

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

**ACİL TIP STAJININ TIP FAKÜLTESİ 6.
SINIF ÖĞRENCİLERİNDE MESLEKİ
ANKSİYETE VE DEPRESYON ÜZERİNE
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Arş. Gör. Dr. Abdullah Osman KOÇAK

UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR
TEZ DANIŞMANI

ERZURUM 2016

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta uzmanlık öğrencisi araştırma görevlisi **Dr. Abdullah Osman KOÇAK**'ın “**Acil Tıp Stajının Tıp Fakültesi 6.Sınıf Öğrencilerinde Mesleki Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması**” konulu tezini incelemek üzere oluşturulan Değerlendirme tez jürisine üye olarak seçildiğimiz ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine **jüri** üyeleri, **22 Ağustos 2016** tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin **19. maddesi gereğince** yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçen tezi **jüri üyelerince oy birliği / oy** çokluğu ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederiz.


Prof. Dr. ŞAHİN ASLAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı
JÜRI BAŞKANI
22.08.2016

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
JÜRI ÜYESİ
22.08.2016

Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİR
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
JÜRI ÜYESİ
22.08.2016

ONAY

“Acil Tıp Stajının Tıp Fakóltesi 6. Sınıf Öğrencilerinde Mesleki Anksiyete ve Depresyon üzerine Etkisinin Araştırılması” isimli çalışmamızın Acil Tıp Anabilim Dalı’nın 12.10.2015 tarih 1500080513 sayılı kararı ile yapılması uygun görölmüş ve Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu’nun 05.08.2016 tarih 4 nolu oturum ve 40 nolu kararı ile Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR denetiminde Arş. Gör. Dr. Abdullah Osman KOÇAK tarafından tez olarak çalışılması uygun görölmüştür. Çalışmamız Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03.12.2015 tarihli 8 sayılı oturumunda ve 27 nolu karar ile etik kurallara uygun olduğu kabul edilmiştir.



İÇİNDEKİLER

ONAY.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Depresyon	2
2.1.1. Giriş.....	2
2.1.2. Tanım.....	2
2.1.3. Tarihçe.....	3
2.1.4. Epidemiyoloji	5
2.1.5. Etyopatagenez	6
2.1.5.1. Genetik Faktörler	6
2.1.5.2. Biyolojik Faktörler.....	7
2.1.5.2.1. Öğrenilmiş Çaresizlik Görüşü	7
2.1.5.2.2. Bilişsel Görüş	8
2.1.5.2.3. Hayat Olayları Görüşü	8
2.1.5.2.4. Psikoimmünolojik Görüş.....	8
2.1.6. Depresyonda Risk Faktörleri	8
2.1.6.1. Yaş	8
2.1.6.2. Cinsiyet	9
2.1.6.3. Biyolojik Etmenler.....	9
2.1.6.4. Psikolojik Faktörler.....	9
2.1.6.5. Irk Etnik Grup	10
2.1.6.6. Medeni Durum	10
2.1.6.7. Aile Öyküsü ve Genetik.....	10
2.1.6.8. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları	10
2.1.6.9. Sosyoekonomik Durum	11
2.1.6.10. Şehirde veya Kırsal Kesimde Yaşamak	11
2.1.6.11. Gebelik ve Postpartum Dönem	11
2.1.7. Klinik.....	11
2.1.7.1. Çökkün Duygu durum	11

2.1.7.2. Bozulmuş Düşünce	12
2.1.7.3. Bilişsel Yetiler	12
2.1.7.4. Halsizlik Yorgunluk ve Uyku Bozukluğu.....	12
2.1.7.5. İlgi Azalması ve Zevk Alamama	13
2.1.7.6. Psikomotor Yavaşlama	13
2.1.7.7. Suçluluk ve Değersizlik Hissi.....	13
2.1.7.8. Karamsarlık ve Kuşku.....	13
2.1.7.9. Tekrarlayan Ölüm ve İntihar Düşünceleri	14
2.1.7.10. Batı Toplumu İle Doğu Toplumunda Depresyon Farkları.....	14
2.1.7.11. Sigara ve Alkol Kullanımı	14
2.1.8. Tanı.....	14
2.1.9. Ayırıcı Tanı	17
2.1.10. Depresyon Belirtilerine Yol Açan İlaçlar.....	17
2.1.11. Tedavi.....	19
2.2. Anksiyete	21
2.2.1. Giriş.....	21
2.2.2. Ayrılmaya Bağlı Anksiyete Bozukluğu.....	25
2.2.3. Seçici Konuşmazlık (Mutizm).....	27
2.2.4. Özgül Fobi.....	28
2.2.5. Sosyal Fobi.....	29
2.2.6. Panik Bozukluk	32
2.2.7. Agorafobi.....	34
2.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	36
2.2.9. Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu	38
2.2.10. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kayı Bozukluğu	39
2.2.11. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü	41
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	41
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.4. Verilerin Toplanması	42
3.4.1. Beck Anksiyete Ölçeği.....	42
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	43
3.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Skalası	43
3.4.4. Acil Çalışma Ölçeği	43

