

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR İLÇEDE 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ SIKLIĞI  
İLE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ

UZMANLIK TEZİ

DR. İREM MEDENİ

ANKARA 2016





T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR İLÇEDE 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ SIKLIĞI  
İLE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ

UZMANLIK TEZİ

DR. İREM MEDENİ

ANKARA 2016

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR İLÇEDE 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ SIKLIĞI  
İLE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ

UZMANLIK TEZİ

DR. İREM MEDENİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. MUSTAFA NECMİ İLHAN

ANKARA 2016

**Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tez Sınav Tutanağı**

Adı ve Soyadı	İrem MEDENİ
Baba Adı	Fatih
Doğum Yeri/Tarihi	Ankara / 29.06.1986
Diploma Tarihi / Diploma No	15.07.2011 / 1113010107
Mezun Olduğu Fakülte	Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı
İhtisas Süresi	Yıl: 4                      Ay: -
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

**UZMANLIK TEZİNİN ADI:** Bir İlçedeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Sıklığı İle İlişkili Risk Etmenleri

**JÜRİ KARARI:**

*Uygun bulunmuştur*

**JÜRİ ÜYELERİ**

*Sefer Aycan*  
BAŞKAN

Prof. Dr. Sefer AYCAN

22.8.2016

ÜYE

Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan

*Mustafa Necmi İlhan*

ÜYE

Prof. Dr. Deniz Çankıran

*Deniz Çankıran*

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama sürecimde gösterdiği yardımları için tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan'a,

Araştırmanın yürütülmesindeki katkılarından dolayı arkadaşım Uzm. Dr. Asiye Sezer'e,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, hayatımın her aşamasında beni destekleyen ve hiçbir fedakârlığı esirgemeyen canım annem, babam ve kardeşime,

Sevgisini hep hissettiğim, hayatıma değer katan sevgili eşime teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>İÇİNDEKİLER</b>	i
<b>TABLO DİZİNİ</b>	vi
<b>KISALTMALAR</b>	vii
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b>	1
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	4
<b>2.1.Depresyon</b>	4
<i>2.1.1.Depresyonun Tanımı</i>	4
<i>2.1.2.Depresyonun Tarihçesi</i>	5
<i>2.1.3.Depresyonun Epidemiyolojisi</i>	7
<i>2.1.4.Depresyonun Güncel Sınıflaması</i>	9
<i>2.1.4.1.Majör Depresif Bozukluk</i>	9
<i>2.1.4.2.Distimik Bozukluk</i>	10
<i>2.1.4.3.Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu</i>	10
<i>2.1.4.4.Premenstruel Disforik Bozukluk</i>	10
<i>2.1.4.5.Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk</i>	11
<i>2.1.4.6.Tıbbi Durumlar</i>	11
<i>2.1.4.7.İlaçlara Bağlı Depresyon</i>	11
<b>2.1.5.Depresyonun Etiyolojisi</b>	11
<i>2.1.5.1.Biyolojik Etkenler</i>	11
<i>2.1.5.2.Nöroendokrin Değişiklikler</i>	12
<i>2.1.5.3.Uyku Bozukluklar</i>	12
<i>2.1.5.4.Genetik Yatkınlık</i>	13
<i>2.1.5.5.Biyolojik Beden Saati</i>	13

<i>2.1.5.6.Psikolojik Etkenler</i>	13
<b>2.1.6.Depresyon Risk Faktörleri</b>	14
<i>2.1.6.1.Cinsiyet</i>	14
<i>2.1.6.2.Yaş</i>	14
<i>2.1.6.3.Medeni Durum</i>	15
<i>2.1.6.4.Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler</i>	15
<i>2.1.6.5.Sosyo-Ekonomik Düzey</i>	16
<i>2.1.6.6.Puerperal Etkenler</i>	16
<i>2.1.6.7.Diğer Risk Etmeleri</i>	17
<b>2.1.7.Depresyonun Kliniği</b>	17
<i>2.1.7.1.Duygulanım Bozukluğu</i>	17
<i>2.1.7.2.Bilişsel Bozukluklar</i>	17
<i>2.1.7.3.Davranış Bozukluğu</i>	18
<i>2.1.7.4.Bedensel Belirtiler</i>	18
<b>2.1.8.Depresyonun Ekonomik Maliyeti</b>	19
<i>2.1.8.1.Doğrudan Maliyetler</i>	20
<i>2.1.8.2.Dolaylı Maliyetler</i>	20
<b>2.1.9.Depresyonda Tanı</b>	21
<b>2.1.10.Depresyonun Ölçümü</b>	21
<i>2.1.10.1.Beck Depresyon Ölçeği</i>	22
<i>2.1.10.2.Zung Depresyon Ölçeği</i>	22
<i>2.1.10.3.Geriatrik Depresyon Ölçeği</i>	23
<i>2.1.10.4.Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği</i>	23
<i>2.1.10.5.Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği</i>	24

<i>2.1.10.6.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği</i>	24
<i>2.1.10.7.Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği</i>	24
<b>2.1.11.Depresyon Tedavisi</b>	24
<i>2.1.11.1.Farmakolojik Tedavi</i>	25
<i>2.1.11.2.Bilişsel Davranışçı Tedavi</i>	26
<i>2.1.11.3.Yeni Tedavi Yaklaşımları</i>	27
<b>2.2.Anksiyete Bozuklukları</b>	28
<b>2.2.1.Anksiyetenin Tanımı</b>	28
<b>2.2.2.Anksiyete Bozukluklarının Tarihçesi</b>	29
<b>2.2.3.Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi</b>	30
<b>2.2.4.Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması</b>	32
<i>2.2.4.1.DSM-V Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları</i>	33
<b>2.2.5.Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi</b>	33
<i>2.2.5.1.Psikolojik Teoriler</i>	33
<i>2.2.5.2.Biyolojik Teoriler</i>	34
<i>2.2.5.3.Genetik</i>	34
<i>2.2.5.4.Nörotransmitterler</i>	35
<b>2.2.6.Anksiyete Bozukluklarının Risk Etmenleri</b>	35
<b>2.2.7.Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri</b>	37
<i>2.2.7.1.Panik Bozukluğu</i>	38
<i>2.2.7.2.Agorafobi</i>	39
<i>2.2.7.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu</i>	40
<i>2.2.7.4.Sosyal Anksiyete Bozukluğu</i>	42
<i>2.2.7.5.Özgül Fobi</i>	43

2.2.7.6.Elektif Mutizm	43
2.2.7.7.Ayrılma Anksiyetesi	44
<b>2.2.8.Anksiyete Bozukluklarının Tanısı</b>	44
2.2.8.1.DSM V'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Tanı Ölçütleri	45
<b>2.2.9.Anksiyetenin Ölçümü</b>	49
2.2.9.1.Beck Anksiyete Ölçeği	49
2.2.9.2.Hamilton Anksiyete Ölçeği	49
2.2.9.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği	49
2.2.9.4.Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	50
<b>2.2.10.Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi</b>	50
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	52
<b>3.1.Araştırma Bölgesinin Tanıtılması</b>	52
<b>3.2.Araştırmanın Tipi</b>	52
<b>3.3.Araştırmanın Evreni</b>	52
<b>3.4.Araştırmanın Örnekleme</b>	52
<b>3.5.Araştırmanın Değişkenleri</b>	54
3.5.1.Bağımlı Değişkenler	54
3.5.2.Bağımsız Değişkenler	54
<b>3.6.Araştırmada Kullanılan Araç- Gereç</b>	55
<b>3.7.Araştırmanın Uygulanması</b>	56
<b>3.8.Araştırma Takvimi</b>	57
<b>3.9.Araştırmanın Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi</b>	57
<b>3.10.Araştırmanın Kısıtlılıkları</b>	58
<b>4.BULGULAR</b>	59

<b>5.TARTIŞMA</b>	80
<b>5.1.Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması</b>	80
<b>5.2.Depresyonla İlgili Bulguların Tartışılması</b>	82
<b>5.3.Anksiyete İle İlgili Bulguların Tartışılması</b>	84
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	86
<b>7.KAYNAKLAR</b>	88
<b>8.ÖZET</b>	95
<b>9.İNGİLİZCE ÖZET</b>	97
<b>10.EKLER</b>	99
<b>EK 1.</b>	99
<b>EK 2.</b>	104
<b>11.ÖZGEÇMİŞ</b>	108



## TABLO DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
Tablo 1. Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Gruplarına Göre Tabakalandırılması	53
Tablo 2. Araştırma Takvimi	57
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	59
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	61
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	62
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Dağılımı	63
Tablo 7. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu	64
Tablo 8. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu	66
Tablo 9. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu	68
Tablo 10. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu	69
Tablo 11. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu	71
Tablo 12. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu	72
Tablo 13. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu	74
Tablo 14. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu	76
Tablo 15. Katılımcıların Depresyon Olma Durumlarına Göre Anksiyete Olma Durumu	78
Tablo 16. Depresyon Olma Durumlarını Etkileyen Etmenlerin Tahmini Rölatif Riskleri	78
Tablo 17. Anksiyete Olma Durumlarını Etkileyen Etmenlerin Tahmini Rölatif Riskleri	79

## KISALTMALAR

**ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon

**BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği

**BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

**DALY:** Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı

**DSM:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'

**SAB:** Sosyal Anksiyete Bozukluğu

**SSGİ:** Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri

**TRH:** Tirotropin Salgılatıcı Hormon

**TSA:** Trisiklik Antidepresanlar

**TSH:** Tiroid Uyarıcı Hormon

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

## 1.GİRİŞ VE AMAC

Bütün dünyada yaşanan sosyal, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle sağlık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanım, çağdaş sağlık anlayışının ruh sağlığına verdiği önemi gösterir. <sup>1</sup>

Günümüzde ruhsal ve fiziksel hastalıkların çoğunun biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikteliği olduğu bilinmektedir. Ruhsal sorun ve davranış bozuklukları, tüm ülkelerde tüm yaş gruplarını etkileyen ve kişilerin olduğu gibi ailelerin ve toplumların da acı çekmesine neden olan hastalıklardır. <sup>2</sup> Tüm dünyada yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır. <sup>3</sup> Her dört kişiden biri hayatı boyunca bu tür hastalıklardan birisine yakalanmaktadır. <sup>4</sup>

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır. <sup>5</sup> Bu hastalıklar içinde, depresyonun toplumda en yaygın görülen ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle önemli bir yeri vardır.

Depresyona karşı, etkin önleme ve tedavi biçimleri olmasına rağmen, yalnızca ülkemizde değil bütün dünyada, önleme ve tedavi olanaklarının olmadığı şeklinde genel bir kanı vardır. Bu sebeple birçok insan hayatını mutsuz duygu, düşünce ve deneyimlerle doldurmaktadır. Bu durum kişinin yaşamı algılamasında, sahip olduğu duygular, değerler ve çevreye bakış açısında değişikliklere neden olmaktadır. <sup>6</sup>

Depresif bozukluklar; kişinin fizyolojisi, biyokimyası, duygu durumu, düşünceleri ve davranışları dahil olmak üzere vücudun bütün olarak etkilendiği bozukluklardır. Depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı çekirdek özelliklerdir.

Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen belirtilerdir.<sup>7</sup>

Günümüzde depresyon dünya genelinde 350 milyon insanı etkilemektedir. Depresif bozukluklar genellikle genç yaşlarda başlamakta ve insanların fonksiyonlarını azaltıp tekrarlamaktadırlar. Depresyon %4,3'lük DALY ile dünya çapındaki üçüncü sıradaki yeti yitimi sebebidir.<sup>8</sup>

Depresyon aynı zamanda intihar ile sonuçlanabilmektedir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan populasyonda intihar sıklığı 100.000'de 8,3 iken, depresif bozukluklarda 100.000'de 83 olarak saptanmıştır.<sup>9</sup> Depresyon hem erkek hem de kadınlar için önemli bir sağlık sorunu olmakla birlikte kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha sık görülmektedir.<sup>10</sup>

Yapılan çalışmalar, depresyonda en sık görülen belirtilerden birisinin anksiyete olduğunu göstermektedir.<sup>11</sup> Ömür boyu bir majör depresif bozukluk öyküsü olan yetişkinlerin yaklaşık %50-60'ında aynı zamanda bir ya da daha fazla anksiyete bozukluğu öyküsü de bulunmaktadır. Majör depresif bozukluğu olanların en az %65'inde orta şiddette ve %20-25'inde şiddetli anksiyete belirtileri görülmektedir. Majör depresif bozuklukta anksiyetenin varlığının duygudurumda hızlı ve ani değişimlere, özkıyım oranlarında artışa, sağaltımda ve gidişte kötü sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir.<sup>12</sup>

Anksiyete, açıkça ayırt edilebilir bir uyarana ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir belirtidir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı

terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır. <sup>13</sup>

Yurtdışında yapılan bir çalışmada tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %10,1 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır. <sup>14</sup> Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre toplumun %5-10'unda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu vardır. <sup>15</sup> Amerikan Ulusal Eşitlik Çalışması verilerine göre yaşam boyu sıklık kadınlarda %30,5 iken erkeklerde %19,2'dir. <sup>16</sup>

Türkiye'de ruhsal sorun ve bozuklukların yaygınlığı ve bu yaygınlığı belirleyen etkenlere ilişkin bilgiler oldukça kısıtlıdır. Türkiye nüfusunu temsil eden bir örnekleme yapılmış bir çalışma olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışması 1995-1996'da yapılmıştır. Bunun yanında gençler, kadınlar, gebeler, yaşlılar, üniversite öğrencileri, sağlık çalışanları gibi farklı gruplarda ruh sağlığı çalışmaları yapılmış olmakla birlikte; toplumun tüm sosyodemografik özelliklerini içeren çalışma bulunmamaktadır. <sup>15 17 18 19 20</sup>

Oysaki toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığı, dağılımı, nedenleri, risk gruplarının saptanması gibi konular ülkenin ruh sağlığı politikasının belirlenmesi için gereklidir. Bunları sağlayacak en iyi çalışmalar saha çalışmalarıdır.

Bu doğrultuda yapmış olduğumuz çalışmada Aksaray ilinin Ağaören ilçesinde 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığı ile ilişkili risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Depresyon**

#### ***2.1.1.Depresyonun Tanımı***

Latince kökü “depressus” olan depresyon kelimesi aşağı doğru bastırmak, bitkin, gamlı, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamına gelmektedir. Depresyonun Türkçe karşılığı ruhsal çöküntü veya çökkünlüktür. <sup>21</sup>

Depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum içsel olarak yaşantılanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını değiştiren hâkim ve sürekli duygu tonudur. Duygulanım ise duygudurumunun dışa ifade edilmesidir. Duygudurum normal, yükselmiş ya da çökkün olabilir. Depresyonda duygudurumunun çökkün hali görülür. <sup>7</sup>

İnsanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır. <sup>22</sup>

Depresyon, ortaya çıkış nedenleri, gidişi ve tedavisi bakımından oldukça karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntü durumu değildir, depresyon olarak tanımlanan belirtiler ve bulgular kümesinin bütünüdür. Genel olarak depresyon; üzüntülü duygudurum halinde düşüncede, konuşmada ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik,

yorgunluk, dikkat eksikliği, isteksizlik, zevk alamama, karamsarlık duygusu ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir hastalık tablosudur. <sup>23 24</sup>

### ***2.1.2. Depresyonun Tarihçesi***

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahit'te ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlamak mümkündür. Bazı mitolojilerde, eski ve yeni dinlerde Tanrı'ya başkaldıran, insana bütün kötülükleri yaptıran varlık şeytan olarak kabul edilmektedir. M.Ö.1400-1500 yıllarında Hindistan'da şeytan, depresyonların ortaya çıkmasında rol oynayan tek etken olarak görülmüştür. İlk çağda Platon ruhsal hastalıkların doğa ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Melankolinin nedeni olarak tanrıları ve doğaüstü güçleri göstermiştir. <sup>25</sup>

Tanımlanan ilk ruhsal rahatsızlıklardan biri olan depresyonu tıp literatüründe ilk tanımlayan Hipokrat olmuştur. Hipokrat bu durumu kara safra olarak belirtmiş ve melankoli olarak adlandırmıştır. Hipokrat "kara safra" anlamına gelen melankoli terimiyle, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik, uykusuzluk, kaygı ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan melankoli olarak adlandırdığı bir hastalık tablosunu tanımlamıştır. <sup>26</sup>

Depresyona yatkınlığın fizyolojik bir bozukluğa bağlı olduğu eski Grek literatüründe geniş kabul görmüş, Aristo'nun "Problemata" kitabında ve Galen'in yazılarında tanımlanmıştır. Eski çağlarda uygulanan pek çok değişik tedavi türü, göz önüne alındığında, "nepenthes" adlı morfin türevinin antidepresif amaçlı kullanımı dikkat çekicidir. <sup>27</sup>

Orta çağda, ruhsal bozuklukların ve hastalıkların tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında İslam dünyası ağırlık kazanmıştır. Razi; insanın yaşantısını bitkisel, hayvansal ve mantıksal adını alan üç ayrı ruh durumunun oluşturduğunu ileri sürmüştür. Bu üç ruh durumlarının

eksikliğinin veya fazlalığının ruhsal bozukluğa yol açacağını belirtmiştir. Yeniçağda ruhsal bozukluk ve hastalıkların sınıflandırılmasında eski İslam, Roma ve Yunan hekimlerinin düşünceleri ön plana çıkmıştır. Fransa'da Fernel ruhsal bozuklukları ve hastalıkları beyin zarlarını, yapısını ve karıncıklarını bozan nedenlere bağlı olarak üç gruba ayırmıştır. Birinci grupta baş ağrılarına, ikinci grupta ateşli akıl hastalıkları ve maniye, üçüncü grup ise baş dönmesi, epilepsi, karabasan, kasılma ve titremeye yer vermiştir. İngiltere'de Timothy Bright, "Melankoli" adlı kitabında melankoliyi doğal ve doğal olmayan şeklinde iki gruba ayırmıştır. Doğal melankoliye kara safranın yol açtığını savunmuştur. İngiltere'de Thomas Willis, beyin ve ruh sağlığı hastalıklarının ortak nedenlerden kaynaklandığını düşünmüştür. 1621'de Burton "Melankolinin Anatomisi" adlı kitabında melankolinin değişik tiplerini tanımlamış, bunlara ilişkin belirtileri, bulguları ve ayırıcı tanıları belirlemiş ve beyin yapısıyla ilgili açıklamalar getirmiştir. <sup>28</sup>

Yakınçağda ruh hastalıklarının tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında Pinel önemli görüşler öne sürülmüştür. Nitekim kendinden önce var olan tüm isimlendirme ve sınıflandırmaları inceleyerek ruh hastalıklarını mani, melankoli, bunama ve zekâ geriliği olarak dörde ayırmış ve bu hastalıkların yapısal bozukluklar sonucu ortaya çıktığını savunmuştur. Duygulanımla ilgili hastalıkların kapsamlı tanımlaması ve sınıflandırılmasını önce Kahlbaum, sonra Kraepelin tarafından gerçekleştirilmiştir. Kahlbaum Almanya'da "distimi", "siklotimi" terimlerini tanımlamış ve bu terimlerin kapsamı içine giren duygulanım bozukluklarını sınıflamıştır. Kraepelin'le başlayan, akıl hastalıklarını nedenlerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü, duygu durum bozukluklarını sınıflandırmalarda daha sonra da etkisini sürdürmüştür. Özellikle 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de Kraepelin'in yaklaşımı etkili olmuş, psikanalizin de etkisiyle depresyon etiyolojik olarak sınıflandırılmaya devam etmiştir. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ve 1987'de yayınlanan DSM-III-R'de bu yaklaşım

değişikliğe uğramış, depresyonun klinik görüntüsünün endojenliği hakkında fikir vermeyeceği kabul edilerek depresyon bir durum olarak tanımlanmaya başlamıştır.<sup>29</sup>

Günümüzde, ülkemizde de yaygın biçimde kullanılan "DSM-IV Tanı Ölçütleri" ve "ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında farklı depresyon ve mani tiplerine yer vermiş, bunların tanı ölçütlerini sıralamıştır. 2013 yılının Mayıs ayında, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM'nin son sürümü olan DSM V kullanıma girmiştir.

### ***2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi***

Depresyon toplumda en yaygın görülen hastalıklardan birisidir. Son on yıl içinde Avrupa ülkelerinde ve Amerika'da yapılan büyük ölçekli çalışmalarda depresyon sıklığı %6,7 ile %87 arasında bulunmuştur.<sup>30</sup>

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan iki epidemiyolojik çalışma, 1991'deki Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) ve Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS)'dir. ECA çalışması, majör depresif bozukluğun yaşam boyu ve yıllık yaygınlığını sırasıyla %4,9 ve %2,7 olarak bildirmiştir. NCS'de ise yaşam boyu ve yıllık yaygınlıkları sırasıyla % 6,2 ve %6,6'dır.<sup>16 31 32</sup>

Mathers ve Loncar'ın, 2006'da Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı olarak, mortalite ve hastalık yükü tahminleri ile ilgili yapmış oldukları çalışmaya göre, 2030'da hastalıklı geçen yıl sayısı açısından üç hastalık için karamsar bir tablo olduğu bildirilmiştir: Bunlar; HIV/AIDS, unipolar depresif bozukluk ve iskemik kalp hastalığıdır.<sup>33</sup>

Altı Avrupa ülkesinde yaşayan 21425 kişi üzerinde yapılmış bir araştırmada ise yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 bulunmuş, en sık görülen ruhsal bozukluğun majör depresyon olduğu bildirilmiştir. Çalışmada depresyonun yaygınlığı %3,6-

8,5 arasında değişmekte olup, kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğu belirtilmiştir. <sup>34</sup> Japonya'da yapılan bir çalışmada majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %2,9 bulunmuştur. <sup>35</sup>

Majör depresyonun başlama yaşı tüm insanların %50'sinde 20 ve 50 yaşları arasında olmak üzere, başlama yaşının ortalaması 40'tır. Ancak yakın zaman epidemiyolojik verileri 20 yaşından genç insanlar arasında majör depresif bozukluk sıklığının artmakta olabileceğini düşündürmektedir. <sup>36</sup>

Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı belirlemek için ülke genelini temsil eden en önemli çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün projesi kapsamında 1995-1996 yılları arasında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasıdır. 18 yaş ve üstü 7479 kişi ile yapılan görüşmeler sonucunda, son 12 aydaki tanılar göz önüne alındığında görüşülen kişilerin %17,2'sinde en az bir ruhsal hastalık tanısı, %7,2'sinde depresif bozukluk tanısı konmuştur. <sup>37</sup>

Ülkemizde değişik toplum kesimlerinde standart tanı ölçek ve ölçütleri kullanılarak yapılan kesitsel alan araştırmalarında elde edilen sonuçların değerlendirildiği bir çalışmada, toplum içinde genel olarak, depresif belirtilerin %20, sağaltımı gerektirir klinik düzeyde depresyonun ise %10 dolayında prevalansları olduğu bildirmektedir. Ayrıca oranlarda depresyonu olanların yaklaşık üçte birinde bu bozukluğın kronikleştiği de görülmektedir. <sup>38</sup>

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı alışması'na göre, toplumda depresif bozukluk (majör+minör) sıklığı %9,3 olarak bulunmuştur. <sup>39</sup>

Depresif bozukluklardan en ciddi seyredenini majör depresyon olup aynı zamanda en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Tek bir nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülebilir. Majör depresif bozukluk her yaşta görülebilir, ancak orta yaşlarda ve özellikle de 40-50 yaşları arasında daha sık izlenir. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülür.

