popülasyona oranla daha yüksektir (Bolton ve diğerleri, 2015; Chehil ve Kutcher, 2012). Psikiyatrik bozukluklarda sorun çözme becerileri, rasyonel düşünme kapasitesi, dürtü kontrolü ve yargılama becerileri olumsuz etkilenir. Sosyal olarak yalıtılmış, ekonomik kayıplar yaşayan, akademik başarı ve iş hayatında sorunları olan, baş etme becerileri uyuma dönük olmayan, sosyal işlevselliği bozulan ve aile içindeki rolünü sürdüremeyen psikiyatri hastalarında intihar riski daha yüksektir (Chehil ve Kutcher, 2012).

Tamamlanmış intiharlarla ilgili ruhsal otopsi çalışmalarının meta analizinin yapıldığı çalışmada intihar nedeniyle ölen vakaların %87,3'ünün psikiyatrik bir bozukluk tanısını karşıladığı bildirilmiştir. İntihar nedeniyle ölen vakalarda en sık konulan tanıların duygu durum bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve psikotik bozukluklar olduğu belirtilmiştir (Arsenault-Lapierre ve diğerleri, 2004). Majör depresyonda intihar riskinin genel popülasyona kıyasla 20 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ösby ve diğerleri, 2001). Umutsuzluk ve depresyon düzeyinin yüksek olması intihar girişimi açısından risk faktörleridir (Öztürk ve diğerleri, 2018).

DSÖ'ye göre yüksek gelirli ülkelerde intihar ve ruhsal bozukluklar özellikle depresyon ve alkol kullanım bozuklukları ile ilişkilendirilmiş olsa da birçok intihar; hastalık, kronik ağrı, kişiler arası ilişkilerin bozulması, yaşam stresörleri ile baş edememe, sosyal destek azlığı ve finansal sorunlar gibi kriz anlarında dürtüsel olarak gerçekleşir. Buna ek olarak travma, şiddet, taciz, yas ve sosyal izolasyon intihar davranışıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Mülteciler, göçmenler, LGBTİ kişiler, mahkumlar gibi ayrımcılığa maruz kalan gruplar arasında da intihar oranları yüksektir. İntihar için en güçlü risk faktörü önceki bir intihar girişimidir (WHO, 2021a).

2.2.4. İntiharın Etiyolojisi

İntihar önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra psikolojik, sosyolojik ve biyolojik yönleri olan insan davranışıdır. Bundan dolayı bu bölümde birinci nesil kuramsal yaklaşımlarla intihar davranışı açıklanmıştır.

2.2.4.1. Psikodinamik Kuram

Psikolojik kayıplar, terkedilme ve ayrılıklarda ortaya çıkan bilinçdışı öfke ve düşmanlık duyguları intihar davranışının ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Yani psikoanalitik kurama göre yaşanan kayıp sonrası öfke ve düşmanlık duygularının kişinin kendi benliğine yöneltmesi sonucu intihar meydana gelmektedir (Canbolat ve Gençöz, 2019). Yaşanan kayıp kişinin öz değerinin düşmesiyle, terk edilmişlik ve hayata yönelik anlamsızlık duyguları yaşayan kişinin yok etme ve öç alma duygularının kendisine yönelmesiyle intihar davranışı ortaya çıkmaktadır (Canbolat ve Gençöz, 2019). Lester ve Lindsley (1988) intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan üniversite öğrencilerinin öze ve dışa dönük öfkelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, intihar girişiminde bulunan öğrencilerin intihar girişiminde bulunmayan öğrencilere göre daha fazla öze dönük öfke duyguları sergilediklerini belirtmişlerdir.

Psikodinamik bakış açısıyla Karl Menninger (1938) kişinin yaşadığı ve kendi benliğine yönlendirdiği öfke ve kızgınlık duygularıyla intihar olaylarındaki güdülere işaret ederek; ölme isteği, öldürülme isteği ve öldürme isteği olmak üzere üç güdünün varlığını varsaymaktadır. Menninger'in görüşüne göre tamamlanmış intiharlarda kişilerin bilinç altında ölme isteği hakimken, intihar girişiminde bulunan kişilerin bilinç altında ölmeme isteği hakimdir (Canbolat ve Gençöz, 2019).

Melanie Klein'ın Nesne İlişkileri Kuramına göre bebeklik döneminde anne ya da bakım verici ile kurulan ilişkilerin kişiliğin belirleyicisi olduğu düşüncesi ile bu ilişkilerde bebeğin gereksinimlerine karşılık verilir verilmemesine göre nesnelere iyi ya da kötü olarak zihinsel dünyasında resmetmekte ve içe almaktadır. Melanie Klein'e göre intiharın dinamiğinde içselleştirilmiş sevilmeyen nesnelere yatmaktadır. İntihar bu sevilmeyen

nesnelere kurtulmak amaçlı bilinç dışı dinamiklerin egemen olduğu bir süreçtir (Klein, 1986).

2.2.4.2. Sosyolojik Kuram

Fransız sosyolog Durkheim intiharı toplumsal açıdan ele almıştır. Durkheim'in 1897'de intihar ile ilgili toplum bilimsel incelemelerini aktardığı kitabı "*Le Suicide: Etude Sociologique*" ile bireysel bir olgu olan intihar davranışının nedenlerinin kişinin toplumla ilişkisindeki düzensizliklerden ve dalgalanmalardan kaynaklandığını göstermiştir. Kişinin toplumla ilişkisini temel alarak, bu ilişkideki değişimlerle toplumda görülen intihar prevalansının değiştiğine dikkat çekmiştir. Bireylerin toplumla ilişkisinde kişisel gereksinimlerinin önemli olduğunu vurgular. Bireylerin kendisini içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak görmek ve hissetmek istemesine gereksinim duyduğunu varsayarak toplumsal düzenleme ve toplumsal bütünleşme kavramlarını kuramının merkezine koymuştur (Durkheim, 2015).

Toplumsal düzenleme ve toplumsal bütünleşme düzeylerine göre dört ayrı intihar türünün olabileceğini ileri sürmüştür. *Bencil (egotistic) intihar*, birey içine bulunduğu toplum ile bütünleşmenin düşük olduğu ya da toplumla bütünleşmemiş hissettiğinde görülür. Protestan toplumlarda gerçekleşen intiharlar bencil intihara örnek verilebilir. *Elcil (altruistic) intihar*, bireyin içinde bulunduğu toplumla aşırı bütünleşmesinden kaynaklanır. Hindistan'da "sati", Japonya'da "harakiri" ve toplumumuzda töreler yüzünden kendi canına kıyan kadınların ölümleri elcil intihar türüne örnek verilebilir. *Kuralsızlık (anomic) intiharları*, toplumsal düzenlemenin düşük olduğu ve yetersiz olduğu toplum koşullarında gerçekleşen intiharlardır. Boşanmalar ve ekonomik kriz bu intihar türüne örnek verilebilir. *Ölümçül (fatalistic) intihar*, toplumsal düzenlemenin güçlü ve yüksek olduğu durumlarda görülen intihar türüdür (Durkheim, 2015).

Durkheim'in kuramı intihar davranışını toplumdan topluma görülme sıklığını açıklamakta başarılı olsa da aynı toplumda yaşayan bireylerin bazılarının intihar davranışı sergilerken bazılarının sergilemediği göz önünde bulundurulduğunda bireysel düzeyde açıklamakta yetersiz kalmaktadır.

2.2.4.3. Schneidman'ın İntihar Kuramı

Schneidman intiharın ruhsal acıdan kaynaklandığını ve depresyon, düşmanlık, öfke, hissizlik, utanç, suçluluk, umutsuzluk vb. psikolojik etmenlerin intihar için kilit unsur olduğunu savunmuştur. Ruhsal acının dayanılmaz olduğunu kabul eden suçlu, öfkeli ya da depresif hisseden kişinin çözüm bulmaya yönelik davranışını intihar olarak tanımlamıştır. Schneidman'a göre intiharların nedeni çözüm arayışıdır. Schneidman'ın intihar teorisinde Schneidman intihar edecek olan hastalarda tipik belirtinin iyi tanınması gerekliliğini vurgulamıştır. Özetle bu tipik belirtiler: dayanılmaz ruhsal acı, ruhsal gereksinimlerin engellenmesi, çözüm arayışı, yaşamına son verme arzusu, umutsuzluk, ambivalans duygular, ölüm ya da yaşam arasında sıkışmışlık, yardımsızlık, hareketlerde regresyon, kişiler arası ilişkilerde azalmadır. Schneidman bu belirtilerin tek başına tehlikeli olmamakla birlikte pek çoğunun bir araya gelmesiyle intihara yol açacağını ifade etmiştir (Leenaars, 2010).

2.2.4.4. Sosyal Öğrenme Kuramı

Bandura'nın (1977) Sosyal Öğrenme Kuramına göre duygusal davranışlarda dahil bütün insan davranışları gözlem yoluyla öğrenme dediğimiz bu yolla oluşmaktadır. Yani bir çocuk gözlem yoluyla kendisine rol model olarak seçtiği kişilerin davranışlarından kendi davranış repertuarını oluşturur. Bu kurama göre model almanın ve davranışa maruz kalmanın doğrudan ya da dolaylı olarak intihar davranışının öğrenilmesine ve intihar riskinin arttırmasına neden olabilmektedir. İntihar eden kişilerin bu davranışı başkalarından öğrendiğini ve benliğini yaralayan olumsuz ve stresli yaşam olayları karşısında öğrendiği bu davranışı gerçekleştirdiğine dayanmaktadır (Bandura, 1977).

Tarihsel perspektiften bakılınca intiharın ortaya çıkmasında sosyal öğrenme ve taklitlerin önemli olduğu görülmektedir. Örneğin Goethe'nin 1774'te "*Werther'in Acıları*" kitabının yayınlamasının ardından "*Werther sendromu*" olarak bilinen kırk kişinin benzer yöntemle kendisini öldürmesi, öğrenmenin intiharın ortaya çıkmasında önemli olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Phillips (1974), 1947-1968 yılları arasında Amerika

Birleşik Devletleri ve İngiltere'deki gazetelerde yayınlanan intihar haberlerinin ardından sonraki aylarda intihar oranlarının arttığını bildirmişlerdir (Duman, 2019).

2.2.4.5. Umutsuzluk Kuramı

Umutsuzluk kuramına göre intihar ile depresyon arasındaki anahtar etmen umutsuzluktur. Beck (1964), depresyondaki kişinin kendisini, geleceği ve dünyayı olumsuz olarak değerlendirdiği bilişsel-üçlü denilen bilişsel durumun varlığından söz etmiştir. Buna göre kişiler; kendilerini sevmeyen, değersiz, yalnız, beceriksiz ve umutsuz olarak değerlendirmekte ve suçlamaktadırlar. Kişiler dünyayı olumsuzlukların ve mutsuzlukların yaşanacağı bir yer olarak değerlendirmektedirler. Kişiler gelecekte sadece olumsuzluk ve mutsuzluk beklemektedir. Geleceğe ve beklentilere dair olumsuz atıflar olarak tanımlanan umutsuzluk, bilişsel kurama göre intihar sürecini başlatan ve sürdüren en önemli etkidir. Umutsuzluk içinde daha fazla acı çekmek istemeyen kişiler umutsuzluktan ve mutsuzluktan kaçmak ister ve ölüm yaşamdan daha istedik hale dönüşür (Weishaar ve Beck, 1992). İntihar davranışında bulunan kişiler intiharı içinde olduğu umutsuzluk ve mutsuzluğa tek çözüm gibi düşünürler. Uzun dönemli takip çalışmalarında psikiyatri hastaları arasında tamamlanmış intiharlarda umutsuzluğun intiharın önemli bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Beck ve diğerleri, 2006).

2.2.4.6. Kaçış Kuramı

Baumeister'ın (1990) kaçış kuramına göre intiharda kendisine dair farkındalığı olumsuz olan bireyin mutsuzluk ve ruhsal acıdan kaçma güdüsü hakimdir. Bilişsel ve güdüsel etmenleri birleştiren kurama göre intihar davranışına yol açan süreçler altı aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada kişi kendisi veya başkaları tarafından geliştirilen ölçütlere göre edinimlerinin istediği düzeyde olmadığını farkına varır ve kendisini yetersiz biri olarak algılar. İkinci aşamada kişi edinimlerinin kendi beklenti düzeyinin altında kalmasının nedenini kendi benliğine atfeder ve kendisini suçlar, kişisel yetersizliğinden ötürü bu durumun başına geldiğine inanır. Kendisini suçlamalar değersizlik ve reddedilme duygularını

ortaya çıkarır. Üçüncü aşamada kişi hedeflerin gerisinde kalmasına bağlı yaşadığı suçluluk duygusu için optimum düzeyde bir olumsuz öz-farkındalık yaşar ve kendini beceriksiz, yetersiz ve sevilmeyen biri olarak görür. Dördüncü aşamada kişi olumsuz öz-farkındalık nedeniyle depresyon ve kaygı gibi olumsuz durumlar yaşar. Beşinci aşamada ise kişide bilişsel yıkım gerçekleşir. Bilişsel yıkımın üç ana unsuru vardır. Bunlar; şimdiye odaklı dar bir zaman algısı, kısa dönemli amaçlara yönelik davranışlar ve uzun vadeli değil de o andaki hareket ve duygularına odaklıdır. Altıncı aşamada kişinin intihar etmesini engelleyen içsel engellerin yok olması, edilgenlik, duygu yokluğu, bilişsel katılık ve işlevsel olmayan tutumlar gibi irrasyonel bilişler ortaya çıkarır (Baumeister, 1990). Bu aşama kişinin kendini öldürmesi ile sonuçlanır.

2.2.4.7. Biyolojik Kuram

Genetik faktörlerin intihar davranışında rol oynadığı ve risk faktörü olabileceğine dair somut kanıtlar vardır (Vaquero-Lorenzo ve Vasquez, 2020; Mirkovic ve diğerleri, 2016; Brent ve diğerleri, 2015; Petersen ve diğerleri, 2014). Calderaro ve diğerleri (2022), yirmi çalışmayı dahil ettikleri meta analiz çalışmalarında ebeveyni intihar girişiminde bulunan çocukların bulunmayanlara kıyasla tamamlanmış intihar ve intihar girişim riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ebeveyn intihar girişim öyküsünün bulunmasının çocuklarda intihar girişim riskini beş kat artırdığı belirtilmiştir (Brent ve diğerleri, 2015). Ailesinde intihar öyküsü bulunan bireylerde intihar davranışının görülme olasılığının toplum ortalamasından daha fazla olduğu bildirilmiştir (Petersen ve diğerleri, 2015; Mirkovic ve diğerleri, 2016). Tek yumurta ve çift yumurta ikizleri için intihar riskinin incelendiği ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde intihar riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Vaquero-Lorenzo ve Vasquez, 2020; Pedersen ve diğerleri, 2014; Brent ve Melhem, 2008).

2.2.5. İntihar ve Depresyon İlişkisi

Psikiyatrik hastalıklar intihar davranışının en önemli risk faktörlerinden biridir ve birçok araştırma ile psikiyatrik hastalıklarda intihar riskinin normal popülasyona göre yüksek

olduğu kanıtlanmıştır. Aynı zamanda intihar düşüncesi ve girişimi majör depresyon bulgularından biridir (WHO, 2021a; DSM-5, 2013).

Favril ve diğerlerinin (2022) intihar sonucu ölenlerin otopsi sonuçlarını incelemek için 37 araştırmayı dahil ettikleri meta analiz çalışmasında, intihar edenlerin %71'inin psikiyatrik bir hastalığa sahip olduğunu ve %29'unun daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu belirtmişlerdir.

Başka bir meta analiz çalışmasında 1990-2018 yılları arasında intihar davranışında psikiyatrik morbidite prevalansını bildiren 154 makaleyi inceleyen Knipe ve diğerleri (2019), intihar sonucu ölenlerin %58'inin ve ölümcül olmayan intihar davranışı sergileyenlerin %45'inin psikiyatrik bir bozukluğa sahip olduğu belirtilmiştir. Ölümcül olan intihar davranışlarının %25'inde ve ölümcül olmayan intihar davranışlarının %21'inde duygu durum bozukluğu olduğu belirtilmiştir.

Gili ve diğerleri (2019) gençler arasında intihar davranışı üzerindeki ruhsal bozuklukları ve psikiyatrik komorbiditeyi incelemek için 24 çalışmayı dahil ettikleri meta analiz çalışmasında, psikiyatrik komorbiditenin intihar girişimleri için birincil risk faktörü olduğu raporlanmıştır. Özellikle duygu durum bozukluklarının intihar düşüncesinin en güçlü yordayıcısı olduğu belirtilmiştir. Psikiyatrik bozukluklar arasında depresyon, intiharlar için en yaygın risk faktörüdür (Malakouti ve diğerleri, 2015; Arafat ve Kabir, 2017).

Arafat ve diğerleri (2022) 2001-2020 yılları arasında Güney Asya ülkelerinde ölümcül ve ölümcül olmayan intihar girişimlerinde depresyon prevalansını değerlendirmek için 38 çalışmayı dahil ettikleri meta analiz çalışmasında ölümcül olmayan girişimler arasında depresyon prevalansı %14 ile %78 arasında değişirken, havuzlanmış yaygınlık oranını %32,7 olarak belirtmişlerdir. Tamamlanmış intiharlar arasında depresyon prevalansı %8 ile %79 arasında değişirken ve havuzlanmış yaygınlık oranını %37,3 olarak belirtmişlerdir.

Dong ve diğerleri (2018), Çin'de majör depresif bozukluğu olan hastalarda intihar davranışlarının yaygınlığını incelemek için 33 makaleyi dahil ettikleri meta analiz çalışmasında majör depresyonda intihar girişim prevalansını %42,1 olarak bildirmişlerdir.

De Crescenzo ve diğerleri (2017), bipolar bozukluk ve majör depresyonda intihar girişim riskini değerlendirdikleri meta analiz çalışmasında majör depresyonda intihar girişim riskini %20,5 olarak bulmuşlardır.

Brådvik ve diğerlerinin (2008) 1947–1997 yılları arasında depresyon tanısı olan 503 hastanın uzun vadeli intihar riskini inceledikleri çalışmada, genel intihar riskinin %5,6 ile %6,8 arasında değiştiği, şiddetli depresyonda %13,7 olduğu belirtilmiştir. Özellikle erkek cinsiyetin önemli risk faktörü olduğu ve erkek majör depresif hastalarda intihar riskinin yaklaşık %20 olduğu bulgulanmıştır.

Majör depresyon tanılı bireylerde epizodlar sırasında intihar girişim riski artmaktadır. Tam remisyon dönemi ile kıyaslandığında intihar girişim riskinin depresif dönemlerde 21 kat, kısmi remisyon dönemlerinde beş kat arttığı belirtilmiştir. Ayrıca intihar girişimi öyküsü, depresif dönemlerin uzunluğu ve sosyal desteğin azlığının bu riskte etkili olduğu belirtilmiştir (Holma ve ark., 2010). Antidepresan tedavisine başlanmasını takiben 12 haftalık süre intihar girişimi açısından en riskli dönem olarak bildirilmiştir (Valenstein ve diğerleri, 2009).

Orsolini ve diğerleri (2020), depresyon hastalarında intiharı önlemek ve terapötik müdahaleyi planlamak için 2019'a kadar yayınlanan makaleleri inceleyerek intihar risk sınıflandırması ve koruyucu etmenleri bildirmişlerdir. Depresyonda; umutsuzluk, bilişsel katılık, anhedoni, çaresizlik, problem çözme becerisinde azalma, dürtüsellik, düşük benlik saygısı, çocukluk çağı travması, boşanmak, eşlik eden kronik fiziksel ve ruhsal hastalık, 11 yaşından önce ebeveyn kaybı, eksik sosyal destek, eşlik eden kaygı, ekonomik kayıplar, majör depresif bozukluğun erken başlangıcı, erkek cinsiyet, intihar girişim öyküsü ve psikotik semptomların varlığı intihar riskini artırmaktadır. Depresyonda; kişisel ve ailede intihar girişim öyküsünün olmaması, dini kısıtlamalar, olumlu başa çıkma becerileri, daha iyi dürtüsellik kontrol ve duygu düzenleme, iyi benlik saygısı, öz yeterlilik, iyi problem çözme becerisi, yardım alabilme, sosyal desteğin varlığı, geleceğe yönelik hedeflerin olması ve iyi problem çözme becerisi intihar riski açısından koruyucu etmenler arasında sıralanmıştır (Orsolini ve diğerleri, 2020).

2.2.6. Tedavi Yaklaşımları

Ayaktan takip edilen hastalarda farmakoterapi ve psikoterapiyi kombine kullanmak hastaların %70'e yakınında iyileşme sağlamaktadır. Şiddetli depresyonu olan ve intihar riski yüksek olan hastalarda EKT düşünülmektedir (Aydemir, 2019).

2.2.6.1. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları

İntihar girişiminde farmakolojik ilaç tedavisinin öncelikli hedefi altta yatan psikiyatrik hastalıktır. Depresyonu olan hastalarda antidepresanlar, antipsikotikler ve duygudurum düzenleyiciler kullanılabilir (Aydemir, 2019).

Mann ve diğerleri (2021), intiharı önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları inceledikleri sistematik derlemede, 12 çalışmanın dokuzunda antidepresanların intihar düşüncesini azalttığını belirtmişlerdir. Yüksek intihar riski nedeniyle seçilen depresif hastalarda yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, bazı antidepresanların (sitalopram, paroksetin, bupropion+essitalopram) intihar düşüncesini ve riskini azalttığına yönelik kanıtlar mevcuttur (Grunebaum ve diğerleri, 2012; Khan ve diğerleri, 2011; Zisook ve diğerleri, 2011). Fluoksetin ve Venlafaksin ile ilgili FDA onaylı 41 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği meta analiz çalışmasında, Fluoksetin ve Venlafaksin'in yetişkin ve geriatric hastalarda intihar düşüncelerini ve davranışını azalttığı belirtilmiştir (Gibbons ve diğerleri., 2012).

Majör depresif bozukluğu olan, İntihar Düşüncesi Ölçeği puanı ≥ 4 olan ve %54'ü antidepresan ilaç kullanan 80 yetişkinin rastgele ketamin veya midazolam infüzyon grubuna atandığı randomize kontrollü bir çalışmada, ketamin uygulanan grubun 24 saat içinde intihar düşüncesinde daha büyük bir azalma olduğu belirtilmiştir (Grunebaum ve diğerleri, 2018). Walsh ve diğerlerinin (2022), ketaminin ruh sağlığı bozukluklarının tedavisindeki etkilerine dair mevcut kanıtları sistematik olarak incelemek amacıyla Ekim 2020' ye kadar yayınlanan 83 (33 sistematik derleme, 29 randomize kontrollü çalışma (RKÇ), 2 plasebo içermeyen RKÇ, 3 kontrollü randomize olmayan çalışma, 6 çalışma ve 10 retrospektif inceleme) makaleyi dahil etmişlerdir. Sistematik derlemede ketaminin, depresyonu ve intiharı önleyici güçlü, hızlı ve geçici etkileri olduğunu belirtmişlerdir.