3.5. Verilerin Analizi	43
3.6. Araştırmanın Uygulanması	44
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	49
5.1. Değişen Çevre.....	50
5.2. Uyku Alışkanlığının Değişmesi	51
5.3. Sağlık Alanında Çalışma.....	52
5.4. Sağlık Çalışanına Şiddet	53
5.5. Acil Servislerde Çalışmanın Zorlukları	54
6. SONUÇ	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	70
EK-1. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	70
EK-2. BECK DEPRESYON TESTİ.....	71
EK-3. DEPRESYON ANKSİYETE STRES SKALASI-42.....	75
EK-4. ACİL ÇALIŞMA ÖLÇEĞİ.....	76

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı	45
Tablo 2. Genel olarak ilk gün ve son gün yapılan stress anksiyete ve depresyon testlerinden alınan puanlar	46
Tablo 3. Kadınlara göre ilk gün ve son gün yapılan stres anksiyete ve depresyon testlerinden alınan puanlar	48
Tablo 4. Erkeklerle göre ilk gün ve son gün yapılan stres anksiyete ve depresyon testlerinden alınan puanlar	48



SİMGELER VE KISALTMALAR

BAÖ	Beck Anksiyete ölçeği
BDÖ	Depresyon ölçeği
DASS-42	Depresyon anksiyete skalası-42
AÇÖ	Acil Çalışma Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
SSRI	Seçici seratonin geri alım inhibitörleri
TSA	Trisiklik Antidepresan ilaçlar
SSS	Santral Sinir Sistemi
MD	Majör Depresyon

TEŞEKKÜR

Asistanlık hayatım boyunca çalışma koşullarımızın daha güvenli, rahat, huzurlu olması için büyük çaba gösteren, eğitimimiz için elinden gelenin fazlasını yapan, bilgi, birikim ve tecrübelerini bizimle paylaşan, her koşulda yanımızda ve arkamızda olan değerli hocam Prof. Dr. Şahin ASLAN'a,

Eğitimim süresince her daim yanımızda olan, iş ortamındaki uzlaştırıcı, yapıcı tavırlarıyla çalışma hayatımıza verdiği destek için ve içten samimi davranışları nedeniyle her zaman minnetle hatırlayacağım her ihtiyacım olduğunda değerli vaktini benimle paylaşan, tezimin tüm aşamalarında bana yardım eden sevgili hocam Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca hep yanımda olan bana acil tıp hekimliğini sevdiren, mesleki bilgi ve donanımını en ince ayrıntısına kadar öğretmeye çalışan, bana gösterdiği tüm sabır ve özveri için değerli hocam Doç. Dr. Dr. Mustafa UZKESER'e,

Tez çalışmamın istatistiklerinde yoğun çalışma tempolarına rağmen bana vakit ayırarak yardımlarını benden esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleri ile benim ve asistan arkadaşlarımın her daim yanında olan değerli hocam Doç. Dr. Mucahit EMET'e,

Uzmanlık eğitimim süresince sadece eğitimime değil kişisel gelişim sürecime de katkıda bulunan, eşsiz bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, akademik çalışmalarına verdiği büyük katkı ve yönlendirmeleri için değerli hocam Doç. Dr. ATIF BAYRAMOĞLU' na,

Gerek akademik gerekse sosyal ve gelişimsel konularda bana daima destek olan, adeta bir ağabey gibi yaklaşan, bilgi ve birikimini bizimle paylaşan değerli hocam Doç. Dr. Murat SARITEMUR'a

Eğitimimiz süresince sevinçlerimizi ve hüznümüzü beraber yaşadığımız, asistan arkadaşlarıma,

Birlik ve beraberlik duygularıyla çalıştığımız acil servis hemşirelerine ve personeline

Tezimin tüm aşamalarına katkıda bulunarak tamamlanmasına yardımcı olan Dr. İlker AKBAŞ'a,

Öncelikle benim acil tıp hekimliğiyle tanışmama vesile olan ve hayatımın temel kaynağı olan, bana asistanlığım boyunca en önemli desteği veren yıldığım yorulduğum her an yolumu aydınlatan bitanecik eşim Meryem BETOS KOÇAK'a,

Hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, her zaman desteklerini yanımda hissettiğim aileme,

Bugünlere gelmemde büyük katkısı ve maddi manevi desteği olan sevgili abim Caner KOÇAK'a,

Tez yazımında yüzümü güldüren güzeler güzeli kızım Ayşe Melis'ime,

Teşekkürü bir borç bilirim.