Yaklaşık her 4 kadından birisi ya da her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir majör depresif bozukluk dönemi geçirmektedir. <sup>40</sup>

#### ***2.1.4. Depresyonun Güncel Sınıflandırması***

DSM-V'in DSM-IV'ten farklı birkaç noktası bulunmaktadır. Buna göre DSM-V'e "Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu" ve "Premenstrüel disforik bozukluk" isimli iki depresif bozukluk daha eklenmiştir ve "Distimik Bozukluk" şeklindeki isim "Süregen Depresif Bozukluk" olarak değiştirilmiştir.

DSM-V' e göre depresif bozukluk alt grupları şu şekildedir:

- Majör depresif bozukluk
- Distimik bozukluk
- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
- Premenstrüel disforik bozukluk
- Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
- Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
- Diğer belirtilen depresif bozukluk
- Tanımlanmamış depresif bozukluk

##### ***2.1.4.1. Majör Depresif Bozukluk***

Ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekir.

- Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi
- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma

- İştah kaybı ya da kilo değişikliği
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Düşük enerji
- Kötü konsantrasyon
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Bu belirtiler önemli sıkıntıya yol açabilir veya psikososyal fonksiyonlarda bozukluğa sebep olabilir. Ayrıca bu belirtiler madde kullanımının veya genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi kaybı olmalıdır. <sup>41</sup>

#### *2.1.4.2. Distimik Bozukluk*

En az 2 yıl boyunca kronik olarak günün önemli bir kısmında çökkün duygudurum varlığı olarak tanımlanabilir. Kişiler duygudurumlarını üzgün veya dibe vurmuş olarak tanımlarlar. Çökkün duygudurum dönemleri, iştahsızlık veya aşırı iştah, uykusuzluk veya aşırı uyuma, yorgunluk, özgüven eksikliği, konsantre olamama veya karar vermede zorluk çekme çaresizlik durumlarından en az ikisini içerir. <sup>41</sup>

#### *2.1.4.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu*

En az bir yıldır devam etmek üzere, 10 yaşından önce başlayan bir bozukluktur. İrritabl ve sinirli duygudurum söz konusudur. Haftada en az üç kez yineleyen öfke nöbetleri vardır. <sup>41</sup>

#### *2.1.4.4. Premenstruel Disforik Bozukluk*

Semptomları belirgin çökkün duygudurum, anksiyete, emosyonel labilite, ilgi kaybı şeklindedir. Düzenli olarak luteal fazın son haftasında başlar, menstruasyondan birkaç gün sonra sona erer. <sup>41</sup>

#### *2.1.4.5.Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk*

Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin ve inatçı çökkün duygudurumdur. <sup>41</sup>

#### *2.1.4.6.Tıbbi Durumlar*

Vasküler hastalıklar, demans ve depresyon, diyabet, koroner arter hastalıkları, kanser tanısı, kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji, hipotiroiti gibi tıbbi durumlara bağlı depresyon açığa çıkabilir. <sup>41</sup>

#### *2.1.4.7.İlaçlara Bağlı Depresyon*

Rezerpin, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri, antikolesterol ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, kortikosteroidler, oral kontraseptifler, antiepileptikler, antineoplastik ilaçlar, antihistaminikler, antibiyotikler, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, antidepresan ilaçların kesilmesi ilaçlara bağlı depresyon nedenleri arasındadır. <sup>41</sup>

### **2.1.5.Depresyonun Etiyolojisi**

#### *2.1.5.1.Biyolojik Etkenler*

Günümüzde depresyon oluşumunda özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Depresyonda izlenen bu işlevsel bozukluklar ya beyin işlevlerinde ortaya çıkan değişikliklerden etkilenerek oluşmakta ya da depresyonun bizzat kendisi bu değişimlerin oluşumunda rol oynamaktadır. Genel yaklaşım ilk olarak nörotransmitter sistemleri arası dengenin bozulduğu şeklindedir. Yani nörotransmitter işlev patolojileri ilk basamağı oluşturmakta ve bu değişiklikler hücresel düzeydeki patolojileri etkileyerek depresyon oluşumuna yol açabilmektedir. Serotonin sistemi beyindeki en büyük

nörotransmitter sistemi topluluğudur ve serotonin nöronları beynin tüm bölgelerini inerve eder. Hipokampus, amigdala ve temporal loblar gibi limbik beyin bölgeleri ve duyuşal iletide rol oynayan talamus en yoğun inerve edilen alanlardandır. Depresyonda en fazla sözü geçen nörotransmitter seratonindir. Depresyonun nörobiyolojik açıklamasına yönelik birçok çalışmada “serotonin hipofonksiyonu”ndan söz edilir. Bunun dışında noradrenalin, nöropeptitler ve nörotrofinler de depresyon etiolojisinde rol almaktadır.<sup>42</sup>

#### *2.1.5.2.Nöroendokrin Değişiklikler*

Mizaç bozukluklarında endokrin sistemle ilgili çeşitli düzensizlikler saptanmıştır. Nöroendokrin eksenlerin düzenli çalışmasındaki temel yapı olan hipotalamus, biyojenik aminleri kullanan çok sayıda nöronla bağlantılıdır. Bu yüzden endokrin düzensizlikler genelde birincil bir bozukluktan çok, altta yatan beyinle ilgili bir işlev bozukluğunun yansıması olarak düşünölmektedir. Mizaç bozukluklarında en çok saptanan düzensizlik adrenal, tiroit ve büyüme hormonu eksenlerindedir. Depresif hastalarda serum kortizol düzeyi yüksekliğı biyolojik psikiyatride en eski bulgulardan biridir. Genel olarak kortizol geribildirim düzeneğinde bozulma olduğı görüşü hâkimdir. Yapılan araştırmalarda depresyonda kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH)'un fazla salgılandığı, CRH'ye ACTH yanıtın azaldığı ayrıca kortizolün günlük salınma ritminin bozulduğı bildirilmiştir. Tiroit hastalıklarında duygu durumu ile ilişkili belirtiler sık görülür. Ayrıca çok sayıda araştırmada mizaç bozukluğı olanların tiroit ekseninde düzensizlikler saptanmıştır. Bu yüzden bu hastalarda tiroit fonksiyon testlerinin rutin olarak yapılması önerilmektedir. Majör depresyonu olan hastaların yaklaşık 1/3'ünde TRH'ye TSH yanıtının azaldığı saptanmıştır.<sup>43</sup>

#### *2.1.5.3.Uyku Bozuklukları*

Depresyonda uykunun sirkadyen ritmi sıklıkla bozulur. Uykuya dalmada güçlük, erken uyanma, sık sık uyanma ve hipersomni sık görülür ve önemli depresyon belirtilerindedir.

Uyku elektroensefalografisinde uykuya dalmanın geciktiği, hızlı göz hareketleri (REM) uykusunun latensi kısaldığı, ilk REM periyodunun uzadığı ve anormal delta uykusu ortaya çıktığı gösterilmiştir. <sup>44</sup>

#### *2.1.5.4.Genetik Yatkınlık*

Psikiyatrik hastaların etiopatogenezinde genetik geçişin de rol oynadığı bilinmektedir. Özellikle monozigot ikizlerde bu psikiyatrik tabloya daha sık rastlanması; aile prevalansının, popülasyon prevalansından daha yüksek değerler göstermesi bu düşüncüyü desteklemektedir. Affektif bozukluklarda genetik monozigot ikizlerde %50-100 arasında değişmekte iken, dizigot ikizlerde %25 oranlarında görülmektedir. Genetik belirleyiciler olarak; ABO kan grubu, HLA antijeni, Xg, trombosit MAO aktivitesi, G-G-PDH, membran transport özelliği ve renk körlüğü çalışılmıştır. Sonuçlara dayanarak depresyonda ailesel bir gidiş olduğu kabul edilmektedir. Depresyonda genetik etkenlerin önemli olduğu kabul edilirken, geçişin nasıl olduğu tam olarak bilinmemektedir. Genel olarak kabul edilen görüş, depresyonda genetik geçişin tam olmayan bir penetrasyonla poligenetik ve heterojen olduğudur. <sup>45</sup>

#### *2.1.5.5.Biyolojik Beden Saati*

Biyolojik beden saati aynı zamanda sirkadyen ritm adını da alır. Sirkadyen ritimde meydana gelen ilerleme, gecikme veya bozulmaların psikiyatrik hastalıklarla ve özellikle de bipolar depresyon, major depresyon ve mevsimsel affektif bozukluklar gibi duygudurum bozuklukları ile güçlü bir bağlantısı vardır. Bazı duygudurum düzenleyicileri ile uyku yoksunluğu ve ışık tedavisi gibi uygulamalar etkilerini sirkadyen sistemde değişiklik yaparak gösterir. <sup>46</sup>

#### *2.1.5.6.Psikolojik Etkenler*

Depresyonu sadece biyolojik nedenlerle açıklamak olanaksızdır. Sadece biyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan depresyonlar olmasına karşın birçok nedenle oluşan depresyonlar da

olabilmektedir. Çeşitli yaşam olayları, yakın bir kişinin ölümü, ekonomik durumun kötüleşmesi, kişinin sosyal statüsünün etkileyen olaylar depresyona neden olabilmektedir.<sup>47</sup>

### ***2.1.6. Depresyon Risk Faktörleri***

#### *2.1.6.1. Cinsiyet*

Tek uçlu majör depresyon vakaları kadınlarda yaklaşık iki kat fazla görülür. Bu farklılık erken erişkinlik döneminde başlar ve 30-45 yaşlar arasında belirginleşir. Hayat boyu da aynı oranda devam eder. Burada kadınların hayat boyu karşılaştıkları hormonal değişikliklerin daha fazla oluşu ve ani oluşları (menstrüel sikluslar, gebelik dönemlerindeki değişimler, post partum dönemlerdeki ani değişiklikler ile menopoz dönemleri) etkili görülmektedir. Aynı zamanda kadınların stres olaylarına karşı artmış duyarlılık hallerinin mevcudiyeti, daha çok uyumsuz başa çıkma yöntemlerini kullanmaları, buna karşılık erkeklerin madde ve alkol kullanımına başvurmak suretiyle daha çok depresif belirtilerini baskıladıkları gerçeği yatar.<sup>48</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009'da cinsiyet ve mental bozukluklarla ilgili yapmış olduğu çalışmasının sonuçlarına göre, araştırmanın yapıldığı tüm ülkelerde tutarlı bir şekilde majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk açısından kadınların yaşam boyu riski anlamlı derecede yüksektir, kadın/erkek risk oranları ülkelere göre 1,3-2,6 arasında değişkenlik göstermektedir.<sup>49</sup>

#### *2.1.6.2. Yaş*

Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur. Son yıllardaki çalışma sonuçları ve görüşler, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının gençler arasında giderek arttığı yönündedir. Bunun nedeni daha çok alkol ve diğer maddelerin kullanılmasındaki artışa bağlanmaktadır.<sup>50 51</sup>

İlerleyen yaşın depresyon için bir risk etkeni olduğu bilinmektedir. Birçok araştırmada yaş ile depresif belirtiler arasında pozitif ve doğrusal bir ilişki tanımlanmıştır Yaşlılığın tek başına depresyon riskini artırmadığı; yaşlı nüfusta görülen depresyonlarda çok sayıda etkenin rolü olabileceği düşünülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkabilen fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlevlerde ve gündelik aktivitelerde gerileme, sosyal ilişkilerde zayıflama, ekonomik durumda kötüleşme, kişinin yalnız yaşaması, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması gibi etkenlerin depresyon görülme sıklığını artırdığını gösteren çalışmalar vardır. <sup>52</sup>

#### *2.1.6.3. Medeni Durum*

Çalışma sonuçları depresyonun medeni duruma göre dağılımında farklılıklar göstermektedir. Birçok çalışmada depresyonun ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Depresyonun bekârlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğü de ileri sürülmektedir. Evlilik ilişkilerinin kötü olması depresyon riskini arttırmaktadır. Depresyon riski, medeni durum açısından en fazla ayrılmak isteyen veya boşanmış kadınlar grubunda bulunmuştur. Bazı araştırmalarda ise, yalnız erkeklerle evli kadınlar grubunun, daha fazla risk taşıdıkları ifade edilmiştir Yalnız yaşayanlarda, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Brown ve Moran'ın 1997 yılında yaptığı çalışmalarında eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. <sup>53 54 55</sup>

#### *2.1.6.4. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler*

Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyindedir. Leonhard, bipolar grupta unipolara göre daha fazla genetik yüküklük olduğuna değinmiş ve çeşitli 22 çalışmada bipolar gruptaki hastaların ailelerinde

hipomani, unipolar hastaların ailelerinde ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir.<sup>56</sup>

#### *2.1.6.5.Sosyo-Ekonomik Düzey*

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışılan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür. Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir.<sup>57</sup>

#### *2.1.6.6.Puerperal Etkenler*

Doğum sonrası dönemde annede, geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri olabilmektedir. Bu durum doğum sonrası hüznün şeklinde de adlandırılmaktadır. Postpartum depresyon, genellikle doğum sonrası 3. ya da 4. günde ortaya çıkar; semptomlar geçici olup, bir kaç haftaya kadar sürebilir. Semptomlar yeni annelerin çoğu tarafından yaşanmaktadır.<sup>58</sup>

#### *2.1.6.7.Diğer Risk Etmenleri*

Çeşitli çalışmalar birçok bedensel hastalığın depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar arasında virütik hastalıklar (influenza, AIDS), endokrin hastalıklar (diyabet, guatr), nörolojik hastalıklar (epilepsi, migren, inme, parkinsonizm, Alzheimer), ameliyatlar (histerektomi, transplantasyon, sterilizasyon), romatoid artrit, kanser, alkol ve madde bağımlılıkları sayılabilir.<sup>59 60</sup>

Diyabet, myokard enfarktüsü, kanser, inme gibi kronik hastalıkları olan kişilerin %25'inde depresyon gelişmektedir. Hipotiroidili hastaların % 50'sinde depresyon mevcuttur. Hipertroidi

tanısı alan hastalarda prodromal dönemde %14'ünde depresif semptomatoloji, hipertroidi seyir sırasında %23 sıklığında majör depresyon bildirilmektedir. <sup>61</sup>

Bu risk faktörleri dışında son yıllarda dikkat çeken göç olayları da risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Özellikle göçmen kadınlarda risk yüksektir. <sup>62</sup> Yapılan bir çalışmaya göre evsizlerde depresyon riski daha yüksektir. <sup>63</sup>

### ***2.1.7. Depresyonun Kliniği***

#### ***2.1.7.1. Duygulanım Bozukluğu***

Depresif duygudurum depresyonun temel özelliğidir. Hemen her hastada izlenir ve olmaması durumunda depresyon tanısından uzaklaşılır. Çökkün duygudurum; yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir. Hastaların büyük bir kısmı kendilerini sabahları daha kötü hissederler. İlgi azlığı ve anhedoni; hasta daha önce işine ve çevresine gösterdiği ilgiyi gösteremez. Daha önce yapmaktan zevk aldığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir <sup>64</sup>

#### ***2.1.7.2. Bilişsel Bozukluklar***

Depresyona bağlı bilişsel bozukluk genellikle hasta tarafından bir yakınma olarak getirilir. Psikiyatrik görüşme sırasında, yanıt bulmada günlük bilişsel kayba bağlıdır. Bu durum genellikle depresyondaki kişilerde, fark edilir sıkıntı ve anksiyeteye neden olmaz. Sıklıkla "Bilmiyorum" yanıtı alınır. Tekrarlanan klinik görüşmelerde depresyonda genellikle farklı düzeylerde bilişsel kayıp saptanır. Bilişsel işlevin özellikle sabahları daha bozuk olması depresyon lehine bir bulgudur. Depresif hastalardaki bellek kusuru daha çok dikkatin yoğunlaştırılması ve sürdürülmesindeki bozuklukla ortaya çıkar. İleri derecede psikomotor retardasyon söz konusu değilse, hastanın zorlamayla dikkatini toplayabildiği ve bilişsel

kayıpta bir miktar düzelme olduğu saptanır. Depresyondaki bilişsel gerileme genellikle hızlıdır, belirgin affektif semptomların eşlik ettiği görülür. Depresyonda günlük yaşam aktivitelerindeki kayıp, genellikle bilişsel bozuklukla uyum göstermez. Beklenenden çok daha iyi performansa sahip oldukları saptanır. <sup>65</sup>

#### *2.1.7.3.Davranış Bozukluğu*

Hastanın her halinde genel bir çöküntü vardır. Konuşma yavaşlamış, enerjisi tükenmiş gibidir. ‘Psikomotor Retardasyon’ adı verilen bir tablo hâkimdir. Melankoliklerde hiç konuşma olmayabilir. Bazen stupor halindedir, bir kısmı anksiyetelidirler. Ellerini ovuştururlar, yerlerinde duramazlar, sürekli gezinirler, inlerler, şikayetçidirler, kötümserdirler ve her şeye itiraz ederler. Motor huzursuzluk içindedirler. Bu durum daha çok yaşlılarda görülür. Genç hastalar ve 50 yaşlara kadar olan erişkinlerde tablo daha ziyade retarde görünümündedir. Çocuklar irritabl olabilir. <sup>66</sup>

#### *2.1.7.4.Bedensel Belirtiler*

Majör depresyonun duygudurum bozukluğu belirtileri yerine somatik yakınmalarla ortaya çıkması sık rastlanan bir durumdur. Bedensel yakınmalar bazen depresyonun en önde gelen belirtileri olabilir. Vücutta ağrılar ve sızılar, barsak düzensizlikleri ve sindirim sorunları sık görülür. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresif hastalar, hüznün ve çökkünlük yerine sıklıkla baş ağrısı, epigastrik ağrı, göğüste baskı hissi gibi bedensel yakınmalarından bahsederler. Depresyonda en sık görülen somatik belirtilerin ağrı, halsizlik, yorgunluk, sersemlik hissi, nefes darlığı, çarpıntı, gastrointestinal yakınmalar, vücudun çeşitli yerlerinde karıncalanma ve cinsel işlev bozukluğu olduğu ileri sürülmüşse de, bunların sadece depresyona veya herhangi bir psikiyatrik bozukluğa özgü somatik bir belirti olmadığı unutulmamalıdır. Bununla birlikte “ağrı” ile depresyon ilişkisi, üzerinde çalışılmayı hak eden bir konudur. Depresif hastaların ortalama %54’ünde baş ağrısı tespit edilmiştir. Kronik

idiopatik ağrıda depresyon prevalansı, farklı araştırmalara göre %10 ile %100 arasında bildirilmiş, ancak son çalışmalarda %30 ile %60 arası prevalansın daha doğru olduğu belirtilmiştir. <sup>67</sup>

### ***2.1.8. Depresyonun Ekonomik Maliyeti***

Depresyon kronik, tekrarlayıcı ve toplumda oldukça sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Tedavi edilmeyen ağır depresyon zkiyım için en önemli risk faktörlerinden biridir. Depresyonda zkiyım riskinin genel popülasyondan 20-30 kat fazla olduğu ve hastaların %15'i zkiyım sonucu öldüğü bildirilmektedir. <sup>68</sup>

Depresyonun 2004 yılında Avrupa Birliğine maliyeti 118 milyar Euro'dur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada depresyonun ekonomik yükü 52,9 milyar Dolar olarak hesaplanmıştır. Toplam ekonomik yükü 1990 yılında 77,3 milyar dolar iken 2000 yılında bu miktar %7,4 artışla 83,08 milyar Dolara yükselmiştir. <sup>69</sup>

Depresyonun ekonomik yükü hesaplanırken çeşitli değişkenler kullanılır. Bu değişkenlerden bazıları depresyonun o toplumdaki yaygınlığı, tedavi yüzdesi, ne düzeyde tedavi edildiği ve ne kadar yeti yıkımına yol açtığıdır. Bu faktörlerin her hangi birindeki değişme hesaplanacak yükü, hastalık yükünü veya maliyet analizini etkileyecektir. Depresyonun birçok hastada okul, ev, iş yaşamındaki günlük aktivitelerini ciddi anlamda etkilediği, sosyal yaşamda geri dönüşümsüz problemlere yol açtığı, eğitim hayatını bozduğu, evlilik sorunlarına yol açtığı görülebilir. <sup>70</sup>

Maliyet analizlerine yönelik yapılan çalışmalarda depresyonun doğrudan veya dolaylı maliyetleri hesaplanarak toplam ekonomik yükü belirlenmiştir. Toplam depresyon maliyetinin ortalama %90'ının dolaylı sebeplerden kaynaklandığı ve özellikle azalmış üretimin en önemli belirleyici olduğu saptanmıştır. Ancak birçok ülkede sadece sağlık sisteminde yapılan

doğrudan harcamalar hesaba katılmaktadır. Bu yaklaşım depresyonun maliyetinin birçok bölgede doğru hesaplanmamasına yani mevcut ekonomik yükün yanlış ele alınmasına neden olmaktadır. <sup>71</sup>

#### *2.1.8.1.Doğrudan Maliyetler*

Doğrudan maliyetleri etkileyen birinci faktör yatan hastaların tedavi ücretleridir. Bu da iki temel bileşenden oluşur. Birincisi hastanın bir yıl içerisinde tekrarlayan yatış sayısı ve bunların her bir yatıştaki maliyeti, diğeri ayaktan başvuruların maliyet hesaplamalarıdır. Bu konuda yapılan çalışmaların büyük bir kısmı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde yapılmıştır. <sup>72</sup>

2008 yılında Japonya’da yapılan bir çalışmada depresyonun Japonya’ya yıllık toplam maliyeti 11 milyar Dolar olarak hesaplanmıştır. Bu, her bir depresif hastaya ortalama 4836 Dolar harcadığı anlamına gelir. Bu çalışma toplam maliyetin %14,2’sinin doğrudan maliyetlere bağlı olduğunu ortaya koymuştur. <sup>73</sup>

#### *2.1.8.2.Dolaylı Maliyetler*

Dolaylı maliyetler genel olarak iki başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar depresyona bağlı özkıym maliyeti ve işyeri maliyetidir. Güney Kore’deki bir çalışmada özkıym ve erken ölüme bağlı maliyetler dolaylı maliyetlerin %22,8’ine karşılık gelirken işyeri maliyet kaybı %73,1’e karşılık gelmektedir. Depresyon erişkin çağdaki insanlar için önde gelen bir tıbbi yetiyitimi nedenidir. Yapılan çalışmalarda depresif bireylerin %80’inin günlük işlevselliklerinde sorunlar yaşadığı ve bu kişilerin haftada çalışma zamanlarından en az 5,6 saatlik bir iş gücü kaybı olduğu saptanmıştır. Öte yandan, depresif belirtileri olan kişilerin diğerk arkadaşlarına oranla 2,1 kat daha fazla hastalık izni aldıkları ve çalışsalar bile

konsantrasyon güçlüğü, yeterince etkin olamamaları, düzeni sağlayamama gibi nedenlerden dolayı işyerinde üretkenliklerinin düşük olduğu bildirilmiştir. <sup>74</sup>

### **2.1.9. Depresyonda Tanı**

Tanı konulması için depresif duygudurumu ya da ilgi azlığı ve alışılagelmiş etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması zorunludur. Bunlara ek olarak umutsuzluk, kötümser düşünceler, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, suçluluk düşünceleri, yineleyici ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü ve karar verme zorluğu, uykusuzluk veya aşırı uyuma, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı belirtilerinden bir kısmının varlığı gerekmektedir.