İntihar düşüncesinin eşlik ettiği depresyon tanılı hastalarda antidepresanların hem depresyonu tedavi ettiği hem de ilerleyen dönemlerde intihar düşüncesi ve intihar riskini azalttığı belirtilmiştir (Aydemir, 2019). Ancak depresyonda önce somatik ve vejetatif belirtiler düzeldiğinden antidepresanların etki göstermeleri zaman alır. Enerji artışı ile birlikte belirtilerin geç düzelmesi yeni bir intihar denemesi için zemin hazırladığından bu dönemde antipsikotiklerin de eklenmesi intiharı önlemede etkilidir (Wasserman ve diğerleri, 2012).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA, 2018), özellikle doz değişimlerinde intihar riskinin artabileceği, ilaçların intihar davranışı için araç olabileceği nedenleriyle antidepresan ilaç kullanımına dikkat edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Duygudurum düzenleyiciler arasında en çok çalışılan ilaç lityumdur. Cipriani ve diğerleri (2013), plasebo ve lityum kullanan grupların karşılaştırıldığı 4 randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri meta analizde lityumun intihara karşı plasebodan daha koruyucu olduğunu belirtmişlerdir. Riblet ve diğerleri (2017), plasebo ve lityum kullanan grupların karşılaştırıldığı 6 randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri meta analizde intihar olasılığının lityum ile daha düşük olduğunu ancak sonuçların anlamlı olmadığını bildirmişlerdir. Katz ve diğerleri (2022), majör depresyonu ve bipolar bozukluğu olan gazilerin tedavisine lityum eklenmesinin intihar girişimini önlemeye etkisini değerlendirmek için yaptıkları randomize kontrollü çalışmada lityum grubunda bir ölüm ve plasebo grubunda üç ölüm meydana geldiğini ancak intihar insidansını azaltmadığı belirtilmiştir (Katz ve diğerleri, 2022). Son yıllarda lityumun intiharı önlemedeki etkinliğini inceleyen meta analiz çalışmalarında lityumun intiharı önlemedeki rolünün düşük ve belirsiz olduğu yönündedir (Riblet ve diğerleri, 2022; Nabi ve diğerleri, 2022).

2.2.6.2. Elektrokonvülsif Terapi

Elektrokonvülsif terapi intihar riski yüksek olan ve ağır depresyonu olan hastalarda tercih edilen etkili tedavi yöntemlerinden biridir. Elektrokonvülsif terapi hastaların intihar düşüncelerini tedavi etmesinin yanı sıra ileride intihar davranışının tekrarlanması riskini de azaltmaktadır (Kellner ve diğerleri, 2005). Orta şiddette depresyon, şiddetli depresyon ve psikotik belirtili depresyon nedeniyle 2012-2018 yılları arasında yatarak tedavi gören 28557 hastadan EKT alan ve almayanlarda ilk 12 ay içinde intihar riskini değerlendirmek amacıyla yapılan kohort çalışmada, EKT alan grupta 62 hastanın ve EKT almayan grupta 90 hastanın intihar nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Özellikle 44 yaşın üstünde, şiddetli depresyonda ve psikotik belirtili depresyonda EKT uygulanmasının intihar riskini azalttığı belirtilmiştir (Rönnqvist ve diğerleri, 2021). Depresyon nedeniyle hastaneye yatan, EKT alan ve almayan hastalarda intihar nedeniyle ölüm riskinin araştırıldığı bir çalışmada EKT alanlarda taburculuktan sonraki yıl intihar nedeniyle ölüm riskinin önemli ölçüde azaldığı belirtilmiştir

(Kaster ve diğeri, 2022). Danimarka’da 2008- 2019 yılları arasında ilk kez EKT uygulanan unipolar depresyon, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk ve kişilik bozukluğu tanı hastalarda EKT'den önceki ve sonraki ayda intihar girişim sayısını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, dört ruhsal hastalıkta da intihar girişimi sayısında önemli azalma (unipolar depresyon: %83 azalma; bipolar bozukluk: %72 azalma; psikotik bozukluk: %82 azalma; kişilik bozukluğu: %83 azalma) olduğu belirtilmiştir (Salagre ve diğeri, 2022).

2.2.6.3. Psikoterapi

İntihar girişimlerini ve intihar nedeniyle ölümleri azaltmak için gerekli olan psikoterapötik müdahalelerin etkisi veya etkililiği ile ilgili çalışmalar giderek önem kazanmaktadır. Bilişsel terapi (BT), BDT, problem çözme terapisi (PÇT), diyalektik davranış terapisi (DDT), zihinselleştirmeye dayalı tedavi ve psikodinamik terapi intihar girişimlerini ve intihar nedeniyle ölümleri önleme konusunda etkinliği olumlu olan psikoterapilerdir (Brown ve diğeri, 2005; Slee ve diğeri, 2008; Hatcher ve diğeri, 2011; Calati ve Courte,2016; Briggs ve diğeri, 2019; Méndez-Bustos ve diğeri, 2019).

Calati ve Courte (2016), psikoterapilerin (BDT, BT, PÇT, DDT, kişilerarası ilişkiler terapisi, zihinselleştirmeye yönelik tedavi, kabul ve kararlılık terapisi) intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı üzerine etkisini incelemek için 32 RKÇ’yi dahil ettikleri meta analizde psikoterapilerin intihar girişimlerini azaltmada etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Briggs ve diğeri (2019), psikanalitik ve psikodinamik psikoterapilerin intihar girişimleri ve kendine zarar verme üzerine etkisini içeren 12 RKÇ’yi inceledikleri meta analizde, psikanalitik ve psikodinamik psikoterapilerin intihar girişim sayısını azalttığı, kısa vadede kendine zarar vermeyi azalttığı, psikososyal işlevsellikte iyileşme ve hastaneye yatış sayısında azalma sağladığını belirtmişlerdir.

Psikoterapinin intihar üzerindeki etkinliğinin incelendiği meta analizde borderline kişilik bozukluğu ve depresyon tanı hastalarda en çok DDT ve BDT’nin kullanıldığı ve bu psikoterapi yöntemlerinin intihar düşüncesinde %55 ve intihar girişiminde %37,5 azalmaya yol açtığı belirtilmiştir (Méndez-Bustos ve diğeri, 2019).

Mehlum ve diğeri (2019), tekrarlayan kendine zarar verme davranışı ve intihar düşüncesi olan 77 ergeni dahil ettikleri RKÇ’de ergenler DDT ve standart tedavi gruplarına atanmış ve 3 yıl takip edilmiştir. Çalışmanın sonunda intihar düşüncesi, umutsuzluk, depresif semptomlar gibi klinik sonuçlarda gruplar arasında fark bulunamamış ancak kendine zarar verme davranışında azalma olduğu saptanmıştır.

Kumpula ve diğeri (2019), depresyon için kanıta dayalı psikoterapilerin (BDT, kabul ve kararlılık terapisi, kişilerarası ilişki terapisi) intihar düşüncesi üzerindeki etkisini ve hastaların tedaviye yanıtlarında cinsiyet ve tedavi tipinin rolünü inceledikleri çalışmada üç kanıta dayalı psikoterapinin her birinin, özellikle eski kadın askerlerde intihar düşüncesini azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Eski erkek askerlerde kişilerarası psikoterapi ve BDT’nin kabul ve kararlılık terapisine göre intihar düşüncesini azaltmada daha etkili olduğu belirtilmiştir.

Bilişsel davranışçı terapiye dayalı intiharı önlemeye yönelik internet tabanlı kendi kendine yardım müdahalelerinin etkisini inceleyen altı RKÇ’nin dahil edildiği meta analizde müdahale grubunda kontrollere kıyasla intihar düşüncelerinin önemli ölçüde azaldığı belirtilmiştir (Büscher ve diğeri, 2020).

Önceden intihar girişiminde bulunmuş, kendine zarar verme düşüncesi ve intihar düşüncesi olan 173 ergenin dahil edildiği RKÇ’de ergenlere altı ay DDT ve bireysel veya grup destekleyici terapi uygulanmış, 12 ay takip edilmiştir. DDT alan grupta kendine zarar vermenin %49,3 azaldığı belirtilmiştir (Asarnow ve diğeri, 2021).

2.3. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Ruhbilim içinde düşünceyi ön plana çıkaran Albert Ellis’in ‘‘Akılcı Duygusal Terapi’’si insanın ruhsal sorunlarının bireyin akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inançlarından kaynaklandığına dayanır. A. Beck’in 1960’lı yıllarda depresyonun anlaşılması için geliştirdiği ‘‘Bilişsel Terapi’’ düşüncenin ruhsal patolojilerin kavramsallaştırılmasındaki yerini psikiyatri ve psikoloji alanına kabul ettirmiştir. 1980’li yıllarda davranışçı terapistlerinde bilişsel terapiyi benimsemesi sonucu, davranışçı terapi ve bilişsel terapisinin bütünleşmesi ile ‘‘Bilişsel Davranışçı Terapi’’ ortaya çıkmıştır (Türkçapar, 2018). BDT düşüncelerimizin;

duygularımızı ve davranışlarımızı belirlediğini vurgulayan yapılandırılmış bir terapi yöntemidir (Özcan ve Çelik, 2017).

BDT üç temel önermeye dayanmaktadır. Bu önermeler; *“Bilişsel aktivite davranışı etkiler.”* *“Bilişsel aktivite izlenebilir ve değiştirilebilir.”* *“İstenen davranış değişikliği, bilişsel değişim yoluyla gerçekleştirilebilir.”* şeklinde sıralanabilir (Dobson ve Dozois, 2019). Bu terapi yönteminde, uyumsuz bilişlerin duygusal sıkıntı ve davranışsal sorunların korunmasına nasıl katkıda bulunduğunu ortaya koyar. Beck’in bilişsel modeline göre bu uyumsuz bilişler, belirli durumlarda belirli ve otomatik düşüncelere yol açan, bireyin dünya, ben ve gelecek hakkındaki genel inançlar veya şemalarını içerir. BDT bu uyumsuz bilişleri değiştirmeye yönelik tedavi stratejilerinin duygusal sıkıntı ve sorunlu davranışlarda olumlu değişiklikler meydana getirmesine dayanmaktadır (Dobson ve Dozois, 2019). Türkçapar (2018)’a göre BDT, psikoeğitimsel bir modele dayalı, yapılandırılmış ve bireyin kendi düşünce içeriği ve biçiminin yeniden organizasyonu ile duygularında ve davranışlarında olumlu bir etki oluşturacağı hipotezine dayanmaktadır.

BDT; danışanların işlevsel olmayan inançlarını tanımlamalarına ve onları daha işlevsel ve olumlu düşüncelerle değiştirmelerine yardımcı olmaktadır (Dobson ve Dozois, 2019). Danışanın; düşünce, duygu ve davranışlarını değiştirmek için çeşitli teknikler kullanılmaktadır (Beck ve Beck, 2011). Bu teknikler; sokratik sorgulama, temel inanç çalışma sayfaları, akılcı-duygusal rol oynama, inançların avantaj ve dezavantajlarını belirleme, imajinasyon, problem çözme, davranışsal deneyler, karar verme, dikkat dağıtma ve yeniden odaklama, etkinlik izleme ve çizelgeleme, gevşeme teknikleri, kademeli maruz bırakma, başa çıkma kartları, rol yapma, işlevsel fonksiyonel karşılaştırmalar, “pasta” tekniği ve olumlu kendini ifade günlükleri şeklinde sıralanmaktadır (Beck ve Beck, 2011; Türkçapar, 2018).

2.3.1. İntiharın Bilişsel Davranışçı Terapisi

Birçok psikiyatrik ve psikolojik sorunun tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve etkililiği birçok araştırma bulgularıyla kanıtlanan BDT yaklaşımı, intiharın tedavisinde de önemli bir yere sahiptir.

Sargın ve Türkçapar (2019) intihar girişiminde bulunmuş ya da intihar düşüncesi olan hastalarda BDT'ye başlamadan önce hastanın intihar düşünce ve girişimlerinin değerlendirilmesi, intihar girişimi açısından taşıdığı riskler, intihar riskini artırıcı ve koruyucu etmenlerden nelerin var olduğunun değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hastanın görüşme dışında intihar krizi yaşaması durumunda yapması gerekenlerin belirlendiği "intihar eylem planı" hazırlandıktan sonra BDT sürecine geçmeden formülasyon yapılmalıdır. Formülasyon yapıldıktan sonra terapistin hastanın intihar düşüncesine yönelik neye müdahale edilmesi gerektiğini belirlemesi ve mevcut formülasyona göre bilişsel ve davranışçı müdahalelere başlamasının gerektiğini ifade etmişlerdir. BDT'yi uygularken BDT görüşmelerinin genel yapısı korunur (duygudurum kontrolü, ödev kontrolü, gündemi belirleme, gündemi ele alma, geri bildirim alma ve ödev verme) ancak ek olarak görüşmenin başında hasta intihar riski açısından değerlendirilir. İntihar açısından riskli olarak değerlendirilmişse görüşmenin gündemi intihar eylem planı üzerinden geçmek ve intihar eylem planına ekleme yapmak olmalıdır. İntihara yönelik BDT'te davranışsal, duygusal düzenlemeye dönük ve bilişsel müdahaleler yapılabilir. Davranışsal müdahaleler hoşça giden etkinlikleri arttırmak, sosyal desteği arttırmak, olumsuz duygularla başa çıkmak için stratejiler (gevşeme egzersizleri, fiziksel egzersizler, kendisini meşgul edecek bir şeyle oyalanması vb.) geliştirilmesini içerir. Bilişsel müdahaleler umut aşılama, intihar kararının geçerliliği ile ilgili şüphe uyandırmak, yaşama nedenlerinin belirlenmesi, baş etme kartlarının hazırlanması, sorun çözme becerilerinin artırılması, dürtüsellik azaltmak, otomatik düşüncelerine ve temel inançlarına dönük müdahaleleri içerir. İntihar ile ilgili terapi hedeflerine ulaşıldıktan sonra terapist ve hasta birlikte alevlenmeleri önleme planı üzerinde çalışırlar. Terapide hastaya neyin iyi geldiği, terapi sürecinde ne öğrendiği ve bundan sonra benzer bir süreçten geçmesi durumunda kendi kendine yardım için neyi nasıl yapacağı belirlenir (Sargın ve Türkçapar, 2019).

2.3.2. İntihar ve Bilişsel Davranışçı Terapi ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Raj ve diğerleri (2001), intihar girişiminde bulunan hastalarda bilişsel davranışçı terapinin etkisine baktıkları RKÇ'de toplam 40 hastayı 20 BDT ve 20 Tıbbi Tedavi alan gruplara almışlar ve 10 seans BDT uygulamışlardır. BDT alan grubun tıbbi tedavi verilen

gruptan daha düşük intihar düşüncesi, umutsuzluk, işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete puanlarına sahip olduğu belirtilmiştir.

Brown ve diğerleri (2005), intihar girişiminde bulunan yetişkinlerde tekrarlanan intihar girişimlerini önlemek için tasarlanmış Bilişsel Terapi (BT) müdahalesinin etkinliğini belirlemek için yaptıkları RKÇ'ye BT ve olağan tedavi gruplarına toplam 120 hasta dahil edilmiş, 10 seans BT uygulanmıştır. 18 ay takip edilmiş. 1, 3. 6. 12. ve 18. aylarda intihar düşüncesi, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri değerlendirilmiştir. 18 aylık takip boyunca BT alan grubun intihar girişimini tekrarlama oranı % 50'den daha az bulunmuş olup depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin de anlamlı olarak daha az bulunduğu bildirilmiştir.

Bateman ve diğerleri (2007), BDT'nin şizofreni hastalarında intihar düşüncesi üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de toplam 90 hasta müdahale ve kontrol gruplarına atanmış, müdahale grubuna 20 seans BDT uygulanmış ve 9 ay takip edilmiştir. Müdahale grubunun intihar düşüncesi kontrol grubuna oranla anlamlı şekilde azalmıştır.

Tarrier ve diğerleri (2008), BDT'nin intihar davranışı üzerine etkisini inceleyen 28 makalenin dahil edildiği meta-analiz çalışmasında, BDT alan grubun standart tedavi alan gruba kıyasla, yetişkinlerde ergenlere kıyasla ve bireysel tedavi alanlarda gruba tedavi alanlara kıyasla BDT'nin intihar davranışını azaltmada oldukça etkili olduğu belirtilmiştir.

Slee ve diğerleri (2008), intihar davranışını önlemek için kısa BDT'nin etkinliğini inceledikleri RKÇ'de 15-35 yaş aralığında intihar girişiminde bulunan toplam 90 hastayı farmakoterapi+BDT ve farmakoterapi gruplarına atamış, 12 seans BDT uygulanmış, başlangıçta, 3. 6. ve 9. aylarda ölçümler yapılmıştır. Farmakoterapi+BDT uygulanan hastalarda sadece farmakoterapi alan hastalara göre intihar düşünceleri, depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı olarak azalma, benlik saygısı ve problem çözme yeteneğinde artış bulgulanmıştır.

Stewart ve diğerleri (2009), yüksek riskli popülasyonda BDT, PÇT ve her zamanki tedaviyi karşılaştırdıkları RKÇ'ye toplam 33 hastayı dahil etmiş, tedavi öncesi ve sonrasında ölçümler yapmışlardır. BDT alan grupta intihar girişiminde bulunan hasta olmamış ve standart tedavi alan gruba göre hem BDT hem PÇT alan grupta azalmış intihar düşünceleri bildirmişlerdir.

Mewton ve Andrews (2015), intihar düşüncesini azaltmak amacıyla depresyon için internet temelli bilişsel davranışçı terapinin etkisini inceledikleri çalışmaya majör depresyon

tanısı olan 484 hasta dahil edilmiş ve 6 seans internet tabanlı BDT uygulanmıştır. Başlangıçta %50 olan intihar düşüncesinin yaygınlığı tedaviden sonra %27'ye düşmüş ve depresyon düzeyinin yaygınlığı %70'den %30'a düşmüştür.

Guille ve diğerleri (2015), tıp stajlarında intihar düşüncesinin önlenmesi için WEB tabanlı BDT müdahalesinin etkisini inceledikleri RKÇ'de toplam 199 tıp öğrencisi BDT ve kontrol gruplarına atanmış, 4 hafta boyunca 30 dakika BDT modülü almışlar ve başlangıçta, 3. 6. 9. ve 12. aylarda değerlendirme ölçümleri yapılmıştır. BDT alan grup ile kontrol grubu karşılaştırıldığında intihar düşüncesi BDT alan grupta kontrol grubuna göre daha az görülmüştür.

Rudd ve diğerlerinin (2015), intihar girişiminde bulunan askeri bir grupta tedavi sonrası kısa bilişsel davranışsal terapinin etkilerini inceledikleri 2 yıllık izlemlilik RKÇ'ye toplam 152 hasta dahil edilmiş, 12-16 seans BDT uygulanmış ve başlangıçta, 3., 6., 12., 18. ve 24. aylarda değerlendirme ölçümleri yapılmıştır. Başlangıçtan 24 aylık takip değerlendirmesine kadar intihar düşüncesi ve umutsuzluk, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres semptomları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Kısa BDT'de sekiz katılımcı (%13,8) ve kontrol grubunda 18 katılımcı (%40,2) en az bir intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişiminin tekrarlanmasının BDT alan grupta %60 oranında azaldığı bulgulanmıştır. İntihar düşüncesi, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalmanın yanında TSS semptomlarında da azalma görülmüştür.

Gøtzsche ve Gøtzsche (2017), BDT'nin daha önce intihar girişimi olan kişilerde intihar girişimlerini azaltıp azaltmadığını incelemek amacıyla 10 RKÇ'yi (BDT ve her zamanki tedaviyi karşılaştıran ve son altı ay içinde intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatan hastaları içeren) dahil ettikleri meta analizde BDT'nin standart tedaviye kıyasla yeni bir intihar girişimi riskini azalttığını (risk oranı 0,47; p=0,0009) belirtmişlerdir.

İntihar girişimi veya intihar düşüncesi nedeniyle hastaneye yatan 147 ergen ve ailesine yönelik ayaktan aile odaklı BDT protokolü uygulanmış; tedavi öncesi, 6.,12. ve 18. ay ölçümlerinde intihar girişim oranlarına bakılmış ve RKÇ'de tedavi öncesi %52,2 olan intihar girişim oranı 6. ayda %20,3'e, 12. ayda %12,1'e ve 18. ayda %9,4'e düşmüştür (Esposito-Smythers ve diğerleri, 2019).

Ecker ve diğerleri (2019), kısa BDT'nin birinci basamakta kronik hastalığı olan ve ruh sağlığı tedavisi gören gaziler arasında intihar düşüncesi üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de,

302 hastayı kontrol ve kısa BDT grubuna dahil etmiş, 4 ay boyunca 2 haftada 1 seans BDT uygulanmış ve başlangıçta, 4., 8. ve 12. aylarda değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. Kısa BDT alan grupta kontrol grubuna göre intihar düşüncesinin daha az olduğu belirtilmiştir.

Yetişkinlerde intiharı önlemek ve intihar davranışını azaltmak için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavileri değerlendiren 2011-2018 yılları arasından yayınlanan 8 sistematik derleme ve 15 RKÇ'nin dahil edildiği meta analizde BDT ve DDT'sinin standart tedaviye göre intihar düşüncesini azaltmada ve BDT'nin standart tedaviye kıyasla intihar girişimini azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (D'Anci ve diğerleri, 2019).

Diefenbach ve diğerleri (2021), intihar nedeniyle yatan hastalarda kısa BDT etkisini araştırmak için altı hasta ile gerçekleştirilen çalışmada 10 seans BDT uygulandı, 3 aylık takipte hastaların 2'si intihar düşüncesi bildirmiş ancak hiç intihar girişimi olmadığı belirtilmiştir.

Wu ve diğerleri (2022), BDT'nin intihar üzerindeki etkisinin incelemek amacıyla 9 sistematik derlemeyi dahil ettikleri meta analizde BDT'nin intihar düşüncesi ve intihar girişimlerini azalttığını belirtmişlerdir.

2.3.3. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Psikiyatri Hemşireliği

Psikoterapi uygulamaları ve psikiyatri hemşireliği kapsamında Horatio Avrupa Psikiyatri Hemşireleri 2012 yılında bir rapor yayınlamışlardır. Bu rapora göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1950'lerden bu yana hemşireler tarafından psikoterapi uygulanması yüksek lisans ve üzeri düzeylerde gerçekleşmektedir. Birleşik Krallık'ta, BDT terapistlerinin yaklaşık %90'ının psikiyatri hemşireliği kökenli olduğu belirtilmektedir. Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'da psikiyatri hemşireleri psikoterapi uygulayabilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin psikoterapi uygulayabilme durumu ülkelere göre değişiklik göstermektedir (Ward, 2012).

Ülkemizde 19/04/2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te hemşirelerin rolleri genişletilerek '*psikoeğitim ve, danışmanlık sağlar, eğitimini alarak psikoterapi uygular*' ifadelerine yer verilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair

Yönetmelik, 2011). Psikiyatri hemşireleri danışmanlık rolleri gereği; ruh sağlığını koruma ve geliştirmede, ruhsal hastalık ve yeti yitimlerini azaltmada, bireylere baş etme becerileri kazandırma ve geliştirmede psikoterapist rolünü de üstlenerek birey, aile ve topluma hizmet vermektedir (Stuart, 2014). Bunun yanı sıra uzman psikiyatri hemşirelerinin sertifika alarak psikoterapi uygulayabilmelerinin önünde yasal bir engel bulunmamaktadır (Duru ve Yılmaz, 2023).