Arş. Gör. Dr. Abdullah Osman KOÇAK



ÖZET

Acil Tıp Stajının Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinde Mesleki Anksiyete Ve Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması

Amaç: Acil Tıp ve ilkyardım hekimlik mesleğinin en stresli alanlarından birisidir. Acil servislerin yoğunluğu son yıllarda belirgin artmıştır. Tıp fakültesi öğrencileri genellikle kardiyopulmoner arrest, çoklu travma hastası gibi zaman kaybedilmeden acil müdahale gerektiren hasta grubuyla ilk kez Acil tıp stajıyla karşılaşmaktadır ve bu stresli ortamda ilk kez bulunmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız; yoğun iş yükünün olduğu bu stresli çalışma ortamıyla ilk kez karşılaşacak olan Tıp fakültesi 6. sınıf öğrencileri üzerine Acil Tıp stajının anksiyete ve depresyon etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Araştırmamız Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde 15.10.2015 ile 01.06.2016 tarihleri arasında Acil Tıp stajı alan tıp fakültesi 6.sınıf öğrencileri üzerinde prospektif olarak yapılmıştır. Acil Tıp stajının ilk günü ve son günü Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ), Depresyon Anksiyete Stres Skalası-42(DASS-42) ve tarafımızdan oluşturulan Acil Çalışma Ölçeği(AÇÖ) testleri yapılarak anksiyete, depresyon ve stres skorlarının saptanması planlanmıştır. Araştırmaya aydınlatılmış onam formunu imzalayan tüm Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencisi dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen 3 kişi ve antipsikotik ilaç kullanan 4 kişi dahil edilmemiştir. Çalışmamız toplam 131 kişi ile tamamlanmıştır. Çalışmaya katılımı kabul eden katılımcılar acil serviste bulunan ve özel bir odaya alınarak anket formları yüz yüze görüşme metodu ile dolduruldu.

Bireylerin depresyon ve anksiyetelerini belirlemek için dünyaca kabul görmüş ve standartize edilmiş çeşitli depresyon ve anksiyete testleri vardır. Türkçeye çevrilmiş ve ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış BAÖ, BDÖ, DASS-42 ve AÇÖ tarafımızdan kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS.20) paket programı kullanıldı. Normal dağılım gösteren bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Paired-sample t testi kullanıldı. Tüm veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edildi ve $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencisi 131 kişi çalışmamıza gönüllü olarak katılmışlardır. Bunların 77(%58,8)'si erkek, 54(%41,2) kişisi kadın idi. Yaş olarak bakıldığında çalışmamıza katılanların yaşları şöyle sıralanmaktaydı; 22 yaşında 2(%1,5) kişi, 23 yaşında 35(%26,7) kişi, 24 yaşında 39(%29,8) kişi, 25 yaşında 29(22,1%)

kişi, 26 yaşında 14(%10,7) kişi, 27 yaşında 6(%4,6) kişi, 28 yaşında 3(%2,3) kişi, 30 yaşında 1(%0,8) kişi, 34 yaşında 1(%0,8) kişi, 44 yaşında 1(%0,8) kişi vardı. Ortalama yaş $24,64 \pm 2,34$ idi.(en düşük 22, en yüksek 44, median yaş ise 24 idi).

Çalışmamıza katılan tüm katılımcıların ilk gün BDÖ ortalama değeri $10,15 \pm 6,11$ (en düşük 1, en yüksek 37, median değeri ise 9) idi. Son gün BDÖ ortalama değeri $6,37 \pm 4,79$ (en düşük 0, en yüksek 23, median değeri 5) idi. İlk gün ve son gün BDÖ ortalama değerlerindeki bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0.0001$)

Çalışmamızda katılımcılara uyguladığımız diğer bir test olan BAÖ idi. İlk gün BAÖ ortalama değeri $9.02 \pm 7,25$ (en düşük 0 en yüksek 33 median değeri ise 7) olarak tespit edildi. Son gün BAÖ ortalama değeri $4,69 \pm 4,85$ (en düşük 0, en yüksek 22, median değeri ise 3) olarak tespit edildi. İlk gün ve son gün BAÖ ortalama değerlerindeki bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0.0001$)

Çalışmamıza katılan katılımcıların ilk gün DASS-42 ortalama puanı $23,91 \pm 14,35$ (en düşük 0, en yüksek 66, median değer 22) olarak tespit edildi. Son gün DASS-42 ortalama puanı $15,31 \pm 12,13$ (en düşük 0, en yüksek 61, median değeri 12) olarak tespit edildi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. ($p < 0.0001$)

Tarafımızdan oluşturan AÇÖ'den alınan ortalama puan ilk gün $24,37 \pm 11,15$ (en düşük 3, en yüksek 54, median puanı 23) iken son gün alınan ortalama puan $13,31 \pm 8,34$ (en düşük 0 en yüksek 43, median puanı 12) olarak tespit edilidi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. ($p < 0.0001$)

Sonuç: Bireylerde çok çeşitli sebepler ile anksiyete ve depresyon gelişebilir, bunlar arasında değişen sosyal çevre, fiziksel ortam, emosyonel durum ve zihinsel-biyolojik işlevlerin değişmesi sayılabilir. Sonuç olarak Tıp fakültesi 6. sınıf öğrencileri Acil Tıp stajına başlamadan önce birçok nedene bağlı olarak stres, anksiyete ve depresyon ölçeklerinden yüksek puan almakta ancak staj sonunda neden olarak düşündüğümüz birçok nedenin staj bitimiyle beraber ortadan kalkmasıyla bilgi ve beceriler ile tanı koyabilme başarısının artması, acilde çalışmanın iyi yönlerinin görülmesi nedeniyle son gün puanları düşük olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Stres, İtern doktor, Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencileri

ABSTRACT

Investigation of Effect of Emergency Medicine Internship on Vocational Anxiety And Depression on 6th Grade Students of Medical Faculty

Purpose: Emergency medicine and first aid are one of the most stressful areas of the medical profession. The intensity of the emergency department has increased markedly in recent years. Medical students usually encounter with patients group such as cardiopulmonary arrest, multiple trauma patients that require urgent intervention before losing time, for the first time in their internship and they are for the first time in this stressful environment. The aim of this study is to investigate the effects of Emergency Medicine internship for anxiety and depression on 6th grade students who will encounter for the first time in the stressful carrying heavy workload working environment.