DSM-V majör depresif bozukluk ölçütleri şunlardan oluşmaktadır:

1. Hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurum,
2. Etkinliklere karşı ilgide azalma ve zevk alamama,
3. Önemli derecede kilo kaybı veya kilo alma,
4. Uykusuzluk veya aşırı uyku durumu,
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması,
6. Yorgunluk ve bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
7. Kendini değersiz hissetme ve suçluluk duyma,
8. Düşüncelerde yoğunlaşamama ve karar vermede zorluk,
9. İntihar düşüncesi, planı ve teşebbüsü. <sup>41 75</sup>

### **2.1.10. Depresyonun Ölçümü**

Depresyon değerlendirme ölçekleri depresyonun, şiddetinin belirlenebilmesi açısından oldukça önemlidir, ancak tanı için mutlaka klinik gözlemin de göz önünde bulundurulması

gerekmektedir. Bütün depresyon değerlendirme ölçeklerinin güçlü ve zayıf yönleri olmakla birlikte, bu ölçeklerin bazıları diğerlerine göre depresyonla ilgili yapılan araştırmalar için yüksek standartlı olmaları açısından daha değerli görünmektedir. <sup>76</sup>

#### *2.1.10.1.Beck Depresyon Ölçeği*

Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları tarafından adölesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDÖ'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Kişilerden şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek Türkçe'ye Beck depresyon envanteri ve Beck depresyon ölçeği adıyla iki ayrı form olarak çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. BDÖ ile diğer depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir. <sup>77 78</sup>

#### *2.1.10.2.Zung Depresyon Ölçeği*

Zung depresyon ölçeği (ZDÖ), 1965 yılında Zung tarafından, depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Maddeler depresyonun duygulanım, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını içermektedir. DSM-IV semptom kriterlerini kapsamına karşın, psikomotor retardasyon ve atipik depresyonda daha sık görülen iştah ve uyku artışı, kilo alımı gibi maddeleri içermemektedir. ZDÖ 20 madde içermektedir, 10 madde olumsuz, 10 madde ise olumlu olarak kurgulanmıştır. Her madde için denekler; hiçbir zaman veya çok ender

olarak= 1, bazen= 2, sık sık= 3, çoğunlukla veya her zaman= 4'ü işaretlemektedir. Kesme noktalarına bakıldığında, ZDÖ skoru 50'den küçükse ise normal, 50-59 arası en hafif-hafif düzeyde depresyon, 60-69 arası orta-belirgin düzeyde depresyon, 70 ve daha fazla ise şiddetli depresyon olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin birçok dile çevirisi mevcut olup, transkültürel çalışmalarda geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. <sup>79</sup>

#### *2.1.10.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği*

Geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ), Yesavage ve ark, tarafından 1983 yılında geriatrik popülasyondaki depresyon hastalarında depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. GDÖ, yaşlı hastalar için geçerli bir tarama testi olması, skorlaması ve uygulanmasının kolay olması amacıyla tasarlanmıştır. Maddeler; azalmış duygulanım, benlik algısında zayıflama, motivasyon zayıflığı, gelecek yerine geçmişe yönelim, bilişsel sorunlar, obsesif nitelikler ve ajitasyonu içermektedir. GDÖ 30 maddeden oluşmaktadır. Her maddeyi hasta "Evet" ve "Hayır" şeklinde işaretlemektedir. Otuz maddenin 10'u olumsuz, 20'si ise olumlu olarak kurgulanmıştır. <sup>80</sup>

#### *2.1.10.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği*

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Cox ve ark tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. On maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında değişen puanlarla ölçülmektedir. Bazı maddelerde en şiddetli yanıtlar başa, bazılarında ise sona konmuştur. Skor 0-30 arasında değişmektedir. Kesme noktası olarak 12 ve üzerindeki skorlar olası majör ve minör depresyona işaret etmektedir. Ölçek 1996 yılında, Türkçe'ye Engindeniz ve ark tarafından uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği aynı ekip tarafından yapılmıştır. <sup>81</sup>

#### *2.1.10.5.Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği*

Çocuklar için depresyon ölçeği, Kovacs tarafından 1992 yılında, çocuklar ve gençlerde depresyonun şiddetinin belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. 6-17 yaş aralığında uygulanmak üzere hazırlanmıştır. Toplam 27 maddeden oluşmakta; her madde çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapabileceği üç cümle seti bulundurmaktadır. Yanıtlara 0-2 arasında değişen puanlar verilir. Yüksek puan depresyon düzeyini gösterir, kesme noktası 19'dur. <sup>82</sup>

#### *2.1.10.6.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği*

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Orijinal ölçek 21 madde içermesine karşın, Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. HAM-D ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4 puan, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünüp 0-2 arasında derecelendirmiştir. En yüksek 53 puan alınır. HAM-D psikiyatrik hastalıklar konusunda deneyimi olan hekim, psikolog, sosyal çalışmacılar tarafından kolaylıkla uygulanabilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında HAM-D adıyla Akdemir ve ark, tarafından yapılmıştır. <sup>83</sup>

#### *2.1.10.7.Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği*

Montgomery-Asberg depresyon derecelendirme ölçeği, 1979 yılında depresif semptomların şiddetini ölçmek amacıyla majör depresif bozukluğu olan hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ölçek; toplam 10 maddeden oluşmakta ve 0-6 arasında derecelenmektedir.

Ölçek kolaylıkla uygulanabilmekte ve özel bir eğitim gerektirmemektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2002 yılında Torun ve ark, tarafından yapılmıştır. <sup>84</sup>

### ***2.1.11. Depresyon Tedavisi***

#### *2.1.11.1. Farmakolojik Tedavi*

Depresyon belirtilerinin sağaltımında kullanılan ilaçlar aşağıda sıralanmıştır.

*a. Trisiklik Antidepresanlar:* Sedatif etkileri olan trisiklik antidepresanlar (TSA), histaminerjik reseptörler üzerindeki etkileri nedeniyle, uyku ve anksiyete belirtilerinde özellikle sağaltımın ilk haftalarında olumlu düzelmeler sağlarlar. TSA'ların sağaltımın ilk haftalarındaki üstünlük gibi görülen bu sedatif etkileri, psikomotor etkinliği kısıtladığı için kişinin sosyal işlevselliğini de bozabilir. Depresyona anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği olgularda yüksek özkıyım riski nedeniyle, yüksek dozda güvenli değildirler. <sup>85</sup>

*b. Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri:* Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSGİ), TSA'lara göre yan etkilerinin az olması nedeniyle daha güvenli ve ilaca uyum sorununun daha az yaşandığı ilaçlardır. SSGİ'nin sağaltımın ilk günlerinde huzursuzluk, anksiyete ve ajitasyonu geçici olarak arttırmaları, depresyonun ağırlaştığı duygusunu yaratabilir. Bu nedenle, anksiyeteli ya da ajite depresyonu olanlarda SSGİ ile sağaltım sırasında yakından izleme, ilgi, bilgilendirilme ve gereğinde sağaltım seçeneklerinin gözden geçirilmesi, özkıyım olasılığının engellenebilmesi açısından önem taşır. <sup>86</sup>

*c. Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri:* Venlafaksin, başka antidepresanlardan kimyasal olarak farklı olan feniletilamin türevi bir antidepresan ilaçtır. Venlafaksin, serotonin ve norepinefrin geriliminin potent bir inhibitörü ve dopamin geriliminin ise zayıf bir inhibitörüdür. Muskarinik, nikotinik, histaminerjik, opioid veya adrenerjik reseptörlerde aktiviteye sahip değildir. Mevcut antidepresanlardan daha hızlı bir antidepresan etki

başlangıcına sahip olduğu ileri sürülmüştür. Milnasipran depresyon tedavisi için Avrupa'da mevcut olan bir serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörüdür. Dünyanın birkaç ülkesinde antidepressan olarak pazarlanmıştır. Venlafaksin ve duloksetin ile benzer etki mekanizmasını paylaşmaktadır.<sup>87</sup>

#### *2.1.11.2.Bilişsel Davranışçı Tedavi*

Beck tarafından formüle edilen bilişsel terapi; depresyon, anksiyete, fobiler ve ağrı sorunları gibi çeşitli ruhsal bozuklukları tedavi etmekte kullanılan etkin, yönlendirici, süresi sınırlı, yapılandırılmış bir yaklaşımdır. Dayandığı kuramsal gerçek; bireyin duygulanım ve davranışının o kişinin dünyayı nasıl, ne yollarla yapılandığı ile belirlendiğidir. Bilişsel tedavide birçok bilişsel ve davranışsal stratejiden yararlanılmaktadır. Bilişsel yöntemler hastanın özgül hatalı kavramlaştırmalarını ve uyuma yönelik olmayan varsayımlarını tanımlayarak göstermeyi ve test etmeyi amaçlar. Bu yaklaşım hastayı eğitmek için tasarlanmış, oldukça özgül öğrenme deneyimlerinden oluşmaktadır.<sup>88</sup>

Bilişsel davranışçı tedavi depresyon tedavisinde etkili olduğu kanıta dayalı olarak gösterilmiş bir tedavi seçeneğidir. Bu tedavi ilaç tedavisiyle beraber veya tek başına uygulandığında akut tedavide ilaç tedavisine benzer sonuçlar alınmaktadır. Bilişsel davranışçı psikoterapiyle depresyonları düzelen hastalarda daha sonra yinleme olma olasılığı ilaç tedavisiyle iyileşip tedavisi kesilen hastalardan düşüktür. Bilişsel davranışçı tedavi, depresyonu akut tedavisinin yanı sıra ilaç tedavisine dirençli hastalarda da uygulanabilecek bir tedavi seçeneğidir. Kontrollü çalışmalarda bilişsel davranışçı sistem analizi psikoterapisi, standart bilişsel davranışçı terapi kronik hastalarda tek başına veya ilaç tedavisine ek olarak etkili bulunmuştur. Şema terapi ve farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapilerde bu alanda umut veren diğer tedavi seçenekleridir.<sup>89</sup>

### 2.1.11.3.Yeni Tedavi Yaklaşımları

Günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biri olan depresyonun tedavisinde kaydedilen gelişmelere rağmen tedaviye direnç ve kronikleşme büyük bir sorundur. Majör depresif bozukluk hastalarının üçte biri yeterli doz ve süre kullanıma rağmen standart farmakoterapötiklere yeterli cevap vermemektedir. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyon tedavisinde aynı gruptan başka bir ilaca geçme, farklı gruptan bir ilaç seçme, mevcut ilaca başka bir ilaç ekleme, elektrokonvulzif tedavi gibi bilinen yöntemlerin yanında son zamanlarda tekrarlayan transmanyetik uyarımı, derin beyin uyarımı, vagal sinir uyarımı gibi farmakolojik olmayan tedaviler giderek kabul görmeye ve kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Depresyonun etyolojisi ve tedavisinde yeni araştırmalar ve yeni tedaviler genetik ya da çevre rollerinden genetik-çevre etkileşimine, kimyasal dengesizlikten inflamatuvar süreçlere, nörotransmitterlerden nöroplastisite ve nörotrofik faktörlere, serotonin, norepinefrin ve dopaminden glutamata, haplardan intravenöz infüzyonlara, monoterapiden güçlendirme stratejilerine, farmakoterapiden nöromodülasyona yönelmiştir.<sup>90</sup>

En iyi çalışıldığı klinik durum depresyon olmakla beraber beyin üzerinde etkili bir yöntem olarak transkraniyal manyetik stimülasyonun psikiyatrinin diğer alanlarında uğraşan grupların da ilgisini çekmiştir. Bu yöntemle beynin belli bölgelerindeki aktiviteyi artırarak veya azaltarak çeşitli ruhsal belirtileri etkilemenin mümkün olup olmadığı araştırmalara konu olmuştur. Transkraniyal manyetik stimülasyon; depresyon yanında aynı ölçüde olmasa bile şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, mani gibi psikiyatrik hastalıklarda da çalışılmıştır. Yapılan birçok kontrollü ve kontrolsüz çalışmanın sonucu transkraniyal manyetik stimülasyonun antidepresan etkisi olduğu yönündedir. Özellikle dirençli depresyon olgularında etkili olabilmesi umut vericidir. Bununla beraber bu yararlı etkiler genellikle kısa sürelidir, çoğu zaman iki haftadan daha uzun sürmemektedir.<sup>91</sup>

## 2.2.ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

### 2.2.1.Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. <sup>92</sup>

Anksiyete, korku ve endişenin egemen olduğu, birçok psikopatolojiyle ortaya çıkabilen ve birçoğunun da temelini oluşturan bir duygu durumudur. Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım şeklidir. Kaygı veya bunaltı olarak da adlandırılır. <sup>93</sup>

Anksiyete; somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir. Bu bakış açısıyla anksiyete, gelecekte gerçekleşebilecek olumsuz olaylara karşı hazırlıklı olunması düşüncesi üzerine gelişen bir duygudurum halidir. <sup>94</sup>

Anksiyete, hemen hemen bütün insanlar tarafından yaygın olarak tecrübe edilmiş bir duygudur. Bu his, endişenin belirsiz hissi, hoşnutsuzluk yaygınlık hisleri ile karakterizedir. Anksiyete, haber verici bir sinyaldir. Açıkça ayırt edilebilir bir uyararla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir duygudur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur. <sup>95</sup>

Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar. Kişinin zor durumlarla başa çıkabilmesine yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olduğuna karar

verebilmek için, uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hâkim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir kısmını kaplar. Kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. <sup>96</sup>

### ***2.2.2. Anksiyete Bozukluklarının Tarihçesi***

Tıbbi anlamını 19.yüzyılın sonunda kazanmış olan anksiyete sözcüğü Hint-Germen kökenli ‘angh’ sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt M.Ö.3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır. <sup>97 98</sup>

1800’lü yılların ilk yarısına dek anksiyetenin fiziksel belirtilerinin her biri kalp, kulak, gastrointestinal ya da merkezi sinir sistemi gibi organ ya da sistemlerin ayrı ayrı hastalıkları olarak düşünülürdü. Örneğin Westphal, günümüzde agorafobi olarak bilinen tek başına açık alanlara çıkamama durumunu iç kulak patolojisinden kaynaklanan anormal bir denge duyusuna bağlı olduğunu savunmuştur. <sup>99</sup>

19.yüzyılda Kretshner, Kraepelin ve Bleuler nevrozları psikozların minör hali olarak görmüşlerdir. Pinel bu bozuklukları moral bozuklukları olarak anlamıştır. Descartes ve Mettrie’nin çalışmalarıyla birlikte anksiyete, artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır. <sup>100</sup>

Genel olarak nevrozlar üzerinde çalışan Freud’la birlikte ruhsal bozukluklar çok daha iyi anlaşılmıştır. Sigmund Freud “Anksiyete Nörozu” terimini türetmiş ve anksiyetenin iki tipini tanımlamıştı. Anksiyetenin bir tipi kontrol altına alınamamış libidodan kaynaklanır. Anksiyetenin diğer formu, baskılanmış düşünce ve arzuların orijinal yapılarının sıkıntısının ve

endişesinin yoğun olarak hissedilmesi olarak, en güzel bir şekilde karakterize edilebilir. “Inhibitions, Symptoms and Anxiety” isimli 1926’da yayınlanan kitabında Freud, anksiyete ile ilgili yeni bir teori oluşturdu. Bu teoride, reel dış kaynaklı anksiyete ve nörotik iç kaynaklı anksiyetenin her ikisini de tehlikeli durumlara bir cevap olarak oluştuğuna inanıyordu. <sup>101</sup>

Anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirlerinden ayrılarak farklı birer hastalık olarak sınıflandırılmalarında yer alması ancak 1960’lardan sonra elde edilen veriler sonrası 1980’de DSM-III ile gerçekleşebilmiştir. <sup>100</sup>

### ***2.2.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi***

Sık görülen ruhsal bozukluklardan olan anksiyete bozukluklarına ilgi son 20 yılda artmıştır. Geniş epidemiyolojik araştırmalar anksiyete bozuklukları hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlamıştır. Epidemiyolojik Saha Çalışması (ECA), ABD’deki Ulusal Eşitlik Araştırması (NCS) ve Avrupa’daki Münih İzlem Çalışması bu alandaki önemli araştırmalardandır. Anksiyete bozuklukları %25’lik sıklıkla en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır, depresyon ise ikinci sırada yer alır (%17). NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5 iken erkeklerde %19,2’dir. ECA verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6’dır. Epidemiyolojik çalışmalar açısından bir diğer önemli konu da eşittir. Yaşam boyu eşitlik sıklığı %30 ile %60 arasında değişmektedir. <sup>94</sup>

Avustralya’da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının toplumda bir yıllık görülme sıklığı %14,4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada belirtilen önemli noktalardan biri de anksiyete bozukluğu olan bireyler %39’u aynı zamanda depresyon kriterlerini karşılamaktadır. <sup>102</sup>

Türkiye’de toplumun %5-10’unda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu vardır ve genellikle 20–30 yaşlarında başlar. Tüm yaşamı boyunca bir kadında anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %30’dur. Türkiye’de her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık bulunmaktadır ve kadınlarda anksiyete görülme sıklığı %15,7’dir.<sup>103</sup>

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %1,5-2,5 olduğunu ortaya koymuştur. Kadınlarda ve genç erişkinlerde daha sık görülür, genellikle kroniktir. Panik bozukluğu, en sık olarak geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasındaki dönemde başlamaktadır.<sup>7</sup>

Yaygın Anksiyete Bozukluğu’nun (YAB) yaşam boyu yaygınlığı genel popülasyonda yaklaşık olarak %5-6’dır. Epidemiyolojik araştırmalarda, erkek/kadın oranı yaklaşık 2/3 olarak bildirilmiştir YAB, diğer anksiyete bozukluklarına göre daha ileri yaşta başlar. Çoğu olguda 35-45 yaş arasında ortaya çıktığı bildirilmiştir. YAB’nin diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırıcı tanısını yapmanın her zaman kolay olmaması, bu hastalığın sıklık ve yaygınlığının saptanmasını da güçleştirebilmektedir. Hastaların yaklaşık %25’inde kadarında panik bozukluk, %50-80’sinde majör depresif bozukluk da görülür. Depresyon birlikteliği intihar riskini artırır. Yaşam boyu devam edebilir.<sup>36</sup>

Sosyal fobi yaygın olarak ergenlik döneminde başlamasına rağmen, çocuk ve ergenlerde çok az çalışma yapılmıştır. Elli yaşın üzerindeki bireylerin alındığı çalışmalarda daha düşük sıklıklarda saptanması, hastalığın yaşla beraber düzelmeye gösterdiğini düşündürmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı kullanılan tanı ölçeklerine göre değişiklik göstermekle birlikte genel olarak %3-13 arasındadır.<sup>104 105</sup>

Özgül fobiler ise daha çok kadınlarda görülmektedir. Herhangi bir yaşta başlayabilir ve tedavi edilmezlerse yıllarca devam edebilirler. Bu grup içinde en sık rastlanan hayvan fobileri ise genellikle erken çocukluk döneminde başlamaktadır.<sup>106</sup>

#### **2.2.4. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması**

DSM-IV-TR ile DSM-V arasında anksiyete bozukluklarının sınıflandırması açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklardan en önemlileri şunlardır;

- DSM-V’te “Panik Bozukluk”la “Agorafobi” birbirlerinden tamamen ayrılmıştır. DSM-IV-TR’de “Agorafobi”, “Panik Bozukluğu-Agorafobi Olan” ve “Panik Bozukluğu-Agorafobi Olmayan” biçiminde üç farklı bozukluk tanımlanmıştı. Bu üç bozukluk DSM-V’te “Agorafobi” ve “Panik Bozukluğu” olmak üzere ikiye indirilmiştir. Böylece ikisinin bir arada görüldüğü durum, DSM-V’te artık komorbid iki ayrı bozukluk biçiminde teşhis edilmektedir.
- DSM-V’te “Agorafobi” tanı ölçütleri daha açık bir biçimde düzenlenmiştir ve tanı ölçütlerine en az iki agorafobik durumun olması gerektiği şartı eklenmiştir.
- DSM-V’te “Ayrılma Kaygısı Bozukluğu”, “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” bölümünden çıkartılıp “Kaygı Bozuklukları” bölümüne kaydırılmıştır ve tanı ölçütlerinde küçük değişiklikler yapılmıştır.
- DSM-V’te “Seçici Konuşmazlık”, “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” bölümünden çıkartılıp “Kaygı Bozuklukları” bölümüne kaydırılmıştır.
- “Obsesif Kompulsif Bozukluk” DSM-IV-TR’deki “Anksiyete Bozuklukları” bölümünden çıkarılarak, DSM-V’te “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” isminde yeni bir bölüm oluşturulmuş ve “Obsesif Kompulsif Bozukluk” ile buna benzeyen bozukluklar bu bölüme kaydırılmıştır. <sup>107</sup>

##### **2.2.4.1. DSM-V Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları**

- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık
- Özgül fobi
- Toplumsal kaygı bozukluğu
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu <sup>41</sup>

### ***2.2.5. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi***

#### *2.2.5.1. Psikolojik Teoriler*

Psikoanalitik kurama göre anksiyetenin, altbenlikteki doyum bekleyen dürtülerin benliğe yaptığı uyarı sonucu ortaya çıktığına inanılmaktadır. Altbenlikte bulunduğu düşünülen cinsellik ya da saldırganlık dürtüleri, zaman zaman şiddetlenerek doyum için benliğe baskı oluştururlar. Bazen dürtüler çok şiddetlidir ya da kabul edilemez nitelikler taşır, bazen de dürtüler olağan şiddette olmasına karşın benlik çok güçsüzdür ve hiçbir şekilde doyum sağlayabilecek kapasitede değildir. Her iki durumda da altbenlik ile benlik arasında bir uyumsuzluk meydana gelir ve bu uyumsuzluk kendisini anksiyete olarak gösterir. Ortaya çıkan anksiyete benliğin savunma mekanizmaları ile yok edilmeye çalışılır. Her zaman ilk olarak bastırma savunma mekanizması devreye girer ve yeterli olduğunda sorun yok

demektir. Ancak bastırma savunma mekanizmasının yetmediği durumlarda, benliğin bütünlüğünü korumak için yer değiştirme, yalıtma, yapıp bozma gibi diğer savunma mekanizmaları da devreye girer ve kullanılan savunma mekanizmalarının tipine göre çeşitli anksiyete bozuklukları ortaya çıkar. Örneğin, bastırma mekanizmasının üstesinden gelemediği ve benliğin kabul edemeyeceği bir iç çatışmanın oluşturduğu anksiyete, yer değiştirme mekanizması ile hayvan korkusu şeklini alabilir ve klinikte özgül fobi dediğimiz bir hastalık tablosu olarak kendini gösterir. <sup>108</sup>

#### *2.2.5.2.Biyolojik Teoriler*

Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca sodyum laktat gibi bazı nörokimyasal maddelerin verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında kalıtsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir. <sup>109</sup>

#### *2.2.5.3.Genetik*

Anksiyetenin etyolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Özellikle panik bozukluk ve daha geniş bir tanımlamayla nörotizm ve zarardan kaçınma gibi anksiyete özelliklerine duyarlılığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir. <sup>110</sup>

#### *2.2.5.4.Nörotransmitterler*

Nörotransmitterlerin anksiyete oluşumundaki rolü üzerine yapılan hayvan deneylerinde, norepinefrin, seratonin ve  $\gamma$ -aminobutyric asit (GABA) anksiyetenin fizyopatolojisinde üzerinde en çok durulan nörotransmitterler olarak dikkat çekmektedirler. Noradrenerjik sistemin ana hücreleri ponsdaki locus ceruleus bölgesinde bulunmaktadır. Hayvan deneylerinde bu bölgenin uyarılması ile korku semptomlarının oluşması, bu bölgenin çıkarıldığı hayvanlarda ise korku tepkisinin ortadan kalkması, panik bozukluğu hastalarında noradrenalin düzeyini artıran ilaçların panik atakları ortaya çıkarması, anksiyete bozukluğu olan hastaların serebrospinal dolaşımında idrarlarında noradrenalin metabolit düzeyinin yüksek bulunması, noradrenalinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını düşündürülen veriler olarak dikkat çekmektedir. Buspiron ve birtakım antidepresanlar gibi serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde faydalı olması, anksiyete bozukluklarında seratoninin de rol oynadığını düşündürmektedir. Benzodiazepinlerin anksiyete giderici etkinliği tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Benzodiazepinlerin özellikle GABA-A reseptörleri ile etkileşime girerek etkinliğini ortaya çıkarması, anksiyete bozukluklarında GABA'nın da önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. <sup>111</sup>