Empati, terapötik iletişim bilgilendirme ve stresle baş etme gibi temelleri olan BDT, psikiyatri hemşirelerinin yer alabileceği psikoterapi alanlarından biridir. Bunun yanı sıra, hasta merkezli olması, terapist ve danışan arasında güçlü bir iş birliği gerektirmesi, kanıta dayalı bir uygulama olması ve ölçme değerlendirme araçlarının kullanılması BDT ve psikiyatri hemşireliğinin ortak noktalarındandır (Stuart, 2014). Ülkemizde de psikiyatri hemşireleri bakımın terapötik etkinliğini artırmak ve bireylerin sağlıklı baş etme becerileri kazanmasını sağlamak için sertifika alarak BDT uygulayabilmekte ve psikiyatri hemşirelerinin BDT'ye olan yönelimi lisansüstü tezlerimize yansımaktadır. Avcı ve Kelleci (2016), bilişsel davranışçı tekniklere dayalı öfke ile baş etme programının ergenlerin ruh sağlığı üzerine etkisini inceledikleri deneysel çalışmada, programın öğrencilerin öfke, saldırganlık ve ruhsal belirtileri üzerine olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Hiçdurmaz ve Öz (2016) tarafından, bilişsel davranışçı grup danışmanlığının benlik algısı ve stresle baş etme biçimlerine etkisini incelediği yarı deneysel çalışmada, öğrencilerin kişilerarası duyarlılık, otomatik düşünceler, umutsuz ve itaatkâr başa çıkma puanları program sonunda ve 4,5 ay sonra program öncesine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ay (2018) tarafından, kanserli çocuğu olan ebeveynlere verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin stresle baş etme ve umutsuzluk üzerine etkisini incelediği yarı deneysel çalışmada, psikoeğitimin umutsuzluk düzeyini azaltmada ve stresle başa çıkma tarzlarını artırmada etkili olduğu belirtilmiştir. Can Ata ve Doğan (2018), şizofreni hastalarının bakım vericilerinde kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programının ruhsal durumları, stresle baş çıkma tutumları ve bakım yüküne etkisini inceledikleri RKÇ'de, bakım vericilerin stres belirtilerini, bakım yükünü azalttığı ve başa çıkma tutumlarını geliştirici etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Kılınç (2019), madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüselliğe etkisini incelediği deneysel çalışmada, grup danışmanlığının olumsuz inanç ve dürtüselliği azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Gür ve Okanlı (2019), alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde bilişsel

davranışçı model temelli ve psikoeğitim destekli egzersizin depresyon, anksiyete ve öz yeterlilik üzerine etkisini inceledikleri yarı deneysel çalışmada, egzersizin anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmada ve öz yeterliliği artırmada etkili olduğunu belirtmişlerdir. Aydoğdu Durmuş (2020), duygudurum bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin iyileşmeye etkisini incelediği deneysel ve kalitatif çalışmada, uygulanan BDT'nin bireylerin umutsuzluk düzeyini azaltma, tedaviye uyum ve işlevselliklerini artırmakta etkili olduğunu belirtmiştir. Kayaoğlu (2020), alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı model temelli ve psikoeğitim destekli müziğin öz yeterlilik, stres ve relaps düzeyine etkisini incelediği yarı deneysel çalışmada, bilişsel davranışçı model temelli ve psikoeğitim destekli müziğin öz yeterliliği artırmada, stresi azaltmada ve relapsları önlemede etkili olduğu belirtmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde sırasıyla araştırmanın deseni, araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın zamanı, araştırmanın değişkenleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, katılımcılar, araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri, randomizasyon, CONSORT 2017 Akış Diyagramı, araştırma verilerinin toplanması, müdahale ve kontrol grubuna yapılan uygulamalar, veri toplama araçları, istatistiksel analiz, araştırmanın etik yönü ve araştırmacının rolü yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma; intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere çevrimiçi uygulanan bireysel bilişsel davranışçı terapinin (ÇBDT) intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini incelemek amacıyla randomize kontrollü izlem desenli çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aydın ili merkezinde yer almakta olan bir Devlet Hastanesi'nin psikiyatri polikliniğinde yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bu hastane 51090 m² alan üzerinde 31060 m² kapalı alan ve 464 yatak kapasitesine sahiptir. Hastane içinde 21 yataklı psikiyatri servisi, 4 psikiyatri polikliniği ve 1 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi psikiyatri hastalarına hizmet vermektedir. Hastanenin poliklinik hizmetleri hafta içi 08:00-17:00 saatleri arasında yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Haziran 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) puanı, Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) puanı, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) puanı, Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanı, Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puanı araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler: ÇBDT araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran son altı ay içinde en az bir kez intihar girişiminde bulunan depresyon tanısı almış bireyler oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla G*Power programı ile güç analizi yapılmıştır. Bir müdahale grubu ve bir kontrol grubu olmak üzere iki grupta toplamda dört (çalışma öncesi, 1.ay, 3. ay ve 6. ay) tekrarlı ölçümün yapılacağı müdahale düzenindeki çalışmada hipotez testi için tekrarlı Anova testi yapılmıştır. Bu kapsamda çalışmada, güç analizinde etki düzeyi 0,25; grup sayısı 2; tekrar sayısı 4; α değeri 0,05 ve güç değeri (1- β) 0,95 alınmış ve müdahale grubu için 18 kontrol grubu için 18 olmak üzere minimum örneklem sayısı 36 olarak hesaplanmıştır. Olası vaka kayıpları da düşünülerek %40 yedek alınmış olup bu durumda müdahale grubu için 25, kontrol grubu için 25 olmak üzere toplam örneklem sayısı 50 hasta olarak hesaplanmıştır.

3.6. Katılımcılar

Araştırmanın uygulanabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli olan izinler alındıktan sonra örnekleme oluşturabilmek için Aydındaki bir Devlet Hastanesinin psikiyatri polikliniğinde çalışan tedavi ekibi ile iş birliği sağlanmıştır. Poliklinik ve hasta kayıt bilgilerine ulaşmak için bilgi işlemden yetki alındıktan sonra 08.07.2021 tarihinden geriye dönük son 4 aylık (08.03.2021-08.07.2021) poliklinik hasta kayıtlarına ulaşılmıştır. Hastanenin veri tabanında ICD 10 tanı kodlaması kullanıldığı için ICD 10 tanı kodlamasına göre F32. Depresif nöbet ve F33. Yineleyen depresif bozukluk ve alt tanı kodları ile poliklinikte takip edilen hasta kayıtları taranmıştır.

F32 ve F33 hastalık kodlu toplam 367 standart tedavi alan bireye hastanede kayıtlı telefon numaraları üzerinden ulaşılmaya çalışılmıştır. Aranan 367 bireyden 96'sına ulaşılamamış ve 271 bireye telefon ile ulaşılmıştır. Ulaşılan 271 birey arasında son altı ay içinde en az bir kez intihar girişiminde bulunan 120 birey uygunluk için değerlendirilmeye alınmıştır. Dışlanma kriterleri uygulandıktan sonra toplam 55 birey çalışmaya davet edilerek görüşmeye çağırılmıştır. Görüşmeye gelmeyen 5 birey araştırmadan dışlanmış ve görüşmeye gelen 50 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir.

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

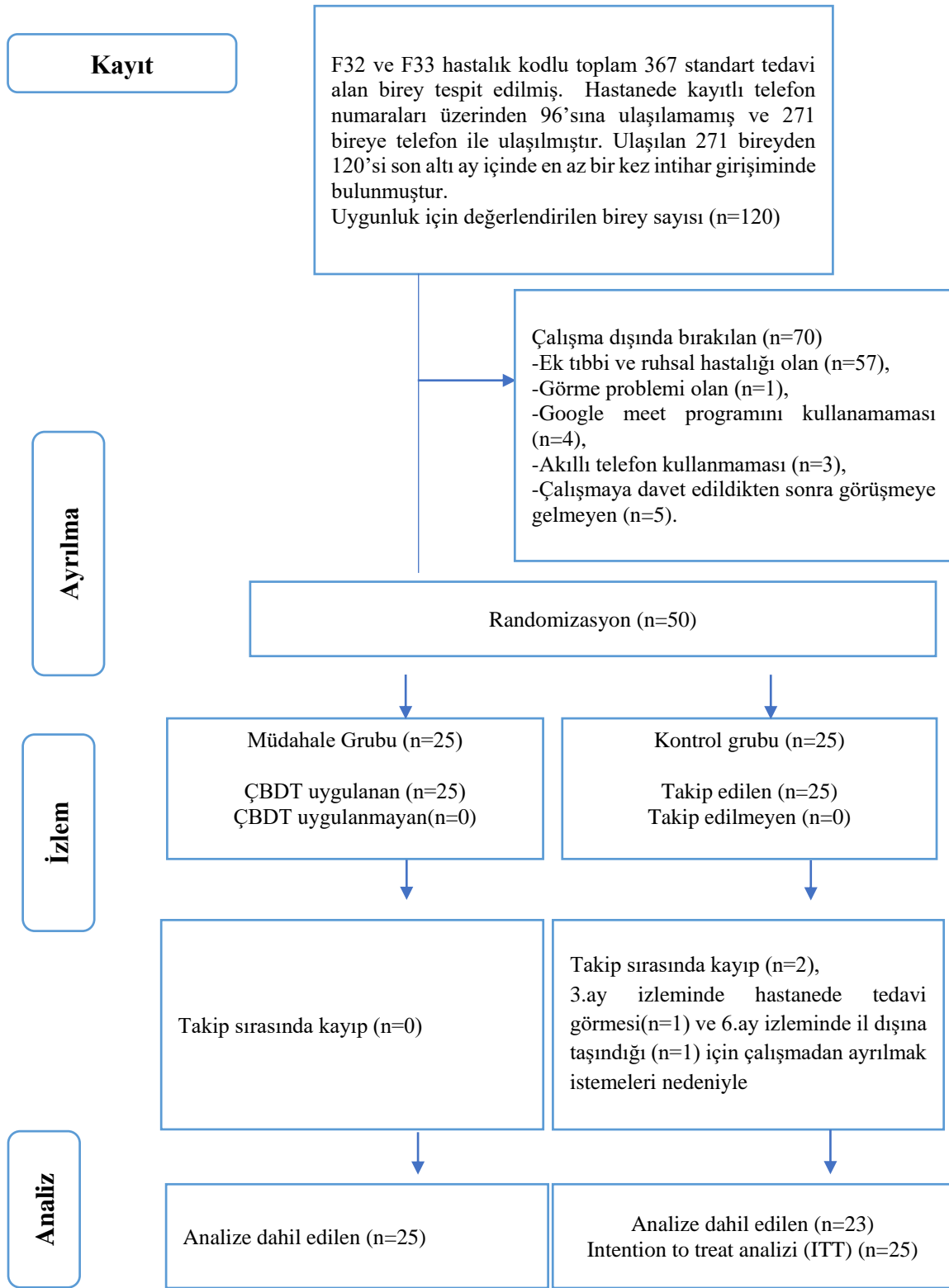
1. 18 yaşını doldurmuş olmak,
2. ICD-10'a göre "Depresyon" tanısı almış almak,
3. Son 6 ay içinde en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olmak,
4. Bilgisayar kullanabilme ve Google Meet programını yönetebilecek bilgi ve beceriye sahip olmak.

3.6.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

1. Depresyon dışında başka kronik, sürekli yardım ve bakım gerektiren tıbbi bir hastalığın bulunması,
2. Başka bir ruhsal bozukluk tanısı almış olmak,
3. İşitme ve görme problemine sahip olmak,
4. Okur – yazar (kullanılacak ölçeklerin türlerinin öz bildirim formu olması nedeniyle) olmamaktır.

3.7. Randomizasyon

Çalışmada basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 50 bireyin yaş, cinsiyet gibi niteliklerine bakılmaksızın, bireylerin hastaneye geliş sırasına göre 1’den 50 ye kadar numaralandırıldıktan sonra tek sayılar kontrol grubuna çift sayılar müdahale grubuna random olarak atanmıştır. Araştırmanın Randomizasyon aşamasında ‘‘ *Randomize Edilmiş Paralel Grup alışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar CONSORT 2017* ’’ raporu takip edilmiştir (şekil 1).



Şekil 1. CONSORT 2017 Akış Diyagramı (Boutron ve diğerleri, 2017).

CONSORT kontrol listesinin 16. maddesi analiz edilen birey sayısı ile ilgilidir. Değerlendirmeye alınan birey sayısı ve intention-to-treat (ITT) analizi olup olmadığının belirtilmesi istenmektedir (Şenocak ve diğerleri, 2005). ITT analizi randomizasyonun sağladığı gruplar arası denge ve çeşitliliği devam ettirmek ve deneysel girişimin uygulamadaki değerini ortaya koymaktır (Streiner ve Geddes, 2001). İTT analizinde randomizasyona dahil edilen tüm bireylerin analize dahil edilmesinde kayıp verilerin yönetilmesi izlemde yaşanan kayıplar açısından önemlidir (Hollis ve Campbell, 1999). Kayıp verilerin yönetimi kesikli ve kesiksiz değişken olmasına göre iki tür yöntem kullanılarak tamamlanmaktadır. Kesikli verilerde olabilecek en kötü ve en iyi sonuç varsayılarak tamamlanırken, kesiksiz verilerde en son gözlemlenen değer tekrar edilerek tamamlanmaktadır (Günüşen ve Üstün, 2009).

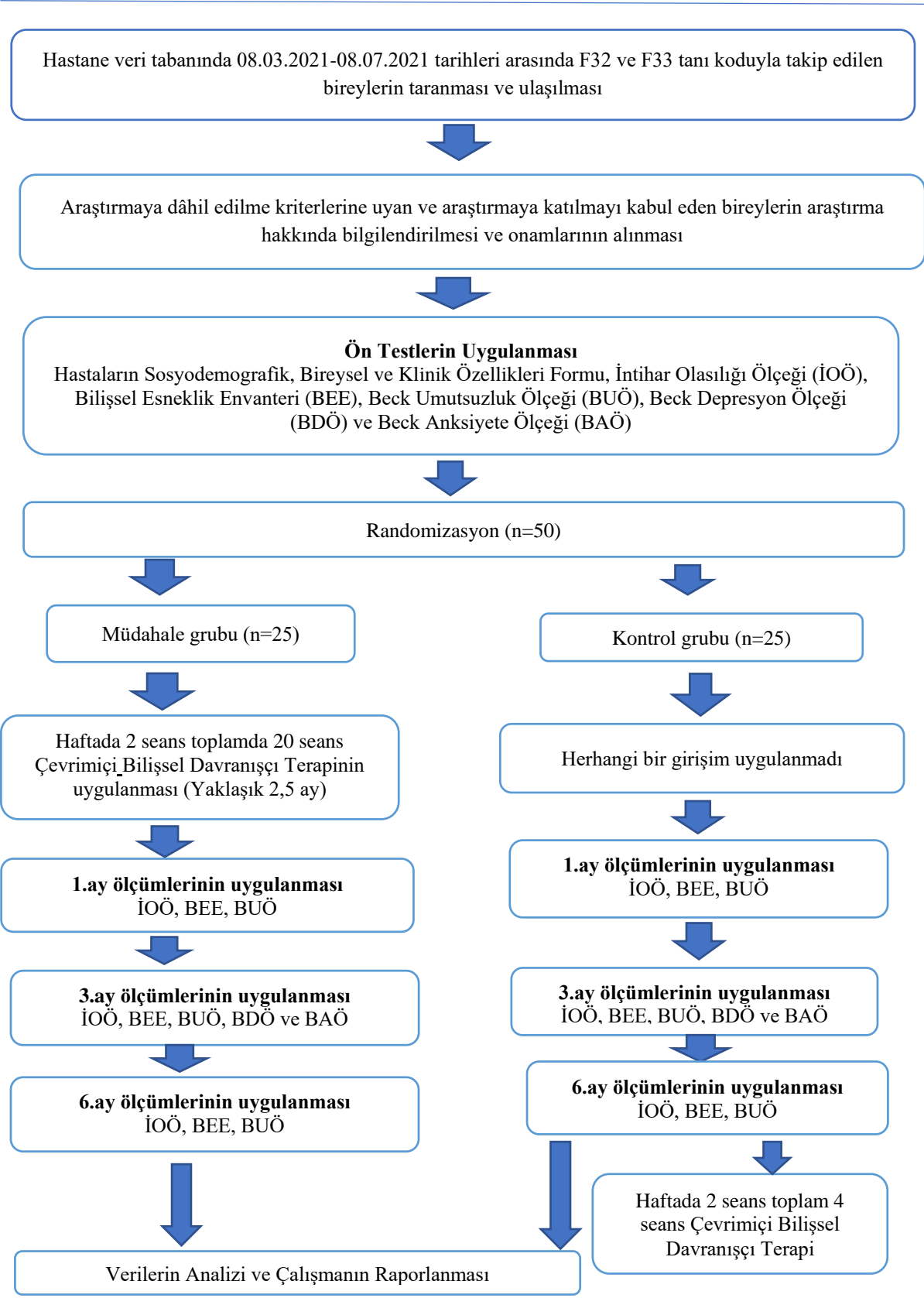
Kontrol grubunda yer alan 1 birey 3. ay izlem ölçümlerini başka bir hastanede yatarak tedavi gördüğü için dolduramamış ve 6. ay izlem ölçümlerini de il dışında olduğu için doldurmaya gelemediği için 3. ve 6. ay ölçümleri eksik kalmıştır. Kontrol grubunda yer alan başka bir birey 6. ay izlem ölçümlerini başka bir ilde ikamet etmeye başladığı için dolduramadığı için 6. ay ölçümleri eksik kalmıştır. Bu iki katılımcı çalışmadan çıkarılmamış ve bu iki katılımcıya ait veri toplama araçlarında kayıp veriler kesiksiz olduğu için en son gözlemlenen sonuç ölçümü tekrar edilerek tamamlanmıştır.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Literatür incelendiğinde BDT'nin etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmalarda izlem çalışmaları sıklıkla 1., 3., 6., 9., 12. ve 18. aylarda yapılmıştır (Rudd ve diğerleri, 2015; Guille ve diğerleri, 2015; Slee ve diğerleri, 2008; Brown ve diğerleri, 2005; Raj ve diğerleri, 2001; Büscher ve diğerleri, 2020; Tarrrier ve diğerleri, 2008). Literatüre bakıldığında intihar ve depresyon tedavisinde kullanılan BDT yönteminin etkinliğini inceleyen çalışmalarda 15-30 seans, ortalama 20 seans BDT uygulanmasının kendine zarar verme davranışının tekrarlanmasını azaltmakta etkili olduğu bulgulanmıştır (Hawton ve diğerleri, 2016; Büscher ve diğerleri, 2020; Calati ve Courtet, 2016; Tarrrier ve diğerleri, 2008; Türkçapar, 2018). Bu nedenle araştırmamızda müdahale grubuna haftada iki seans olmak üzere toplam 20 seans bireysel ÇBDT uygulanmıştır. Araştırmamızda müdahale ve kontrol grubuna atanan

bireylere eş zamanlı olarak ön test, müdahale grubunun 20 seans bireysel ÇBDT'sinin tamamlanmasının ardından 1.ay, 3. ay ve 6. aylarda izlem ölçümleri yapılmıştır. Tüm ölçümler için bireyler polikliniğe gelerek veri toplama formlarını doldurmuştur ve veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 40 dakika sürmüştür. Araştırmaya başlamadan önce poliklinikten alınan 2 hasta ile ön uygulama yapılarak veri toplama formlarındaki sorularımızın anlaşılabilirliği ve ÇBDT sırasın da karşılaşılabileceğimiz problemler test edilmiştir.

Araştırmada müdahale ve kontrol grubuna yapılan uygulamalar aşağıda belirtildiği gibidir. Araştırmanın uygulama şeması Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması (devamı)

3.8.1. Müdahale Grubuna Yapılan Uygulamalar

Araştırmamızda müdahale grubuna haftada 2 seans toplamda 20 seans bireysel ÇBDT uygulanmıştır ve her bir ÇBDT seansı 50 dakika sürmüştür. Tüm ÇBDT seansları Beck tarafından bilişsel-davranışçı terapi oturumları için önerilen yapıya uygun olarak yapılmıştır (Beck ve Beck, 2011).

Bireylerin hepsinin en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olduğu göz önünde bulundurularak ÇBDT seanslarına başlamadan önce her bir birey ile intihar düşünce ve girişimlerinin değerlendirilmesi, tekrar bir intihar eylemine girişmesi açısından nasıl bir risk taşıdığı, intihar riskini artırıcı ya da intihara karşı koruyucu etmenlerden hangilerinin bulunduğu anlaşılmaması için yüz yüze bir görüşme yapılmıştır. Daha sonra bireyin görüşme dışında intihar krizi yaşaması durumunda yapması gerekenlerin belirlendiği bir intihar eylem planı hazırlanmıştır. Tüm bireylere kendisini intihar eylemine götürecek tehlike işaretlerini fark etme, kendi başına kullanabileceği başa çıkma stratejileri, kendisine yakın gördüğü aile üyelerini ya da arkadaşlarını arama, profesyonel yardıma başvurmak için kişilerin/kurumların isimleri ve telefon numaraları, bireylerin intihar etmek için kullanabileceği eşyalardan uzak durması gibi maddeler hem birey hem araştırmacı tarafından imzalanarak bir nüshası bireyde bir nüshası araştırmacıda muhafaza edilmiştir. İntihar eylem planına terapi süresince yeni başa çıkma stratejileri öğrenildikçe ekleme yapılmıştır.

Bireylere uygulanan ÇBDT seanslarının kayıt altına alınacağına dair ilk yüz yüze görüşme sırasında yazılı onam ve her ÇBDT seansı başlarken kayıt altına alındığına dair sözlü onam alınmıştır. Bu görüşmeler Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzaktan Eğitim Merkezinden temin edilen bdtcalismasi@adu.edu.tr adres üzerinden gerçekleştirilmiş ve kayıt altına alınmıştır.

Müdahale grubundaki bireylere her Pazar günü bir sonraki haftanın ÇBDT seanslarının kararlaştırılması için iletişime geçileceği bilgisi verilmiştir. Müdahale grubuna ÇBDT seanslarının devam ettiği iki buçuk aylık süre zarfında her Pazar birey ve araştırmacının uygunluğu göz önünde bulundurularak ve ortak bir zamana karar verilerek o haftanın uygulanacak olan iki seans ÇBDT'sinin tarih ve saati belirlenmiştir. ÇBDT seanslarının uygulanacağı gün sabah 08:00'de terapi saati ve linki mesaj yoluyla bireylere iletilmiştir.