Method: Our prospective research was performed on 6th-grade medicine students who had Emergency Medicine Internship at University Medical Faculty Hospital Emergency Service in the dates between 10.15.2015 and 01.06.2016. At the first day and final day of emergency medicine training, determination of depression and stress scores were planned with performing those tests; Beck Depression Scale (BDS), Beck Anxiety Scale (BAS), Depression Anxiety Stress Scale-42 (DASS-42) and Emergency Operation Scale (ACO) which was set by us.

All 6th-grade students at the Atatürk University Faculty of Medicine signed the consent forms were planned to be included in the investigation. 3 students disagreed to participate, and 4 students using antipsychotic drugs were not included in the study. Our study has been completed with a total of 131 people. Participants who agree to participate in the study have filled the questionnaire in the emergency service and taken to a private room with a face to face interview method.

There are varieties of standardized depression and anxiety tests which have been globally recognized for the individual to be determined in the depression and anxiety. BDS, BAS, DASS-42, and ACO were used which were translated into Turkish, and their study of validity and reliability were made in our country. For statistical analysis Statistical Package for Social Sciences (SPSS.20) software package was used. Paired-sample t-test was used for the comparison of the normally distributed dependent variable. All data were expressed as mean $\pm$ standard deviation, $p < 0.05$ was considered as statistically significant.

Results: 131 people 6th-grade students of Atatürk University Faculty of Medicine participated as volunteers in our study. 77 of them (58.8%) were male, and 54 (41.2%) subjects were female.

In terms of age; age of the participants in the study were as follows; there were 22 years old 2 (1.5%) people, 23 years old 35 (26.7%) people, 24 years old 39 (29.8%) people, 25 years old 29 (22.1%) people, 26 years old 14 (10.7%) people, 27 years old 6 (4.6%) people, 28 Years old 3 (2.3%) people, 30 Years old 1 (0.8%) people, 34 Years old 1 (0.8%) patients, 44 years old 1 (0.8%) person. The mean age was 24.64 ± 2.34 . (Minimum 22, maximum 44, while the median age was 24).

The first day BDS mean value of all participants in our study was 10.15 ± 6.11 (minimum 1, maximum 37, while the median 9), respectively. The last day BDS average value was 6.37 ± 4.79 (minimum 0, maximum 23, median 5), respectively. This reduction in the average values of BDS at the first day and last day was statistically significant. ($P < 0.0001$)

In our study, BAS was another test that we applied to the participants. On the first day, the average of BAS value was detected as 9.02 ± 7.25 (0 highest and the lowest median 33 7). Last day average value of BAS was detected as 4.69 ± 4.85 (minimum 0, maximum 22, while the median value of 3). This reduction in the average values of BAS at the first and last day was statistically significant. ($P < 0.0001$)

The first day of DASS-42 average score of participants in our study was detected as 23.91 ± 14.35 (minimum 0, maximum 66, median 22). The last day DASS-42 average score was detected as 15.31 ± 12.13 (minimum 0, maximum 61, the median value of 12). The difference was considered statistically significant. ($P < 0.0001$)

While the first day scores of ACO, formed by us, were determined as 24.37 ± 11.15 (minimum 3, maximum 54, median score of 23), it was established as 13.31 ± 8.34 (minimum 0 maximum 43, median score 12) on the last day and this difference was accepted as statistically significant. ($P < 0.0001$)

Conclusion: Development of anxiety and depression in individuals might be due to a wide variety of reasons, including changing social environment, physical environment, changes in emotional status and mental-biological functions. As a result, 6th grade students at the medical school having Emergency Medicine internship got high scores of stress,

anxiety, and depression due to various reasons before they started, and at the end of internship last day scores were found as low, together with disappearance of causes we thought that they were the reasons, increase in their knowledge and skills together with diagnosis success and seeing good site of working at emergency.

Key Words: Depression, Anxiety, Stress, intern doctor, 6th-grade students of Atatürk University Faculty of Medicine



1. GİRİŞ

Depresyon denildiği zaman genellikle ilk düşünülen majör depresyon(MD) ‘dur. Diğer depresyon tipleri sıklıkla daha az akla gelmektedir. Bu tezde depresyon terimi ile başka türlü belirtilmedikçe majör depresif bozukluk kastedilmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Giriş

Günümüzde hem kişisel hem de sosyal olarak halk sağlığı açısından önem arzeden bir sorun haline gelen, psikiyatrik bozuklukların sıklığı giderek artmaktadır. Profesyonel tıbbi yardım için yapılan dört hastane başvurusunun üçünde tedavi almasını gerektirecek seviyede psikiyatrik rahatsızlık bulunmaktadır. Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en çok görülen rahatsızlıktır(1). Depresyon tek bir hastalıktan ziyade birçok alt gruptan oluşan hastalıklar topluluğudur. Psikiyatrik bozuklukları gruplandırmak için değişik sınıflandırma sistemleri kullanılır. Dünya çapında en fazla kullanılan sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulmuş olan DSM-5'tir. DSM-5, dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemidir. DSM-5'e göre depresyon alt grupları şöyle belirlenmiştir(2).

1. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
2. Majör depresif bozukluk.
3. Süregiden depresyon bozukluğu (Distimik bozukluk).
4. Premenstrüel disforik bozukluk.
5. Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
6. Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu
7. Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
8. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu

2.1.2. Tanım

Duygu durum bozukluğu olarak tanımlanan depresyon, kişinin iç dünyasında yaşadığı bireylerin hal ve hareketlerini ve çevreyi algılamasında değişikliklere yol açan baskın ve kesintisiz duygu halidir. Duygu durumunun etraf kişilere ifadesi duygulanım olarak tanımlanır. Duygu durum normal olabileceği gibi yüksek ya da düşük olabilir. Depresyon duygu durumunun çökkün hali olarak görülür(3). Çökkün duygulanım, ilgi veya alınan zevkte azalma, enerji kaybı depresyonun çekirdek özellikleridir. Ek olarak yeme değişiklikleri, karamsarlık, konsantrasyon ve özgüvende azalma, kendini suçlu hissetme, karamsarlık, bireyin kendisine veya etrafındakilere zarar verme düşünceleri, cinsel istekte azalma, uyku uyanıklık döngüsünde bozulma, mesleki ve sosyal işlevlerde bozulma diğer bulgular arasında sıralanabilir(4). Depresyon, insanının yaşam enerjisinin ve hayattan aldığı

zevkin azaldığı, kendisini kederli hissettiği, gelecekte beklentisinin kaybolduğu, karamsar düşüncelerin sıklıkla yaşandığı, pişmanlık hissinin arttığı, suçluluk dürtüsünün arttığı, intihar düşüncesinin olduğu, uyku uyanıklık döngüsünün bozulduğu, cinsel isteksizliğin eşlik ettiği bir bozukluktur. Depresyonda insanın çevresinde olan bitene karşı ilgisinin azalması veya kaybı, diğer insanlarla ilişki içinde olma veya bağılılık duygusunun azaldığı görülür. Depresyon, kişinin kendinden nefret etmeye başlayarak kendini aşağılık görmeye başladığı, ciddi şekilde kendine duyduğu benlik saygısının azaldığı çok ciddi bir rahatsızlıktır(5).

Depresyonla ilgili pek çok teori öne sürülmüştür. Dr. Beck depresyonla ilişkili önemli kuramlar geliştiren önemli bilim adamlarından biridir. Beck'in geliştirdiği bilişsel kuramda (cognitive theory) depresyon zihinsel bir bozukluk olarak değerlendirilir. Depresyonun neden olduğu duygusal değişikliklerin, bazı normal olmayan bilişsel aktivitelere bağlı geliştiği ön görülmüştür. Bunlardan birincisi, bireyin kendisine, etrafına ve geleceğe yönelik yaptığı kavramlaştırmalardır. Bu üç duruma bakış depresyon belirtileri gösteren kişilerde, olumsuz yönde değerlendirilmiştir. Öyle ki, kişi dış olayları genellikle eksiklikler ve kayıplar ve şeklinde algılar. İkinci bilişsel aktivite; kişinin yaptığı mantık hataları ile alakalıdır. Depresyondaki kişiler yapacağı davranışlarda bazı mantıksız hareketler yapmaktadır. Depresif kişide olan üçüncü aktivite ise etraftan alınan bilgilerin kodlanması sırasında kullanılan kalıplar veya varsayımlardadır. Bu durumda genellikle çocukluk çağı tecrübelerinden kaynaklanmaktadır(6). Bir duygudurum değişikliği olarak tanımlanan depresyon, psikolojik durum analizlerinde en fazla karşılaşılan psikolojik bozukluktur(7). Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında günümüzde önemli bir halk sağlığı problemidir ve sıklıkla karşımıza çıkan bir sorundur. Psikiyatristler tarafından ruh sağlığının soğuk algınlığı olarak ifade edilmektedir(6,8). Depresyon, mekanizması, alınan tedavi cevabı, genetik altyapısı ve seyri açısından son derece karmaşık ve heterojen bir psikolojik bir rahatsızlıktır(9). Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) verileri göre dünya nüfusunun ortalama %3-5'inde (yaklaşık 100 milyondan fazla insan) depresyonu düşündüren şikâyetlerinin olduğunu göstermektedir. Yine DSÖ'ye göre tıbbi nedenlerle birinci basamak sağlık hizmeti alanların %8 ile %15'inde tedavi almasını gerektiren depresyon semptomları mevcuttur(10).