#### *2.2.6.Anksiyete Bozukluklarının Risk Etmenleri*

Genel olarak anksiyete bozuklukları için risk faktörleri, stresli yaşam olayları, ayrılığa aşırı duyarlılık, sorunlu bağlanma tarzları, dağınıklık anksiyetesine yatkınlık, çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar, nesne sürekliliği eksikliği, öfke ifadesi, bağımlılık ve ayrılığa ilişkin çatışmalar olarak sıralanabilir. <sup>108</sup>

Anksiyetenin ortaya çıkışı, iç psikolojik dengenin bozulmuş olduğunun bir işareti olarak kabul edilebilir. Psikanalitik açıdan anksiyete, kabul edilemeyen bir dürtü bilinç düzeyinde

temsil edilme ve boşalım yolu bulabilmek için bastırıldığında, söz konusu durumu karşılama veya ondan kaçınmak üzere, benliğin emrindeki güçleri harekete geçirmesine hizmet eden bir sinyaldir. Bu sinyalle birlikte benlik, içerden gelen baskıya karşı savunma önlemlerine başvurur. Savunmaların başarılı olması durumunda, anksiyetenin savuşturulması ya da güvenli bir şekilde denetim altına alınmasıyla psikolojik denge yeniden kurulur. Kullanılan savunmaların doğasına bağlı olarak da kişi, çeşitli psikonevrotik semptomlar geliştirebilir. Anksiyetenin diğer nevroitik semptomlarla sık olarak birlikte bulunmasından da anlaşılacağı üzere, yardımcı savunmaların tümüyle etkili olmaları söz konusu değildir. Bastırma işlevini yeteri kadar göremez ve diğer savunmalar da devreye giremez ise, anksiyete tek semptom olarak var olacak ve bir nedenle sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıktığında ise yaygın anksiyete ya da panik nöbetine dönüşebilecektir.<sup>112</sup>

Panik bozukluğunun birinci derece akrabalar arasında, normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. İkiz çalışmaları da panik bozukluğunun gelişiminde genetik etkenlerin katkısını desteklemektedir. Olgu sayısının az olması, bu konuda kesin bir sonuca varılmasını engellemektedir. Aile ve ikiz çalışmalarından, panik ataklarıyla giden şiddetli anksiyete bozukluklarında, hafif olanlara göre daha büyük bir oranda genetik yüklülük olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir.<sup>113</sup>

Sosyal fobili hastaların yarısından fazlasında fobinin travmatik bir yaşantının sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir. Sosyal ortamlarda anksiyeteli olan diğer insanları gözleme de, travmatik etki yaparak gözleyen kişide korkuya neden olabilmektedir. Ayrıca, bu kişilerin bir kısmında model alma fobi gelişimini hazırlayıcı etkenler arasında gösterilmiştir. Ebeveynlerin ve çocuklarının fobileri arasındaki benzerlik bu açıdan anlamlı bulunmuştur. Sosyal fobinin erken başlangıcı, psikolojik gelişim, ilişkilerin oluşturulması ve yaşam amaçlarının belirlenmesini olumsuz bir yönde etkilemektedir. Aynı zamanda da, diğer ciddi psikiyatrik bozuklukların ve komplikasyonların gelişimine zemin oluşturmaktadır.<sup>114</sup>

Genellikle sinsi bir başlangıç, süreğen, ancak dalgalanan bir seyir gösteren YAB’de, stresli durumlar yakınmaların başlatıcısı olabilir. Tedavi için başvuran birçok kişinin kendisini bildi bileli anksiyeteli ve sınırlı olarak tarif etmesi, hastalığın hazırlayıcısı olan etkenlerin belirlenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca, birçok hasta, yakınmalarının başlamasından, ailevi sorunlar, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlükler, mesleki zorlanmalar gibi yaşam olaylarını sorumlu tutsalar da, söz konusu yaşam olaylarının anksiyetenin nedeninden çok, anksiyeteli olmanın bir sonucu olabileceği unutulmamalıdır. YAB’nin panik bozukluğu ve majör depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte görülmesi, hastalığın gidişini önemli ölçüde etkilemektedir.<sup>108</sup>

### ***2.2.7. Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri***

Psikolojik olarak yaşanan travmanın en yaygın olarak hissedilen duygusal karşılığı şiddetli bir korku veya kontrol kaybı hissidir. Travma sonrası yaşanan yüksek seviyede anksiyete yüksek seviyede dissosiyasyona yol açmaktadır. Dissosiyasyon aynı zamanda bir kaçınma tepkisidir. Ölüm korkusu, kontrol kaybı gibi temel korkularla karakterize travmatik deneyimlere bir yanıt niteliğindedir. Tıpkı her anksiyete bozukluğunda panik atak yaşanabileceği gibi, pek çok anksiyete bozukluğu hastası da “gerçek dışı olma” hissini yaşamaktadırlar. Yapılan araştırmalarda, anksiyete bozukluğu olan hastaların, bu tanıyı almayanlara göre, daha fazla seviyede dissosiyasyon yaşadıkları görülmektedir. Geçici depersonalizasyon ve derealizasyon belirtileri pek çok anksiyete bozukluğu için tipik belirtilerdendir. Bunun yanı sıra depersonalizasyon ve derealizasyon panik ataklar esnasında da meydana gelen yaygın belirtilerdendir. Fobilerde ise bu durum sadece korkulan nesne ile yüzleşme esnasında meydana gelebilir Hafif bir sıkıntı hissinden, şiddetli bir kontrolünü kaybetme, çıldırma ya da ölüm korkusuna kadar uzanan geniş bir yelpazede yer alan duygusal belirtilerdir.<sup>115 116</sup>

Anksiyete bozukluklarının fiziksel belirtileri birçok sistemde kendini göstermektedir. Kardiyovasküler sistemde taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi; kas-iskelet sisteminde ağrı, sızı, seğirme, sertlik, ürperme, yorgunluk, baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük; gastrointestinal sistemde yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, intestinal huzursuzluk, diyare; genitoüriner sistemde sık idrar, sıkışma hissi, cinsel bozukluk, menstruasyon sorunları; otonom sinir sisteminde ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerde ayaklarda üşüme hissi, solunum sisteminde göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi, iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon görülür. <sup>109</sup>

### *2.2.7.1.Panik Bozukluğu*

Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayan, beklenmedik, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik ataklarının görülmesidir. Panik atakları tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik atağı sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir. Ayrıca, anksiyetenin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir. Panik atağı geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içindedirler.

Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler.

Panik atağı genellikle on-on beş dakika içinde yatışmakla birlikte, birkaç saate kadar da uzayabilmektedir. Panik atağının yatışmasının ardından, sıklıkla yeni bir atak geçirme korkusu şeklindeki beklenti anksiyetesi gelişmektedir. Önemli sayıdaki panik bozukluğu

hastası, gündüz ortaya çıkan panik ataklarının yanında, ara sıra gece gelen panik atakları yaşamaktadır. Gece gelen panik atakları, belirgin bir tetikleyici etken olmadan uykudan ani olarak panik hissiyle uyanma şeklinde ortaya çıkar. Gece gelen panik atakları non-REM uykuda, daha çok 2.evreden 3.evreye geçerken görülür. <sup>117</sup>

#### *2.2.7.2.Agorafobi*

Etkilenen kişilerin en azından dörtte üçünün aynı zamanda panik bozukluğa sahip olduğunun bildirilmesine rağmen, agorafobi çalışmaları, hastaların yaklaşık yarısının panik bozukluksuz agorafobiye sahip olduklarını bulmuştur. Bu hastalar işlek caddelerde, kalabalık mağazalarda, tüneller, asansörler gibi kapalı alanlarda bir arkadaşı ya da bir aile üyesi ile birlikte olmayı tercih ederler. Hastalar, eşlik eden bu kişiler olmadan evden ayrılamazlar. Ciddi durumlarda artık evden ayrılmaz hale gelirler. Çoğu vakada agorafobinin başlangıcı travmatik bir olayı izler. <sup>118</sup>

Hastaların bir kısmı, panik atağı geçirmesi halinde kaçmasının ya da yardım almasının zor olabileceği durumlardan uzak durmaya başlar. Kişinin, yeni bir atak geçirme korkusuyla, tek başına ev dışında, kalabalıkta, köprü üzerinde olmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçındığı bu durum ‘agorafobi’ olarak adlandırılır. Agorafobi, toplu bulunulan yerlerde olmaktan, kalabalıklara girmekten ve psikolojik güvenlik sağlayan çevre ve insanlardan uzakta olmaktan korkuyu kapsamaktadır. Agorafobiklerin kolayca ev veya alışık olunan çevre gibi ‘güvenlikli bölgelere’ çekilmelerinin mümkün olmadığı durumlardan korkma eğilimleri dikkat çekicidir. Birçoğu, yalnız olduklarında daha çok korku yaşamakta, özellikle de kendilerini güven içinde hissettikleri bölgelerin dışına çıktıklarında, sıklıkla yanlarında birisinin varlığına gereksinim duymaktadırlar. Agorafobik durumların birçoğunun ortak özelliği, ani bir sıkıntı olduğunda bir çıkış olanağının bulunamayacağı durumlar olmasıdır. Agorafobiklerin korku duydukları durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- Büyük bir mağaza ya da alışveriş yerinde olma, otobüs, tren, vapur, uçak gibi toplu taşıma araçlarıyla yolculuk etme,
- Toplu olarak bulunulan ortamlarda, kalabalık içinde, işlek caddelerde olma,
- Özellikle trafiğin sıkışık olduğu yerlerde arabayla yolculuk etme,
- Köprüden geçme,
- Kuyrukta bekleme.

Agorafobiklerin bu tür ortamlardan kaçınmaları temel özellikleridir. Yaşanılan korkunun şiddeti kaçınmalarının derecesini de belirler. Hastalığın hafif seyrettiği bir durumda, gerektiğinde bu tür ortamlarda bulunmaya sıkıntı çekerek de olsa katlanabilir ve görece olağan bir yaşam biçimini sürdürebilirler. Korkunun şiddeti arttıkça kaçınma davranışı belirginleşir ve kısıtlı bir yaşam biçimi ortaya çıkar. Hastalığın en ağır durumunda ise, kişi eve kapanır ve eşlik eden bir kimse olmadıkça evden dışarı çıkamaz. Korkunun şiddeti ve kaçınma davranışının derecesi değişebilmekle birlikte, agorafobi günlük işlevleri önemli ölçüde aksatır. <sup>113</sup>

### *2.2.7.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu*

Yaygın anksiyete belirtileri çok sayıda ve çeşitlidir. Devam eden kaygı ile karakterizedir. Korkularını kontrol etmekte zorlanırlar. Huzursuzluk, halsizlik, kas gerginliği ve insomnia gibi belirtiler bulunur. Çarpıntı ya da kalp hızında artma, terleme, titreme ya da seğirmeler, ağız kuruluğu, nefes almada güçlük, boğulma hissi, göğüs ağrısı ya da rahatsızlık, bulantı ya da epigastrik rahatsızlık gibi otonomik uyarılma belirtiler bulunabilir. Ruhsal belirtiler olarak, başta sersemlik hissi, bayılacakmış gibi hissetme, nesnelere gerçek dışı gibi hissetme (derealizasyon) veya kendini uzakta ya da orada değilmiş gibi (depersonalizasyon) hissetme, kontrolü yitirme korkusu ve ölüm korkusu bulunabilir, Hastalar, sıcak ya da soğuk basması, hissizlik veya karıncalanma duyuları, motor gerginlik ya da kas ağrıları, huzursuzluk,

yerinde duramama, gevşeyememe, endişe, kötü bir şey olacakmış gibi hissettiklerinden şikâyet ederler. Boğazda yumruk takılma hissi ya da yutma güçlüğü, küçük ani uyaranlara aşırı tepki verme ya da irkilme, aşırı endişe nedeniyle yoğunlaşma güçlüğü, sürekli huzursuzluk, endişe nedeniyle uykuya dalmada güçlük gibi genel belirtiler de bulunabilir. Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe, kolay yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme veya huzursuz ve dinlendirmeyen uyku) YAB hastaları tarafından en çok bildirilen somatik deneyimler olarak bulunmuştur. <sup>119</sup>

Hastalar huzursuz ve gergin bir görünüme sahiptir. Sık olarak sinirlilik, tedirginlik içinde olma, yerinde duramama halinden yakınır. Belirli bir neden yokken, olabilecek şeyler hakkında endişe ve üzüntü duyarlar. Kas gerginliğinden kaynaklanan titremeler, seğirmeler, kas ağrıları görülebilir. Kas gerginliği, özellikle baş, boyun ve sırtta ağrılara yol açar. Sıkışma ve baskı tarzındaki baş ağrıları tipiktir. El becerilerini bozacak bir düzeye varabilen el titremeleri görülebilmektedir. Güçsüzlük, kolay yorulma kas gerginliğinin diğer belirtileri olarak mevcut olabilir. YAB olgularının çoğu bedensel belirtilerden yakınmaktadır. Özellikle avuç içlerinde belirgin olan terleme, ateş basması, ağız kuruluğu ya da tükürük salgısında artma, yutma güçlüğü, boğazda düğümlenme hissi görülebilir. Soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, bulantı, diyare, çeşitli abdominal rahatsızlıklar, sık idrara çıkma yaygın olarak görülen diğer belirtilerdir. Ayrıca, kulak çınlaması, görmede bulanıklık, baş dönmesi, uyuşmalar ortaya çıkabilmektedir. Sindirim, solunum, kardiyovasküler, genitoüriner ve merkezi sinir sistemlerine ilişkin birçok belirtinin, yaygın anksiyetenin bedensel belirtileri olarak ortaya çıkabilmesi, fiziksel hastalıklarla ayırıcı tanı açısından önem taşır. <sup>113</sup>

#### 2.2.7.4.Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünün üzerinde olabileceği bir ya da birden fazla toplumsal durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Korkulan toplumsal durumlardan kaçınılması ya da yoğun anksiyete ile buna katlanılması söz konusudur.<sup>120</sup>

SAB; kişinin, dikkatlerin üzerinde toplanabileceği ve kendisini zor durumda bırakacak şekilde davranacağı gibi gerekçelerle belli sosyal ortamlarda bulunmaktan korkması durumudur. SAB'li kişi, bakışları üzerinde hissettiği ve eleştirilebileceğini düşündüğü bu tür ortamlarda aşırı bir anksiyete yaşamakta, bir yandan da anksiyete belirtilerinin başkaları tarafından fark edilmesinden ve bunun sonucunda rezil olmak ya da gülünç duruma düşmekten korkmaktadır. Titreme, kızarma, terleme gibi bedensel belirtilere bu gibi durumlarda sık rastlanır. Sosyal fobik durumlardan kaçınma hastalığının belirgin bir özelliğidir. Ancak, hastalar tüm kaçınma çabalarına karşın, bu tür ortamlara girmek durumunda kalabilirler. Böyle bir olasılık kişide beklenti anksiyetesine neden olur. Ayrıca, belli sosyal ortamlarda kızarma, terleme, titreme gibi istenmeyen bir belirtinin ortaya çıkması, kişinin o tür ortamlardaki performansını bozabilmekte, bir anlamda korkulanın başa gelmesiyle kısır bir döngüye girilebilmektedir. SAB'li hastaların korktukları durumların başında, topluluk içinde yemek yemek ya da bir şeyler içmek gelir. Bu kişiler, ellerinin titremesi sonucu yediklerini ya da içtiklerini üzerlerine dökcekleri, lokmanın boğazlarına takılacağı korkusuyla restorana, kafeteryaya gitmekten, yemekli toplantılara katılmaktan kaçınabilirler. Başkalarının önünde konuşamama, sorulan soruları yanıtlayamama korkusu, topluluk içine girmekten kaçınmalarına neden olabilir. Yabancı bir kişiyle tanışmak ya da yakınlaşmak konusunda ciddi güçlükleri vardır. Başkalarının gözü önünde yazı yazarken, imza atarken ellerinin titreyeceği korkusunu yaşayabilirler. Terlemekten, yüzlerinin kızarmasından korktukları için topluluk içinde

oturmaktan, konuşurken göz teması kurmaktan kaçınabilirler. Alışveriş sırasında satıcının kendilerine yönelik ilgisinden rahatsız olur, ısrarlı bir satıcıya karşı koymakta, satın aldıkları bir malı mağazaya geri götürmekte zorlanabilirler. Pekiyi tanımadıkları birisine aynı fikirde olmadıklarını ya da onu onaylamadıklarını söylemekte, otorite konumundaki kişilerle konuşmakta güçlük yaşarlar. İlgi odağı olabilecekleri, bakışları üzerinde hissedecekleri durumlardan uzak dururlar. Örneğin, bir odaya herkes oturup yerini aldıktan sonra girmek istemezler.<sup>113</sup>

#### *2.2.7.5.Özgül Fobi*

Bu tür fobiler özgül nesne ya da durumlarla sınırlı fobilerdir. Basit fobiler olarak da adlandırılırlar. Hayvan korkuları, yükseklik, karanlık, şimşek, asansör, kapalı yer, dişçi, kan, hastalık, enjeksiyon, genel tuvaletlerde idrar ve defekasyon yapma korkuları bu grup içinde yer alır. Sözü edilen özgül durum veya nesnelere karşılaşma agorafobi ve sosyal fobi durumlarında olduğu gibi panik ataklarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle diğer fobikler gibi fobik uyarılardan kaçınma eğilimi belirgindir.<sup>106</sup>

Fobik bozuklukların hepsinde ortak olan özellik belirli durum ve nesnelere karşılaşınca anksiyete belirtilerinin görülmesidir. Anksiyete belirtilerinin bedensel/otonomik, bilişsel/duygusal ve davranışsal boyutları vardır. Kişiden kişiye değişiklikler olmakla birlikte, fobik nesne veya durumla karşılaşan kişide gerçek korkularda ortaya çıkan belirtilerin benzeri olan durumlar ortaya çıkar. Fobik uyarılarla karşılaşıldığında çarpıntı, terleme, ateş basması, bayılacak veya çıldıracak gibi olma duyguları sık getirilen yakınmalardır.<sup>121</sup>

#### *2.2.7.6.Elektif Mutizm*

Elektif mutizm yani seçici konuşmama; kişinin tanıdığı ev gibi ortamlarda akıcı ve normal konuşmasına rağmen, konuşmasının beklendiği, sosyal ortamlarda konuşmama durumudur.

Suskunluğun şiddeti, yabancılarla konuşmamaktan, toplum içinde hemen her yerde sessiz kalmaya kadar değişebilir. Bu kişilerin çoğu yabancı ortamlarda sessiz ve sakindirler, ancak bazıları fısıldar veya tek heceli kelimeler kullanabilir. Bazı ortamlarda konuşmanın yokluğuna rağmen, kişiler ev ve alışık olduğu ortamlarda akıcı konuşurlar. Eşlik eden diğer belirtiler aşırı utangaçlık ve içe çekilme olabilir. Kişinin konuşmayı anlama, anlamlandırma sorunu varsa bu tanı düşünülmemelidir. Ayrıca bu durum kekeleme gibi bir iletişim bozukluğu ya da uygun dil becerileri bilgisinde eksiklik ile daha iyi açıklanıyorsa da seçici konuşmazlık düşünülmez. Erişkinlerde mutizm depresyondaki ağır psikomotor yavaşlamanın bir parçası olabilir. Pek çok konuşmayan hastanın yanıt vermek için savaşımlar verdiği açıkça gözlenir, ancak yorulur ve çabalamaktan vazgeçerler.<sup>122</sup>

#### *2.2.7.7. Ayrılma Anksiyetesi*

Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun temel özelliği; kişinin evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı olarak gerilim düzeyine göre beklenenden fazla, aşırı anksiyete duymasıdır. Ayrılma anksiyetesi, kişinin, anne ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde anksiyete yaşaması halidir.<sup>123</sup>

#### **2.2.8. Anksiyete Bozukluklarının Tanısı**

Anksiyete bozukluklarının tanısında birtakım zorluklarla karşılaşılmaktadır. Bunun sebeplerinden birisi depresif bozukluklar ile sık görülmesi, tanı düzeyindeki belirti örtüşmeleri bulunmasıdır.

Anksiyete bozukluklarının kendi içerisinde sınıflandırılmasında yaşanan sorunlardan ötürü DSM V'te yeniden sınıflandırma yapılmış ve bazı bozukluklarda tanı ölçütlerinde değişikliğe gidilmiştir.

### *2.2.8.1.DSM V'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Tanı Ölçütleri*

#### *a.Ayrılma Kaygı Bozukluğu*

Kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duymasıdır. <sup>41</sup>

#### *b.Seçici Konuşmazlık*

Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda, sürekli bir biçimde konuşamıyor olma söz konusudur. Eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar. Süresi en az bir aydır. Bu bozukluk iletişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır. <sup>41</sup>

#### *c.Özgül Fobi*

Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma söz konusudur. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. <sup>41</sup>

#### *ç.Toplumsal Kaygı Bozukluğu*

Kişinin, karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma, yemek yerken gözlenme, herkesin önünde bir konuşma yapma gibi başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da

birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması söz konusudur. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirti göstermekten korkar. Bahsedilen toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur. Toplumsal durumdan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. Korku, kaygı ya da kaçınma madde etkisine, panik bozukluğa, beden algısı bozukluğuna ya otizm açılımında bir bozukluğa ya organik bir hastalığa, örneğin parkinsonizm veya yanık gibi bir nedenden kaynaklanan biçimsel bozukluğa, bağlanamaz. <sup>41</sup>

#### d.Panik bozukluğu

Yineleyen beklenmedik panik ataklarıdır. Bir panik atağı dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün ya da daha çoğunun ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı durumdur:

- Çarpıntı, kalp hızının atması
- Terleme
- Titreme ya da sarsılma
- Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu
- Soluğun tıkanıdığı duyumu
- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
- Bulantı ya da karın ağrısı
- Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu
- Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu
- Uyuşmalar
- Gerçek dışılık

- Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu
- Ölüm korkusu

Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi bir ay veya daha uzun sürer:

- Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili olarak bir kaygı duyma ya da tasalanma
- Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri gösterme (örneğin spor yapmaktan kaçınma)<sup>41</sup>

### e.Agarofobi

Aşağıdaki beş durumdan ikisi ya da daha çoğu ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma söz konusudur:

- Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn otomobiller, otobüsler, trenler vb.)
- Açık yerlerde bulunma (örn otoparklar, alışveriş merkezleri vb.)
- Kapalı yerlerde bulunma (örn mağazalar, tiyatrolar, sinemalar vb.)
- Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma
- Tek başına evin dışında olma

Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan kaçınır.

Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinim duyulur ya da yoğun bir korku ya kaygı ile buna katlanılır.