Müdahale grubuna uygulanan bireysel ÇBDT haftada 2 seans olması ve ÇBDT'nin bir araştırmacı tarafından uygulanacak olması nedeniyle müdahale grubu 13 ve 12 olarak ÇBDT terapilerinin uygulanması için belirli günlerde olmak üzere iki gruba ayrılarak ÇBDT'ye başlanmıştır. Müdahale grubundaki 13 bireyin 6'sı ile Pazartesi ve Perşembe günleri, 7'si ile Çarşamba ve Cumartesi günleri bireysel terapi saatleri birlikte kararlaştırılarak 09.08.2021'den itibaren online terapi uygulanmaya başlanmıştır ve 16.10.2021'de 13 bireyin 20 seans bireysel ÇBDT'si tamamlanmıştır. Müdahale grubundaki 12 bireyin 6'sı ile Pazartesi ve Perşembe günleri, 6'sı ile Çarşamba ve Cumartesi günleri terapi saatleri birlikte kararlaştırılarak 06.12.2021'den itibaren bireysel ÇBDT'si uygulanmaya başlanmıştır ve 12.02.2022'de 12 bireyin 20 seans bireysel ÇBDT'si tamamlanmıştır. Toplam 25 bireyin ÇBDT'si örneklem kaybı olmadan tamamlanmıştır.

ÇBDT'nin genel yapısı tablo 1'de gösterilen basamaklar doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Tablo 1'de belirtildiği gibi 20 seans boyunca ÇBDT seanslarının bu genel yapısı korunmuştur (duygudurum kontrolü, ödev kontrolü, gündemi belirleme, gündemi ele alma, geri bildirim alma ve ödev verme).

Tablo 1. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi Seanslarının Genel Yapısı*

Duygudurum kontrolü
Haftanın genel özeti/önemli olaylar
Bir önceki seans ile ilgili geri bildirim alma
Ödev kontrolü
Gündemin saptanması
Gündemin ele alınması
Ödev verilmesi
Bugünkü seansın özeti
Geri bildirim alma ve seansın sonlandırılması

(*Türkçapar, 2018).

İntihar ederek ruhsal acıdan kurtulmak depresyonda en çok görülen intihar tipidir. Bir diğer tipide bireyin kendi bakış açısıyla çözülemez görülen birtakım sorunlara (yani ekonomik, sağlıkla ilgili, sosyal ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili) sahip olması ve bu sorunlarla baş edemediği için kendini öldürerek bu durumdan kurtulmak isteğidir. Bilişsel davranışçı

terapiler sırasında en önemli şey umutsuzluğu ve kötü sorun çözme becerilerini ele almak ve bilişsel katılıkları yumuşatmaktır (Türkçapar, 2018). Bireylere uygulanan ÇBDT seanslarının içeriğine ait protokol tablo 2’te özetlenmiştir.

Tablo 2. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi Seanslarının İçeriği*, *

Seanslar	Seans İçeriği
1.Seans	<ul style="list-style-type: none"> • Tanışma • Duygudurum kontrolü • Gündem oluşturma/BDT rasyonelinin anlatılması • Problemin tanımlanması • Bilişsel Davranışçı Terapi ile ilgili bilgilendirme • Terapi beklentilerinin öğrenilmesi ve terapi hedeflerinin belirlenmesi • Ev ödevleri ile ilgili bilgi verilmesi • Seansın özeti
2.Seans	<ul style="list-style-type: none"> • Depresyon ve intiharın bilişsel modeli ile ilgili bilgilendirme • Depresyon ve intihar ile ilgili psikoeğitim
3.Seans	<ul style="list-style-type: none"> • İntihar eyleminin formülasyonu • Etkinlik çizelgesinin anlatılması ve ev ödevi olarak verilmesi
4.,5.,6.,7. Seanslar	<p>Davranışçı müdahaleler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duygu-davranış-ortam ilişkisini sunmak • Mutluluk haz döngüsü ve mutsuzluk döngüsünü sunmak • Depresyonun sürmesine yol açan davranışların söndürülmesi ve depresyonu azaltıcı davranışların pekiştirilmesi • Etkinlik çizelgesinin incelenmesinin ardından, bireyin sağlıklı davranışlarının artırılması ve depresyonu artıran davranışlarını azaltılmasına (zevk aldığı etkinlikleri artırmak, kaçınma davranışlarının azaltılması, sosyal desteğini artırmak, olumsuz duygularla başa çıkmak için fiziksel, bilişsel ve duyumsal kendini yatıştırma becerileri kazandırmaya yönelik olarak) yönelik davranışsal müdahaleler uygulanmıştır • Umutsuzluğun ele alınması, yaşama nedenlerinin belirlenmesi, baş etme kartlarının hazırlanması, sorun çözme becerilerinin artırılması, dürtüselliğin azaltılması • Ödev verilmesi, ödev kontrolü
8.,9.,10.,11.,12. Seanslar	<p>Bilişsel müdahaleler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temel inanç, ara inanç, otomatik düşünce ilişkisinin açıklanması • Otomatik düşünce kaydı, bilişsel varsayımlar • Bilişsel formülasyon şemasının oluşturulması • Otomatik düşüncelerin saptanması • Otomatik düşüncelerin ele alınması ve değiştirilmesi (kanıt inceleme, çifte standart tekniği, düşünceyi gerçeklerden ayırma, bilişsel çarpıtma ve hataları saptama, terimleri tanımlama, derine inme tekniği) • Ödev verilmesi, ödev kontrolü
13.,14.,15. Seanslar	<ul style="list-style-type: none"> • Ara inançların saptanması • Yeni alternatifler çıkarma veya gerçekçi düşünce oluşturma • Ara inançların değiştirilmesi • Yeni alternatif ara inançlar geliştirme (süreklilik çizelgesi, davranış deneyleri) • Ödev verilmesi, ödev kontrolü

Tablo 2. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi Seanslarının İçeriği*, *(devamı)

16.,17.,18. Seanslar	<ul style="list-style-type: none">• Temel inançların saptanması• İnancı bir inanç olarak çerçeveleme• Sayıltı ve varsayımlar için yarar zarar inceleme• Temel inançları değiştirmeye dönük müdahaleler• Ödev verilmesi, ödev kontrolü
19. Seans	<ul style="list-style-type: none">• Birey ve araştırmacı tarafından alevlenmeyi önlemeye yönelik planlar üzerinde çalışılmıştır. Bu planda hastaya terapide neyin iyi geldiği, terapi süresince ne öğrendiği, bundan dolayı benzer bir süreçten geçmesi durumunda kendi kendine yardım için neyi nasıl yapacağı kâğıda dökülmüştür
20. Seans	<ul style="list-style-type: none">• Bireylerden ÇBDT ile ilgili geri bildirimler alınmıştır

(*Türkçapar, 2018; **Sargın ve Türkçapar, 2019)

3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubundaki bireylere araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü bilgi verilip yazılı onamları alındıktan sonra ilk ölçüm, müdahale grubundaki bireylerin ÇBDT seanslarının bitmesinin ardından eş zamanlı olarak 1. ay, 3. ay ve 6. aylarda veri toplama formları toplanması aşamaları tamamlana kadar hiçbir uygulama yapılmamıştır. Kontrol grubundaki bireylere araştırma verilerinin toplanması sona erdikten sonra arzu ederlerse girişim grubundaki bireylerle yapılan ÇBDT'nin onlarla da yapılacağı açıklanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki tüm bireylerin 6. ay ölçümlerinin alınmasının ardından kontrol grubundaki 25 bireye 5-6-8-9-12-13-15 ve 16 Eylül'de her biri 50 dakikalık 4 seans ÇBDT için mesaj yoluyla davet iletilmiştir. 16 bireyin katılımı ile sekizer kişilik 2 grup şeklinde 4 ÇBDT seansı yapılmıştır.

3.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Hastaların Bireysel ve Klinik Özellikleri, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Öz bildirim dayalı olarak kullanılan bu veri toplama araçları ile ilgili detaylı bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.9.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

İlgili literatür incelenerek oluşturulan araştırmaya katılan hastaların intihar davranışını etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik özelliklerini içeren 7 sorudan oluşmaktadır (Ata ve diğerleri, 2021; Öztürk ve diğerleri, 2020; Ercan ve diğerleri, 2016; Harmancı, 2015; Eskin, 2014). Bu form hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu, mesleği, eğitim durumu ve kiminle yaşadığına ilişkin soruları içermektedir.

3.9.2. Hastaların Bireysel ve Klinik Özellikleri

İlgili literatür incelenerek oluşturulan araştırmaya katılan bireylerin intihar davranışını etkileyebileceği düşünülen bireysel ve klinik özelliklerini içeren 17 sorudan oluşmaktadır (Ata ve diğerleri, 2021; Öztürk ve diğerleri, 2020; Ercan ve diğerleri, 2016; Harmancı, 2015; Eskin, 2014; Zincir ve diğerleri, 2014). Form hastaların kişilik özelliği, duygusal destek alma durumu, duygusal destek aldığı kişi, baş etme yöntemi, bir dine ait hissetme, kendini ait hissettiği din, problem çözme becerisi, travmaya maruz kalma durumu, ailede psikiyatrik hastalık ve intihar girişiminde bulunan birey varlığı, o anki kendine zarar verme düşüncesi, intihar girişim sayısı ve zamanı, girişim yöntemi, ne kadar süredir tedavi gördüğü, gördüğü tedavi türü ve kullandığı ilaç bilgisine ilişkin soruları içermektedir.

3.9.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Ergen ve yetişkinlerde intihar olasılığını belirlemek amacıyla Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilen ölçek 4'lü Likert tipi puanlama sisteminde olup 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak toplam puan aralığı 36-144 arasında olup, ölçek toplamından alınan puanın yüksek olması intihar düşüncesinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu ölçekte ters olarak puanlanan maddeler bulunmaktadır. Bunlar; 2, 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. Maddeleridir. Atlı ve diğerleri (2009) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış, güvenirlik katsayısı 0,95 ve iç

tutarlılık katsayısının ise 0,89 olduğu belirtilmiştir (Atlı ve diğerleri, 2009). Bu çalışmada İÖÖ'nün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,77 olarak hesaplanmıştır.

3.9.4. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

Dennis ve Vander Wal (2010) tarafından bireylerin uyumlu, uygun, dengeli ve alternatif düşünceler üretebilme becerisini ölçmek amacıyla geliştirilen öz bildirim dayalı 5'li Likert puanlama tipindedir. Toplamda 20 maddeden oluşan ölçekten alınacak puan 20-100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması bilişsel esneklik, düşük olması bilişsel katılık olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte 2., 4., 7., 9., 11. ve 17. maddeler tersten kodlanmaktadır. Sapmaz ve Doğan (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ölçeğin tümü için .90 olarak bulunmuştur (Sapmaz ve Doğan, 2013). Bu çalışmada BEE'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır.

3.9.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve diğerleri (1974) tarafından bireyin geleceğe yönelik umutsuzluk düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. BUÖ, "Evet" ve "Hayır" olarak yanıtlanan 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1., 3., 5., 6., 8., 10., 13., 15. ve 19. sorulardaki her 'Hayır' yanıtına; geri kalan sorulardaki her 'Evet' yanıtına birer puan verilir. Ölçekten alınacak toplam puan aralığı 0-20 arasında değişmekte ve puanın yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Seber ve diğerleri (1993) tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlik güvenirliğinde ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,86 bulunmuştur (Seber ve diğerleri, 1993). Bu çalışmada BUÖ'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır.

3.9.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve diğerleri (1961) tarafından depresyonda görülen “*somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel*” belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 21 madde içeren ölçek 4’lü Likert tipindedir ve her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten 0 ile 63 arasında puanlar alınmakta ve bu puanlara göre öz bildirim dayalı olarak depresyon düzeyi 0-9 “*hiç yok/minimal depresyon*”, 10-18 “*hafif depresyon*”, 19-29 “*orta depresyon*”, 30-63 “*şiddetli depresyon*” değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,73 olarak belirtilmektedir. Ölçeğin kesme değeri 17 olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada BDÖ’nin Cronbach alfa katsayısı 0,86’dir.

3.9.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve diğerleri (1988) tarafından anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş ve toplam 21 maddeden oluşan 4’lü Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta ve ölçekten alınan yüksek puanlar kaygı düzeyinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin en yüksek puanı 63’dür. Yüksek puanlar kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve diğerleri tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme değeri 16 olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada BAÖ’nin Cronbach alfa katsayısı 0,90’dır.

3.10. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen veriler, IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin analizinde aritmetik ortalama, standart sapma, medyan ve min-max değerleri kullanılmıştır. Araştırma öncesi müdahale ve kontrol grubunun sosyodemografik, bireysel ve klinik özellikler yönünden

benzer olup olmadıklarını test etmek için Yates Ki-Kare Testi, Pearson Ki-Kare Testi ve Independent-Samples T Testi kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sayısı 30'un altında olması sebebiyle normallik dağılımı Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2011; Hayran, 2012). Müdahale ve kontrol grubu ön test, 1., 3. ve 6. ay İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları normal dağılıma uygunluk yönünden incelendiğinde, her iki grupta da ön test, 1., 3. ve 6. ay İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları normal dağılım göstermektedir ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubu ön test ve 3. ay Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları normal dağılıma uygunluk açısından incelendiğinde her iki grupta da ön test ve 3. ay Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları normal dağılım göstermemektedir ($p<0,05$). Müdahale ve Kontrol grubundaki bireylerin tüm ölçek ölçümlerine ait Shapiro Wilk değerleri tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubu Ön test, 1., 3. ve 6. ay İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Shapiro-Wilk Değerleri

Ölçekler	Müdahale grubu	Kontrol grubu
	Shapiro-Wilk	Shapiro-Wilk
İntihar Olasılığı Ölçeği ön test	0,103	0,067
İntihar Olasılığı Ölçeği 1. ay izlem	0,430	0,238
İntihar Olasılığı Ölçeği 3. ay izlem	0,092	0,208
İntihar Olasılığı Ölçeği 6. ay izlem	0,113	0,238
Bilişsel Esneklik Envanteri ön test	0,770	0,802
Bilişsel Esneklik Envanteri 1. ay izlem	0,070	0,519
Bilişsel Esneklik Envanteri 3. ay izlem	0,563	0,364
Bilişsel Esneklik Envanteri 6. ay izlem	0,273	0,066
Beck Umutsuzluk Ölçeği ön test	0,183	0,053
Beck Umutsuzluk Ölçeği 1. ay izlem	0,299	0,326
Beck Umutsuzluk Ölçeği 3. ay izlem	0,356	0,175
Beck Umutsuzluk Ölçeği 6. ay izlem	0,179	0,097
Beck Depresyon Ölçeği ön test	0,075	0,005
Beck Depresyon Ölçeği 3. ay izlem	0,001	0,075
Beck Anksiyete Ölçeği ön test	0,001	0,000
Beck Anksiyete Ölçeği 3. ay izlem	0,010	0,001

İki yönlü tekrarlı ölçümler için ANOVA testine geçmeden önce gerekli bir diğer varsayım olan varyans homojenliği Levene testi ile incelenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu ön test, 1., 3. ve 6. ay İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları varyans homojenliği yönünden incelendiğinde, her iki grupta da ön test, 1., 3. ve 6. ay İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları homojen dağılım göstermektedir ($p>0,05$).

Normal dağılıma uyan ve varyans homojenliği sağlayan 1.,3. ve 6. ay İÖÖ, BEE ve BUÖ puan ortalamaları grup içi karşılaştırmalar bağımsız örneklem t testi (independent samples t test) ile incelenmiştir. Farklı zamanlardaki ölçümler arasındaki karşılaştırmalarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi (ANOVA) ile incelenmiştir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2011; Morgan ve Case, 2013). Anlamlı farklılık tespit edilen analizlerde eta-kare (η^2) etki büyüklüğü değeri hesaplanarak bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi belirlenmiştir. Etki büyüklüğü katsayılarının yorumlanmasında eta-kare (η^2) değeri için, 0,01 düzeyine yakın etki büyüklüğü "küçük", 0,06 düzeyine yakın etki büyüklüğü "orta", 0,14 düzeyine yakın etki büyüklüğü ise "büyük" etki büyüklüğü olarak yorumlanmıştır (Karagöz, 2017).

Normal dağılıma uymayan ön test ve 3. ay BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında nonparametrik testlerden Mann Whitney U Testi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Veriler %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22/03/2021 tarih ve 2021/240 Protokol numarası ile etik ilkeler açısından uygun bulunmuştur (Ek 9). Araştırmanın uygulanabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığı ile araştırmanın yapılacağı ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek 10).

Çalışmaya alınmadan önce bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylere önceden hazırlanmış olan Bilgilendirilmiş

Gönüllü Olur Formu (Ek 7 ve Ek 8) okunmuş ve bir nüshası bireye verilerek okuyup imzalaması istenmiştir.

3.12. Araştırmacının Rolü

Araştırmacı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği doktora öğrencisidir, Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim Araştırma Hastanesi ve Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri kliniklerinde 6 yıl görev aldığı süre boyunca alanda bilgi ve beceri kazanmıştır. Araştırmacı doktora ders döneminde Davranış Terapileri dersini almıştır. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği tarafından Ekim 2019 – Mayıs 2020 tarihleri arasında 50 saatlik Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimini (Ek 11) ve 06 Şubat- 28 Mart 2021 tarihleri arasında 30 saatlik Beceri Kazandırma Eğitimini almıştır (Ek 12). Aynı zamanda İzmir Psikoloji Enstitüsü tarafından 07 Şubat-21 Mart 2021 tarihleri arasında Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulayıcı Eğitimi Sertifikasını almıştır (Ek 13). Doktora eğitimi sürecinde aldığı bilişsel davranışçı terapi eğitimi ve klinik deneyimini birleştirmesi araştırmanın yürütülmesi sırasında yol gösterici olmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere çevrimiçi uygulanan bilişsel davranışçı terapinin intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın bulgularına yer verilmiştir.

Randomizasyon sonrası müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri arasında fark olup olmadığına Pearson Ki-Kare Testi, Yates Ki-Kare Testi ve Independent-Samples T testi ile bakılmıştır (Tablo 4). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubu sosyodemografik açıdan homojen bir dağılıma sahiptir.

Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri	p	
	n	%	n	%	n	%			
Yaş ($\bar{X}\pm ss$)	33,40±13,04		33,56±11,31		33,48±12,08		0,886*	0,351	
Cinsiyet									
Kadın	15	60	16	64	31	62	0,085**	0,771	
Erkek	10	40	9	36	19	38			
Medeni Durum									
Bekar	7	28	9	36	16	32	0,755**	0,685	
Evli	12	48	9	36	21	42			
Boşanmış	6	24	7	28	13	26			
Eğitim Düzeyi									
İlk ve orta öğretim	10	40	6	24	16	32	2,000***	0,368	
Lise	6	24	10	40	16	32			
Önlisans ve üstü	9	36	9	36	18	36			
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	10	40	12	48	22	44	0,325**	0,569	
Çalışmıyor	15	60	13	52	28	56			
Gelir Düzeyi									
Gelir giderden az	8	32	7	28	15	30	0,095***	0,758	
Gelir gidere denk veya fazla	17	68	18	72	35	70			
Kiminle Yaşıyor									
Yalnız	6	24	8	32	14	28	0,754***	0,686	
Aile	13	52	10	40	23	46			
Aile dışı kişiler	6	24	7	28	13	26			

*Independent-Samples T test, **Pearson Ki-Kare Testi, ***Yates Ki-Kare Testi

Randomizasyon sonrası m¼dahale ve kontrol grubundaki bireylerin bireysel ve klinik ¼zellikleri arasında fark olup olmadığına Independent-Samples T, Pearson Ki-Kare ve Yates Ki-Kare Testi ile bakılmıştır (Tablo 5). M¼dahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin bireysel ve klinik ¼zellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). M¼dahale ve kontrol grubu bireysel ve klinik ¼zellikleri açısından homojen bir dağılıma sahiptir.

Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubunun Bireysel ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bireysel ve Klinik Özellikler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri	p
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal Destek ve Yardım Alabileceği Kişi								
Var	16	64	16	64	32	64	0,000*	1,000
Yok	9	36	9	36	18	36		
Kendini Bir Dine Ait Hissetme								
Evet	18	72	17	68	35	70	0,095*	0,758
Hayır	7	28	8	32	15	30		
Travmaya Maruz Kalma								
Evet	16	64	17	68	33	66	0,089*	0,765
Hayır	9	36	8	32	17	34		
Ailede Psikiyatrik Hastalık								
Evet	8	32	12	48	30	60	1,333*	0,248
Hayır	17	68	13	52	20	40		
Ailede İntihar Girişimi								
Evet	7	28	9	36	34	68	0,368*	0,544
Hayır	18	72	16	64	16	32		
Son İntihar Girişiminde Bulunduğu Zaman Aralığı								
0-3 ay arası	16	64	10	40	26	52	2,885*	0,089
4-6 ay arası	9	36	15	60	24	48		
İntihar Girişim Sayısı								
1	17	68	18	72	35	70	0,095*	0,758
2 ve üzeri	8	32	7	28	15	30		
İntihar Girişiminde Kullandığı Yöntem								
İlaç	18	72	16	64	34	68	0,368**	0,544
Diğer (Ası, kesici alet, yüksekten atlama)	7	28	9	36	16	32		
Depresyon Tedavisine Başlama Zamanı								
0-6 ay arası	17	68	15	60	32	64	0,347*	0,556
7 ay ve üzeri	8	32	10	40	18	36		
Kullandığı Psikiyatrik İlaç Türü								
Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü	5	20	6	24	11	22	0,117*	0,733
Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü	20	80	19	76	39	78		
Problem Çözme Becerisi ($\bar{X}\pm ss$)	3.32±1.95		3.72±1.369		3.52±1.68		0,839***	0,406

*Pearson Ki-Kare Testi, **Yates Ki-Kare Testi, ***Independent-Samples T test

İntihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere uygulanan ÇBDT öncesi müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin İÖÖ, BEE, BUÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve tablo 6'da sunulmuştur. ÇBDT öncesi müdahale ve kontrol grubundaki

bireylerin İÖÖ (t= 0,138, p= 0,712), BEE (t= 0,263, p= 0,611), BUÖ (t= 0,416, p= 0,679), BDÖ (U=293,500, p=0,710) ve BAÖ (U=306,500, p=0,906) puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Müdahale ve kontrol grubundaki bireyler ÇBDT öncesinde intihar olasılığı, bilişsel esneklik, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete açısından benzer özellikler göstermektedir (p>0,05).

Tablo 6. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi Öncesi Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test Değeri	p
	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$		
İntihar Olasılığı Ölçeği ön test	83,08±2,36	83,28±1,79	-0,138*	0,737
Bilişsel Esneklik Envanteri ön test	65,64±12,39	64,16±12,61	0,263*	0,611
Beck Umutsuzluk Ölçeği ön test	7,76±1,76	7,56±1,63	0,416*	0,679
	Medyan (Min-Max)	Medyan (Min-Max)		
Beck Depresyon Ölçeği ön test	36(20-62)	36(20-41)	288,500**	0,640
Beck Anksiyete Ölçeği ön test	25(16-63)	25(16-63)	306,500**	0,906

*Bağımsız grupta t testi, ** Mann-Whitney U

Tablo 7'de, müdahale ve kontrol grubu bireylerinin İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının ön test, 1. ay, 3. ay ve 6. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları sunulmuştur.

Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin İntihar Olasılığı Ölçeği Ön Test, 1., 3. ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	İntihar Olasılığı Ölçeği			
	Ön Test	1.Ay	3.Ay	6.Ay
	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$
Müdahale	83,08±2,36	76,12±2,24	79,56±1,41	83,36±2,27
Kontrol	83,28±1,79	84,76±2,74	84,44±2,66	84,96±3,61
Test**	t=0,337 p=0,737	t=-12,194 p=0,000	t=-8,090 t=0,000	t=-1,875 p=0,067
Etki				
	F	p	η^2	
Zaman	26,132	0,000	0,353	
Grup	72,589	0,000	0,602	
Grup*Zaman	38,533	0,000	0,445	

*F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANOVA) test istatistiği, **t: bağımsız örneklem t test istatistiği, p<0,05,

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin, İÖÖ puan ortalamalarının ön test, 1. ay, 3. ay ve 6. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırıldığında, müdahale grubu bireylerinin ön test ölçümlerinde İÖÖ puan ortalamaları (83,08±2,36) ile kontrol grubu puan ortalamaları (83,28±1,79) arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur (p=0,737). Müdahale grubu bireylerinin 1. ay ölçümlerinde İÖÖ puan ortalamaları (76,12±2,24) kontrol grubu puan ortalamalarına (84,76±2,74) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Müdahale grubu bireylerinin 3. ay ölçümlerinde İÖÖ puan ortalamaları (79,56±1,41) kontrol grubu puan ortalamalarına (84,44±2,66) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Müdahale grubu bireylerinin 6. ay ölçümlerinde İÖÖ puan ortalamaları (83,36±2,27) kontrol grubu puan ortalamalarına (84,96±3,61) göre istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,067).

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin İÖÖ puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarına, farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, 1., 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde İÖÖ puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur (F=26,132; p=0,000). Grup etkisine bakıldığında, ÇBDT uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur (F=72,589; p=0,000). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür (F=38,533; p=0,000). Elde edilen tüm bu bulgulara bakıldığında, tüm değerler ÇBDT'nin intihar olasılığı düzeyine etkisinin büyük olduğunu göstermiştir. İÖÖ puan ortalamalarındaki değişimin %60'ı müdahale grubuna uygulanan ÇBDT'den, %35'i zaman ve %44'ü ise grup ve zaman etkileşimi tarafından açıklanmaktadır.

Aynı zamanda müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin takip sırasında intihar girişiminde bulunma durumları da izlenmiş ve tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Araştırma Boyunca İntihar Girişimini Tekrarlama Durumu

	İntihar Girişiminde Bulunan Birey Sayısı	
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
1.ay	-	2
3.ay	-	1
6.ay	1	1
Toplam	1/25	4/25

Tablo 9’da müdahale ve kontrol grubu bireylerinin Bilişsel Esneklik Envanteri puan ortalamalarının ön test, 1. ay, 3. ay ve 6. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları sunulmuştur.

Tablo 9. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bilişsel Esneklik Envanteri Ön Test, 1., 3. ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Bilişsel Esneklik Envanteri			
	Ön Test	1.Ay	3.Ay	6.Ay
	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$
Müdahale	64,80±2,35	76,48±2,49	74,28±3,74	73,76±4,19
Kontrol	65,64±3,17	64,64±2,58	64,84±2,91	64,36±3,00
Test**	t=-0,064 p=0,293	t=16,625 p=0,000	t=9,965 t=0,000	t=9,128 p=0,000
Etki				
	F	p	η²	
Zaman	31,260	0,000	0,394	
Grup	223,568	0,000	0,823	
Grup*Zaman	45,633	0,000	0,487	

*F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANOVA) test istatistiği, **t: bağımsız örneklem t test istatistiği, p<0,05.

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin, Bilişsel Esneklik Envanteri puan ortalamalarının ön test, 1. ay, 3. ay ve 6. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, müdahale grubu bireylerinin ön test ölçümlerinde BEE puan ortalamaları (64,80±2,35) ile kontrol grubu puan ortalamaları (65,64±3,17) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,293). Müdahale grubu bireylerinin 1. ay ölçümlerinde BEE puan ortalamaları (76.48±2.49) kontrol grubu puan ortalamalarına (64,64±2,58) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Müdahale grubu bireylerinin 3. ay ölçümlerinde BEE puan ortalamaları (74.28±3.74) kontrol

grubu puan ortalamalarına (64,84±2,91) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Müdahale grubu bireylerinin 6. ay ölçümlerinde BEE puan ortalamaları (73,76±4,19) kontrol grubu puan ortalamalarına (64,36±3,00) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin BEE puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, ÇBDT uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur (F=223,568; p=0,000). Farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, 1., 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde BEE puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur (F=31,260; p=0,000). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür (F=45,633; p=0,000). BEE puan ortalamalarındaki değişimin %82'si müdahale grubuna uygulanan ÇBDT'den, %39'u zaman ve %48'i ise grup ve zaman etkileşimi tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 10'da müdahale ve kontrol grubu bireylerinin Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının ön test, 1. ay, 3. ay ve 6. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları sunulmuştur.

Tablo 10. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Ön Test, 1., 3. ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Beck Umutsuzluk Ölçeği			
	Ön Test	1.Ay	3.Ay	6.Ay
	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$
Müdahale	7,76±1,76	4,96±1,61	5,08±1,49	5,36±2,39
Kontrol	7,560±1,63	7,64±2,53	7,44±2,41	7,36±2,28
Test**	t=0,416 p=0,679	t=-4,459 p=0,000	t=-4,150 t=0,000	t=-3,018 p=0,004
Etki				
	F	p	η^2	
Zaman	7,199	0,000	0,130	
Grup	19,688	0,000	0,293	
Grup*Zaman	6,652	0,000	0,122	

*F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANOVA) test istatistiği, **t: bağımsız örneklem t test istatistiği, p<0,05.

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin, BUÖ puan ortalamalarının ön test, 1. ay, 3. ay ve 6. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında, müdahale grubu bireylerinin ön test ölçümlerinde İÖÖ puan ortalamaları (7,76±1,76) ile kontrol grubu puan ortalamaları (7,560±1,63) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,679). Müdahale grubu bireylerinin 1. ay ölçümlerinde BUÖ puan ortalamaları (4,96±1,61) kontrol grubu puan

ortalamlarına (7,64±2,53) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Müdahale grubu bireylerinin 3. ay ölçümlerinde BUÖ puan ortalamaları (5,08±1,49) kontrol grubu puan ortalamalarına (7,44±2,41) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Müdahale grubu bireylerinin 6. ay ölçümlerinde BUÖ puan ortalamaları (5,36±2,39) kontrol grubu puan ortalamalarına (7,36±2,28) göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin BUÖ puan ortalamalarının tekrarlı varyans analizi sonuçlarında, ÇBDT uygulanan gruba anlamlı düzeyde etki etmiş ve eta kare değerinin etkililiği büyük bulunmuştur (F=19,688; p=0,000). Aynı şekilde farklı zaman dilimlerinde yapılan ön test, 1., 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde BUÖ puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiş ve etkisinin büyük olduğu bulunmuştur (F=7,199; p=0,000). Grup ve zaman ortak etkisinin de anlamlı düzeyde ve büyük etkili olduğu görülmüştür (F=6,652; p=0,000). BUÖ puan ortalamalarındaki değişimin %29'u müdahale grubuna uygulanan ÇBDT'den, %13'ü zaman ve %12'si ise grup ve zaman etkileşimi tarafından açıklanmaktadır. Tablo 11'de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası ve grup içi BDÖ ön test ve 3. ay puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Ön Test ve 3. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Beck Depresyon Ölçeği		
	Ön Test	3.Ay	Test**
	$\bar{X}\pm ss$ Medyan (Min-Max)	$\bar{X}\pm ss$ Medyan (Min-Max)	
Müdahale	38,04±12,57 36(20-62)	25,76±6,10 24(19-37)	Z=-3,514 p=0,000
Kontrol	35,00±4,44 36(20-41)	30,16±1,67 30(27-35)	Z=-3,463 p=0,001
Test*	U=288,500 Z=-0,468 p=0,640	U=187,500 Z=-2,441 p=0,015	

*Mann Whitney U, **Wilcoxon Signed Ranks Test, p<0,05.

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin, BDÖ puan ortalamalarının ön test ve 3. ay ölçümleri karşılaştırıldığında, müdahale grubu bireylerinin ön test ölçümlerinde BDÖ puan ortalamaları (38,04±12,57) ile kontrol grubu puan ortalamaları (35,00±4,44) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,640). Müdahale grubu bireylerinin 3. ay ölçümlerinde BDÖ puan ortalamaları (25,76±6,10) ile kontrol grubu puan ortalamaları

(7,64±2,53) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,015). Müdahale grubu bireylerinin BDÖ ön test puan ortalamaları ile 3. ay puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Z=-3,514; p=0,000). Grup içi BDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında müdahale grubuna uygulanan ÇBDT sonrası 3. ay puan ortalaması anlamlı olarak düşmüştür. Kontrol grubu bireylerinin BDÖ ön test puan ortalamaları ile 3. ay puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (Z=-3,463; p=0,001).

Tablo 12’de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası ve grup içi BAÖ ön test ve 3. ay puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 12. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beck Anksiyete Ölçeği Ön Test ve 3. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Beck Anksiyete Ölçeği		
	Ön Test	3.Ay	Test**
	$\bar{X}\pm ss$ Medyan (Min-Max)	$\bar{X}\pm ss$ Medyan (Min-Max)	
Müdahale	27,12±10,73 25(16-63)	19,16±4,75 18(12-29)	Z=-3,353 p=0,001
Kontrol	27,60±12,01 25(16-63)	28,00±12,05 25(14-63)	Z=-0,178 p=0,859
Test*	U=306,500 Z=-0,118 p=0,906	U=157,000 Z=-3,030 p=0,002	

*Mann Whitney U, **Wilcoxon Signed Ranks Test, p<0,05.

Müdahale ve kontrol grubu bireylerinin, BAÖ puan ortalamalarının ön test ve 3. ay puan ortalamaları karşılaştırıldığında, müdahale grubu bireylerinin ön test ölçümlerinde BAÖ puan ortalamaları (27,12±10,73) ile kontrol grubu puan ortalamaları (27,60±12,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,906). Müdahale grubu bireylerinin 3. ay ölçümlerinde BAÖ puan ortalamaları (19,16±4,75) ile kontrol grubu puan ortalamaları (28,00±12,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,002). Müdahale grubu bireylerinin BAÖ ön test puan ortalamaları ile 3. ay puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Z=-3,353; p=0,001). Grup içi BAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında müdahale grubuna uygulanan ÇBDT sonrası 3. ay puan ortalaması anlamlı olarak düşmüştür. Kontrol grubu bireylerinin BAÖ ön test puan ortalamaları ile 3. ay puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Z=-0,178; p=0,859).

4. TARTIŞMA

İntihar girişiminde bulunan depresyon tanımlı bireylere çevrimiçi uygulanan bilişsel davranışçı terapisinin intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada bu bölümde, elde edilen bulgular ilgili literatüre dayalı olarak tartışılmış ve literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

Araştırmada, müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve birlikte yaşadığı kişiler açısından homojen özellik gösterdikleri belirlenmiştir. Araştırmada müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin duygusal yardım ve destek alabileceği kişi, kendini bir dine ait hissetme, travmaya maruz kalma, problem çözme becerisi gibi bireysel özellikleri ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede intihar girişim öyküsü, intihar girişim sayısı, intihar girişiminde kullandığı yöntem ve kullandığı psikiyatrik ilaç gibi klinik özellikler açısından da homojen özellikler gösterdiği belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ön test puan ortalamaları da homojen özellik göstermektedir. Bu sonuç, araştırmaya alınan bireylerin randomizasyonunun iyi yapıldığını ve grupların sosyodemografik, bireysel ve klinik olarak benzer özelliklere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Grupların benzer özelliklere sahip olması müdahale grubuna uygulanan ÇBDT'nin kontrol grubu ile karşılaştırılmasına olanak sağlamaktadır.

Araştırmada, ÇBDT sonrasında müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubu bireyelerine kıyasla daha düşük intihar riskine sahip oldukları ve sadece bir kişinin intihar girişimini tekrarladığı bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu bulgular literatürde yer alan bazı çalışmalar ile paraleldir. Alavi ve diğerleri (2013), son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunan 12-18 yaş aralığındaki 30 depresif bireyde BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, müdahale ve kontrol grubuna atandıktan sonra 12 seans BDT uygulanmış ve 12 hafta sonra değerlendirme ölçümü yapılmıştır. BDT alan depresif ergenlerde intihar düşüncesinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Tarrrier ve diğerleri (2014), intihar davranışını önlemeye yönelik BDT'nin etkisini inceledikleri çalışmada, 49 kişi BDT ve standart tedavi grubuna atandıktan sonra BDT grubuna 24 seans BDT uygulamışlardır. Standart tedavi grubuna kıyasla BDT alan grupta intihar düşüncesinin azaldığını belirtmişlerdir. Rudd ve diğerleri (2015), son bir haftada intihar düşüncesi ve son bir ay içinde intihar girişimi olan askerlerde standart tedavi

ile kısa BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, 24 aylık takip sonucunda kısa BDT uygulanan askerlerin standart tedavi grubundaki askerlere göre intihar girişiminin %60 daha az olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmanın verilerinin ikinci analizi düşük, orta ve yüksek intihar riski şeklinde sınıflandırılarak yapılmış ve kısa BDT alan grupta intihar riskininin ciddiyetine bakılmaksızın standart tedavi alan gruba kıyasla 3 grupta düşük intihar girişimi olduğu bildirilmiştir (Bryan ve diğerleri, 2018). Ecker ve diğerleri (2019), kısa BDT'nin birinci basamakta kronik hastalığı olan ve ruh sağlığı tedavisi gören gaziler arasında intihar düşüncesi üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de, 302 hastayı kontrol ve kısa BDT grubuna dahil etmiş, 4 ay boyunca 2 haftada 1 seans BDT uygulanmış ve başlangıçta, 4., 8. ve 12. aylarda değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. Kısa BDT alan grupta kontrol grubuna göre intihar düşüncesinin daha az olduğu belirtilmiştir. Raj ve diğerleri (2019), bilinçli farkındalık temelli BDT'nin depresyon ve intihar davranışı olan ergenlerde yaşam doyumu ve yaşam yönelimi üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, yaşam doyumu, yaşam yönelimi ve aile işlevlerinde önemli bir artışın yanı sıra depresif belirtilerde ve intihar düşüncesinde bir azalma olduğunu belirtmişlerdir. Büscher ve diğerleri (2020), internet tabanlı BDT'nin etkinliğini incelemek için 6 RKÇ'yi dahil ettikleri sistematik derlemede internet tabanlı BDT müdahalelerinin kontrol gruplarına kıyasla intihar düşüncesinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Schure ve diğerleri (2020), depresyon semptomları olan yetişkinler için internet tabanlı BDT'nin etkisini inceledikleri boylamsal çalışmada, başlangıçta, 2., 6. ve 12. aylarda değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. Başlangıca kıyasla 6. ve 12. ayda intihar düşüncesinde belirgin düşüş olduğunu belirtmişlerdir. Ardashir ve diğerleri (2018), majör depresif bozukluğu olan bireylerde BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, 40 bireyi kontrol ve deney grubuna atamış, her biri 90 dakikalık haftada 2 olmak üzere toplamda 8 seans grup şeklinde BDT uygulamışlar ve bir hafta ve 1 ay sonra değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. Grup BDT'den 1 hafta sonra ve 1.ayda deney grubunun intihar düşüncesi puanlarının anlamlı olarak azaldığını belirtmişlerdir. Araştırmamızda da müdahale ve kontrol grubu arasında 1. ay ölçümlerinde intihar olasılığı puanları arasında anlamlı bir fark vardır ve müdahale grubunun intihar olasılığı puanlarında anlamlı bir azalma bulunmuştur. Bunun nedeni bireylerin daha adaptif, gerçekçi ve işlevsel tarzda düşünce geliştirebilme, iyileşmeye yönelik kazandıkları umudu koruyabilme ve öğrendiklerini davranışa dönüştürebilmeye yönelik motivasyonlarının korunuyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışma bulgumuzun aksine literatürde farklı sonuç bildiren çalışmalarda yer almaktadır. Linehan ve diğerleri (1991),

borderline kişilik bozukluğu kriterlerini karşılayan intihara meyilli kadınlarda BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, bir yıl boyunca dört izlem ölçümü almışlar ve intihar düşüncesi puan ortalamalarında gruplar arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Brown ve diğerleri (2005), intihar girişiminde bulunan ve girişimden 48 saat sonra psikiyatrik tedavi görmeye başlayan 120 kişide BT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, 10 seans BT uygulanmış ve 1., 3., 6., 12. ve 18. aylarda değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. BT alan grupta kontrol grubuna kıyasla intihar girişiminin tekrarlanmasının daha az olduğu belirtilmiştir. Ancak intihar düşüncesi puanları açısından gruplar arası fark olmadığı belirtilmiştir (Brown ve diğerleri, 2005). Benzer şekilde araştırmamızda da müdahale ve kontrol grubu bireylerinin 6. ay intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu da ÇBDT'nin etkisinin 1. ve 3. ay izlemlerinde korunurken 6. ay izleminde etkisinin azaldığı yada ortadan kalktığı şeklinde yorumlanabilir. Öğrenilenlerin kalıcılığının sağlanmasında pekiştirme, özellikle doğru davranışın olumlu pekiştirilmesi ve tekrarı önemlidir. Bireylerin 1. ve 3. ay izlemlerinde terapi sırasında öğrendiği kazanımların olumlu şekilde pekiştirilmemesi ve destek seansları ile tekrarlanmaması ÇBDT'nin etkisinin 6. ayda azalması yada ortadan kalkmasına neden olmuş olabilir. Oysa çalışmalarda BDT'nin 24. aya kadar süren etkinliğinden söz edilmektedir (Rudd ve diğerleri, 2015). Bunun için bireylere ilerleyen zamanlarda birkaç ayda bir kısa süreli destek seansları yapılabilir.

Araştırmada, ÇBDT sonrasında müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubu bireyelerine kıyasla daha yüksek bilişsel esnekliğe sahip oldukları bulunmuştur. Müdahale grubunda ÇBDT sonrası 1., 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde kazanılan bilişsel esnekliğin korunduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu bulgu literatürde yer alan çalışma bulgularıyla paraleldir. Nazarzadeh ve diğerleri (2015), BDT'nin bilişsel esneklik üzerine etkisini inceledikleri yarı deneysel çalışmalarında, 31 kişiyi deney ve kontrol grubuna atamışlar ve gruba 8 seans grup BDT uygulamışlardır. Deney grubunda bilişsel esnekliğin arttığını ve bu etkinin takip izleminde korunduğunu belirtmişlerdir. Fazeli ve diğerleri (2015), BDT'nin depresif kişilerde bilişsel esneklik üzerindeki etkisini incelemek amacıyla ön test ve son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışmalarında, araştırmaya 37 kişi dahil etmişler ve 90 dakikalık 8 seans grup şeklinde BDT uygulamışlardır. Deney grubuna uygulanan BDT'nin bilişsel esnekliği artırmada kontrol grubuna kıyasla daha etkili olduğu belirtilmiştir. Oishi ve diğerleri (2018), internet tabanlı BDT'nin bilişsel esneklik ve öznel sıkıntı üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de, müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla bilişsel esneklik

puanlarında artma olduğunu belirtmişlerdir. Murata ve diğerleri (2019), depresyonu olan hastalarda BDT'nin bilişsel esneklik üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, 18 hastaya 15 seans BDT uygulamışlar ve BDT öncesi, ortası ve sonrası değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. BDT'nin bilişsel esneklik üzerine pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir. Walizadeh ve diğerleri (2020), mahkumlara uygulanan BDT'nin bilişsel esneklik üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de, çalışmaya 40 kişi dahil edilmiş, bu kişiler kontrol ve deney grubuna atanmışlar ve 8 seans BDT uygulamışlardır. BDT sonrası mahkumların bilişsel esneklik puanlarının arttığı belirtilmiştir. Kousha ve diğerleri (2022), meme kanseri olan kadınlarda bilişsel davranışçı terapi ve pozitif grup terapisinin bilişsel esneklik üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de, 45 hastayı rastgele BDT, pozitif grup terapisi ve kontrol grubuna atamışlar, 8 haftada 90 dakikalık toplam 8 seans BDT ve pozitif grup terapisi uygulamışlardır. Pozitif grup terapisi alan gruba kıyasla BDT alan grupta bilişsel esneklik puanlarının daha büyük pozitif etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgularımızın diğer çalışma bulguları ile benzer sonuçlar göstermesinin nedeni ÇBDT seanslarında insanların kendilerini, dünyayı ve geleceği olumsuz değerlendirmelerine yol açan bilişsel çarpıtmaların tespit edilerek buna yönelik müdahalelerle işlevsel olan düşüncelerin duygu ve davranışa dönüştürülmesi yoluyla bilişsel esneklik kazanmalarından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada, ÇBDT sonrasında müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubu bireyelerine kıyasla daha düşük umutsuzluk düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Müdahale grubunda ÇBDT sonrası 1., 3. ve 6. ay izlem ölçümlerinde bu etkinin korunduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu bulgu literatürde yer alan çalışma bulgularıyla paraleldir. Brown ve diğerleri (2005), intihar girişiminde bulunan ve girişimden 48 saat sonra psikiyatrik tedavi görmeye başlayan 120 kişide BT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, bireylere 10 seans BT uygulamışlar ve 1., 3., 6., 12. ve 18. aylarda değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. BT alan grupta kontrol grubuna kıyasla umutsuzluk düzeyinin düştüğünü belirtmişlerdir. Alavi ve diğerleri (2013), son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunan 12-18 yaş aralığındaki 30 depresif bireyde BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, müdahale ve kontrol grubuna atandıktan sonra 12 seans BDT uygulamışlar ve 12 hafta sonra değerlendirme ölçümü yapmışlardır. BDT alan depresif ergenlerde kontrol grubuna kıyasla umutsuzluk düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Mohyadini ve diğerleri (2015), intihar girişiminde bulunan kadınlarda BDT'nin umutsuzluk üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de, 15'er kişilik deney ve kontrol grubuna rastgele atanmışlardır. BDT sonrası müdahale ve kontrol grubu arasında umutsuzluk

puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş ve BDT'nin intihar girişiminde bulunan kadınlarda umutsuzluğu azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Hojjat ve Bahrainian (2021), ruminasyon odaklı BDT ve mindfulness temelli BT'nin intihar girişiminde bulunan depresif genç kızlarda dürtüsellik ve umutsuzluk üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de, 30 kişi 2 müdahale ve 1 kontrol grubuna atanmışlar, ön test, son test ve 2 ay sonra değerlendirme ölçümleri alınmıştır. Her iki müdahale grubunda da kontrol grubuna kıyasla umutsuzluk ve dürtüsellik puanlarının azaldığı ve 2. ay izlemlerinde de bunun korunduğu belirtilmiştir. Ghaffarzadeh ve Aghdasi (2021), Multipl skleroz hastalarında bilişsel-davranışçı grup terapisinin kaygı, stres ve umutsuzluk üzerindeki etkisini inceledikleri RKÇ'de, bilişsel-davranışçı grup terapisinin kaygı, stres ve umutsuzluk düzeyini azalttığını belirtmişlerdir. Emami ve diğerleri (2018), meme kanseri olan kadınlarda BDT temelli stres yönetimi grup terapisinin dayanıklılık ve umut üzerine etkisini inceledikleri RKÇ'de, deney grubuna 10 seans grup terapisi uygulanmış ve ön test, son test ve 1 ay sonra değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. BDT temelli stres yönetimi grup terapisinin dayanıklılığı ve umudu arttırdığı belirtilmiştir. Sahranavard ve diğerleri (2018), stres yönetimine dayalı BDT'nin kaygı duyarlılığı, umut, olumlu ve olumsuz duygulanım üzerindeki etkinliğini inceledikleri RKÇ'de 6 seans grup BDT uygulanmış ve ön test, son test şeklinde değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. Deney grubunda uygulanan stres yönetimine dayalı BDT'nin umut düzeyi üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Saki ve diğerleri (2022), hemodiyalize giren hastalarda bilişsel-davranışçı müdahalenin umut ve ölüm kaygısı üzerindeki etkisini inceledikledikleri RKÇ'de 84 hasta müdahale ve kontrol grubuna atanmış ve 8 seans BDT uygulanmış, ön test ve son test değerlendirme ölçümleri alınmıştır. Müdahale grubunda kontrol grubuna göre ölüm kaygısı düzeylerinin ortalama puanlarının anlamlı olarak azaldığı ve umut düzeyleri ortalama puanlarının ise anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir. Çalışma bulgularımızın diğer çalışma bulguları ile benzer sonuçlar göstermesinin nedeni bireylerin duruma ilişkin kanıtları gözden geçirerek düşüncelerinin ve inançlarının doğruluğunu sınımasını hedefleyen sokratik sorgulama tekniğinin kullanılması ve BDT'de de diğer psikoterapi yöntemlerinde olduğu gibi umut aşılamanın önemli bir yaklaşım olmasından kaynaklandığı söylenilebilir. Çalışma bulgumuzun aksine literatürde farklı sonuç bildiren çalışmalarda yer almaktadır. Rudd ve diğerleri (2015), son bir haftada intihar düşüncesi olan ve son bir ay içinde intihar girişimi olan askerlerde standart tedavi ile kısa BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, 24 aylık takip sonucunda kısa BDT ve standart tedavi grubu askerleri arasında umutsuzluk düzeyi açısından

anlamli bir fark olmadigini belirtmislerdir. Linehan ve digerleri (1991), borderline kisilik bozuklugu kriterlerini karstlayan intihara meyilli kadınlarda BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, bir yıl boyunca dört izlem ölçümü almışlar ve umutsuzluk düzeyinde gruplar arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Bu iki çalışma ile çalışma bulgularımızın farklı olmasının nedeni takip süresi ve örneklem seçim kriteri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada ÇBDT sonrası müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubu bireyelerine kıyasla depresyon ve anksiyete düzeyleri azalmıştır. Araştırmadan elde edilen bu bulgu literatürde yer alan bazı çalışma bulguları ile benzer niteliktedir. Brown ve diğerleri (2005), intihar girişiminde bulunan ve girişimden 48 saat sonra psikiyatrik tedavi görmeye başlayan 120 kişide BT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, araştırmaya katılan bireyler 10 seans BT uygulamışlar ve 1., 3., 6., 12. ve 18. aylarda değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. BT alan grupta kontrol grubuna kıyasla depresyon düzeyinin anlamlı olarak düştüğünü belirtmişlerdir. Ruwaard ve diğerleri (2009), hafif ile orta şiddette depresyonda terapist rehberliğinde WEB tabanlı BDT'nin etkinliğini inceledikleri RKÇ'de çalışmaya 54 kişi dahil edilmiş ve 18 ay süren takipleri yapılmıştır. Deney grubunun kontrol grubuna kıyasla depresyon düzeyinin düştüğü ve 18 aylık takipte bu etkinin korunduğunu belirtmişlerdir. Alavi ve diğerleri (2013), son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunan 12-18 yaş aralığındaki 30 depresif bireyde BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, bireyler müdahale ve kontrol grubuna atandıktan sonra 12 seans BDT uygulanmış ve 12 hafta sonra değerlendirme ölçümü yapılmıştır. BDT alan depresif ergenlerde kontrol grubuna kıyasla depresyon düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Schure ve diğerleri (2020), depresyon semptomları olan yetişkinler için internet tabanlı BDT'nin etkisini inceledikleri boylamsal çalışmada, başlangıçta, 2., 6. ve 12. aylarda değerlendirme ölçümleri yapmışlardır. Başlangıca kıyasla 12 ay boyunca depresyon ve anksiyete puanlarında belirgin düşüş olduğunu belirtmişlerdir. Luo ve diğerleri (2020), yüz yüze ve internet tabanlı BDT'yi inceleyen 17 çalışmayı dahil ettikleri meta analiz çalışmalarında, internet tabanlı BDT'nin yüz yüze BDT'ye kıyasla depresyon şiddetini azaltmada orta derecede etkili olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma bulgularımızın diğer çalışma bulguları ile benzer sonuçlar göstermesinin nedeni BDT'nin temel önermesi olan depresyonun bilişsel çarpıtmaların sonucu olduğu ve seanslar sırasında bireyelerinin otomatik düşüncelerinin tespit edilip çeşitli müdahalelerle değiştirilmesi ve yerini işlevsel olan düşünce ve inançlara bırakması, başatme kartlarının ve umut aşılmanın kullanılmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışma bulgumuzun aksine literatürde farklı sonuç bildiren çalışmada

yer almaktadır. Rudd ve diğeri (2015), son bir haftada intihar düşüncesi olan ve son bir ay içinde intihar girişimi olan askerlerde kısa BDT'nin etkisini inceledikleri RKÇ'de, 24 aylık takip sonucunda kısa BDT ve kontrol grubu askerleri karşılaştırıldığında depresyon ve anksiyete puanları açısından anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışma ile çalışma bulgularımızın farklı olmasının nedeni 24 ay gibi çok daha uzun bir takip süresi olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kısa BDT yapılmış olması ve örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

4.3. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bu sınırlılıklar aşağıda sıralanmıştır:

1. Çalışmanın örnekleme bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniği ile sınırlıdır.
2. Araştırmada veri toplama araçları öz bildirim dayalı toplanmıştır. Bu nedenle çalışma verilerin güvenilirliği çalışmaya katılan bireylerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır.
3. Araştırmada elde edilen sonuçlar araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.
4. Araştırma sonuçları kullanılan istatistiksel yöntemlerin etkinliği ile sınırlıdır.
5. Araştırma Doktora Tez çalışmasıdır ve bir araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bundan dolayı veri toplama ve araştırmada uygulanan ÇBDT'nin aynı kişi tarafından (araştırmacı) yapılmasına ilişkin ortak bias etkisi bulunmaktadır. Bu durum bazı verilerin müdahale grubu lehine değerlendirilmesine neden olmuş olabilir.

4.4. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Bu araştırmada karşılaşılan bazı güçlükler bulunmaktadır. Bu güçlükler aşağıda sıralanmıştır:

1. Araştırmada müdahale grubundaki bireyler uygulanan ÇBDT'ye kendi sosyoekonomik imkanları ile katılmışlardır. Bundan dolayı bazı haftalarda bireylerin

planlanan seans saatleri değiştirilmiştir. Bireylerin ÇBDT'ye katılmaları sırasında internet ile ilgili bağlantı problemlerinden kaynaklı az da olsa aksaklıklar yaşanmış olup bu nedenle gün içinde ÇBDT seanslarının saatleri ile ilgili değişiklik yapmamız gerekmiştir.

2. İki birey yaşından dolayı seans sonrası verilen ödevleri mail yoluyla gönderemediği için hastanede psikiyatri polikliniğine teslim ederek ÇBDT'yi sürdürmüştür.

3. Araştırmada müdahale grubuna uygulanan ÇBDT'nin bir araştırmacı tarafından haftada 2 seans yapılması ve seans günlerinin de 7-8 birey ile yürütülmesi nedeniyle araştırmacı belirtilen günlerde yaklaşık 10-12 saat zaman harcamıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.3. Sonuçlar

İntihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere çevrimiçi uygulanan bilişsel davranışçı terapinin intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini incelemek amacıyla randomize kontrollü izlem desenli çalışmanın bulgularından yola çıkarak elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi bireylerin intihar düşüncesini azaltmaktadır ve bu etki 1. ve 3. aylarda korunmaktadır. Aynı zamanda ÇBDT bireylerin tekrarlayan intihar girişimlerinin önlenmesine katkı sağlamaktadır. Hipotez 1a doğrulanmıştır.

2. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi bireylerin bilişsel esnekliklerini arttırmaktadır ve bu etki 1., 3. ve 6. aylarda korunmaktadır. Hipotez 1b doğrulanmıştır.

3. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi bireylerin umutsuzluk düzeyini azaltmaktadır ve bu etki 1., 3. ve 6. aylarda korunmaktadır. Hipotez 1c doğrulanmıştır.

4. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi bireylerin depresyon düzeylerini azaltmakta ve klinik seyirlerine olumlu katkı sağlamaktadır. Hipotez 1d doğrulanmıştır.

5. Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi bireylerin anksiyete düzeylerini azaltmakta ve klinik seyirlerine olumlu katkı sağlamaktadır. Hipotez 1e doğrulanmıştır.

5.4. Öneriler

1. Bireysel formatta uygulanan ÇBDT'nin çevrimiçi grup formatında uygulandığı çalışmaların yapılması,

2. Bireysel formatta uygulanan ÇBDT'nin daha uzun kalıcılık etkisini değerlendiren 12., 18. ve 24. ay izlem ölçümlerinin yapıldığı çalışmaların yapılması,

3. ÇBDT seansları tamamlandıktan sonra 3. aydan itibaren kısa süreli destek ÇBDT seanslarının eklendiği izlem desenli çalışmaların yapılması,
4. Depresyon tanısı alan intihar girişiminde bulunan bireylere uygulanan ÇBDT'nin farklı hastalık gruplarına uygulandığı çalışmaların yapılması,
5. ÇBDT seansları sırasında az da olsa yaşanan internetten kaynaklı aksaklıkları önlemek ve katılımcıların çalışmaya katılım motivasyonlarını artırmak için kurumsal ekonomik destek sağlanması,
6. İntihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleşmiş intiharların ciddiyetini sorgulayan "Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği"nin kullanıldığı çalışmaların yapılması,
7. Psikiyatri servislerinde çalışan uzman psikiyatri hemşirelerinin bilişsel davranışçı terapi uygulayabilmeleri için Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi almalarına yönelik kurumsal eğitimlerin planlanması,
8. Bilişsel Davranışçı Terapi sertifikası olan uzman psikiyatri hemşirelerinin polikliniklerde psikoterapi uygulayabilmesine yönelik yasal düzenlemenin yapılması,
9. Poliklinikte takip edilen intihar girişiminde bulunmuş hastaların terapilerinin devam edebilmesi için Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi almış uzman psikiyatri hemşirelerinin görevlendirilmesi,
10. Hastaneye gelebilme koşulları yetersiz ya da uygun olmayan ancak örneklem grubumuz gibi takip edilmesi gereken hasta gruplarında ÇBDT ve çevrimiçi uygulamaların hastane bünyesinde sunulabilmesi,
11. Poliklinikte intihar girişimi nedeniyle takip edilen bireylerin evde takipleri konusunda uzman psikiyatri hemşirelerinin de içinde bulunduğu multidisipliner destek sistemlerinin oluşturulması,
12. Araştırmada intihar girişiminde bulunan bireylerin aile üyelerinin sergilediği yardım arama davranışlarını gözlemlemem ve kendilerinin nasıl davranmaları ile ilgili eğitim talep etmeleri nedeniyle intihar girişiminde bulunan bireylerin ailelerine yönelik eğitimler planlanması,

13. Acile intihar giriřimi nedeniyle bařvuran ya da intihar dűřüncesi olan bireylerin poliklinikte takibi bařlayana kadar geçen sűrede psikiyatri hemřireleri tarafından verilen danıřmanlık ve destek birimlerinin oluřturulması ve uzman psikiyatri hemřirelerinin gűrevlendirilmesi.

KAYNAKLAR

- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(4), 467.
- Alloy, L.B., Seligman, M.E. (1979). On the cognitive component of learned helplessness and depression. In *Psychology of Learning and Motivation*, 13, 219-276.
- Alptekin, K. ve Duyan, V. (2019). Türkiye’de 2007-2016 yılları arasında intihar hızları sosyodemografik faktörlere göre nasıl bir dağılım gösterdi?. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4), 270-276.
- American Psychiatric Association (APA) (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd ed. Arlington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. (DSM-5). Köroğlu, E. (Çev. Ed.). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı*, 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andersson, G., Cuijpers, P. (2008). Pros and cons of online cognitive-behavioural therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 193(4), 270-271.
- Andrade C. (2010). Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. *Mens Sana Monographs*, 8(1), 146–150.
- Arafat, S. Y., Kabir, R. (2017). Suicide prevention strategies: Which one to consider?. *South East Asia Journal of Public Health*, 7(1), 1-5.
- Ardashir, A., Bayat, A. H., Nazafarin, H., & Haghgoo, A. (2018). The effects of group cognitive behavior therapy (GCBT) on suicidal thoughts in patients with major depression. *Middle East Journal of Family Medicine*, 7(10), 228.

- Arnone, D., McIntosh, A. M., Ebmeier, K. P., Munafò, M. R., Anderson, I. M. (2012). Magnetic resonance imaging studies in unipolar depression: systematic review and meta-regression analyses. *European Neuropsychopharmacology*, 22(1), 1-16.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 1-11.
- Asarnow, J.R., Berk, M.S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., ... McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1115.
- Ata, E. E. ve Doğan, S. (2018). The effect of a brief cognitive behavioural stress management programme on mental status, coping with stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic patients. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 112-119.
- Ata, E.E., Bayrak, N.G. ve Yılmaz, E.B. (2021). İntihar girişimi nedeniyle acil servis dokularının incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Çukurova Tıp Dergisi*, 46 (4), 1675-1686.
- Atlı, Z., Eskin, M., Dereboy, Ç. (2009). İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örnekleme de geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 111-124.
- Avcı, D. ve Kelleci, M. (2016). Effects of the Anger Coping Programme based on cognitive behavioural techniques on adolescents' anger, aggression and psychological symptoms. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 189-196.
- Ay, E. (2018). Kanserli çocuğu olan ebeveynlere verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin umutsuzluk ve stresle baş etme üzerine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Aydemir, Ç. (2019). İntihar davranışında tedavi stratejileri ve intiharın önlenmesi. H. Özgüven, M. Sercan (Ed.), *İntiharı anlama ve müdahale* içinde (1. Baskı, ss. 237-247). Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.

- Aydoğdu Durmuş, H. (2020). Duygudurum bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapisinin iyileşmeye etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D., Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 284-290.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The lack of hope scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Beck, A. T., Beck, R., Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *The American journal of psychiatry*.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.

- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., Steer, R. A. (2006). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Focus*, 147(2), 190-296.
- Beck, J.S., Beck, A.T. (2011). Cognitive behavior therapy. *New York*: The Guilford Press.
- Belmaker, R.H., Agam, G. (2008). Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), 55-68.
- Bolton, J.M., Gunnell, D., Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *Bmj*, 351.
- Borges, G., Nock, M.K., Haro Abad, J.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M.C., Beautrais, A., Bromet, E., ... Kessler, R.C. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617–1628. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>
- Boutron, I., Altman, D. G., Moher, D., Schulz, K. F., Ravaud, P., CONSORT NPT Group*. (2017). CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of internal medicine*, 167(1), 40-47.
- Brådvik, L., Mattisson, C., Bogren, M., Nettelbladt, P. (2008). Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997–severity and gender. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 185-191.
- Brenner, C. (1991). A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25-43.
- Brent, D. A., Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 157-177.
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., ... Mann, J. J. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA psychiatry*, 72(2), 160-168.
- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N.S., Kangogyere, P., ... Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic

- psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320-328.
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S. X., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive Therapy and Preventing Suicide Attempts—Reply. *JAMA*, 294(22), 2847-2848.
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive Therapy and Preventing Suicide Attempts—Reply. *JAMA*, 294(22), 2847-2848.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama*, 294(5), 563-570.
- Bryan, C. J., Peterson, A. L., Rudd, M. D. (2018). Differential effects of brief CBT versus treatment as usual on posttreatment suicide attempts among groups of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 69(6), 703-709.
- Büscher, R., Torok, M., Terhorst, Y., Sander, L. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(4), e203933-e203933.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2011). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. (8. baskı), Ankara: Pegem Akademi.
- Can Gür, G. ve Okanlı, A. (2019). The effects of cognitive-behavioral model-based intervention on depression, anxiety, and self-efficacy in alcohol use disorder. *Clinical Nursing Research*, 28(1), 52-78.
- Cai, H., Jin, Y., Liu, S., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., ... Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of observation studies. *Journal of Affective Disorders*, 293, 148-158.
- Calati, R., Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8-20.

- Calderaro, M., Baethge, C., BERPohl, F., Gutwinski, S., Schouler-Ocak, M., Henssler, J. (2022). Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 220(3), 121-129.
- Canbolat, F., ve Gençöz, T. (2019). İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Freud ve sonrası. Devrimci Özgüven, H., Sercan, M (Eds.), In *İntihari Anlama ve Müdahale Konular: İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Freud ve sonrası içinde*. (1. Baskı ss. 64-72). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Chan, W. I., Batterham, P., Christensen, H., Galletly, C. (2014). Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australasian Psychiatry*, 22(2), 132-139.
- Chehil, S., Kutcher, S. P. (2012). *Suicide risk management: A manual for health professionals*. John Wiley & Sons.
- Choi, Y. S., Lee, E. J., Cho, Y. (2017). The effect of Korean-group cognitive behavioural therapy among patients with panic disorder in clinic settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(1), 28-40.
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 346.
- Clark, D. A., Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., Brent, D. A. (2019). Metaanalysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 278-292.
- Cull, J. G., Gill, W. S. (1988). Suicide probability scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/t01198-000>
- Cusin, C., Dougherty, D. D. (2012). Somatic therapies for treatment-resistant depression: ECT, TMS, VNS, DBS. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 2(1), 1-9.

- Çelik, F.H., ve Hocaoglu, Ç. (2016). 'Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- D'Anci, K.E., Uhl, S., Giradi, G., Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334–342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- De Crescenzo, F., Serra, G., Maisto, F., Uchida, M., Woodworth, H., Casini, M. P., ... Vicari, S. (2017). Suicide attempts in juvenile bipolar versus major depressive disorders: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 825-831.
- Delgado, P.L. (2000). Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(6), 7-11.
- Demesmaeker, A., Chazard, E., Hoang, A., Vaiva, G., Amad, A. (2022). Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(6), 603-616.
- Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-139.
- Dennis, J.P., Vander Wal, J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 241-253.
- Diefenbach, G.J., Rudd, M.D., Merling, L.F., Davies, C., Katz, B.W., Tolin, D.F. (2021). Brief cognitive-behavioral therapy for suicidal inpatients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(2), 224-240.
- Dimidjian, S., Barrera Jr, M., Martell, C., Muñoz, R.F., Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1(1), 29-38.
- Dong, M., Wang, S.B., Li, Y., Xu, D.D., Ungvari, G. S., Ng, C.H., ... Xiang, Y.T. (2018). Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 32-39.

- Dozois, D.J.A., Dobson, K.S., Rnic, K. (2019). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K.S. Dobson & D.J.A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3–31). The Guilford Press.
- Duman, N. (2019). İntihar ve Medya. *Ekev Akademi Dergisi*, (77), 333-340.
- Duman, R.S., Sanacora, G., Krystal, J.H. (2019). Altered connectivity in depression: GABA and glutamate neurotransmitter deficits and reversal by novel treatments. *Neuron*, 102(1), 75-90.
- Durkheim, E. (2015). *İntihar* (Ed. İlkelen, Z.). İstanbul: Pozitif Yayınları.
- Duru, H.A. ve Yılmaz, M. (2023). Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 131-146.
- Ecker, A. H., Johnson, A. L., Sansgiry, S., Fletcher, T. L., Hundt, N., Petersen, N. J., Sweeney, A. C., Chaison, A. D., York-Ward, K. M., Kauth, M. R., Kunik, M. E., Cully, J. A. (2019). Brief cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in veterans with chronic illnesses. *General Hospital Psychiatry*, 58, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.02.002>
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy.
- Emami, M., Askarizade, G., Faziltpour, M. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioral stress management group therapy on resilience and hope in women with breast cancer. *Positive Psychology Research*, 3(4), 1-14.
- Ercan, S., Aksoy, Ş.M., Yalçın, A., Şimşek, A.Ç., Acar, S.R., Erçin Şahin, T. (2016). Ankara’da acil servislere başvuran intihar girişim olgularının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 5(1), 1-13.
- Eskin, M. (2014). *İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. (1. Baskı). Tanım ve kavramsallaştırma içinde (1-3). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Espósito-Smythers, C., Wolff, J.C., Liu, R.T., Hunt, J.I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E.A., Yen, S., Dickstein, D.P., Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors:

- a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(10), 1133–1141. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13095>
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Mental Health*, 25(4), 148-155.
- Fazeli, M., Ehteshamzadeh, P., Hashemi, S.E. (2015). The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(34), 27-36.
- Geulayov, G., Casey, D., Bale, L., Brand, F., Clements, C., Farooq, B., ... Hawton, K. (2019). Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1021-1030.
- Ghaffarzadeh, M., Aghdasi, A. (2021). cognitive-behavioral therapy on the anxiety, stress and despair of MS patients. *Iranian Journal of Health Psychology*, 4(3), 67-76.
- Gibbons, R.D., Brown, C.H., Hur, K., Davis, J.M., Mann, J.J. (2012). Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 580-587.
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., ... Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152-162.
- Gøtzsche, P. C., Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(10), 404–410. <https://doi.org/10.1177/0141076817731904>
- Grunebaum, M. F., Ellis, S. P., Duan, N., Burke, A. K., Oquendo, M. A., John Mann, J. (2012). Pilot randomized clinical trial of an SSRI vs bupropion: effects on suicidal behavior, ideation, and mood in major depression. *Neuropsychopharmacology*, 37(3), 697-706.

- Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Choo, T. H., Keilp, J. G., Moitra, V. K., Parris, M. S., ... Mann, J. J. (2018). Ketamine for rapid reduction of suicidal thoughts in major depression: a midazolam-controlled randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 327-335.
- Guaiana, G., Abbatecola, M., Aali, G., Tarantino, F., Ebuenyi, I. D., Lucarini, V., ... Pinto, A. (2022). Cognitive behavioural therapy (group) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Guille, C., Zhao, Z., Krystal, J., Nichols, B., Brady, K., Sen, S. (2015). Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1192-1198.
- Günüşen, N.P. ve Üstün, B. (2009). Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: Intention to treat analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1, 46-56.
- Harmancı, P. (2015). Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. https://dergipark.org.tr/en/pub/husbfd/issue/7891/103855#article_cite adresinden erişildi.
- Hatcher, S., Sharon, C., Parag, V., Collins, N. (2011). Problem-solving therapy for people who present to hospital with self-harm: Zelen randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199(4), 310-316.
- Hawton, K., Fagg, J. (1995). Repetition of attempted suicide: The performance of the Edinburgh predictive scales in patients in Oxford. *Archives of Suicide Research*, 1(4), 261-272.
- Hawton, K., Witt, K.G., Salisbury, T.L.T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750.
- Hayran, O. (2012). *Sağlık bilimlerinde araştırma ve istatistik yöntemler*. Nobel Tıp Kitabevi.

- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011 Resmî Gazete. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden erişildi.
- Hiçdurmaz, D. ve Öz, F. (2016). Interpersonal sensitivity, coping ways and automatic thoughts of nursing students before and after a cognitive-behavioral group counseling program. *Nurse Education Today*, 36, 152-158.
- Hisli-Sahin, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hofstra, E., Van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 63, 127-140.
- Hojjat, S. K., Bahrainian, S. A. (2021). The Effectiveness of "Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy" and " Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on Impulsivity and Hopelessness of Depressed Teenage Girls Attempting Suicide. *Journal of Health Promotion Management*, 10(5), 54-70.
- Hollis, S., Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *Bmj*, 319(7211), 670-674.
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A., Sokero, T. P., Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801-808. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09050627>
- Holmans, P., Weissman, M.M., Zubenko, G.S., Scheftner, W.A., Crowe, R.R., Depaulo, J. R., ... Levinson, D. F. (2007). Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. *The American Journal of Psychiatry*, 164(2), 248–258. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.248>
- Ingram, R. E. (Ed.). (2009). *The international encyclopedia of depression*. New York: Springer Publishing Company.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2019). Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> adresinden erişildi.

- Işık, E., Işık, U. ve Işık Mengü, Y. (2022). *Tüm Yönleriyle Depresif Bozukluklar*. Ankara: Ema Tıp Kitabevi.
- Jegathesan, A. J., Sean, T. S. (2022). Surviving Suicide: The Realities Faced By Suicide Survivors. *Journal of Positive School Psychology*, 6(7), 5413-5433.
- Jermy, B. S., Glanville, K. P., Coleman, J. R., Lewis, C. M., Vassos, E. (2021). Exploring the genetic heterogeneity in major depression across diagnostic criteria. *Molecular Psychiatry*, 26(12), 7337-7345.
- Karagöz, Y. (2017). *Bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği*. (1. baskı), Ankara: Nobel Akademi.
- Kaster, T. S., Blumberger, D. M., Gomes, T., Sutradhar, R., Wijesundera, D. N., Vigod, S. N. (2022). Risk of suicide death following electroconvulsive therapy treatment for depression: a propensity score-weighted, retrospective cohort study in Canada. *The Lancet Psychiatry*, 9(6), 435-446.
- Katz, I. R., Rogers, M. P., Lew, R., Thwin, S. S., Doros, G., ... Ahearn, E. (2022). Lithium treatment in the prevention of repeat suicide-related outcomes in veterans with major depression or bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(1), 24-32. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.3170
- Kayaoğlu K. (2020). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres, Öz Yeterlilik ve Relaps Düzeyine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Keleş, M. (2022). *İntihar düşüncesi ile intihar girişimini ayırt edici etmenler olarak psikolojik belirleyici öğeler*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kellner, C. H., Fink, M., Knapp, R., Petrides, G., Husain, M., Rummans, T., ... Malur, C. (2005). Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 977-982.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114.

- Kernberg, O.F. (2009). An integrated theory of depression. *Neuropsychoanalysis*, 11(1), 76-80.
- Kessler, R.C., de Jonge, P., Shahly, V., van Loo, H. M., Wang, P.S.E., Wilcox, M.A. (2014). Epidemiology of depression. In I.H. Gotlib, C.L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 7–24). The Guilford Press.
- Khan, A., Khan, S. R., Hobus, J., Faucett, J., Mehra, V., Giller, E. L., Rudolph, R. L. (2011). Differential pattern of response in mood symptoms and suicide risk measures in severely ill depressed patients assigned to citalopram with placebo or citalopram combined with lithium: role of lithium levels. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1489-1496.
- Kılınç, G. (2019). Madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüsellik etki. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Klein, M. (1986). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *Essential Papers on Object Relations*, 40-70.
- Knipe, D., Williams, A.J., Hannam-Swain, S., Upton, S., Brown, K., Bandara, P., ... Kapur, N. (2019). Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 16(10), e1002905.
- Kosha, M.D., Tabatabaei, S.S., Shahabizadeh, F., Ahi, Q. (2022). The Effectiveness of Group Positive Behavioral Therapy and Group Cognitive Behavioral Therapy on Depression in Women with Breast Cancer in Tehran. *Specialusis Ugdymas*, 1(43), 6442-6452.
- König, H., König, H.H., Konnopka, A. (2020). The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 30.
- Kumpula, M. J., Wagner, H. R., Dedert, E. A., Crowe, C. M., Day, K.T., Powell, K., ... Kimbrel, N.A. (2019). An evaluation of the effectiveness of evidence-based psychotherapies for depression to reduce suicidal ideation among male and female veterans. *Women's Health Issues*, 29, 103-111.

- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 355-364.
- Lai, M.H., Maniam, T., Chan, L.F., Ravindran, A.V. (2014). Caught in the web: a review of web-based suicide prevention. *Journal of Medical Internet Research*, 16(1), e30.
- Leavey, K., Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(5), 353-374.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology Online*, 1(1), 5-18.
- Lester, D. (1987). *Suicide as a learned behavior*. Charles C Thomas, Publisher. https://www.researchgate.net/profile/David-Lester-3/publication/232508427_Suicide_as_a_Learned_Behavior/links/5c545602299bf12be3f3df65/Suicide-as-a-Learned-Behavior.pdf.
- Lester, D., & Lindsley, L. K. (1988). Inward and outward irritability in the suicidally inclined. *The Journal of general psychology*, 115(1), 37-39.
- Li, Z., Ruan, M., Chen, J., & Fang, Y. (2021). Major depressive disorder: advances in neuroscience research and translational applications. *Neuroscience Bulletin*, 37, 863-880.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Pattrick, K., Shams, I., Shahid, H., ... Samaan, Z. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 24, 100442. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100442>
- Malakouti, S.K., Nojomi, M., Poshtmashadi, M., Hakim Shooshtari, M., Mansouri Moghadam, F., Rahimi-Movaghar, A., ... Bazargan-Hejazi, S. (2015). Integrating a suicide prevention program into the primary health care network: a field trial study in Iran. *BioMed Research International*, 2015.

- Malhi, G.S., & Mann, J.J. (2018). Course and prognosis. *Lancet*, 392(10161), 2299-2312.
- Mann, J. J., Michel, C. A., Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611-624.
- Martell, C.R., Addis, M.E., Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. WW Norton & Co.
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1112-1122.
- Méndez-Bustos, P., Calati, R., Rubio-Ramírez, F., Olié, E., Courtet, P., Lopez-Castroman, J. (2019). Effectiveness of psychotherapy on suicidal risk: a systematic review of observational studies. *Frontiers in Psychology*, 10, 277.
- Mewton, L., Andrews, G. (2015). Cognitive behaviour therapy via the internet for depression: a useful strategy to reduce suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 170, 78-84.
- Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M. A., Frebourg, T., Cohen, D., Gerardin, P. (2016). Genetic association studies of suicidal behavior: a review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 158.
- Mohyadini, H., Sadeghi, Z., Aghamohammadian Shaer Baf, H. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy group over desperation in women suicidal despair. *Journal of Research and Health*, 5(3), 366-371.
- Moret, C., Briley, M. (2011). The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(1), 9-13.
- Morgan, N., Taylor, D. (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*, 4(5), 6-9.
- Morgan, T.M., Case, L.D. (2013). Conservative sample size determination for repeated measures analysis of covariance. *Annals of Biometrics Biostatistics*, 1(1), 1002.

- Murata, T., Hiramatsu, Y., Yamada, F., Seki, Y., Nagata, S., Shibuya, T., ... Shimizu, E. (2019). Alterations of mental defeat and cognitive flexibility during cognitive behavioral therapy in patients with major depressive disorder: a single-arm pilot study. *BMC research notes*, *12*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4758-2>
- Nabi, Z., Stansfeld, J., Plöderl, M., Wood, L., Moncrieff, J. (2022). Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*, e65.
- Nasution, R. A., Keliat, B. A., Wardani, I. Y. (2019). Effect of cognitive behavioral therapy and peer leadership on suicidal ideation of adolescents in Bengkulu. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, *42*(sup1), 90-96.
- Nazarzadeh, R. S., Fazeli, M., Aval, M. M., Shourch, R. M. (2015). Effectiveness of cognitive-behavior therapy on cognitive flexibility in perfectionist. *Psychology*, *6*(14), 1780.
- Oishi, S., Takizawa, T., Kamata, N., Miyaji, S., Tanaka, K., Miyaoka, H. (2018). Web-based training program using cognitive behavioral therapy to enhance cognitive flexibility and alleviate psychological distress among schoolteachers: pilot randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, *7*(1), e8541. doi: 10.2196/resprot.8541
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., ... De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry Investigation*, *17*(3), 207.
- Owens, D., Horrocks, J., House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *181*(3), 193-199.
- Öncü, B. (2008). İntihar davranışına yönelik tutumlar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*, *23*, 27.
- Ösby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekblom, A., Sparén, P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, *58*(9), 844-850.
- Özcan, Ö., ve Çelik, G.G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, *3*(2), 115-120.

- Özdel, K. (2015). Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Öztürk, M., Köylü, R., Köylü, Ö., Öztürk, E. N. Y. (2020). İntihar Girişimi Nedeniyle Takip Edilen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Laboratuvar Bulguları ve Tıbbi Durumları ile Depresyon Skorunun Değerlendirilmesi. *Medical Records*, 2(3), 70-75.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). Duygudurum bozuklukları. O. Öztürk, A. Uluşahin (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları içinde* (11. baskı. ss. 337 – 428). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Pan, F., Shen, Z., Jiao, J., Chen, J., Li, S., Lu, J., ... Huang, M. (2020). Neuronavigation-guided rTMS for the treatment of depressive patients with suicidal ideation: a double-blind, randomized, sham-controlled trial. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 108(4), 826-832.
- Petersen, L., Sørensen, T. I., Andersen, P. K., Mortensen, P. B., Hawton, K. (2014). Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: a study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *Journal of affective disorders*, 155, 273-277.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. In M.K. Nock (Eds.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury*, (pp. 7-22). Oxford University Press.
- Raj. M, A.J., Kumaraiah, V., Bhide, A.V. (2001). Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(5), 340-345.
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 58-62.
- Ranning, A., Madsen, T., Hawton, K., Nordentoft, M., Erlangsen, A. (2022). Transgenerational concordance in parent-to-child transmission of suicidal

- behaviour: a retrospective, nationwide, register-based cohort study of 4 419 642 individuals in Denmark. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 363-374.
- Rees, C. S., Krabbe, M., Monaghan, B. J. (2009). Education in cognitive-behavioural therapy for mental health professionals. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15(2), 59-63.
- Riblet, N.B., Shiner, B., Young-Xu, Y., Watts, B.V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396-402.
- Riblet, N.B., Shiner, B., Young-Xu, Y., Watts, B.V. (2022). Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *BJPsych Open*, 8(6), e199.
- Rönnqvist, I., Nilsson, F. K., Nordenskjöld, A. (2021). Electroconvulsive therapy and the risk of suicide in hospitalized patients with major depressive disorder. *JAMA Network Open*, 4(7), e2116589-e2116589.
- Rudd, M.D., Bryan, C.J., Wertenberger, E.G., Peterson, A.L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., ... Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441-449.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 206-221.
- Sahranavard, S., Esmaili, A., Dastjerdi, R., Salehiniya, H. (2018). The effectiveness of stress-management-based cognitive-behavioral treatments on anxiety sensitivity, positive and negative affect and hope. *BioMedicine*, 8(4).
- Saki, M., Khoshnood, S., Mohammadipour, F., Ebrahimzadeh, F., Rezaei, F. (2022). The effect of cognitive-behavioral intervention on hope and death anxiety level in patients undergoing hemodialysis. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 17(3), 181-190. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2020-0059>

- Salagre, E., Rohde, C., Østergaard, S. D. (2022). Self-harm and suicide attempts preceding and following electroconvulsive therapy: a population-based study. *The Journal of ECT*, 38(1), 13-23.
- Sapmaz, F., ve Doğan, T. (2013). Bilişsel esnekliğin değerlendirilmesi: Bilişsel Esneklik Envanteri Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 46(1), 143-161.
- Sargın, A.E., Türkçapar, M.H. (2019). İntiharın Bilişsel Davranışçı Modeli ve Terapisi. Devrimci Özgüven, H., Sercan, M (Eds.), *İntiharı Anlama ve Müdahale* içinde (1. Baskı ss. 248-268). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Schure, M., McCrory, B., Tuchscherer Franklin, K., Greist, J., Weissman, R. S. (2020). Twelve-month follow-up to a fully automated internet-based cognitive behavior therapy intervention for rural adults with depression symptoms: single-arm longitudinal study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), e21336.
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3).
- Slee, N., Garnefski, N., van der Leeden, R., Arensman, E., Spinhoven, P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 202-211.
- Stewart, C. D., Quinn, A., Plevier, S., Emmerson, B. (2009). Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy, and treatment as usual in a high risk population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(5), 538-547.
- Streiner, D., Geddes, J. (2001). Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *BMJ Ment Health*, 4(3), 70-71.
- Stuart, G.W. (2014). Principles and practice of psychiatric nursing-e-book, Elsevier Health Sciences.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.

- Şahin, E. K., Şan, İ., Bekgöz, B., Albay, B. (2022). Tekrarlayan İntihar Girişimlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Sonuçlarının İncelenmesi: Ankara İli Örneği. *Adli Tıp Bülteni*, 27(1), 10-16.
- Şenocak, M., Uysal, Ö., Süt, N., Köksalan, H. (2005). Seçkin kanser dergilerindeki randomize kontrollü araştırmaların “Consort” ölçütleri ile değerlendirilmesi. VII. *Ulusal Biyoistatistik Kongresi Bildiri Kitabı*, 251-61.
- Tarrier, N., Taylor, K., Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.
- Tarrier, N., Kelly, J., Maqsood, S., Snelson, N., Maxwell, J., Law, H., ... Gooding, P. (2014). The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: a clinical trial. *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 204-210.
- Tondo, L., Pompili, M., Forte, A., Baldessarini, R.J. (2016). Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 174-186.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2023). Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük, 2022. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Türkçapar, M.H. (2018). *Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2022). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 (Yayın no. 1240)*. Ankara. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). Cinsiyete Göre Yaşa Özel İntihar Hızı. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar> adresinden erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021). *İstatistiklerle Türkiye. Sağlık ve Sosyal Koruma (Yayın no. 4663)*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

- Ulusoy, M., Sahin, N. H., ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163.
- U.S. Food and Drug Administration [FDA]. (2018). Depression Medicines. <https://www.fda.gov/media/132665/download> adresinden erişildi.
- Valenstein, M., Kim, H. M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., Zivin, K., Austin, K. L., ... Olfson, M. (2009). Higher-risk periods for suicide among VA patients receiving depression treatment: prioritizing suicide prevention efforts. *Journal of affective disorders*, 112(1-3), 50-58.
- Valizadeh, S., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., Hafezi, F. (2020). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Prisoners Cognitive Flexibility. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*, 8(4).
- Vaquero-Lorenzo, C., Vasquez, M. A. (2020). Suicide: genetics and heritability. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm*, 63-78.
- Walsh, Z., Mollaahmetoglu, O. M., Rootman, J., Golsof, S., Keeler, J., Marsh, B., ... Morgan, C. J. (2022). Ketamine for the treatment of mental health and substance use disorders: comprehensive systematic review. *BJPsych Open*, 8(1), e19.
- Ward, M. (2012). Psychiatric/Mental Health Nurses and Psychotherapy Horatio Position Document (July 2012). http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf adresinden erişildi.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ... Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141.
- Weishaar, M.E., Beck, A.T. (1992). Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 177-184.
- World Health Organization (WHO). (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> adresinden erişildi.

- World Health Organization (WHO). (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. World Health Organization, Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> adresinden erişildi.
- World Health Organization (WHO). (2021a). One in 100 deaths is by suicide. 22.11.2022 tarihinde <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- World Health Organization (WHO). (2021b). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization, Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve> adresinden erişildi.
- World Health Organization (WHO). (2023). Depressive disorder (depression). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> adresinden erişildi.
- Wu, H., Lu, L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Du, L., ... Zhu, B. (2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 317, 142-148.
- Zincir, S.B., Zincir, S., Köşker, S.D., Sünbül, E. A., Aksoy, A. E., Elbay, R.Y., ... Semiz, Ü.B. (2014). Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girişiminin klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 4(2), 53-58.
- Zisook, S., Lesser, I. M., Lebowitz, B., Rush, A. J., Kallenberg, G., Wisniewski, S. R., ... Trivedi, M. H. (2011). Effect of antidepressant medication treatment on suicidal ideation and behavior in a randomized trial: an exploratory report from the Combining Medications to Enhance Depression Outcomes Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(10), 5466.

EKLER

Ek 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastaların Bireysel ve Klinik Özellikleri

(Olgu Rapor Formu/Veri Takip Raporu) (Form 9)

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN DEPRESYON TANILI BİREYLERE ÇEVİRİMİÇİ UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN İNTİHAR DÜŞÜNCESİ, BİLİŞSEL ESNEKLİK VE UMUTSUZLUK ÜZERİNE ETKİLİLİĞİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Bu araştırma "intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylere çevrimiçi uygulanan bilişsel davranışçı terapinin intihar düşüncesi, bilişsel esneklik ve umutsuzluk üzerine etkililiğini incelemek amacıyla " planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten (sorumlu araştırmacı Hülya Arslantaş'a 02562138866-2946 nolu telefondan ve hulyaars@yahoo.com mail adresinden, yardımcı araştırmacı Rahime Aslan'a 05076672004 nolu telefondan ve aslanrahime@gmail.com mail adresinden) hocaya uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (iş) sorabilirsiniz.

İlgili soruları cevaplama süreniz 45-50 dakika olabilir.

İlginiz için teşekkür ederiz.

A. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Cinsiyetiniz:

1.(...) Kadın 2.(...) Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz:

1.(...) Evli 2.(...) Bekar 3.(...) Boşanmış

4. Eğitim durumunuz:

1.(...) İlkokul 2.(...) Ortaokul 3.(...) Lise
4.(...) Önlisans 5.(...) Üniversite 6.(...) Lisansüstü

5. Gelir durumunuz:

1.(...) Gelir Giderden Az 2.(...) Gelir Gidere Denk 3.(...) Gelir Giderden Fazla

6. Mesleğiniz:

7. Kiminle yaşıyorsunuz?

- 1.(...) Yalnız 2.(...) Aile 3.(...) Aile dışı kişilerle
4.(...)Yurt 5.(...) Diğer.....

B. HASTALARIN BİREYSEL VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

8. Aşağıda sizi tanımlamak için verilen ifadelerden hangisinin/hangilerinin sizi tam olarak yansıttığını belirtiniz. *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

- 1.(...) Kaygılı 2.(...) Sakin 3.(...) Çekingen, içine kapanık 4.(..) Sosyal, girişken
5.(...) Şüpheli 6.(...) Yardımsever 7.(...) Hayalperest 8.(.) Gerçekçi
9.(...) Mükemmeliyetçi 10.(...) Düzensiz, dağınık 11.(...) Diğer.....

9. İhtiyaç duyduğunuzda duygusal destek ve yardım alabileceğiniz kişi/kişiler var mı?

- 1.(...) Evet 2.(..) Hayır

10. İhtiyaç duyduğunuzda duygusal yardım ve destek aldığınız kişi/kişileri belirtiniz. *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

- 1.(...) Anne-Baba 2.(...) Eş 3.(...) Çocuklar 4.(...) Kardeşler 5.(..) Arkadaşlar
6.(...) Akraba 7.(...) Flört, nişanlı, sözlü 8.(...) Komşu 9.(...) Diğer.....

11. Stresinizi kontrol altına almak için aşağıdakilerden hangisini/hangilerini yaparsınız? *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

- 1.(...) Kendime yakın hissettiğim biriyle konuşurum 2.(...) Yalnız kalırım
3.(...) Ağlarım 4.(...) Yemek yerim 5.(...) Müzik dinlerim
6.(...) Egzersiz yaparım 7.(...) Uyumum 8.(...) Nefes egzersizleri yaparım
9.(...) Sigara yada alkol kullanırım 10.(...) Diğer

12. Kendinizi herhangi bir dine ait hissediyor musunuz?

- 1.(...) Evet 2.(..) Hayır

13. Eğer cevabınız evet ise hangi dine ya da inanç sistemine ait olduğunuzu hissediyorsunuz?

- 1.(...) İslam 2.(...) Hristiyanlık 3.(...) Yahudilik
4.(...) Budizm/ Hinduizm 5.(...) Ateizm 6.(...) Diğer

14. Yaşadığınız zorluklar ve sıkıntılarla baş etme ve problem çözme becerinizi 1-10 arasında değerlendiriniz.



15. Yaşamınız boyunca deneyimlediğiniz olayları göz önünde bulundurarak aşağıdaki olaylardan herhangi birinin başınıza gelip gelmediğini belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.(...) Hayati bir tehlike atlama
2.(...) Kötü muamele görmek
3.(...) Depremi yaşamak
4.(...) Bir kaza veya şiddet olayında bir yakınınızı kaybetmek
5.(...) Ciddi bir kaza geçirmek
6.(...) Cinsel tacize uğramak
7.(...) Bir yakınınızın veya yakın bir arkadaşınızın kendini öldürmesi
8.(...) Depremde bir yakınınızı veya yakın bir arkadaşınızı kaybetmek
9.(...) Silahlı bir çatışmaya katılmak
10.(...) Diğer:

16. Ailenizde psikiyatrik hastalık tanısı alan biri varmı?

- 1.(...) Yok 2.(...) Var (kim olduğu)

17. Ailenizde intihar girişiminde bulunan biri varmı?

- 1.(...) Yok 2.(...) Var (kim olduğu)

18. Şuan kendinize zarar verme düşünceniz var mı?

- 1.(...) Yok 2.(...) Var

19. Kaç kez kendinizi öldürme girişiminiz oldu?

20. Kendinizi öldürme girişim(ler)inizin zamanını aşağıdaki şekilde kaydediniz.

- Girişim1 Gün Ay Yıl
Girişim2 Gün Ay Yıl

Girişim3Gün Ay Yıl

Girişim4Gün Ay Yıl

21. Kendinizi öldürme girişim(ler)inizde kullandığınız yöntemleri aşağıdaki boşluklara X işareti koyarak belirtiniz.

	Girişim1	Girişim2	Girişim3	Girişim4
İlaçla	()	()	()	()
Zehirle	()	()	()	()
Asarak	()	()	()	()
Kesici Aletle	()	()	()	()
Boğarak	()	()	()	()
Yüksekten Atlama	()	()	()	()
Diğer				

22. Ne kadar süredir depresyon tedavisi görüyorsunuz?

23. Gördüğünüz depresyon tedavisinin türünü belirtiniz.

1.(...) Sadece İlaç 2.(...) Sadece Psikoterapi 3.(...) Hem ilaç hem psikoterapi

24. Şu an herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

1.(...) Evet 2.(...) Hayır

Kullanıyorsanız hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

.....
.....