2.1.3. Tarihçe

Uzun yıllardır depresyon ve benzeri psikolojik rahatsızlıkları tanımlama ve gruplandırma ile ilişkili çabalar mevcuttur. Eski Sümer ve Mısır uygarlıkları ile ilgili kaynaklarda bu hastalığa ilişkin bazı bilgilere rastlanmıştır(11). Eski uygarlıklara ait eserlere göre bu hastalığa sahip olanların şeytani etki altında kaldığına inanılmaktadır(12). Her ne

kadar bakış açısı günümüzde oldukça farklı olsa da günümüzde bu hastalık ile bildiklerimizin hemen hemen hepsini eski roma ve yunanlı doktorlar ve filozoflar tanımlamıştır(13). Depresyonla ilgili ilk tanımlamayı yapan ‘tıbbın babası’ olarak bilinen Hippocrates’dır. Milattan Önce 4. yüzyılda yaşamış olan Hippocrates, akıl hastalıklarının, doğaüstü güçler nedeniyle değil, doğal nedenlerle meydana geldiğine inanmıştır. Dalakta fazla miktarda üretilen safranın melankolinin nedeni olabileceğini ileri sürmüştür. Siyah anlamına gelen ‘Melan’ ve safrayı ifade eden ‘koli’nin birleşimi melankoli terimini oluşturmaktadır. Depresyon tedavisi için ise çağımızda da kısmen kullanılmakta olan gevşeme tekniklerini ve sağlıklı yaşam stratejilerini geliştirmeyi ve organizmanın dengesini yeniden kurmayı önermiştir(12). Milattan Sonra 1. yüzyılda Kapadokya’da yaşayan Aretaeus’in teorisine göre melankoli Kara safranın mide ve diyaframa doğru yukarı çıkması ile oluşmaktaydı. Melankoliyi ateş olmaksızın görülen bir mental ağırlık olarak ifade etmekteydi. Çılgın kimselerde zihnin bazen öfkeye, bazen neşeye döndüğü çılgın kimselere göre melankolisi olanlarda sadece hüznün ve keder görülmekteydi. Ayrıca rahatsızlığın ilerlediği kişilerde rüyalar sahici, kabusvari ve net hâle gelmekte, hastalar gereksiz ve akıldışı korkulara kapılmaktaydı. Aretaeus hastalık daha hızlı ilerlerse nefret, insanlardan uzaklaşma, anlamsız ağlamalar, hayattan şikâyet etme ve ölme arzusu duyar diye açıklamıştı(14). Milattan Sonra 2. yüzyılda yaşayan Soranus ise psikiyatrik hastalara tedavi amaçlı tiyatro izlettirmiş hatta depresif kişilerin rol almasını sağlayarak farklı bir tedavi seçeneği sunmuştur. Melankolisi olanlarda komedi oyunlarını tercih ederken, manik hastalarda ise trajediyi tercih etmiştir(15). Galen Milattan Sonra 2. yüzyılda melankolinin korku, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm herkesten ve her şeyden nefret ile kendini gösterdiğini açıklamıştır(16). Ayrıca Galen, melankoliye sebep olarak kişinin kendi özelliklerinin haricinde, beyin fonksiyonlarındaki bozulmaların ve hormonal dengenin bozulmasının da etkili olduğunu savunmuştur. İslam dünyasının tıp alanında gelişimiyle depresyon araştırmalarında önemli katkılar sağlanmıştır. İbn-i Sina psikiyatrik hastalıkları sınıflandırmıştır. Rönesansın etkisi ile bilim dinin etkisinden çıkarak daha bilimsel açıklamalar getirilmiştir. Beyin fonksiyonları ve anatomisi üzerinde durularak açıklanmaya çalışılmıştır(17). Depresyon kelimenin orjini “depress” sözcüğüdür. “depress” sözcüğü latince “depressus” kelimesinden gelmektedir. Depresyon kelimesi 17. yüzyıldan beri yazılı kaynaklardan kullanıldığı anlaşılmaktadır. Psikiyatrik bir hastalığın açıklamak için ilk defa geçen yüzyılda Kraepelin tarafından gündeme getirilmiştir. Kelime olarak depresyon genellikle kendini çökkün, kederli hissetme, normal günlük aktiviteleri yapma isteğinde azalma gibi manalarda kullanımı söz konusudur(11). Depresyon, eski dönemlerde çoğunlukla melankoli içerisinde tanımlanmıştır. Tanımlama günümüze kadar oldukça

değiştirilmiştir. Depresyon on dokuzuncu yüzyıla kadar genellikle doğa üstü olaylar ile açıklanmaya çalışılmıştır. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren teknolojik gelişmeler tıp alanında da etkisini göstererek çağdaş görüşler ortaya çıkmıştır(13).