Duyulan korku ya da kaygı agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur,

altı ay ya da daha uzun sürer. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa korku kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir. Bu durum başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle açıklanamaz. <sup>41</sup>

### f.Yaygın Anksiyete Bozukluğu

En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü ya da daha çoğu eşlik eder:

- Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma
- Kolay yorulma
- Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalmaması
- Kolay kızma
- Kas gerginliği
- Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme veya dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma

Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. Bu bozukluk, bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerini bağlamaz. <sup>41</sup>

### **2.2.9.Anksiyetenin Ölçümü**

### *2.2.9.1.Beck Anksiyete Ölçeği*

Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı duygusunun onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. BAÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark, tarafından yapılmıştır. BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri düşük (0-17 puan), orta (18-24 puan), yüksek (25 puan ve üstü ) şeklinde sınıflandırılmıştır. <sup>124</sup>

### *2.2.9.2.Hamilton Anksiyete Ölçeği*

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçeğtir. Bugün daha çok, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda anksiyetenin şiddetini, ilaçların anksiyete belirtileri üzerindeki etkilerini tayin etmekte kullanılmaktadır. Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 madde bulunmaktadır. Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Yazıcı ve arkadaşları yapmıştır. <sup>125</sup>

### *2.2.9.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği*

Argyropoulos ve arkadaşları, yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesinde kullanılan psikometrik testlerin, bu bozuklukla ilgili güncel kavramlarla uyuşmadığını ve sınırlılıkları olduğunu düşünmüşlerdir. Buradan yola çıkarak yaygın anksiyete bozukluğunda semptom profilini ve hastalık şiddetini ölçmek amacıyla yeni bir soru formu geliştirip, geçerliliğini araştırmışlardır. Ölçek bilişsel, somatik ve uykuyla ilişkili olmak üzere üç faktörü içerir. Ölçek, hasta olmayan grupla yaygın anksiyete bozukluğu olanları güvenilir bir biçimde ayırabilmiştir. <sup>126</sup>

### *2.2.9.4.Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri*

Spielberger tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenlik çalışmaları Öner tarafından yapılmıştır. Her biri Likert tipi, 1-4 arasında puanlanan 20 maddelik durumluk kaygı ölçeği ve 20 maddelik sürekli kaygı ölçeği olmak üzere iki ölçekten oluşur. Durumluk kaygı envanteri bireyin belirli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli kaygı envanteri ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Puanlama her bir ölçek için 20 ile 80 arasında değişir ve puan yükseldikçe kaygı düzeylerinin yükseldiğini ifade eder.<sup>127</sup>

### ***2.2.10. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi***

Anksiyete bozukluklarının ciddi düzeyde olanlarında bilişsel davranışçı terapi ve antidepressanlar birlikte kullanılırken, daha hafif olanlarda sadece bilişsel davranışçı terapiye başvurulmasının prognozu daha iyi ve uzun sürelidir. Tedavinin başarısı için en önemli kural doğru tanıyı koymaktır. Anksiyete bozukluklarının örneğin fiziksel hastalıklardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. İkinci önemli nokta, hastanın ilaç kullanımına olan tavrıdır. Bir ilaç başladıktan sonra hastaların %50'si ilk üç ay içinde ilaç kullanmayı bırakır, az sayıda hasta ise yazılan reçeteyi hiçbir zaman almaz. Tedaviye uyum esastır ve hastanın bu konudaki tereddütleri açıkça konuşulmalıdır. Öte yandan uygun tedavi yapılmazsa anksiyete bozukluğu olan hastalar sık sık hekime başvururlar. Özellikle panik bozukluğu olan hastalar aile hekimleri, kardiyoloji ve acil servise sık sık başvururlar. Bu aynı zamanda ekonomik olarak da zarara neden olur. Bu nedenle başta ilk basamak hekimliği ve acil servislerde panik bozukluk olmak üzere, tıbbi hizmetlerin her basamağında anksiyete bozuklukları iyi tanınmalı ve tedavi edilmelidir.<sup>128</sup>

YAB'nin tedavisinde ilaç tedavisi, davranışçı ve bilişsel psikoterapiler, relaksasyon eğitimi gibi tedavi yöntemlerinin yararlı olduğu kabul edilmektedir. Tedavide hem farmakolojik hem de psikolojik uygulamaların kullanıldığı birleşik modelin kullanılması önerilmektedir.

YAB'nin tedavisi için gereken ilaçların seçimi ve tedavinin yöntemi önemlidir. Tıbbi durumlardan veya yasa dışı madde kullanımından kaynaklanan anksiyetenin özellikle ayırt edilmesi başlangıç tedavisi için önem teşkil etmektedir. Anksiyeteyi artırabilecek ürünlerden uzak durulması öğütlenmelidir. Mümkünse kafein içeren gıdalar ve çikolata diyetten kaldırılmalıdır. Teofilin, stimülanlar, dekonjestanlar, kokain, esrar ve alkol kullanımı durdurulmalıdır. Günümüzde YAB için Amerika Birleşik Devletleri'nde Food and Drug Administration tarafından onaylanmış her biri farklı yan etki profili ve etki mekanizmasına sahip üç ilaç bulunmaktadır. Bunlar, benzodiazepinler, buspiron ,venlafaksindir. Son yıllarda anksiyetenin tedavisinde  $\beta$ -adrenerjik antagonistler, hidroksizin ve ondansetron gibi bazı ilaçlarda kullanılmaktadır.<sup>129</sup>

Sosyal anksiyete semptomlarını azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak, anksiyetenin oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve komorbid durumları tedavi etmek esastır. Spesifik tipte performans kaygısı için, 30 dakika önce propranolol 10-40 mg kullanılabilir.<sup>130</sup>

Birçok panik bozukluğu hastası için, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ya da serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri en iyi farmakoterapi tercihleri olsa da, en fazla kanıtın elde edildiği ve daha sıklıkla ilk seçenek olarak kabul edilen ilaç grubu serotonin geri alım inhibitörleridir. Panik bozukluğunun bilişsel-davranışçı tedavisinin ilk aşamasını, fizyolojik uyarılma belirtilerinin ortadan kaldırılmasının hedeflendiği solunum egzersizleri ve aşamalı kas gevşetme tekniklerini içeren gevşeme eğitimi oluşturur. Hastalara hiperventilasyonun fizyolojik temeli açıklandıktan sonra, oturma sırasında hızlı soluk alıp vermenin etkilerinin gösterildiği bir çalışma yaptırılır. Ardından da dakikada 8-10 kez kontrollü olarak soluk alıp verme öğretilir ve hastalardan stres verici durumlarda bu tekniği uygulamaları istenir.<sup>131</sup>

### **3.GEREC VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırma Bölgesinin Tanıtılması**

Araştırma Aksaray İli Ağaçören İlçesine yapılmıştır. İlçe, İç Anadolu Bölgesinin Orta Kızılırmak Bölümünün güneyinde yer almaktadır. Kuzeyi Sarıyahşi İlçesi, doğusu Ortaköy İlçesi, güneyi Aksaray Merkez İlçesi ve batısı ise Şereflikoçhisar İlçesi sınırları ile çevrilidir. İlçenin toplam yüzölçümü 385.000 hektar olup, rakımı ortalama 1100 m'dir. TÜİK 2015 verilerine göre ilçenin toplam nüfusu 8467'dir.

#### **3.2.Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Aksaray Ağaçören İlçesi'nde bulunan 15 yaş ve üzeri 6892 kişi oluşturmaktadır.

#### **3.4.Araştırmanın Örneklemi**

Sağlık Bakanlığınca 2013 yılında yapılan, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda bildirilen depresyon sıklığı %9,3'tür. Türkiye prevalansı göz önünde bulundurularak çalışma için örneklem büyüklüğü; %99 güvenilirlik ve %5 hata ile 217 olarak tespit edilmiştir. Ağaçören ilçesinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerde evrenden seçilecek örnek büyüklüğü aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır.

Evrendeki kişi sayısı bilindiğinden

$$N \text{ (Evrendeki kişi sayısı)} = 6892$$

$$n = Nt^2pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

$$= 6892 \times (2,59)^2 \times 0,093 \times 0,907 / 0,05^2 \times (6892-1) + (2,59)^2 \times 0,093 \times 0,907$$

$$= 217 \text{ kişi}$$

$$t (\%99 \text{ güven düzeyinde t tablosunda en büyük serbestlik derecesi için bulunan değer}) = 2,59$$

$$p (\text{Depresyon prevalansı}) = 0,093$$

$$q (\text{incelenen olayın meydana gelmeme olasılığı}) (1-p) = 0,907$$

$$d (\text{hata}) = 0,05$$

Temsiliyetin artması yönünden araştırmanın, belirlenen örneklem büyüklüğünün iki katı büyüklükte bir toplumda, 434 kişi üzerinde yürütülmesi planlanmıştır. Yedekten daha fazla örneklem seçilmesi nedeniyle yedekleme yapılmamıştır. 434 kişi, yaş ve cinsiyet gruplarına göre tabakalandırılıp her grupta kaç kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir.

Evreni oluşturun 15 yaş ve üzerindeki 6892 kişi listesi İlçe Nüfus Müdürlüğü'nden alınmıştır. Listede yer alan kişiler doğum tarihlerine göre sıralanmıştır.  $6892 / 434 = 15,88$  işlemi göz önünde bulundurulurak her 15. kişinin çalışmaya dâhil edilmesi planlanmıştır. Rastgele sayılar tablosundan 1 ile 15 arasından tesadüfi olarak 5 rakamı seçildikten sonra, oluşturulan listede 5, 20, 35, ..... , 6890 numaralı kişilere anket formunun uygulanması planlanmıştır

**Tablo 1. Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Gruplarına Göre Tabakalandırılması, Ağaoren, 2016.**

<b>Kadınlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Erkekler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
15-24	34	15,2	15-24	38	18,0
25-34	27	12,3	25-34	32	14,9
35-44	32	14,3	35-44	35	16,2
45-54	34	15,2	45-54	31	14,7
55-64	44	20,1	55-64	36	17,1
65 ve üzeri	50	22,9	65 ve zeri	41	19,1

### **3.5.Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.5.1.Bağımlı Değişkenler**

- Depresyon olma durumu
- Anksiyete olma durumu

#### **3.5.2.Bağımsız Değişkenler**

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Aile tipi
- Hanedeki toplam kişi sayısı
- Aylık toplam gelir
- Yaşanılan yer
- Sigara içme durumu
- Alkol alma durumu
- Hekim tarafından tanısı konmuş kronik hastalık olma durumu
- Düzenli kullanılan ilaç var olma durumu
- Hanede kronik hastalığı olan birey durumu
- Ailede ruh sağlığı bozukluğu durumu
- Daha önce depresyon tanısı alma durumu
- Daha önce depresyon tedavisi alma durumu
- Halen depresyon tedavisi alma durumu
- Daha önce anksiyete/kaygı bozukluğu tanısı alma durumu
- Daha önce anksiyete/kaygı bozukluğu tedavisi alma durumu
- Halen anksiyete/kaygı bozukluğu tedavisi alma durumu
- Daha önce başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı alma durumu
- Daha önce başka bir ruh sağlığı bozukluğu tedavisi alma durumu

- Halen başka bir ruh sağlığı bozukluğu tedavisi alma durumu

### **3.6.Araştırmada Kullanılan Araç- Gereç**

Araştırmada veri kaynağı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen “Aksaray İli Ağaçören İlçesinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ile Risk Etmenleri” anket formu kullanılmıştır. Anket 3 bölüm 66 sorudan oluşmaktadır.

Birinci bölüm 24 sorudan oluşup; kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile tipi, hanesinde yaşayan toplam kişi sayısı, aylık toplam geliri, yaşadığı yer, sigara ve alkol içme durumu, kendisinin ve birlikte yaşadığı kişilerin kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, ailesinde ruh sağlığı bozukluğu varlığı sorgulanmıştır. Birinci bölümde ayrıca kişinin depresyon, anksiyete veya başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı alma ve bu tanıyla tedavi görme durumları da araştırılmıştır.

İkinci bölüm 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Ölçeği’nden meydana gelmiştir. Beck ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilmiş olan, depresyon belirtilerinin derecesinin belirlenmesini amaçlayan, yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilen bir değerlendirme ölçeğidir. Önemli bir özelliği ise depresyon ile diğer psikopatolojik durumları ayırt edebilmesidir. BDÖ, psikoterapi sırasında klinik gözlemler doğrultusunda belirlenen 21 depresif belirti kategorisini kapsamaktadır. Bunlar; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, hayattan zevk alamama, suçluluk duygusu, cezalandırma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, bedensel imgenin çarpıtılması, çalışabilirliğin azalması, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybıdır.

BDÖ’de her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli’nin yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir.

Puanların Derecelendirmesi; 0 - 9 puan: Minimal Düzeyde Depresif Belirti

10 - 16 puan: Hafif Düzeyde Depresif Belirti

17 - 29 puan: Orta Düzeyde Depresif Belirti

30 - 63 puan: Şiddetli Düzeyde Depresif Belirti

Üçüncü bölüm 21 maddeden oluşan Beck Anksiyete Ölçeği’nden meydana gelmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirir. Kişiye sorulan sorularla sıkıntı duygusunun onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. BAÖ’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark tarafından yapılmıştır.

Puanların Derecelendirmesi; 0-17 puan: Düşük Düzeyde Anksiyete Belirtileri

18-24 puan: Orta Düzeyde Anksiyete Belirtileri

25 puan ve üzeri: Yüksek Düzeyde Anksiyete Belirtileri

şeklinde sınıflandırılmıştır.

Bu çalışmanın bulguları sunulurken, Beck Depresyon Ölçeğine göre 17 puan ve üzeri “Depresyon Var”, Beck Anksiyete Ölçeğine göre 18 puan ve üzeri “Anksiyete Var” olarak değerlendirilmiştir.

### **3.7.Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın Etik Kurul İzni alınmış olup EK-2’de sunulmuştur.

Araştırmada kullanılan anket formu Mart 2016’te oluşturulduktan sonra Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisi olan araştırmacı tarafından Nisan 2016’da araştırma bölgesinde 20 kişiye ön uygulama yapılmış, aksayan yönler dikkate alınarak anket formu yeniden gözden geçirilmiş, son düzenlemeler yapılmıştır. Anket formu 02– 27 Mayıs 2016 tarihleri arasında Ağaçören İlçesinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilere uygulanmıştır.

Anket formu, araştırmacı tarafından kişilerin evleri ziyaret edilerek yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Evine iki kez gidilmesine rağmen ulaşılamayan kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Bir anketin uygulama süresi 15–20 dakika arasında değişmektedir.

Anketin uygulanması neticesinde 404 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi % 93’tür.

### 3.8.Araştırma Takvimi

**Tablo 2. Araştırma Takvimi**

<b>Tarih</b>	<b>Aşama</b>
Eylül-Aralık 2015	Literatür taraması
Ocak-Şubat 2016	Araştırmanın planlanması
Mart 2016	Veri toplama formunun oluşturulması
Nisan 2016	Etik kurula başvurulması
Nisan 2016	Ön uygulama
Mayıs 2016	Uygulama
Haziran 2016	Verilerin bilgisayara aktarılması
Temmuz 2016	Verilerin analizi
Ağustos 2016	Rapor yazımının tamamlanması

### 3.9.Araştırmanın Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi, Temmuz 2016'da SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programına araştırmacı tarafından girilmiş, veri girişi tamamlandıktan sonra veri kontrolü yapılmıştır. İstatistiksel analiz olarak, tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca (en küçük, en büyük değer) ile sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Depresyon ve anksiyete bozukluğu varlığını etkileyebilecek etmenlerin tahmini rölatif riskleri hesaplanmıştır.

### **3.10.Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Özellikle yaşlı nüfusun ikamet bilgisi olan yerde olmayıp birçoğunun çocuklarının yanına gitmiş olmaları ulaşım açısından araştırmanın önemli kısıtlılıklarından birini oluşturmuştur. Bu sorun birkaç kez evlere gitme ile büyük sıklıkla çözülmüştür. İlçenin demografik ve sosyokültürel yapısı nedeniyle özellikle alkol kullanma ve cinsel hayatları ile ilgili sorularda alınan cevaplarda kısıtlılık olduğu düşünülmüştür.

#### **4.BULGULAR**

Araştırmada Aksaray Ağaçören’de yaşayan 404 kişi incelenmiştir. İncelenenlerin yaş ortalaması  $44,01 \pm 17,79$ , ortancası 43 (min:15, max:82)’tür. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $9,85 \pm 8,88$ , ortancası 7 (min:0, max:50)’dir. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $8,61 \pm 8,617$ , ortancası 6 (min:0, max:42)’dir.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Yaş Grupları (n=404)</b>		
15-24 Yaş	73	18,1
25-34 Yaş	70	17,3
35-44 Yaş	65	16,1
45-54 Yaş	64	15,9
55-64 Yaş	70	17,3
65 Yaş Ve Üstü	62	15,3
<b>Cinsiyet (n=404)</b>		
Erkek	210	52,0
Kadın	194	48,0
<b>Medeni Durum (n=404)</b>		
Evli	293	72,5
Bekâr	83	20,5
Eşi Ölmüş	23	5,7
Boşanmış	5	1,3
<b>Öğrenim Durumu (n=404)</b>		
Okuryazar Değil	47	11,6
Sadece Okuryazar	29	7,2
İlkokul Mezunu	132	32,7
Ortaokul Mezunu	56	13,9
Lise Mezunu	69	17,1
Yüksekokul-Üniversite Mezunu	66	16,3
Yüksek Lisans/Doktora Mezunu	5	1,2
<b>Çalışma Durumu (n=404)</b>		
Çalışan	175	43,3
Ev Hanımı	124	30,7
Emekli	49	12,1
Öğrenci	33	8,2
İşsiz	23	5,7

<b>Aile Tipi (n=404)</b>			
	Çekirdek Aile	192	47,5
	Geniş Aile	90	22,3
	Eşi ile	91	22,5
	Yalnız	20	5,0
	Diğer	11	2,7
<b>Hane Halkı Durumu (n=404)</b>			
	1	120	5,0
	2-3	198	49,0
	4-5	123	30,4
	6 ve üzeri	63	15,6
<b>Hane Aylık Gelir Durumu (n=404)</b>			
	1250 TL'den daha az	162	40,1
	1251-2500 TL	132	32,7
	2501-3750 TL	44	10,9
	3751-5000 TL	30	7,4
	5001 TL ve üzeri	36	8,9
<b>Yaşanılan Yer Durumu(n=404)</b>			
	İlçe Merkezi	270	66,8
	Köy	134	33,2

\*Sütun Yüzdesi

\*Diğer: Anne ile, çocuk ile, çocuk ve torunlar ile

Tablo 3'te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre; %18,1'i 15-24 yaşları arası, %17,3'ü 25-34 yaşları arası, %16,1'i 35-44 yaşları arası, %15,9'u 45-54 yaşları arası, %17,3'ü 55-64 yaşları arası, %15,3'ü 65 yaş ve üstüdür. Cinsiyete göre %52,0'ı erkek, %48,0'ı kadındır. Medeni duruma göre; %72,5'i evli, %20,5'i bekâr, %5,7'si eşi ölmüş, %1,3'ü ise boşanmıştır.

Öğrenim durumuna göre; %11,6'sı okuryazar değil, %7,2'si sadece okuryazar, %32,7'si ilkokul mezunu, %13,9'u ortaokul mezunu, %17,1'i lise mezunu, %16,3'ü yüksekokul/üniversite mezunu, %1,2'si yüksek lisans/doktora mezunudur. Çalışma durumlarına göre; %8,2'si öğrenci, %30,7'si ev hanımı, %12,1'i emekli, % 5,7'si işsiz, %39,1'i çalışandır. Aile tipi durumu; %47,5'i çekirdek aile, %22,3'ü geniş aile, %22,5'i eşi ile yaşayan, % 5,0'ı yalnız yaşayan, % 2,7'si diğer olarak belirlenmiştir.

Hane halkı kişi sayısı durumuna göre; %5,0'ı 1 kişi, %49,0'ı 2-3 kişi, %30,4'ü 4-5 kişi, %15,6'sı 6 kişi ve üzeridir. Hane aylık gelir durumuna göre; %40,1'i 1250 TL'den az, %32,7'si 1251-2500 TL, %10,9'u 2501-3750 TL, %7,4'ü 3751-5000 TL, %8,9'u 5000 TL ve üzeridir. Yaşanılan yer durumuna göre; % 33,2 si köyde, %66,8'i ilçededir.

**Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.**

		Sayı	(%)*
<b>Sigara İçme Durumu (n=404)</b>			
	Hiç Sigara İçmemiş	213	52,7
	Geçmişte İçmiş ama Şimdi İçmiyor	82	20,3
	Halen Ara Sıra İçiyor	28	6,9
	Halen Her Gün İçiyor	81	20,1
<b>Alkol Alma Durumu (n=404)</b>			
	Hiç Alkol Almamış	296	73,3
	Geçmişte Almış ama Şimdi Almıyor	73	18,1
	Halen Ara Sıra Alıyor	32	7,9
	Halen Her Gün Alıyor	3	0,7
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=404)</b>			
	Yok	232	57,4
	Var	172	42,6
<b>Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=404)</b>			
	Yok	265	65,6
	Var	169	34,4
<b>Hanede Kronik Hastalık Durumu (n=404)</b>			
	Yok	244	60,4
	Var	160	39,6

\*Sütun Yüzdesi

Tablo 4'te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların sigara içme durumlarına göre; %52,7 'si hiç sigara içmemiş, %20,3'ü geçmişte içmiş ama şimdi içmemekte, %6,9'u halen ara sıra içmekte, %20,1'i halen her gün içmektedir. Alkol alma durumlarına göre; katılımcıların %73,3'ü hiç alkol almamış, %18,1'i geçmişte almış ama şimdi almamakta, %7,9'u halen ara sıra almakta, %0,7'si halen her gün almaktadır.

Kronik hastalık olma durumuna göre; katılımcıların %57,4'ünde kronik hastalık yoktur, %42,6'sında vardır. Düzenli ilaç kullanma durumlarına göre; katılımcıların %65,6'sı kullanmamakta, %34,4'ü kullanmaktadır. Hanede kronik hastalık olma durumuna göre; katılımcıların %60,4'ünde hanede kronik hastalık bulunmamakta, %39,6'sında bulunmaktadır.

**Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.**

		Sayı	(%)*
<b>Ailede Ruh Sağlığı Bozukluğu Durumu (n=404)</b>			
	Yok	367	90,8
	Var	37	9,2
<b>Daha Önce Depresyon Tanısı Alma Durumu (n=404)</b>			
	Yok	366	90,6
	Var	38	9,4
<b>Daha Önce Depresyon Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>			
	Yok	379	93,8
	Var	25	6,2
<b>Halen Depresyon Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>			
	Yok	398	98,5
	Var	6	1,5
<b>Daha Önce Anksiyete Tanısı Alma Durumu (n=404)</b>			
	Yok	385	95,3
	Var	19	4,7
<b>Daha Önce Anksiyete Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>			
	Yok	394	97,5
	Var	10	2,5
<b>Halen Anksiyete Tedavisi Alma Durumu(n=404)</b>			
	Yok	399	98,8
	Var	5	1,2
<b>Başka Ruh Sağlığı Bozukluğu Tanısı Alma Durumu(n=404)</b>			
	Yok	400	99,0
	Var	4	1,0
<b>Başka Ruh Sağlığı Bozukluğu Tedavisi Alma Durumu(n=404)</b>			
	Yok	401	99,3
	Var	3	0,7
<b>Halen Başka Ruh Sağlığı Bozukluğu Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>			
	Yok	402	99,5
	Var	2	0,5

\*Sütun Yüzdesi

Tablo 5'te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların ailelerinde ruh sağlığı bozukluğu olma durumuna göre; % 90,8'inin ailelerinde ruh sağlığı bozukluğu bulunmamakta, %9,2'sinde ise bulunmaktadır. Daha önce depresyon tanısı alma durumlarına göre; katılımcıların %90,6'sı depresyon tanısı almamış, %9,4'ü ise almıştır. Daha önce depresyon tedavisi alma durumlarına göre; katılımcıların %93,8'i tedavi almamış, %6,2'si tedavi almıştır. Halen depresyon tedavisi alma durumlarına göre; katılımcıların %98,5'i tedavi almamakta, %1,5'i tedavi almaktadır.