Ek 2. İntihar Olasılığı Ölçeği

C. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İÖÖ)

Aşağıda bazı insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, her birinin sizin için ne sıklıkta geçerli olduğuna karar veriniz. Bunun için aşağıdaki seçeneklerden bir tanesini seçiniz.

Örneğin, kendinizi bazen kaygılı hissediyorsanız, bunu aşağıdaki şekilde ikinci kutunun içine, şu şekilde bir "X" çarpı işareti koyarak gösteriniz.

	Hiçbir Zaman veya Nadir en	Bazen	Sık Sık	Çoğu Zaman veya Her Zaman
1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2. Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum.				
3. Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.				
4. Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum.				
6. Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum.				
7. Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum.				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum.				
11. Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.				
16. Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum.				

	Hiçbir Zaman veya Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çoğu Zaman veya Her Zaman
17. Öürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				
19. İnsanların benden çok şey belediklerini hissediyorum.				
20. Yaptığım veya düşündüğüm şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum.				
24. Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum.				
25. Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				
28. Bir şeylerin düzeleceği konusunda umutsuzum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi düşünüyorum.				
33. Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.				
34. Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.				

Ek 3. Bilişsel Esneklik Envanteri

D. BİLİŞSEL ESNEKLİK ENVANTERİ (BEE)

Aşağıda insanların karşılaştıkları olaylara ilişkin duygu düşünce ve davranışlarını ifade eden cümleler yer almaktadır. Bu ifadelerin size uygun oluş derecesine göre (1) Hiç uygun değil; (2) Uygun değil; (3) Biraz uygun; (4) Uygun; (5) Tamamen Uygun seçeneklerinden birisini işaretleyiniz. Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1	Olay ve durumları değerlendirmede iyiyimdir.					
2	Zor durumlara karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim.					
3	Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım.					
4	Zor durumlara karşılaştığım zaman, kontrolümü kaybediyor gibi hissederim.					
5	Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim.					
6	Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdekilerin dışında ek bilgi edinmeye çalışırım					
7	Zor durumlara karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam.					
8	Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim.					
9	Zor durumlara baş edebilmek için önümde farklı birçok seçeneğin olması benim için sıkıntı vericidir.					
10	Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyım					
11	Zor durumlara karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem.					
12	Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir.					
13	Bir zorlukla karşılaştığımda nasıl davranacağımı ilgili olarak pek çok seçeneği göz önünde bulundururum.					
14	Durumlara farklı bakış açılarından bakarım.					
15	Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim.					
16	Davranışların nedenlerini anlamaya çalışırken bütün olası gerçekleri ve bilgileri göz önünde bulundururum.					
17	Zor durumlarda, şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissederim					
18	Zor bir durumla karşılaştığımda durur ve çözüm için çeşitli yollar düşünürüm.					
19	Zor durumlara karşılaştığımda birden çok çözüm yolu bulabilirim.					
20	Zor durumlara ilgili harekete geçmeden önce pek çok seçeneği değerlendiririm.					

Ek 4. Beck Umutsuzluk Ölçeği

E. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ya da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak yuvarlak içine alınız.

1.	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	Evet	Hayır
2.	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	Evet	Hayır
3.	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	Evet	Hayır
4.	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	Evet	Hayır
5.	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	Evet	Hayır
6.	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	Evet	Hayır
7.	Geleceğimi karanlık görüyorum.	Evet	Hayır
8.	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	Evet	Hayır
9.	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.	Evet	Hayır
10.	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	Evet	Hayır
11.	Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	Evet	Hayır
12.	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	Evet	Hayır
13.	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	Evet	Hayır
14.	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	Evet	Hayır
15.	Geleceğe büyük inancım var.	Evet	Hayır
16.	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	Evet	Hayır
17.	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	Evet	Hayır
18.	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	Evet	Hayır
19.	Kötü günlerden çok , iyi günler bekliyorum.	Evet	Hayır
20.	İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim	Evet	Hayır

Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği

F. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **Bugün Dahil Son Bir (1) Haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde H oş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacakkorkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olmaduygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya darahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği

G. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (su an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak**, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)

- a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
- b. Kendimi üzgün hissediyorum
- c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
- 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 bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek

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 doyum (zevk) alabiliyorum
- b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
- c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
- d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı

5)

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

6)

- a. Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim
- b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılmışım 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 şey yapamam
c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d. Eğer bir fırsatımı 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 düşünüyorum 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 çok çaba harcıyorum

c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum

d. Artık hiç çalışmıyorum

16.

a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum

b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum

c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, 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, kolayca ve çabuk yoruluyorum

d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum

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 fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum

b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım

d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

20.

a. Sağlığım beni pek endişelendiriyor

b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var

c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor

d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum

21.

- a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
- b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
- c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
- d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu)

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylere Çevrimiçi Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma

DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(FORM3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

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

ÇALIŞMANIN NEDİR?

Bu çalışmada, sizin gibi intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylerde çevrimiçi işsel davranışçı düşünce, bilişsel etkililiğini amaçlamaktadır.

KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için, "18 yaşını doldurmuş olmak, son altı ay içinde en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olmak, Bilgisayar kullanabilme ve Google Meet programını yönetebilecek bilgi ve sahip olma, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak ve depresyon tanısı almak" gibi özelliklere sahip olmanız

BİR

Araştırmada aldığınız araştırma hakkında araştırma

süresi 50 dakika olmak üzere haftada iki seans toplam 20 seans bireysel Bilişsel Davranışçı Terapi uygulanacaktır. Google Meet üzerinden yapılacak çevrimiçi BDT seanslarının kayıt altına alınacaktır. Size uygulayacağımız Bilişsel Davranışçı Terapi, bütün duygusal tepkilerimizin kökeninde düşüncelerimizin yattığını varsaymaktadır. Bu varsayımdan hareketle, intihar davranışınızın temelinde düşüncelerinizdeki hatalar yatmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi sizlere rahatsızlık veren bu hatalı düşüncelerin gerçekçi bir şekilde değerlendirilip değiştirilmesi, duygularda ve davranışlarda düzelmelere odaklı yapılandırılmış bir yöntemidir. Araştırmamızın yönergesine uygun sizden çalışma öncesi(0), çevrimiçi Bilişsel Davranışçı seanslarınızın tamamlanmasının ardından oluşan "Kişisel Bilgi Formu", 36 adet sorudan oluşan "İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)", 20 adet oluşan "Bilişsel Envanteri" oluşan "Bec

Tarih/Versiyon:03/04/2023

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev.Tarihi/No.su:	Sayfa
	Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	1/4

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylere Çevrimiçi Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma

Ölçeği (BUÖ)" " 21 adet sorudan oluşan "Beck depresyon ölçeği (BDÖ)" ve oluşan "Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)" formlarını doldurmanız

Sorumluluğunuz araştırma belirleyeceğimiz gün ve saatlerde bilgisayarda online olarak Google meet üzerinden katılmanızdır. Bu koşullara uymadığınız araştırmacı dışı bırakılabilir.

NEDİR?

Araştırmada sayıtlı

ÇALIŞMANIN SÜRESİ

araştırma aydır.

ARAŞTIRMADAKİ

SÜRESİ

araştırmada almanız Bilişsel Davranışçı seansı dakika ve haftada iki seans olmak üzere toplam 20 seanstir. Ayrıca çalışma öncesi, çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapi seanslarınızın tamamlanmasının ardından 1., 3. ve 6. Aylarda veri toplama formlarını doldurmanız 60 dakikadır.

ÇALIŞMA

İLE

NEDİR?

çalışmanın baş geleceğe düşünce öğrenmek, sorunlarınızı acıyı geliştirmek, yararları bulunmaktadır. hatalarınızın farkına arttırmak, algıladığınız

ÇALIŞMAYA

İLE

RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara "cevap vermediğinizde, soru formuna cevap vermeye devam etmek istemediğinizde" araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

HERHANGİ BİR

KİMDEDİR

Araştırmaya bağlı değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK

İÇİN KİMİ

çıkabilecek bulunmamaktadır. sorunuz ya da probleminiz olduğu zaman Sorumlu Araştırmacı Hülya ARSLANTAŞ'a 02562138866 Yardımcı Araştırmacı ASLAN'a

Tarih/Versiyon:03/04/2023

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi/No.su:	Sayfa
	Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	2/4

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylere Çevrimiçi Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma

0507 667 20 04 telefon ve aslanrahime@gmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA Kİ GİDERLER KARŞILANACAKMIDIR?

Çalışma kapsamında bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYI

Çalışmayı

ÇALIŞMAYA NEDENİYLE HERHANGİ BİR

araştırmada almanız yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA

GEREKİR?

ARAŞTIRMADAN

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizin ile ilgili kullanılmayacaktır.

İLİŞKİN BİLGİLER

GİZLİLİK SAĞLANA BİLECEK MİDİR?

tıbbi araştırmanın tutulacaktır araştırma yayınlansa gerektiğinde ulaşabilir. istediğinizde ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi nsfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki araştırmaya ilişkin yapılan katılım baskı olmaksızın hakları kaybetmeyeceğimi in bana sağladığı

imzalı kopyası

Tarih/Versiyon:03/04/2023

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi/No.su:	Sayfa
	Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	3/4

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylere Çevrimiçi Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma

		İMZASI
ADRESİ		
TARİH		

		İMZASI
ADRESİ		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE	YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ	İMZASI
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA		İMZASI
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/Versiyon:03/04/2023

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi/No.su:	Sayfa
	Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	4/4

Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma	Tanılı
--	---------------

KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(FORM3)

DİKKATLİCE

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

ÇALIŞMANIN NEDİR?

Bu çalışmada, sizin gibi intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı bireylerde çevrimiçi bilişsel davranışçı amaçlamaktadır. düşünceci, bilişsel etkililiğini

KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için, "18 yaşını doldurmuş olmak, son altı ay içinde en az bir kez intihar girişiminde bulunmak, Bilgisayar kullanabilme ve Google Meet programını yönetebilecek bilgi ve beceriye sahip araştırmaya katılmaya tanısı almak" olmanız

BİR

Araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Araştırmamızın yönergesine çalışma beş adet sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu", 36 adet sorudan oluşan "İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)", 20 adet sorudan oluşan "Bilişsel Esneklik Envanteri" 20 adet sorudan oluşan "Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)" " 21 adet sorudan oluşan "Beck depresyon ölçeği (BDÖ)" ve 21 adet sorudan oluşan "Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)" toplama formlarını doldurmanız istenecektir. eğitim uygulanacaktır.

Sorumluluğunuz araştırma dışı bırakabilme yetkisine koşullara

NEDİR?

Araştırmada sayısı 50'dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ

Tarih/Versiyon:03/04/2023

BelgeKodu	Rev.Tarihi/No.su:	Sayfa
Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	1/4

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Tanılı
Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma

araştırma aydır.
ARAŞTIRMADAKİ SÜRESİ
araştırmada almanız dakikadır.

ÇALIŞMAYA İLE NEDİR?
çalışmanın yararı

ÇALIŞMAYA İLE RİSKLER NEDİR?
Çalışmaya katılma bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?
Araştırma “ vermediğinizde,
istemediğinizde” araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

HERHANGİ BİR KİMDEDİR

Araştırmaya bağlı değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK İÇİN KİMİ
Uygulama süresi boyunca sizin için çıkabilecek herhangi bir sorun bulunmamaktadır. Ancak herhangi bir olduğu Sorumlu Araştırmacı ARSLANTAŞ'a
mail adresinden, Yardımcı Araştırmacı Rahime ASLAN'a ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAKMIDIR?
Çalışma kapsamında bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYI
Çalışmayı

ÇALIŞMAYA NEDENİYLE HERHANGİ BİR
araştırmada almanız yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA GEREKİR? ARAŞTIRMADAN

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizin ile ilgili amaçla kullanılmayacaktır.

İLİŞKİN BİLGİLER GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?
tıbbi tutulacaktır araştırma yayınlansa

Tarih/Versiyon:03/04/2023

BelgeKodu	Rev.Tarihi/No.su:	Sayfa
Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	2/4

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma	Tanıtlı
---	----------------

araştırmanın gerektiğinde ulaşabilir. istediğinizde ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki araştırmaya ilişkin yapılan katılım baskı olmaksızın içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi

imzalı kopyası

		İMZASI
ADRESİ		
TARİH		

		İMZASI
ADRESİ		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER	YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ	İMZASI
------------------------	---------------------------	--------

Tarih/Versiyon:03/04/2023

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi/No.su:	Sayfa
	Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	3/4

Araştırmanın Adı: İntihar Girişiminde Depresyon Tanılı Bilişsel Davranışçı İntihar Düşüncesi, Bilişsel Etkililiği: Çalışma

TARİH		

GEREKTİĞİ		İMZASI
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/Versiyon:22.04.2021

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi/No.su:	Sayfa
	Form3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	4/4

Ek 9. Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 25.03.2021-19978



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-50107718-050.99-19978
Konu : 2021-240 nolu çalışmamız

Sayın Prof.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.03.2021 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan III nolu karar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Ek:Karar (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFKH73CMU Pin Kodu :25872

Belge Takip Adresi : <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/BSFKH73CMU>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon:02562138866 Faks:0256 214 66 87

e-Posta:rektorluk@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr

Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emir Hatice Selda Korkmaz

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76261397-050.99-31755
Konu : 2021-240 nolu çalışmanız

Sayın Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.05.2021 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan II nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

KARAR :II

Protokol No : 2021/240

Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca **05.04.2021** tarihinde onay verilen Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ' ın "İntihar Girişiminde Bulunan Majör Depresyon Tanılı Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik Ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı klinik araştırmasının **22.04.2021** tarihli **Önemli Değişiklik Formu**, ekleri dosya halinde görüldü.

Önemli Değişiklik Formunda; "İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylerde Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik Ve Umutsuzluk Üzerine Etkiliği: Randomize Kontrollü Çalışma" olarak değiştirileceği bildirilmiş, çalışmanın bu haliyle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSLKPBER8U Pin Kodu :92092

Belge Takip Adresi : <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/BSLKPBER8U>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon:02562138866 Faks:0256 214 66 87

e-Posta:rektorluk@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr

Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emir Hatice Selda Korkmaz

Unvan: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76261397-050.99-172808
Konu : 2021-240 nolu çalışmanız

Sayın Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.05.2022 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan III nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

KARAR :III

Protokol No : 2021/240

Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca Hemşirelik Fakültesi Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ' ın "İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylerde Çevrimiçi Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik Ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı klinik araştırmasının **29.04.2022** tarihli **Önemli Değişiklik Formu**, ekleri dosya halinde görüldü.

Önemli Değişiklik Formunda; Tez adının "İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylerde Çevrimiçi Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma" olarak değiştirilmesi, 2. Form 2'de çalışmanın ana amacına "bireylere" ve "uygulanan" ifadesinin eklenmesi, 3. Form 2'de çalışmanın gerekçesine "bireylere" ve "uygulanan" ifadesinin eklenmesi, 4. Form 2'de hipotezlere "bireylere" ve "uygulanan" ifadesinin eklenmesi, 5. Form 2'de çalışma metodunun ayrıntılarında kullanılan veri toplama araçlarından kişisel bilgi formunun soru sayısının 24 olarak değiştirilmesi, 6. Form 2'de çalışmanın özeti kısmına çalışmanın ana amacına "bireylere" ve "uygulanan" ifadesinin eklenmesi ve kullanılan veri toplama araçlarından kişisel bilgi formunun soru sayısının 24 olarak değiştirilmesi, 7. Form 9'da çalışmanın amacına "bireylere" ve "uygulanan" ifadesinin eklenmesi, 8. Form 9'da hastaların bireysel ve klinik özelliklerinin yer aldığı 17. sorudan sonra 18. soru olarak "Şuan kendinize zarar verme düşünceniz var mı?" sorusunun eklenmesi, Form 9'da hastaların bireysel ve klinik özelliklerinin yer aldığı 22. ve 23. Sorulardan majör ifadelerinin kaldırılması, 10. Form 9'da intihar olasılığı ölçeğinin 18 numaralı eksik olan "İşlerim yolunda gidiyorsa benziyor." ifadesinin "İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum." Olarak değiştirilmesi 11. Form 3 (Deney ve kontrol grubu BGOF'ları)'de nasıl bir uygulama yapılacaktır kısmına kişisel bilgi formu soru sayısının 24 olarak değiştirilmesi, 12. Form 1, Form 2, Form 3 (Deney ve kontrol grubu BGOF'ları), Form 6, Form 9, Form 11 ve Form 12'de araştırma adının değiştirileceği bildirilmiş, çalışmanın bu haliyle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC6N3F64T

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSC6N3F64T&eS=172808>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon:02562138866 Faks:0256 214 66 87
e-Posta:rektortluk@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emir Hatice Selda
KORKMAZ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. 1/2

EK 10. Kurum İzni



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-44021967-605.01
Konu : Araştırma İzni (Prof. Dr. Hülya
ARSLANTAŞ, Rahime ASLAN)
Hk.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Rahime ASLAN tarafından, Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'ın danışmanlığında, Haziran 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalarla "**İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylerde Çevrimiçi Bilişsel Davranış Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma**" konulu çalışma yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışma ile ilgili Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığının uygun görüş yazısı ekte sunulmuş olup çalışmanın, Haziran 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında yapılabilmesi hususunu; Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Mete ERKİ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
Dr.Osman AÇIKGÖZ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı yazısı.

Zeybek Mahallesi İzmir Bulvarı No:118 AYDIN
Telefon: Faks No: (0256) 215 1611
e-Posta: hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü
(Sağlık Hizmetleri Birimi)

Bilgi için: Hasan DEMİRPENÇE
ŞEF
Telefon No: (0 256) 213 50 00

Ek 11. Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi Katılım Belgesi



Katılım Belgesi

Sayın Rahime ASLAN

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği tarafından İzmir’de, Ekim 2019 – Mayıs 2020 tarihleri arasında düzenlenen, 50 saatlik *Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi*ne katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Bilişsel Terapinin Kuram ve Temel İlkeleri, Bilişsel Davranışçı Kişilik Kuramı, Depresyon, Panik Bozukluk, Özgül Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Fobi, Sınav Anksiyetesi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Somatoform Bozuklukların Bilişsel Davranışçı Kuram ve Terapileri, Travmada Bilişsel Davranışçı Terapi)

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

Belge no: 2019-K-045

İRAN CADDESİ, KARUM İŞ MERKEZİ, NUMARA: 21/463(6. KAT), ÇANKAYA

ANKARA - TÜRKİYE

www.bilisseldavranisci.org • e.mail: info@bilisseldavranisci.org Tlf: +90 5442242601

Ek 12. Bilişsel ve Davranışçı Terapi Beceri Kazandırma Eğitimi Katılım Belgesi



Katılım Belgesi

Sayın Rahime ASLAN

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği İzmir Eğitimleri'nin
06 Şubat - 28 Mart 2021 tarihleri arasında düzenlediği
Beceri Kazandırma Eğitimi'ne 30 saat katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Sorun Saptama, Amaç Belirleme, Bilişsel Modeli Sunma, Gündem Belirleme, Kesitsel Formülasyon Yapma, Düşünceye Müdahale Etme, Ödev Düzenleme, Davranış Deneyleri, Maruz Bırakma Programlama, Derine İnme, İnançları Saptama-Değiştirme, Alternatif İnanç Geliştirme.)

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

Belge no: 2021-Be-030

İRAN CADDESİ, KARUM İŞ MERKEZİ, NUMARA: 21/463(6. KAT), Ç A N K A Y A

A N K A R A - T U R K E Y

www.bilisseldavranisci.org • e.mail: info@bilisseldavranisci.org Tlf: +90 5442242601

Ek 13. Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulayıcı Sertifikası



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“İntihar Girişiminde Bulunan Depresyon Tanılı Bireylere Çevrimiçi Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin İntihar Düşüncesi, Bilişsel Esneklik ve Umutsuzluk Üzerine Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı Doktora tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Rahime ASLAN

... / ... / 2023

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı	: ASLAN, Rahime
Uyruk	: T.C.
Doğum yeri ve tarihi	: Nizip/ 30.09.1989
Telefon	: 0 507 667 20 04
E-posta	: rahime.aslan@ksbu.edu.tr
Yabancı dil	: İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2023
Y. Lisans	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	03.02.2014
Lisans	Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	07.06.2011

BURSLAR ve ÖDÜLLER-

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2009-2010	Nizip Devlet Hastanesi –Acil Servisi	Hemşire
2010-2016	Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi- Yoğun Bakım	Hemşire

2016-2018	Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Kapalı Psikiyatri Servisi	Uz. Hemşire
2018-2021	Aydın Devlet Hastanesi- Psikiyatri Servisi	Uz. Hemşire
2021- 2022	Aydın Devlet Hastanesi- ARS Yoğun Bakım	Uz. Hemşire
Kasım 2022- Halen	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

Neyal, A., Aslan, R., Benbir, G., Bölükbaşı, F., Uğur, M. G., Acıkgöz, S., ... & Karadeniz, D. (2013). Prevalence of restless legs syndrome in pregnancy and associated conditions in a Turkish population. *Journal of the Neurological Sciences*, 333, e655.

Neyal, A., Senel, GB, Aslan, R., Nalbantoğlu, M., Açıköz, S., Yılmaz, N., ... ve Karadeniz, D. (2015). Gebelik sırasında ve sonrasında Willis – Ekbom hastalığı / huzursuz bacak sendromu üzerine prospektif bir çalışma. *Uyku Tıbbı*, 16 (9), 1036-1040.

Aslan, R., Bulut, M., Arslantaş, H. (2020). Flört Şiddeti. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 7, Sayı: 45, Nisan 2020, s. 365-384 ISSN: 2149-0821 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.29228/SOBIDER.42068>

Bulut, M., Aslan, R., & Arslantaş, H. (2020). Kabul Edilmemesi Gereken Toplumsal Bir Gerçek: Yakın Partner Şiddeti. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(2), 334-347.

Şahin Altun, Ö., Ejder Apay, S., Mehel Tutuk, S.P., Sönmez, T., Polat, Ü., Şen, Z., Akar, A. & Aslan, R. (2020). Türkiye'de Kadınların Ruhsal Durumunun Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Kesitsel Çalışma. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3),178-188.

Aslan, R., & Arslantaş, H. (2022). Nörobilim Ve Psikiyatri Hemşireliğinde Kullanımı: Hayal Ya Da Gerçek?. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(1), 202-213.

Öner, H., Arslantaş, H., Koruklu, N., Sari, E., & Aslan, R. (2022). COVID-19 Patients' Life Events, Emotional Health And Post-Illness Awareness: A Qualitative Study. *Journal of community health nursing*, 39(2), 90-106.

Kunt, R., Aslan, R. (2022). Bir devlet hastanesi bünyesinde bulunan bağımsız nitelikteki inme ünitesinin verileri. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*; proof. doi: 10.5505/tbdhd.2022.08216

2. PROJELER-

3. BİLDİRİLER -

A) Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler

Şahin Altun, Ö., Ejder Apay, S., Sakar, T., Polat, Ü., Tutuk, P.M., Düzenli, Z., Nazlı, A., Aslan, R., Can, G., Yurttaş, A. (2015). Evaluation Of Mental State That Women In Turkey: Multicenter Sectional The Study. First International Scientific Nursing and Midwifery congress.

B) Ulusal Kongrelerde Sunulan Bildiriler -