2.1.4. Epidemiyoloji

Duygu durum bozuklukları uzun çağlardan beri bilinmesine ve insanlık tarihindeki sık görülen hastalıklardan olmasına rağmen, fakat son zamanlarda önemli bir sorun olarak değerlendirilmiştir. Depresyon dünya sağlık örgütünün yayınladığı dünya çapındaki önemli hastalıklar listesinde 4. sırada yer almaktadır. Yine DSÖ tarafından depresyon iş gücü kaybına neden olan durumlar içerisinde önde gelen nedenlerden biri olarak tanımlanmaktadır(18). Depresyon ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar insidans çalışmalarından daha ziyade prevalans (yaygınlık) çalışmaları tipindedir. Farklı popülasyonlarda depresyon yaygınlığı da farklılık gösterir. Genel popülasyona oranla, ergenlerde, ileri yaşlı kişilerde, yatan hastalarda ve kronik hastalığı olanlarda MD daha çok karşımıza çıkmaktadır. Kadınlarda depresyon görülme oranı erkeklerden yaklaşık iki kat, tüm hayat boyunca MD sıklığı kadınlarda %10 ile %25 oranlarında, erkeklerde ise %5 ile %12 olarak tespit edilmiştir(19). Genel popülasyon da MD görülme oranı %3.7 ile %6.7 arasında bulunmuşken hastanelerde yatan tüm hastalar arasında bu oran %5-10, ayaktan tedavi alan hastalar arasında ise %9-16 olarak bildirilmektedir(20-22). Yapılan çalışmalarda kadınlarda her beş kişiden biri, erkeklerde her on kişiden birinde yaşamları boyunca kısa bir süre de olsa depresif dönemleri olmaktadır(11). Türkiye’de depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili yapılmış pek çok çalışma vardır. Küey ve Güleç tarafından bu çalışmalar yeniden değerlendirilmiştir. Onlara göre Türk toplumu baz alındığında depresyonu olanların prevalansı %10 civarındadır. Depresyonun otonom belirtilerine sahip olanlar %20 civarında iken, kendini suçlu hissetme gibi psikolojik semptomları olanlar ise yaklaşık %10 oranında nokta prevelansa sahiptir. Kronik rahatsızlıklara sahip olanlarda ise sekonder depresyon dikkat çekici düzeyde yüksektir (%4-8,8). Bu tarz rahatsızlığa sahip olan her üç hastadan birinde depresyon kronikleşmiştir(23). Yayınlar birbirini destekler biçimde depresyonun ilk ortaya çıkma yaşının genellikle erken erişkinlik (hayatın 2.dekadın sonu) döneminde olduğunu göstermektedir. Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyolojik Çalışmalar konsorsiyumuna göre (The International Consortium of Psychiatric Epidemiology Surveys) MD tüm ülkelerde ortalama başlangıç yaşı 30’lu yaşların başı ve ortaları arasındadır(24). Tıp hekimleri arasında depresyonun görülme düzeyi dikkat çekici düzeyde yüksektir. Özellikle tıp fakültesinden yeni mezun olanların arasında ilk yılda %30’lara kadar ulaşabilen depresyon görülme sıklığı vardır. Hekimler diğer bireyler ile karşılaştırıldığında daha

depresif olmaları hekimlik mesleğini icra edenlerin depresyon için daha risk altında olduklarını göstermektedir(25,26).

2.1.5. Etyopatogenezi

Uzun süredir bilinen depresyonla ilgili bilgiler çoğaldıkça, hastalığa neden olan durumlar ile ilgili çok farklı görüşler öne sürülmüş ve değişik araştırmalar yapılmıştır. Depresyon üzerine yapılan çalışmalar özellikle 20. yüzyılda önemli ölçüde artmıştır. Çalışmalar daha çok depresyonun etyopatogeneziyi aydınlatmak, klinik semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hastalığın tedavisi için yeni fırsatları ortaya koymak üzerine yoğunlaşmaktadır. Tüm bu araştırmalara rağmen depresyonun altta yatan nedenleri net bir şekilde belirlenememiştir. Depresyonun çok yönlü bir hastalıktır. Hastalığın bir çok alt tipinin olması, altta yatan nedenlerin birden çok olması depresyonu bir sendrom olarak tanımlamamıza neden olmaktadır. Depresyonu meydana getiren nedenleri üç temel başlık olarak değerlendirebiliriz. Bunlar genetik faktörler, biyolojik faktörler ve psikososyal faktörlerdir(27).

2.1.5.1. Genetik Faktörler

Psikiyatrik rahatsızlıklarda altta yatan neden olarak genetik yatkınlık, günümüzde tartışılmaz bir durumdur. Tek yumurta ikizi kardeşlerden herhangi birinin, depresyon olması durumunda diğ erinin rahatsızlanma oranı %50'dir. Aile çalışmaları bize MD'si olan bireylerin birinci derece akrabalarında ciddi anlamda bir depresyona yatkınlığı olduğunu göstermiştir. Normal popülasyona göre 2-3 kat fazladır. Bu durum genetik yatkınlık ve depresyon arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Duygulanım bozuklukları monozigot ikizlerde %50 ile %100 oranında görülebilmekte iken bu oran dizigotik ikizlerde %25 oranında tespit edilmiştir. Evlat verilmiş bireylerde yapılan çalışmalarda; depresyonu olan evlatlıkların biyolojik ebeveynlerinde depresyona yakalanma riski daha yüksek bulunmuştur. Genetik geçişi göstermesi amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Bunlar arasında G-G-PDH, membran transport özelliği, ABO kan grubu, Xg (X'e bağlı dominant marker), HLA antijeni, renk körlüğü ve trombosit MAO aktivitesi sayılabilir. Bu çalışmalardaki verilerin sonuçlarına binaen depresyonda genetik bir geçiş varlığı benimsenmiştir. Her ne kadar kalıtımın depresyonda önemli bir neden olduğu bilinse de, genetik geçiş net olarak aydınlatılamamıştır. X'e bağlı otozomal dominant bir geçişin olabileceği öne sürülse bile bu görüşün karşıt görüşleri de vardır. Sonuç olarak depresyondaki genetik etkinin poligenetik ve heterojen olduğu görüşü en fazla kabul gören düşüncedir(28).