Daha önce anksiyete tanısı alma durumlarına göre; katılımcıların %95,3'ü anksiyete tanısı almamış, %4,7'si anksiyete tanısı almıştır. Daha önce anksiyete tedavisi alma durumlarına göre; katılımcıların %97,5'i tedavi almamış, %2,5'i tedavi almıştır. Halen anksiyete tedavisi alma durumlarına göre; katılımcıların %98,8'i tedavi almamakta, %1,2'si tedavi almaktadır.

Başka ruh sağlığı bozukluğu tanısı alma durumlarına göre; katılımcıların %99,0'ı tanı almamış, %1,0'ı tanı almıştır. Başka ruh sağlığı bozukluğu tedavisi alma durumlarına göre; katılımcıların %99,3'ü tedavi almamış, %0,7'si tedavi almıştır. Halen başka ruh sağlığı bozukluğu tedavisi alma durumlarına göre; katılımcıların %99,5'i tedavi almamakta, %0,5'i tedavi almaktadır.

**Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Dağılımı, Ağaçören, 2016.**

		Sayı	(%)*
<b>Depresyon Şiddetinin Durumu (n=404)</b>			
	Yok	258	63,9
	Hafif	69	17,1
	Orta	57	14,1
	Şiddetli	20	4,9
<b>Anksiyete Şiddetinin Durumu (n=404)</b>			
	Yok	251	62,1
	Hafif	82	20,3
	Orta	40	9,9
	Şiddetli	31	7,7

\*Sütun Yüzdesi

Tablo 6’da araştırmaya katılan bireylerin depresyon ve anksiyete durumlarının dağılımları sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin depresyon şiddetlerinin durumuna göre; katılımcıların %63,9’unda depresyon yoktur, %17,1’inde hafif şiddette, %14,1’inde orta şiddette, %4,9’unda şiddetli seviyede depresyon bulunmaktadır. Anksiyete şiddetinin durumuna göre; katılımcıların %62,1’inde anksiyete yoktur, %20,3’ünde hafif şiddette, %9,9’unda orta şiddette, %7,7’sinde şiddetli seviyede anksiyete vardır.

**Tablo 7. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı zelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Ağaçören, 2016.**

		Depresyon Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Yaş (n=404)</b>					
	15-24 yaş	52	71,2	71	28,8
	25-34 yaş	64	91,4	6	8,6
	35-44 yaş	50	76,9	15	23,1
	45-54 yaş	52	81,2	12	18,8
	55-64 yaş	53	75,7	17	24,3
	65 yaş ve üzeri	56	90,3	6	9,7
		$\chi^2=14,912$		$p=0,011$	
<b>Cinsiyet (n=404)</b>					
	Erkek	189	90,0	21	10,0
	Kadın	138	71,1	56	28,9
		$\chi^2=23,266$		$p<0,001$	
<b>Medeni Durum (n=404)</b>					
	Evli	244	83,3	49	16,7
	Bekâr	63	75,9	20	24,1
	Eşi lmüş	17	73,9	6	26,1
	Boşanmış	3	60,0	2	40,0
		$\chi^2=4,559$		$p=0,207$	
<b>ğrenim Durumu (n=404)</b>					
	Okul bitirmemiş	51	67,1	25	32,9
	İlkokul mezunu	111	84,1	21	15,9
	İlköğretim / Ortaokul mezunu	48	85,7	8	14,3
	Lise mezunu	52	75,4	17	24,6
	Yüksekokul / niversite / Yüksek lisans / Doktora	65	91,5	6	8,5
		$\chi^2=17,678$		$p=0,001$	

<b>Çalışma Durumu (n=404)</b>					
	İşsiz	16	69,6	7	30,4
	Öğrenci	23	69,7	10	30,3
	Ev hanımı	87	70,2	37	29,8
	Çalışan	156	89,1	19	10,9
	Emekli	45	91,8	4	8,2
		<b><math>\chi^2=25,376</math></b>		<b><math>p&lt;0,001</math></b>	

\*Satır Yüzdesi

Tablo 7’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Katılımcıların yaş gruplarına göre; 15-24 yaş arasındaki katılımcıların % 28,8’inde, 25-34 yaş arasındaki katılımcıların %8,6’sında, 35-44 yaş arasındaki katılımcıların %23,1’inde, 45-54 yaş arasındaki katılımcıların %18,8’inde, 55-64 yaş arasındaki katılımcıların %24,3’ünde, 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların %9,7’sinde depresyon vardır. Yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,011). Fark 25-34 yaş grubundan kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların cinsiyetine göre; erkeklerin %10,0’ında, kadınların %28,9’unda depresyon vardır. Cinsiyete göre depresyon olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

Medeni duruma göre; evlilerin %16,7’sinde, bekârların %24,1’inde, boşanmışların %40,0’ında, eşi ölmüşlerin %26,1’inde depresyon vardır. Medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p=0,207).

Öğrenim durumuna göre; okul bitirmemişlerin %32,9’unda, ilkokul mezunu olanların %15,9’unda, ortaokul mezunu olanların %14,3’ünde, lise mezunu olanların % 24,6’sında, yüksekokul /üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %8,5’inde depresyon vardır. Öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.(p=0,001). Fark okul bitirmemişlerden kaynaklanmaktadır.

Çalışma durumuna göre; öğrencilerin % 30,3'ünde, ev hanımlarının %29,8'inde, emeklilerin %8,2'sinde, işsizlerin %30,4'ünde, çalışanların %10,9'unda depresyon vardır. Çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Fark emekliler ve çalışanlardan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 8. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Ağaçören, 2016.**

		Anksiyete Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Yaş (n=404)</b>					
	15-24 yaş	56	76,7	17	23,3
	25-34 yaş	61	87,1	9	12,9
	35-44 yaş	51	78,5	14	21,5
	45-54 yaş	51	79,7	13	20,3
	55-64 yaş	56	80,0	14	20,0
	65 yaş ve üzeri	58	93,5	4	6,5
		$\chi^2=9,336$		$p=0,096$	
<b>Cinsiyet (n=404)</b>					
	Erkek	193	91,9	17	8,1
	Kadın	140	72,2	54	27,8
		$\chi^2=27,126$		$p<0,001$	
<b>Medeni Durum (n=404)</b>					
	Evli	242	82,6	51	17,4
	Bekâr	69	83,1	14	16,9
	Boşanmış	4	80,0	1	20,0
	Eşi ölmüş	18	78,3	5	21,7
		$\chi^2=0,330$		$p=0,954$	
<b>Öğrenim Durumu (n=404)</b>					
	Okul bitirmemiş	59	77,6	17	22,4
	İlkokul mezunu	110	83,3	22	16,7
	İlköğretim / Ortaokul mezunu	51	91,1	5	8,9
	Lise mezunu	50	72,5	19	27,5
	Yüksekokul / Üniversite / Yüksek lisans / Doktora	63	88,7	8	11,3
		$\chi^2=11,222$		$p=0,082$	
<b>Çalışma Durumu (n=404)</b>					
	Ev hanımı	86	69,4	38	30,6
	İşsiz	16	69,6	7	30,4
	Öğrenci	26	78,8	7	21,2
	Çalışan	157	89,7	18	10,3
	Emekli	48	98,0	1	2,0
		$\chi^2=32,132$		$p<0,001$	

\*Satır Yüzdesi

Tablo 8’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Katılımcıların yaş gruplarına göre; 15-24 yaş arasındaki katılımcıların %23,3’ünde, 25-34 yaş arasındaki katılımcıların %12,6’sında, 35-44 yaş arasındaki katılımcıların %21,5’inde, 45-54 yaş arasındaki katılımcıların %20,3’ünde, 55-64 yaş arasındaki katılımcıların %20,0’ında, 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların %6,5’inde anksiyete vardır. Yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,096$ ).

Katılımcıların cinsiyetine göre; erkeklerin %8,1’inde, kadınların %27,8’inde anksiyete vardır. Cinsiyete göre anksiyete olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Medeni duruma göre; evlilerin %17,4’ünde, bekârların %16,9’unda, boşanmışların %20,0’ında, eşi ölmüşlerin %21,7’sinde anksiyete vardır. Medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,954$ ).

Öğrenim durumuna göre okul bitirmemişlerin %22,4’ünde, ilkokul mezunu olanların %16,7’sinde, ortaokul mezunu olanların %8,9’unda, lise mezunu olanların %27,5’inde, yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %11,3’ünde anksiyete vardır. Öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,082$ ).

Çalışma durumuna göre öğrencilerin %21,2’sinde, ev hanımlarının %30,6’sında, emeklilerin %2,0’ında, işsizlerin %30,4’ünde, çalışanların %10,3’ünde anksiyete vardır. Çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Fark emekliler ve çalışanlardan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 9. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Ağaçören, 2016.**

		Depresyon Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Aile Tipi (n=404)</b>					
	Çekirdek Aile	154	80,2	38	19,8
	Geniş Aile	72	80,0	18	20,0
	Eşi ile	75	82,4	16	17,6
	Yalnız	16	80,0	4	20,0
	Diğer	10	90,9	1	9,1
		$\chi^2=0,967$		p=0,915	
<b>Hane Halkı Durumu (n=404)</b>					
	1	16	80,0	4	20,0
	2-3	162	81,8	36	19,8
	4-5	102	82,9	21	17,1
	6 ve üzeri	47	74,6	16	25,4
		$\chi^2=2,065$		p=0,559	
<b>Hane Aylık Gelir Durumu (n=404)</b>					
	1250 TL'den daha az	111	68,5	51	31,5
	1251-2500 TL	117	88,6	15	11,4
	2501-3750 TL	37	84,1	7	15,9
	3751-5000 TL	27	90,0	3	10,0
	5001 TL ve üzeri	35	97,2	1	2,8
		$\chi^2=29,337$		p<0,001	
<b>Yaşanılan Yer Durumu (n=404)</b>					
	Köy	104	77,6	30	22,4
	İlçe Merkezi	223	82,6	47	17,4
		$\chi^2=1,440$		p=0,230	

\*Satır Yüzdesi

\*Diğer: Anne ile, çocuk ile, çocuk ve torunlar ile

Tablo 9'da araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Aile tipine göre; çekirdek ailede yaşayanların %19,8'sinde, geniş ailede yaşayanların %20,0'ında, eşi ile yaşayanların %17,6'sında, yalnız yaşayanların %20,0'ında, diğer grubunun %9,1'inde depresyon vardır. Aile tipi durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,915).

Hane halkı durumuna göre; depresyon olma durumu incelendiğinde; yaşadığı hanede bir kişi olanların %20,0'ında, 2-3 kişi olanların %19,8'inde, 4-5 kişi olanların % 17,1'inde, 6 ve üzeri kişi olanların %25,4'ünde depresyon vardır. Hane halkı durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p= 0,559).

Hane aylık gelir durumuna göre; aylık geliri 1250 TL'den az olanların %31,5'inde, 1251-2500 TL olanların %11,4'ünde, 2501-3750 TL olanların %15,9'unda, 3751-5000 TL olanların %10,0'ında, 5001 TL ve üzeri olanların %2,8'inde depresyon vardır. Hane aylık gelir durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Fark aylık geliri 1250 TL'den az olanlardan kaynaklanmaktadır.

Yaşanılan yer durumuna göre; köyde yaşayanların % 22,4'ünde, ilçe merkezinde yaşayanların %17,4'ünde depresyon vardır. Yaşanılan yer ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,230).

**Tablo 10. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Ağaçören, 2016.**

		Anksiyete Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Aile Tipi (n=404)</b>					
	Çekirdek Aile	157	81,8	35	18,2
	Geniş Aile	72	80,0	18	20,2
	Eşi ile	77	84,6	14	15,4
	Yalnız	18	90,0	2	10,0
	Diğer	9	81,8	2	18,2
		$\chi^2=1,222$		p=0,543	
<b>Hane Halkı Durumu (n=404)</b>					
	1	18	90,0	2	10,0
	2-3	164	82,8	34	17,2
	4-5	101	82,1	22	17,9
	6 ve üzeri	50	79,4	13	20,6
		$\chi^2=1,230$		p=0,746	

<b>Hane Aylık Gelir Durumu (n=404)</b>					
	1250 TL'den daha az	130	80,2	32	19,8
	1251-2500 TL	109	82,6	23	17,4
	2501-3750 TL	38	86,4	6	13,6
	3751-5000 TL	24	80,0	6	20,0
	5001 TL ve üzeri	32	89,9	4	11,1
		$\chi^2=2,164$	$p=0,706$		
<b>Yaşanılan Yer Durumu(n=404)</b>					
	Köy	108	80,6	26	19,4
	İlçe Merkezi	225	83,3	45	16,7
		$\chi^2=0,463$	$p=0,496$		

\*Satır Yüzdesi

Tablo 10'da araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete olma durumlarının değerlendirilmesi sunulmuştur.

Aile tipine göre; çekirdek ailede yaşayanların %18,2'sinde, geniş ailede yaşayanların %20,2'sinde, eşi ile yaşayanların %15,4'ünde, yalnız yaşayanların %10,0'ında, diğer grubunun %18,2'sinde depresyon vardır. Aile tipi durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,543$ ).

Hane halkı durumuna göre depresyon olma durumu incelendiğinde; yaşadığı hanede bir kişi olanların %10,0'ında, 2-3 kişi olanların %17,2'sinde, 4-5 kişi olanların % 17,9'unda, 6 ve üzeri kişi olanların %20,6'sında depresyon vardır. Hane halkı durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,706$ ).

Hane aylık gelir durumuna göre; aylık geliri 1250 TL'den az olanların %19,8'inde, 1251-2500 TL olanların %17,4'ünde, 2501-3750 TL olanların, %13,6'sında, 3751-5000 TL olanların %20,0'ında, 5001 TL ve üzeri olanların % 11,1'inde depresyon vardır. Hane aylık gelir durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,706$ ).

Yaşanılan yer durumuna göre; köyde yaşayanların %19,4'ünde, ilçe merkezinde yaşayanların %16,7'sinde depresyon vardır. Yaşanılan yer durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,496$ ).

**Tablo 11. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Ağaören, 2016.**

		Depresyon Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Sigara İçme Durumu(n=404)</b>					
	Hiç İçmemiş	167	78,4	46	21,6
	Bırakmış	72	87,8	10	12,2
	İçiyor	88	80,7	21	19,3
		$\chi^2=3,396$		p=0,183	
<b>Alkol Kullanma Durumu (n=404)</b>					
	Hiç Kullanmamış	229	77,4	67	22,6
	Bırakmış	69	94,5	4	5,5
	Kullanıyor	29	82,9	6	17,1
		$\chi^2=11,263$		p=0,004	
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=404)</b>					
	Yok	198	85,3	34	14,7
	Var	129	75,0	43	25,0
		$\chi^2=6,852$		p=0,009	
<b>Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	219	82,6	46	17,4
	Var	108	77,7	31	22,3
		$\chi^2=1,444$		p=0,229	
<b>Hanede Kronik Hastalık Olma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	195	79,9	49	20,1
	Var	132	82,5	28	17,5
		$\chi^2=0,418$		p=0,518	

\*Satır Yüzdesi

Tablo 11’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Sigara içme durumuna göre; hiç sigara içmemiş olanların %21,6’sında, sigarayı bırakmış olanların %12,2’sinde, halen sigara içenlerin %19,3’ünde depresyon vardır. Sigara içme durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,183).

Alkol kullanma durumlarına göre; hiç alkol kullanmamış olanların %22,6’sında, alkol kullanmayı bırakmış olanların %5,5’inde, halen alkol kullananların %17,1’inde depresyon

vardır. Alkol kullanma durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004). Aradaki fark alkolü bırakanlardan kaynaklanmaktadır.

Kronik hastalık olma durumuna göre; kronik hastalığı olmayanların %14,7'sinde, olanların %25,0'ında depresyon vardır. Kronik hastalık olma durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,009).

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre; kullanmayanların %17,4'ünde, kullananların %22,3'ünde depresyon vardır. Düzenli ilaç kullanma durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,229).

Hanede kronik hastalık bulunma durumuna göre; kronik hastalık olmayanların %20,1'inde, olanların %17,5'inde depresyon vardır. Hanede kronik hastalık bulunma durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,518).

**Tablo 12. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Ağaçoören, 2016.**

		Anksiyete Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Sigara İçme Durumu(n=404)</b>					
	Hiç İçmemiş	170	79,8	43	20,2
	Bırakmış	69	84,1	13	15,9
	İçiyor	94	86,2	15	13,8
		$\chi^2=2,266$		$p=0,322$	
<b>Alkol Kullanma Durumu (n=404)</b>					
	Hiç Kullanmamış	234	79,1	62	20,9
	Bırakmış	69	94,5	4	5,5
	Kullanıyor	30	85,7	5	14,3
		$\chi^2=9,956$		$p=0,007$	
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=404)</b>					
	Yok	197	84,9	35	15,1
	Var	136	79,1	36	20,9
		$\chi^2=2,329$		$p=0,127$	

<b>Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	223	84,2	42	15,8
	Var	110	79,1	29	20,9
		$\chi^2=1,583$		$p=0,208$	
<b>Hanede Kronik Hastalık Olma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	196	80,3	48	19,7
	Var	137	85,6	23	14,4
		$\chi^2= 1,872$		$p=0,171$	

\*Satır Yüzdesi

Tablo 12’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Sigara içme durumuna göre; hiç sigara içmemiş olanların %20,2’sinde, sigarayı bırakmış olanların %15,9’unda, halen sigara içenlerin %13,8’inde anksiyete vardır. Sigara içme durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,322$ ).

Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre; hiç alkol kullanmamış olanların %20,9’unda, alkol kullanmayı bırakmış olanların %5,5’inde, halen alkol kullananların %14,3’ünde anksiyete vardır. Alkol kullanma durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,007$ ). Aradaki fark alkölü bırakanlardan kaynaklanmıştır.

Kronik hastalık olma durumuna göre; kronik hastalığı olmayanların % 15,1’inde, olanların %20,9’unda anksiyete vardır. Kronik hastalık olma durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p=0,127$ ).

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre; kullanmayanların %15,8’inde, kullananların %20,9’unda anksiyete vardır. Düzenli ilaç kullanma durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,208$ ).

Hanede kronik hastalık bulunma durumuna göre; hanesinde yaşayanlarda kronik hastalık olmayanların %19,7’sinde, olanların %14,4’ünde anksiyete vardır. Hanede kronik hastalık bulunma durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,171$ ).

**Tablo 13. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Ağaören, 2016.**

		Depresyon Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Ailede Ruh Sağlığı Bozukluğu Olma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	299	81,5	68	18,5
	Var	28	75,7	9	24,3
		$\chi^2=0,732$		$p=0,392$	
<b>Depresyon Tanısı Olma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	305	83,3	61	16,7
	Var	22	57,9	16	42,1
		$\chi^2=14,441$		$p<0,001$	
<b>Depresyon Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	313	82,6	66	17,4
	Var	14	56,0	11	44,0
		$\chi^2=10,745$		$p=0,001$	
<b>Halen Depresyon Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	324	81,4	74	18,6
	Var	3	50,0	3	50,0
		$\chi^2=3,779$		$p=0,052$	
<b>Anksiyete Tanısı Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	315	81,8	70	18,2
	Var	12	63,2	7	36,8
		$\chi^2=4,087$		$p=0,043$	
<b>Anksiyete Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	322	81,7	72	18,3
	Var	5	50,0	5	50,0
		$\chi^2=6,393$		$p=0,012$	
<b>Halen Anksiyete Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	325	81,5	74	18,5
	Var	2	40,0	3	60,0
		$\chi^2=5,501$		$p=0,019$	

\*Sattır Yüzdesi

Tablo 13'te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Katılımcıların ailesinde ruh sağlığı bozukluğu olması durumuna göre; ailede ruh sağlığı bozukluğu olmayanların %18,5'inde, olanların %24,3'ünde depresyon vardır. Ailede ruh

sağlığı bozukluğu olma durumuna göre depresyon olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,392$ ).

Katılımcıların daha önce depresyon tanısı alma durumlarına göre; daha önce depresyon tanısı olmayanların %16,7'sinde, olanların %42,1'inde depresyon vardır. Daha önce depresyon tanısı olma durumuna göre depresyon olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ( $p<0,001$ ).

Katılımcıların daha önce depresyon tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %17,4'nde, tedavi alanların %44,0'ında depresyon vardır. Daha önce depresyon tedavisi alma durumuna göre depresyon olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ( $p=0,001$ ).

Halen depresyon tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %18,6'sında, tedavi alanların %50,0'ında depresyon vardır. Halen depresyon tedavisi alma durumuna göre depresyon olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p=0,052$ ).

Katılımcıların daha önce anksiyete tanısı alma durumlarına göre; daha önce anksiyete tanısı olmayanların %18,2'sinde, olanların %36,8'inde depresyon vardır. Daha önce anksiyete tanısı olma durumuna göre depresyon olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ( $p=0,043$ ).

Katılımcıların daha önce anksiyete tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %18,3'nde, tedavi alanların %50,0'ında depresyon vardır. Daha önce anksiyete tedavisi alma durumuna göre depresyon olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,012$ ).

Halen anksiyete tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %18,5'inde, tedavi alanların %60,0'ında depresyon vardır. Halen anksiyete tedavisi alma durumuna göre depresyon olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ( $p=0,019$ ).

**Tablo 14. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Ağaçören, 2016.**

		Anksiyete Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Ailede Ruh Sağlığı Bozukluğu Olma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	306	83,4	61	16,6
	Var	27	73,0	10	27,0
		$\chi^2=2,512$		$p=0,113$	
<b>Depresyon Tanısı Olma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	310	84,7	56	15,3
	Var	23	60,5	15	39,5
		$\chi^2=13,887$		$p<0,001$	
<b>Depresyon Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	317	83,6	62	16,4
	Var	16	64,0	9	36,0
		$\chi^2=6,246$		$p=0,012$	
<b>Halen Depresyon Tedavisi Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	330	82,9	68	17,1
	Var	3	50,0	3	50,0
		$\chi^2=4,421$		$p=0,036$	
<b>Anksiyete Tanısı Alma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	325	84,4	60	15,6
	Var	8	42,1	11	57,9
		$\chi^2=22,376$		$p<0,001$	
<b>Anksiyete Tedavisi Alma Durumu(n=404)</b>					
	Yok	328	83,2	66	16,8
	Var	5	50,0	5	50,0
		$\chi^2=7,443$		$p=0,006$	
<b>Halen Anksiyete Tedavisi Alma Durumu(n=404)</b>					
	Yok	331	83,0	68	17,0
	Var	2	40,0	3	60,0
		$\chi^2=6,291$		$p=0,012$	

\*Satır Yüzdesi

Tablo 14'te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Katılımcıların ailesinde ruh sağlığı bozukluğu olması durumuna göre; ailesinde ruh sağlığı bozukluğu olmayanların %16,6'sında, olanların %27,0'sında anksiyete vardır. Ailede ruh

sağlığı bozukluğu olma durumuna göre anksiyete olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,113$ ).

Katılımcıların daha önce depresyon tanısı alma durumlarına göre; daha önce depresyon tanısı olmayanların %15,3'ünde, olanların %39,5'inde anksiyete vardır. Daha önce depresyon tanısı olma durumuna göre anksiyete olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Katılımcıların daha önce depresyon tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %16,4'ünde, tedavi alanların %36,0'ında anksiyete vardır. Daha önce depresyon tedavisi alma durumuna göre anksiyete olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,012$ ).

Halen depresyon tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %17,1'inde, tedavi alanların %50,0'ında anksiyete vardır. Halen depresyon tedavisi alma durumuna göre anksiyete olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p=0,036$ ).

Katılımcıların daha önce anksiyete tanısı alma durumlarına göre; daha önce anksiyete tanısı olmayanların %15,6'sında, olanların %57,9'unda anksiyete vardır. Daha önce anksiyete tanısı olma durumuna göre anksiyete olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Katılımcıların daha önce anksiyete tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %18,1'inde, tedavi alanların %50,0'ında anksiyete vardır. Daha önce anksiyete tedavisi alma durumuna göre anksiyete olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,006$ ).

Halen anksiyete tedavisi alma durumlarına göre; tedavi almayanların %17,0'sında tedavi alanların %60,0'ında anksiyete vardır. Halen anksiyete tedavisi alma durumuna göre anksiyete olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,012$ ).

**Tablo 15. Katılımcıların Depresyon Olma Durumlarına Göre Anksiyete Olma Durumu, Ağaçören, 2016.**

		Anksiyete Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
<b>Depresyon Olma Durumu (n=404)</b>					
	Yok	300	91,7	27	8,3
	Var	33	42,9	44	57,1
		$\chi^2 = 1,028$		$p < 0,001$	

\*Satır Yüzdesi

Tablo 15'te araştırmaya katılan bireylerin depresyon olma durumlarına göre anksiyete olma durumunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

Depresyonu olmayanların %8,3'ünde, olanların %57,1'inde anksiyete vardır. Depresyon olma durumuna göre anksiyete olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001).

**Tablo 16. İncelenenlerin Depresyon Durumlarını Etkileyen Etmenlerin Tahmini Rölatif Riskleri, Ağaçören, 2016.**

	Beta	OR	%95 CI	P
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek		1,00		
Kadın	1,295	3,65	2,11-6,31	<0,001
<b>Anksiyete</b>				
Yok		1,00		
Var	2,696	14,81	8,13-26,96	<0,001
<b>Kronik Hastalık</b>				
Yok		1,00		
Var	0,663	1,94	1,17-3,20	0,010
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okul bitirmemiş		1,00		
Okul bitirmiş	-0,956	0,38	0,21-0,67	0,001

OR: Odds Ratio

CI: Confidence Interval (Güven Aralığı)

Tablo 16’da incelenenlerin depresyon durumlarını etkileyen etmenlerin tahmini rölatif riskleri hesaplandığında; kadın olmak, herhangi bir okul bitirmemiş olmak, kronik hastalığa sahip olmak ve anksiyete varlığı depresyon için risk etmeni olarak belirlenmiştir.

Depresyon riskinin; kadınlarda erkelere göre 3,65 kez, kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 1,94 kez, anksiyete bozukluğu olanlarda olmayanlara göre 14,81 kez daha fazla; herhangi bir okul bitirmemişlerden olmayanlara göre 0,38 kez daha az olduğu saptanmıştır.

**Tablo 17. İncelenenlerin Anksiyete Durumlarını Etkileyen Etmenlerin Tahmini Rölatif Riskleri, Ağaçören, 2016.**

	<b>Beta</b>	<b>OR</b>	<b>%95 CI</b>	<b>P</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek		1,00		
Kadın	1,477	4,38	2,43-7,87	<0,001
<b>Kronik Hastalık</b>				
Yok		1,00		
Var	-0,399	0,67	0,40-1,12	0,128
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okul bitirmemiş		1,00		
Okul bitirmiş	-0,380	0,68	0,37-1,26	0,225

OR: Odds Ratio

CI: Confidence Interval (Güven Aralığı)

Tablo 17’de incelenenlerin anksiyete durumlarını etkileyen etmenler tahmini rölatif riskleri hesaplandığında; kadın olmak anksiyete varlığı için risk etmeni olarak belirlenmiştir.

Anksiyete riskinin, kadınlarda erkelere göre 4,38 kez daha fazla olduğu saptanmıştır.

## **5.TARTIŞMA**

### ***5.1.Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması:***

Araştırmada Aksaray İli Ağaçören İlçesi'nde yaşayan 404 kişi incelenmiştir. İlçede yaşayanların yaş ortalaması  $44,01 \pm 17,79$ 'dur. 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda yaş ortalaması 39,3'tür. <sup>37</sup> Yaklaşık yirmi yıllık süreçte toplumun ortalama yaşam süresi artmış olduğundan çalışmamızdaki kişilerin yaş ortalamasının bahsedilen çalışmadan daha yüksek çıktığı düşünülmüştür.

Araştırma grubunun yüzde 18'ini 15-24 yaş grubu oluşturmaktadır; 25-64 yaş grubundakilerin sıklığı yüzde 66; 65 yaş üzeri nüfusun sıklığı yüzde 15'dir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda yüzde 19'unu 15-24 yaş grubu oluşturmaktadır; 25-64 yaş grubundakilerin sıklığı yüzde 70, 65 yaş üzeri nüfusun sıklığı yüzde 11'dir. <sup>39</sup> 65 yaş üzeri nüfustaki farklılık çalışmamızdaki ilçede bu nüfusun fazla olduğundan kaynaklandığını düşündürmüştür.

Katılımcıların yüzde 72'si evli, yüzde 20'si bekâr, yüzde 1'i boşanmış ve yüzde 6'sının eşi ölmüştür. İstatistiklerle Türkiye 2014 Raporu'na göre ülkemizde 15 yaş ve üzeri nüfusun yüzde 64'ü evli, yüzde 27'si bekâr, yüzde 3'ü boşanmış ve yüzde 5'inin eşi ölmüştür. <sup>132</sup> Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda yüzde 80'i evli, yüzde 13'ü bekâr, yüzde 6'sı dul boşanmıştır. <sup>39</sup> Çalışmamızda evli kişilerin sıklığının profil çalışmasına göre düşük çıkmasının nedeni katılımcı yaşının 15 yaş itibarı ile olması profil çalışmasında ise 18 yaş itibarı ile olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan bireylerin yüzde 19'u herhangi bir okul bitirmemiştir; yüzde 32'si ilkokul, yüzde 14'ü ortaokul mezunu, yüzde 33'ü ise lise ve üzeri bir eğitim kurumundan mezun olmuştur. TNSA 2013 verilerine göre katılımcıların yüzde 16'sının herhangi bir okul bitirmemiştir; yüzde 34'ü ilkokul, yüzde 21'i ortaokul mezunu, yüzde 30'u ise lise ve üzeri

bir eğitim kurumundan mezun olmuştur. <sup>133</sup> Çalışmamız ile TNSA verileri arasında uyum olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamıza katılan bireylerin yaklaşık yarısında kronik hastalık vardır. 2012 yılında Adana’da kadınlardaki depresif belirtilerin sıklığını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada ise katılımcıların yaklaşık beşte birinde kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir. <sup>2</sup> Bu farkın sebebi olarak iki çalışmadaki çalışmaya dâhil edilen toplumun yaş farkı olduğu düşünülmüştür.

TNSA-2013’e göre hane halkı başına ortalama olarak 3,6 kişi düşmektedir. <sup>133</sup> 2008’de Edirne’de yapılan bir çalışmada bu sayı 4,0 olarak bulunmuştur. <sup>134</sup> Bizim çalışmamızda hane halkı başına ortalama 2,6 kişi düşmektedir. Aradaki farkın araştırmayı yaptığımız ilçenin dışarıya göç vermesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Katılımcıların yaklaşık yarısı hiç sigara içmemiş, yaklaşık üçte biri halen sigara kullanmakta, yaklaşık beşte biri sigarayı bırakmıştır. 2008’de Edirne’de yapılan çalışmada katılımcıların yüzde 60’ı hiç sigara içmemiş, yüzde 33’ü halen sigara kullanmakta yüzde 6’sı ise sigarayı bırakmıştı. <sup>134</sup> Bizim çalışmamızda sigara içme sıklığının daha yüksek çıkmasının sebebi erkeklerin de çalışmaya dâhil olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür

Katılımcıların aile tipleri değerlendirildiğinde, yaklaşık yarısı çekirdek aile, beşte biri geniş ailedir. 2008’de Edirne’de yapılan çalışmada yüzde 86’sı çekirdek aile, yüzde 5’i geniş ailedir. <sup>134</sup> Ankara’daki ve Eskişehir’deki başka çalışmalarda da katılımcıların çoğu yaklaşık yüzde 86’sı çekirdek ailedir. <sup>135</sup> <sup>136</sup> Bizim çalışmamızda da çekirdek aile tipi diğer çalışmalarda olduğu gibi en yüksek aile tipi olmasına rağmen ilçede yalnızca eşi ile beraber yaşayan nüfusun fazla olması diğer çalışmalarla arasındaki farkı oluşturduğu düşünülmüştür.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 yılında yapmış olduğu sağlık araştırmasında nüfusun yüzde 10'u alkol kullanmaktadır. <sup>137</sup> Çalışmamızda katılımcıların yüzde 10'u alkol kullanmaktadır. Bu rakamlar TÜİK verileri ile uyumludur.

### ***5.2. Depresyonla İlgili Bulguların Tartışılması***

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $9,85 \pm 8,88$ 'dir. 2012'de Adana'da yapılan çalışmada Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $10,94 \pm 11,45$ 'tir. Araştırmaya katılan kadınların, %28,3'ü 17 ve üstünde puan almıştır. Adana'daki çalışmada katılımcılardan Beck depresyon ölçeğinde 17 ve üstünde puan alan %30,3 kadın vardı. <sup>2</sup> Bu sonuçlar araştırmanın sonuçları ile benzerdir.

Katılımcıların yaklaşık onda biri daha önce depresyon tanısı almıştır. Kadınların ise %13,4'ünde daha önceden depresyon tanısı vardı. Adana'daki çalışmada katılımcıların %11'inin önceden depresyon geçirme hikâyesi vardı. <sup>2</sup> Bu bulgular bizim bulgularımızla benzer bulunmuştur.

Çoğu epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, depresif belirtiler ve depresyonun toplumda kadınlar arasında daha yüksek olduğunu göstermektedir. 2004'de Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada kadınlarda depresif belirtilerin sıklığı %17,9 erkeklerde %11,1 olarak saptanmıştır. <sup>138</sup> 2013'de İsveç'te yapılan bir çalışmada kadınların %12,9'unda, erkek bireylerin ise %8,3'ünde depresyon saptanmıştır. <sup>139</sup> 2005 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan başka bir çalışmada kadınlarda depresyon riski erkeklere göre iki kez fazla bulunmuştur. <sup>140</sup> Bizim çalışmamızda erkeklerin %10'unda, kadınların %28,9'unda depresyon saptanmış ve depresyon riski, kadınlarda erkelere göre 3,65 kez (%95 GA=2,11-6,31) fazla bulunmuştur. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farklılığın nedenleri arasında nöroendokrin faktörler ve erkek egemen toplum yapısı gibi çeşitli nedenler üzerinde durulabilir. Çalışmamızın sonucu literatürdeki bilgileri desteklemektedir.

Çalışmamızda herhangi bir okul bitirmemiş katılımcılarda üçte bir sıklığında görülen depresyon prevalansı, lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan katılımcılarda altıda bir olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilkökul mezunu ve üzeri olanlarda depresyon, okul bitirmemişlere göre 0,38 kez (%95 GA=0,21-0,67) daha az bulunmuştur. 2006'da İngiltere'de yapılan bir çalışmada eğitimin hem erkeklerde hem kadınlarda depresyonu azalttığı bulunmuştur. <sup>141</sup> 2014'de Nijerya'da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en sık okul bitirmemişlerde ortaya çıktığı bulunmuştur. <sup>142</sup> Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında hiç okula gitmemiş olanların tanı sıklığının beşte birden fazla olduğu alkol bağımlılığı ve özgül fobi dışındaki tüm hastalık gruplarının bu kişilerde fazla olduğu görülmüştür. <sup>37</sup> Eğitim düzeyi ile depresyon arasındaki bu ilişkinin eğitim düzeyi arttıkça gelir düzeyinin artması ve bunun sonucunda kişilerin depresyona sebep olabilecek birçok risk faktöründen korunmaları olduğu düşünülmüştür. Ayrıca bu fark eğitimin bireylerin bilgiye erişimini artırarak sağlığı ile ilgili konularda dikkatli olmasını sağlayıp tanı ve tedaviye uyumunu sağlamasından kaynaklanabilmektedir.

Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan katılımcıların dörtte birinde depresyon mevcut iken olmayanların yedide birinde depresyon saptanmış, depresyon kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 1,94 kez (%95 GA=1,17-3,20) daha fazla saptanmıştır. 2009'da Brezilya'da yapılan bir çalışmada depresyon kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 1,58 kez daha fazla saptanmıştır. <sup>143</sup> Yapılan birçok çalışmada da kronik hastalığı olanlarda depresyon daha yüksek saptanmıştır. <sup>144</sup> <sup>145</sup> Kronik hastalıklarda depresyonun daha fazla görülmesinin nedeni olarak bireyin uyum kapasitesinin değişmesi, beraberinde getirdiği tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, ağrı hissetme gibi durumlarının etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda daha önce depresyon tanısı alan ve depresyon tedavisi alan kişilerin yaklaşık yarısında depresyon bulunmuştur. Bu durumun sebebi olarak hastalara verilen tedavide ve hastaların bu tedaviye uymalarında sorunlar olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda depresyon, anksiyete bozukluğu olanlarda olmayanlara göre 14,81 kat (%95 GA=8,13-26,96) daha fazla bulunmuştur. 2012’de Avustralya’da yapılan bir çalışmada depresyon saptanan kişilerin %85’inde anksiyete de saptanmıştır. <sup>103</sup> Yurt dışında yapılan başka bir çalışmada da depresyonu olanların yarısından fazlasında herhangi bir anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir. <sup>146</sup> Bu birlikteliğin etiolojide etkili olan ortak nörotransmitter maddelerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

### ***5.3.Anksiyeteye İlgili Bulguların Tartışılması***

Farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda toplumda görülen anksiyete bozuklukları için değişen sıklıklar bildirilmektedir. Avustralya’da 2012’de yapılan çalışmada anksiyete bozukluklarının sıklığı %14,4 olarak bulunmuştur. <sup>103</sup> Yurt dışında yapılan bir çalışmada, toplumda anksiyete görülme sıklığı %18,51 olarak bulunmuştur. <sup>147</sup> Eskişehir’de 2006’da yapılan bir çalışmada en az bir anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler, tüm katılımcıların %28,9’unu oluşturmuşlardır. <sup>148</sup> Çalışmamızda toplumun %17,6’sında anksiyete bozukluğu bulunmuştur. Prevalans hızlarının farklı çıkmasının nedenlerinden birisi kullanılan tanı ölçeklerinin farklılığı olduğu düşünülmektedir.

Anksiyete bozuklukları kadınlarda daha yaygın olarak bulunmuş ve kadın cinsiyet olmak anksiyete bozuklukları açısından risk olarak saptanmıştır. 2015’te yurt dışında yapılan bir çalışmada anksiyete kadınlarda erkeklere göre 1,76 kat daha fazla bulunmuştur. <sup>149</sup>. 2010 yılında Adana’da yapılan çalışmada anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere göre 2,35 kat fazla olarak bulunmuştur. <sup>94</sup> Bizim çalışmamızda da anksiyete sıklığı kadınlarda %27,8 ve erkeklerde %8,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda anksiyete bozukluğu riski kadınlarda erkeklere göre 4,38 kat (%95 GA=2,43-7,87) daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç literatür ile de uyumludur. Kadınların, sosyal stres faktörlerine çok daha sık maruz kalıyor olması bu yaygınlıkla ilişkili olabilmektedir. Östrojen ve progesteronun stres yanıtını artırması

kadınlarda stresle bağlantılı ruhsal bozuklukların daha sık görülmesini açıklayacak nedenlerden biri olabilir.

Çalışmamızda geçmişte anksiyete tanısı alanlar ve geçmişte anksiyete tedavisi alanların yarısında anksiyete bulunmuştur. Halen anksiyete tedavisi alanların yaklaşık üçte ikisinde anksiyete saptanmıştır. Bu durum hastaların tedaviye uymadıklarını ya da verilen tedavinin kişiye uygun olmadığını düşündürmüştür.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

- İncelenenlerin yaş ortalaması 44,01±17,79'dur.
- İncelenenlerin;
  - %52,0'ı erkek, %48,0' kadındır,
  - %72,5'i evli, %27,5'i bekâr, eşi ölmüş, ya da boşanmıştır,
  - %18,8'i okul bitirmemiştir,
  - %39,1'i çalışandır,
  - %42,6'sının kronik fiziksel bir hastalığı vardır,
  - %40,1'inin aylık hane halkı geliri 1250 TL ve altıdır.
- İncelenenlerin %19,0'ında depresyon vardır. Depresyon; kadınlarda, okul bitirmemişlerde, işsiz, ev hanımı ve öğrencilerde, kronik fiziksel hastalığı olanlarda daha fazla görülmektedir.
- İncelenenlerin %17,6'sında anksiyete vardır. Anksiyete; kadınlarda, işsiz, ev hanımı ve öğrencilerde, daha fazla görülmektedir.
- İncelenen kişilerde depresyonu olanların %57,1'inde anksiyete vardır.
- Depresyon okul bitirmemiş kişilerde daha fazla görülmektedir. Önlenmesi için toplumun eğitim düzeyinin artırılması sağlanmalıdır.
- Hem depresyon hem anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha fazla görülmesi dikkat çekicidir. Ülke çapında kadınları destekleyecek, kadınlara verilmesi gereken sağlık ve sosyal hizmetleri belirleyecek politikalar artırılmalı ve uygulanmalıdır. *Toplumsal Cinsiyete duyarlı politikaların ana plan ve programlara entegrasyonu* sağlanmalıdır. Toplumsal eşitsizlikler ve aile içi ilişkilerdeki sorunlar gibi risk faktörleri hakkında farkındalığın artması kadınların depresyona girmesini önleyici önemli adımlardan birini oluşturabilir.

- Depresif bozukluk saptanmış olan bireylerin büyük kısmında anksiyete bozukluğu da saptanmıştır. Depresyonda ek hastalık olarak anksiyete ya da başka bir ruh sağlığı sorunu bulunması hem depresyonun seyrini hem de tedavi planını etkilemektedir. Birliktelik gösteren bozuklukların gelişimindeki karmaşık beyin işlevlerinin tanımlanması hastalıkların daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.
- Türkiye’de ruh sağlığı alanında toplumun tamamını kapsayan yeterli ve güncel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Depresyon ve anksiyete de dâhil olmak üzere ruh sağlığı bozukluklarının sıklığını, dağılımını inceleyen geniş kapsamlı saha çalışmalarının yapılması sağlanmalıdır. Bölge ve il haritalamalarının oluşturulması faydalı olacaktır
- Sonuç olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Ruh sağlığı hizmetleri ile ilgilenen tüm resmi ve özel kuruluşlar ve kişiler toplumun ruhsal sorunları ile daha fazla ilgilenmeli, bu konuda yapılacak araştırmalar ve çalışmalar desteklenmelidir. Yapılacak yeni çalışmalarla risk faktörleri belirlendikten sonra bu faktörlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve birinci basamağa entegrasyonu sağlanmalıdır.

## **7.KAYNAKLAR**

1. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi: Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000, İkinci Baskı, Ankara, (1986)
2. GÜNDÜZ E, Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, s:1,(2012)
3. ERGİNÖZ E, Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, s:31-40,(2008)
4. YILMAZ E, Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerde Kaygı Durumu Ve Mizaç-Karakter İlişkisi, s:3,(2009)
5. OCAKTAN E, ÖZDEMİR O ve ark. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri, Kriz Dergisi s: 63-73
6. AŞKIN R, Depresyon El Kitabı, s:158 – 159,(1999)
7. KARAMUSTAFALIOĞLU O, YUMRUKÇAL H, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, s:65-74(2011)
8. World Health Organization: Facts sheet No 369 – Depression. Erişim Tarihi: 05/08/2016  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>
9. SAYIL I, BERKSUN O, Depresyon ve İntihar, Psikiyatri Dünyası, s:52-56,(1998)
10. YAŞAR R, Depresyonun Kadınlaşması, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi s:251-281, (2007 )
11. STEIN MB, KIRK P, PRABHU V, Mixed Anxietydepression In A Primary Care Clinic, s: 79-84, (1995)
12. AKKAYA C, Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı ve Sağaltımındaki Güçlükler, Türk Psikiyatri Dergisi, s:139-146, (2006)
13. ÜNSAL C, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu Ve QT Dispersiyonu, s:3, (2007)
14. BANDELOW B, MICHAELIS S,Epidemiology of Anxiety Disorders in the 21st Century, Dialogues Clin Neurosci , s: 327–335, (2015)
15. BUDAKOGLU I ve ark, 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı Ve Gelişimini Etkileyen Faktörler,s: 92-97,(2005)
16. KESSLER RC et all, Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders In The United States,Arch Gen Psychiatry,s:8-19, (1994)
17. ÖREN N, GENÇDOĞAN B, Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi, s: 85-92 (2007)
18. ÖZER D ve ark, Ergenlerde Depresyon: Epidemiyoloji, Klinik Görünüm, Komorbidite, Seyir, Komplikasyonlar, Düşünen Adam, s: 90-96 (2002)
19. MARAL I ve ark, Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(4), 251-259, (2001)
20. ÇALIK K, AKTAŞ S, Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, s:142-162, (2011)
21. KÖKNEL, Ö. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar, (2005)
22. ÇEVİK A, VOLKAN V. Depresyonun psikosomatik etiyojisi, Depresyon Monografaları Serisi 3,s:109-122, (1993)
23. AKTAY M, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, s:28, (2014)
24. AYYILDIZ H,Major Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100b Seviyeleri, s:10 (2008)

25. AKISKAL HS. Mood Disorders: Introduction And Overview, Comprehensive Textbook Of Psychiatry, 1th ed. Kaplan HI, Sadock BJ. PA: Williams and Wilkins, s:1067-1079,(1995)
26. BABAOĞLU A, Psikiyatri Tarihi, Okuyan Us Yayın, İstanbul, s:56,95(2002)
27. ORAL T, Karasevda'dan Depresyon'a Hüzün Tarihi, Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi, (2009)
28. KÖKNEL Ö, Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, Duygudurum Dizisi, s:5-11(2000)
29. BORATAV C. Duygudurum Bozuklukları Ve Nozoloji, Duygudurum Dizisi, s:18-28(2000)
30. BAG B, Kanser Hastalarında Depresyon, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, s:186-198,(2014)
31. KESSLER RC et all. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). s:3095-3105,(2003)
32. ROBINS LN et all. The Epidemiologic Catchment Area Study Psychiatric Disorders in America,(1991)
33. MATHERS CD, LONCAR D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Plos Medicine, s: 2011-2029,(2006)
34. MARNEROS A, Mood Disorders: Epidemiology and Natural History, Psychiatry, s:119-122,(2006)
35. KAWAKAMI N et all. Lifetime and 6-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in an Urban Community in Japan. Psychiatry Research, s:293-301,(2004)
36. SADOCK BJ, SADOCK VA, Klinik psikiyatri, 4. Baskı, Güneş Kitapevi,(2005)
37. Sağlık Bakanlığı 2001 Yayınları, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Eksen Tanıtım , (1998)
38. KÜEY L ve ark, Türkiye'de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması, Toplum ve Hekim, s:12-16,(1987)
39. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, s:40-41,(2013)
40. ÇELİK F, ÇİÇEK H, Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi, Journal of Contemporary Medicine, s: 51-66,(2016)
41. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed: E Köroğlu) , Hekimler Yayın Birliği, (2013)
42. BALCIOĞLU İ, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s:19-28,(1999)
43. YEMEZ B, ALPTEKİN K, Depresyon Etiyolojisi, Psikiyatri Dünyası 1, s:21-25,(1998)
44. LAM RW, MOK H, Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, s:21-32,(2008)
45. TARHAN N, ÇETİN M, Depresyonda Biyolojik Göstergeler, Depresyon Monografı Serisi 4, Hekimler Yayın Birliği, s:175-200,(1993)
46. SELVİ Y ve ark, Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 3(3) s:368-386,(2011)
47. ALPER Y, Bütün Yönleriyle Depresyon, Gendaş A.Ş. s:19-20,(1999)
48. UĞUR M, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, s:59-84 (2008)
49. SEEDAT S et all. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys, Archives of General Psychiatry s:785-795,(2009)
50. BEEKMAN AT et all. Major and Minor Depression in Later Life: A Study Of Prevalence And Risk Factors, J Affect Disord, s:65-75,(1995)
51. ROBERTS RE, et all. Does Growing Old Increase The Risk For Depression? Am J Psychiatry, s:1384-1390,(1997)

52. MARAL I ve ark, Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma Türk Psikiyatri Dergisi s:251-259 (2001)
53. ANTHONY JC, Petronis KR Suspected Risk Factors for Depression Among Adults 18-44 Years Old. Epidemiology, 1991; 2(2):123-132
54. BRUCE ML, KİM KM Differences İn The Effects of Divorce on Major Depression in Men and Women. Am J Psychiatry, 1992; 149(7):914-917.
55. KÜEY L, GÜLEÇ C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografarı Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993
56. AYDIN H ve ark, Duygudurum bozukluklarının genetik yönü. Hekimler Yayın Birliği, s:25,135-152,(1993)
57. SAVRUN M, Depresyonun Tanımı Ve Epidemiyolojisi, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s. 11-17(1999)
58. ERDEM Ö, Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon, Konuralp Tıp Dergisi ,s:32-37,(2009)
59. BLACK SA, Increased Health Burden Associated With Comorbid Depression İn Older Diabetic Mexican Americans.Results From The Hispanic Established Population For The Epidemiologic Study Of The Elderly Survey. Diabetes Care, s:56-64,(1999)
60. DEW MA et all, Prevalence and Predictors Of Depression and Anxiety Related Disorders During The Year After Heart Transplantation,Gen Hosp Psychiatry, s:48- 61,(1996)
61. TEZCAN E,Depresyonun Ayırıcı Tanısı, Duygudurum Bozuklukları Ve Depresyon, s:77-99,(2000)
62. GORY M et all. Depression Among The Homeless,J Health Soc Behav,s:87-102,(1990)
63. DE LEON SİANTA ML, Correlates Of Maternal Depression Among Mexican American Migrant Farmworker Mother, J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs, s:9-13,(1990)
64. ANNAGÜR BB, Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi,(2008)
65. SIVRİOĞLU EY, KIRLI S, Depresyon-Demans Ayırıcı Tanısı, Demans Dergisi s: 37-41, (2001)
66. YAVUZ R, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s: 29-34,(1999)
67. ÖZEN EM ve ark. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, Cilt 23, Sayı 1, s: 60-65, (2010)
68. AYDEMİR C ve ark. Majör Depresyon ve Özkıymda Kognitif ve Emosyonel Faktörler, Turk Psikiyatri Dergisi 13(1) s: 33, (2002)
69. GREENBERG PE et all. The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000 J Clin Psychiatry 64(12) s: 1465, (2003)
70. CHANG SM et all.Economic Burden of Depression in South Korea. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,(2011)
71. THOMAS CM, MORRIS S, Cost of Depression Among Adults in England in 2000, Br J Psychiatry,183(6),s:514,(2003)
72. BERTO P et all,Depression: Cost-of-illness Studies in the International Literature, a Review. J Ment Health Policy Econ, 3(1), s:3-10,(2000)
73. OKUMARA Y, HIGUCHI T, Cost of Depression Among Adults in Japan, Prim Care Companion CNS Disord;13(3),s:1082, (2011)
74. TAMAM L ve ark, Depresyonun Ekonomik Maliyeti, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics,5(2),s:103,(2012)
75. ARLINGTON VA American Psychiatric Association Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5, American Psychiatric Publishing, (2013)
76. KILINÇ S, TORUN F, Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Dergisi, s:39-47, (2011)

77. HİSLİ N, Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi s:3-13,(1989)
78. TEGIN B, Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme, Yayınlanmamış, Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,(1980)
79. CEYHUN B, AKÇA F, Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s:20,(1994)
80. ERTAN T ve ark, Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi s:62-71,(1997)
81. ENGİNDENİZ AN ve ark, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması, Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, s:51-52,(1996)
82. ÖY B, Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği: Sağlıklı Ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Çocuklarda Uygulanması, Türk Psikiyatri Dergisi ,s:137,(1991)
83. HAMILTON MA , A Rating Scale For Depression, Neurol Neurosurg Psychiatry, s:56-62,(1960)
84. TORUN F ve ark, Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi s:319, (2002)
85. MAVISSAKALIAN MR, PEREL JM The Side Effects Burden Of Extended Imipramine Treatment Of Panic Disorder, J Clin Psychopharmacol, s: 547-555,(2000)
86. ROTHSCHILD AJ, LOCKE CA, Reexposure To Fluoxetine After Serious Suicide Attempts By Three Patients: The Role Of Akathisia, J Clin Psychiatry, s:491-493,(1991)
87. DURAN A, Psikiyatride İlaçla Tedavi, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, s:275-302, (2008)
88. HAWTON K, et all. Cognitive Behaviour Therapy For Psychiatric Problems, Oxford University Press, (1989)
89. TÜRKÇAPAR H, Dirençli Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşım, Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi Cilt 1, Sayı 3 |s:240, (2011)
90. EBRİNÇ S, Tedaviye Dirençli Tek Uçlu Depresyonun Tedavisinde Yenilikler, Journal of Mood Disorders, s:551-553,(2013)
91. YÖNEY H, Transkraniyal Manyetik Stimulasyonun Psikiyatrik Uygulamaları, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(4),s:293-300,(2001)
92. KARAKAYA İ, Psikiyatrik Hastalıklar ve Psikiyatrik Tedavi Gören Hastalarda Dış Hekimliği Yönünden Yaklaşım, Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Bitirme Tezi s:21,(2012)
93. DOĞAN P, Aerobik Egzersizin Kadınlarda Ve Erkeklerde Anksiyeteye Olan Etkisinin Araştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spor Fizyolojisi Yüksek Lisans Tezi, s: 9,(2010)
94. BAL U, Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, s: 3,(2010)
95. American Psychiatric Association, Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, s:5, (2015)
96. ÖZAKKAŞ T, Anksiyete Bozukluklu Hastaların Çeşitli Tedavilere Karşı Anlık Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değişiminin İncelenmesi, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, s:1-2,(2013)
97. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association,(2000)
98. TEKİN M, TEKİN A, Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler,Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(4):330-339,(2014)
99. TÜKEL R. Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, s:137,(2000)

100. ÖZER Ş, Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi, s:3-4,(2006)
101. ÖZYURT G, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi'nin Anksiyete Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Arası Çocuklarda Ve Ebeveynlerinde Anksiyete Düzeyi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Randomize Kontrollü Bir Çalışma Uzmanlık Tezi (2013)
102. ÖZAKKAŞ T, Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, s:9-10,(2014)
103. JOHN W G, Depression and Anxiety, MJA Open 1 Suppl 4,s:28-31,(2012)
104. WITTCHEEN U, FEHM L, Epidemiology and Natural Course of Social Fears and Social Phobia,Acta Psychiatr Scand,s:4-18,(2003)
105. LAMPE LA, Social Phobia: A Review of Recent Research Trends,Curr opin Psychiatry, s:149-155,(2000)
106. SUNGUR M Z, Fobik Bozukluklar, Psikiyatri Dünyası s:5-11,(1997)
107. ASLAN K, DSM-4-TR İle DSM-5 Arasındaki Önemli Farklılıklar, Erişim Tarihi: 05/08/2016 <http://www.psikopatoloji.info/?p=9>
108. TURAL Ü, Anksiyete Bozuklukları, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem V Notları, s:2, (2008)
109. ÖZPOYRAZ N, Anksiyete Bozuklukları, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem V Notları, s:21, (2009)
110. ARNOLD PD et all. Genetics of Anxiety Disorders, Curr Psychiatry Rep, s:24,(2004)
111. NOYES R Et All. Handbook Of Anxiety, Etiological Factors And Associated Disturbances, Elsevier Science Publishers:s:2,23-41,( 1988)
112. BAYRAKTAR E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi, Anksiyete Bozuklukları, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s:469-508,(2006)
113. KULAKSIZOĞLU B, Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, s:59,(2009)
114. ROSENBOUM J et all. The Etiology of Social Phobia, Journal Clinic Psychiatry, s:10-16,(1994)
115. HOYER J et all, Depersonalization/Derealization During Acute Social Stres in Social Phobia, J Anxiety Disord s:178-187,(2013)
116. WOLFRADT U, MEYER T, Interrogative Suggestibility, Anxiety and Dissociation Among Anxious Patients and Normal Controls, Pers Indiv Diff, s: 425-432,(1998)
117. TÜKEL R, Panik Bozukluğu, Psikiyatri Dünyası, s:12-17,(1997)
118. DURAN A, Anksiyete Ve Panik Ataklarında Hasta Değerlendirilmesi ve Tedavisi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu , s:145-156,(1999)
119. Aydın H, Bozkurt A, Türkçe'ye Çeviri Editörleri. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eighth Edition. Philadelphia: Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, p.1718-1799.
120. KOYUNCU A, BİNBAY Z, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, s:10-21,(2014)
121. CEYLAN ME, YAZAN B, Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Altan matbaacılık, s: 129-132,(2000)
122. AYDIN A, Ergenlerde Sosyal Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkilerinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı,( 2006)
123. DİRİÖZ M, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri, Nöropsikiyatri Arşivi s: 6-13,(2012)

124. ULUSOY M ve ark, Turkish Version of Beck Anxiety inventory, Psychometric Properties, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Cjuaterly ,s:163–172,(1998)
125. YAZICI MK , Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Derecelendiriciler arası Güvenilirlik ve Geçerlilik çalışması, Türkiye Psikiyatri Dergisi, s:114-117,(1998)
126. UğUZ Ő ve ark, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, 45.Ulusal Psikiyatri Kongresi poster bildirimi,(2009)
127. ÖNER N, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı uyarlaması, İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, (1985)
128. KOCABAŐOęLU N, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi s:175-184,(2008)
129. SAATÇIOğLU Ö, Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni s:60-77,(2001)
130. ANDREWS G et all. The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals,Cambridge University Press, s:148-98,(2002)
131. TÜKEL R, Panik Hastasına Yaklaşım, Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı ve Tedavi İlkeleri, Klinik Gelişim Dergisi s:1-9,(2009)
132. İstatistiklerle Türkiye Raporu, TÜİK, s:14,(2014)
133. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,s:20,23-25,(2013)
134. ALTINEL T, Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi,(2008)
135. ÖNEN FR ve ark. Kadınlarda Depresyon Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi. Kriz Dergisi 1995;3(1-2):103-17.
136. ÖZGÜR D,Mamak Belediye Sınırları İçinde Ruhsal Bozuklukların Üzerine Epidemiyolojik Bir Çalışma (tez), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1998.
137. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, s:43,( 2013)
138. RENEE D et all. Gender Differences in Depression: The Role of Personality Factors,Psychiatry Research, s:135–142,(2004)
139. JOHANSSON R et all.Depression, Anxiety And Their Comorbidity in The Swedish General Population:Point Prevalence and The Effect On Health-Related Quality Of Life, PeerJ,(2013)
140. DEBORAH S et all. Epidemiology of Major Depressive Disorder, Arch Gen Psychiatry, s:1097-1106 (2005)
141. CHEVALİER A, FEİNSTEİN L,Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health ,s:14,( 2006)
142. SHİTTU R. O. Et all. Association Between Depression and Social Demographic Factors in a Nigerian Family Practice Setting, Open Journal of Depression,s:18-23,(2014)
143. BOİNG A.F et all.Association Between Depression and Chronic Diseases: Results From a Population-Based Study, Instituto Brasileiro de Geografi a e Estatística,( 2011)
144. OKANOVIC MP, et all. Depression in Croatian Type 2 Diabetic Patients: Prevalence And Risk Factors.,a Croation Survey From The European Depression in Diabetes Research Consortium. Diabet Med s: 942 ,(2005)
145. HA JH, WONG CK. Pharmacologic Treatment of Depression in Patients With Myocardial İnfarction, Journal of Geriatric Cardiology, s:121,( 2011)
146. HIRSCHFELD R.M, The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care,Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2001; 3(6): 244–254,
147. KESSLER RC et all, Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) ,Arch Gen Psychiatry,s:617-627,(2005)

148. KESKİN A ve ark. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi, Nöropsikiyatri Arşivi, s: 344-351, (2013)
149. CHRISTIANSEN, D. M,Examining Sex and Gender Differences in Anxiety Disorders, A Fresh Look at Anxiety Disorders, Open Access Publishers,s:18, (2015).



## **8.ÖZET**

### BİR İLÇEDE 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE

#### DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ SIKLIĞI İLE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ

Bu çalışmada Aksaray ilinin Ağaçören ilçesinde 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığı ile ilişkili risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2016 yılında gerçekleştirilen kesitsel türdeki bu araştırmada Aksaray Ağaçören İlçesi'nde yaşayan 404 kişi incelenmiştir. Araştırmaya katılanlara tanımlayıcı bilgileri içeren bir anket ile depresif belirtileri ölçen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve anksiyete belirtilerini ölçen Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Veriler SPSS 15,0 paket istatistik programına girilerek analizler ve istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları sunulurken, Beck Depresyon Ölçeğine göre 17 puan ve üzeri “Depresyon Var”, Beck Anksiyete Ölçeğine göre 18 puan ve üzeri “Anksiyete Var” olarak değerlendirilmiştir.

İncelenenlerin yaş ortalaması  $44,01 \pm 17,79$ 'dur. Araştırmaya katılanların %52,0'si erkek, %48,0'i kadındır. Katılımcıların %18,8'i okul bitirmemiştir ve % 40,1'inin hane aylık geliri 1250 TL'den azdır. Katılımcıların %52,7'si hiç sigara içmemiş, %20,3'ü sigara içmeyi bırakmıştır ve %27,0'ı halen sigara içmektedir. İncelenenlerin %73,3'ü hiç alkol kullanmamış, %18,1'i alkol kullanmış bırakmıştır ve %18,6'sı halen alkol kullanmaktadır.

Araştırmaya katılanların %19,1'inde depresyon tespit edilmiştir. Depresyon; kadınlarda, okul bitirmemişlerde, aylık hane geliri 1250 TL ve altında olanlarda, kronik hastalığı bulunanlarda ve daha önce anksiyete tanısı alanlarda daha fazla görülmektedir. İncelenenlerin % 17,6'sında anksiyete vardır. Anksiyete; kadınlarda ve daha önce depresyon tanısı alanlarda daha fazla görülmektedir.

Araştırma sonucunda hem depresyon hem de anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha fazla görülmesi önemlidir. lke çapında kadınları destekleyecek politikalar artırılmalıdır. Ayrıca depresif bozukluğu olan bireylerin büyük kısmında anksiyete bozuklukları da eşlik etmektedir. Ruh sağlığı bozuklukları tanı ve tedavisi yapılırken eşlik eden bozukluğun atlanmaması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler;** Depresyon, Anksiyete, Ruh Sağlığı



## **9.ABSTRACT**

### DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOM PREVALENCE

#### WITH RELATED RISK FACTORS IN 15 YEARS AND OLDER PEOPLE IN A DISTRICT

The aim of this study is to determine depression and anxiety symptom levels and related risk factors in 15 years and older people in Ağaçören district of Aksaray.

In this cross-sectional research practised in 2016, 404 people who live in Ağaçören was examined. A survey which includes descriptive information, a Beck Depression Inventory (BDI) which evaluates depressive symptoms and a Beck Anxiety Inventory (BAI) was practiced on people. The datas were entered in the SPSS 15.0 statistical package program and analysis and statistical evaluation were done. In all analyses statistical significance level was accepted as  $p < 0,05$ . The findings of this study were presented as 17 points and more according to Beck Depression Inventory "Have Depression" and 18 points and more according to Beck Anxiety Scale "Have Anxiety".

The average age of the people was  $44,01 \pm 17,79$ . %52,0 of people were men, %48,0 were women. %18,8 were not educated, %40,1 had less than 1250 TL monthly household income.

%52,7 of the people never smoked before, %20,3 were used to smoke and %27,0 were still smoking. %73,3 of the people never had alcohol before, %18,1 used to have alcohol and %18,6 were still having alcohol.

%19,1 of the observed people having depression. Depression appeared more in; women, the ones who haven't educated, the ones who had under 1250 TL monthly household income, the ones who had chronic physical problems, and the ones who had anxiety diagnosis before. %17,6 of the observed people having anxiety. Anxiety appeared more in; women, the ones who had depression diagnosis before.

The study shows that both of depression and anxiety are more in women than man. In whole country supporting policies should be increased for women. It is also important that people who have depression also have anxiety. While doing diagnosis and treatment of mental health disorders accompanying disorders should not be missed.

**Key Words:** Depression, Anxiety, Mental Health



## **10.EKLER**

### **EK 1: ANKET FORMU**

#### **AKSARAY İLİ AĞAÇÖREN İLÇESİNDE 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞI İLE RİSK ETMENLERİ**

**ANKET NO:**

**Tarih: ....../....../2016**

#### **BÖLÜM 1 – DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. Cinsiyetiniz nedir?  
1.Erkek                      2.Kadın
3. Medeni durumunuz nedir?  
1.Evli                      2.Bekar                      3.Boşanmış                      4.Eşi ölmüş
4. Öğrenim durumunuz nedir?  
1.Okuma yazma bilmiyor                      2.Okuma yazma biliyor, ama bir okul bitirmemiş  
3.İlkokul mezunu                      4.Ortaokul/İlköğretim mezunu  
5.Lise mezunu                      6.Yüksekokul/Üniversite mezunu                      7.Yüksek lisans/Doktora mezunu
5. Çalışma durumunuz nedir?  
1.Öğrenci                      2.Ev hanımı                      3.Emekli  
4.İşsiz                      5.Çalışan (İşçi, memur, serbest meslek vs.)                      6.Diğer.....
6. Yaşadığımız aile tipini nasıl tanımlarsınız?  
1.Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk)                      2.Geniş aile (anne, baba, çocuk ve aile büyükleri)  
3.Diğer.....
7. Yaşadığımız hanedeki toplam kişi sayısı kaçtır? .....kişi
8. Hanenizin aylık toplam geliri ne kadardır?  
1.1250 TL'den az                      2.1251-2500 TL                      3.2501-3750 TL  
4.3751-5000 TL                      5.5001 TL ve üzeri
9. Nerede yaşıyorsunuz?  
1.Köy                      2. İlçe merkezi
10. Sigara içme durumunuz nedir?  
1.Hiç sigara içmemiş                      2.Geçmişte sigara içmiş, ama şimdi içmiyor  
3.Halen ara sıra sigara içiyor                      4.Halen her gün sigara içiyor
11. Alkol alma durumunuz nedir?  
1.Hiç alkol almamış                      2.Geçmişte alkol almış, ama şimdi almıyor  
3.Halen ara sıra alkol alıyor                      4.Halen her gün alkol alıyor

12. Hekim tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı? (*Varsa lütfen belirtiniz.*)  
1.Hayır 2.Evet .....
13. Düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? (*Varsa lütfen belirtiniz.*)  
1.Hayır 2.Evet .....
14. Aynı hanede birlikte yaşadığınız kişilerden kronik bir hastalığı olan var mı? (*Varsa lütfen belirtiniz.*)  
1.Hayır 2.Evet .....
15. Ailenizde herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı olan var mı? (*Varsa kim olduğunu lütfen belirtiniz.*)  
1.Hayır 2.Evet .....
16. Daha önce hiç depresyon tanısı aldınız mı?  
1.Hayır 2.Evet
17. Daha önce hiç depresyon tanısı ile tedavi gördünüz mü?  
1.Hayır 2.Evet
18. Halen depresyon tanısı ile tedavi görüyor musunuz?  
1.Hayır 2.Evet
19. Daha önce hiç anksiyete/kaygı bozukluğu tanısı aldınız mı?  
1.Hayır 2.Evet
20. Daha önce hiç anksiyete/kaygı bozukluğu tanısı ile tedavi gördünüz mü?  
1.Hayır 2.Evet
21. Halen anksiyete/kaygı bozukluğu tanısı ile tedavi görüyor musunuz?  
1.Hayır 2.Evet
22. Daha önce hiç başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı aldınız mı? (*Lütfen belirtiniz.*)  
1.Hayır 2.Evet .....
23. Daha önce hiç başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı ile tedavi gördünüz mü?  
1.Hayır 2.Evet
24. Halen başka bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı ile tedavi görüyor musunuz?  
1.Hayır 2.Evet

## BÖLÜM 2 – 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 dört seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsarım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş-güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.  
 (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
 (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
 (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum  
 (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
 (2) Her şey beni yoruyor.  
 (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.  
 (1) Eskisinden daha iştahsızım.  
 (2) İştahım çok azaldı.  
 (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
 (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
 (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
 (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
 (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
 (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
 (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
 (1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.  
 (2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
 (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.  
 (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.  
 (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
 (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

### BÖLÜM 3 – BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

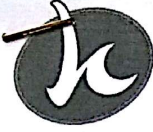
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz.

Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde	Orta düzeyde	Ciddi düzeyde
		Beni pek etkilemedi	Hoş değildi, ama katlandım	Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				

4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

## EK 2: ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği  
Klinik Araştırma Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1129  
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Etik Kurul Kararı

13.04.2016

### KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU

“Aksaray Ağaçören İlçesinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ile Risk Etmenleri” adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe,amaç,yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op.Dr. Ömer Faruk TANER  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul  
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.  
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA  
Web: [www.akeah.gov.tr](http://www.akeah.gov.tr)

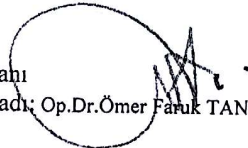
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aksaray Ağaören İlçesinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ile Risk Etmenleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-AKAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1117
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkeah@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı (İş Sağlığı)			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Araştırma		
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER  
İmza:



**SELİ ÖZBİLİR**  
Zeliha ÖZBİLİR  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sekreteri



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aksaray Ağaören İlçesinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ile Risk Etmenleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1129	Tarih: 13.04.2016					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Op.Dr.Ömer Faruk TANER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Op.Dr.Ömer Faruk TANER Bşk.	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Şamil HIZLI Bşk.Yrd.	Çocuk Gastroenteroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Handan GÜLEÇ Blg.Görevli üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr Ahmet ERGÜN	Fizyoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN	Tıbbi Genetik	Gazi Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER  
İmza:

**ASLI GİBİDİR**  
Zeliha ÖZDİLGE  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aksaray Ağaçören İlçesinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ile Risk Etmenleri							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mustafa N. İLHAN	Halk Sağlığı, İş Ve Meslek Hst.	Gazi Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nermin ÇAPAN	Göğüs Hastalıkları	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer. E.A.H.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Selim Şakir Erkmen GÜLHAN	Göğüs Cerrahisi	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer.E.A.H.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yr.Doç. Dr. Işıl ÖZAKCA	Farmakoloji (PhD)	Ankara Üniv.Ecz.Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selma UYSAL RAMADAN	Radyodiagnostik	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hst.	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Osman KORUCU	Nöroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Abdullah Emin TEKİN	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Necmettin TEKİN	Din Görevlisi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR  
Zeliha ÖZBİLGE  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## 11.ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve Soyadı:** İrem Medeni

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Ankara – 29.06.1986

**Eğitimi:** 2014 - Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
İş Sağlığı Doktora Eğitimi

2012 - 2016 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

2005 - 2011 Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Tıp Eğitimi

**Yabancı Dili:** İngilizce