2.1.5.2. Biyolojik Faktörler

Yapılan çalışmalarda nöronlarda bulunan biyojenik aminlerin (homovalinik asit, 5-OH indol asetik asit, vb.) depresyon hastalarının kan, idrar ve beyin sıvılarında fazla miktarda bulunduğu gösterilmiştir. Özellikle norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin üretimi, salınımı, geri alımı vb. metabolizmalarında oluşan deformitenin depresyon ve diğer duygulanım bozukluklarına sebep olduğu düşünülmektedir. Dopamin depresyon fizyopatolojisinde önemli rolü olan başka bir biyojenik amindir. Depresyonda nöroendokrin dengede önem arz etmektedir. Tiroid hormonu, Adrenal hormonlar, büyüme hormonu sentezi depresyonda altta yatan başlıca nöroendokrin mekanizmalardır. Depresyon hastalarında kortizol'ün fazla salgılandığı bilinen bir gerçektir. Tiroid ile ilgili rahatsızlıklar depresif hastaların %5-10'nunda görülmektedir. Bu nedenle her depresyon hastasında tiroid hormonlarına ve otoimmünite parametrelerine bakılmalıdır. Depresyon hastalarında uyku uyanıklık döngüsü bozulduğu için uyku ile indüklenen büyüme hormonu salınımı da küntleşmiştir. Uykuya dalmada zorluk, erken ve sık uyanma, hipersomni sıklıkla ortaya çıkar. Depresyon hastalarında uyku sırasında çekilen elektroensefalografilerde, hızlı göz hareketlerinin olduğu REM uykusunun latensinin normal kişiye göre kısaldığı, ilk REM periyodunun uzadığı ve anormal delta uykusu ortaya çıktığı saptanmıştır(29,30). Depresyonun ilk kez ortaya çıkmasında stresli yaşam olayları etkili ise de sonra oluşan ataklarla ilişkisi tespit edilememiştir. Bu durum şöyle açıklanmakta; ilk atağa neden olan stres beyinde kalıcı değişikliklere neden olmakta ve tekrarlayan depresyon ataklarının bu hasara bağlı oluştuğudur. İnsanlar her şeye uç noktalarda cevap verir. Bir nesne kaybı kişide yasa sebep olur. Yasta suçluluk duygusu bulunmazken depresyonda bulunur. Klasik psikanalitik görüş ruhsal aygıtın alt benlik, benlik ve üstbenlik arasındaki dengenin bozulmasından kaynaklanır(30).

Bu durumlar değişik görüşler ile açıklanmaya çalışılmıştır.

2.1.5.2.1. Öğrenilmiş Çaresizlik Görüşü

Hayatının ilk safhalarından itibaren olumsuz yaşamsal olaylar ile karşılaşan, devamlı engellenen ve bu durumların üstesinden gelemeyen bireyler depresyona girebilir. Reaktif depresyonun açıklanmasında öğrenilmiş çaresizlik görüşü özellikle önemlidir. Öğrenilmiş çaresizlik görüşü norepinefrin aktivitesindeki azalma görülür ve norepinefrin takviyesi ile tedavi edilir. Tedaviye cevapları genellikle iyidir(31).

2.1.5.2.2. Bilişsel Görüş

Beck, psikonalitik, davranışçı ve biyolojik yaklaşımların depresyonu anlamada yetersiz kaldığını düşünmüştür. Asıl sorunun kognitif işlev bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Beck'e göre, depresyon hastalarında özellikle çocukluk dönemlerinde bilişsel bir yatkınlıkları vardır. Bilişsel görüşe göre depresyonun açıklaması şöyledir:

- Çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce ve değer yargıları oluşur. Bu durum şema olarak isimlendirilir.
- Bu şemalar değiştirilemez ise birey uygun fonksiyonel seviyesine ulaşamaz.

Depresyonda görülen şemalar kendini yetersiz, değersiz, başarısız görme sevilmemedir(32).

Hayatın herhangi döneminde şemalar kişilerde algılama ve tanımlamada bozulmalara neden olarak otomatik düşünceler ortaya çıkar. Sonuçta depresyon gelişir(30).

2.1.5.2.3. Hayat Olayları Görüşü

İnsan hayatında strese neden olan olaylar ile depresyonun başlaması arasında önemli bağlantı olduğunu düşünenler olduğu gibi depresyonu aktive edebileceğini savunanlar da vardır. Reaktif depresyonda stres önemli bir risk faktörüdür. Bu görüşün temel özelliği stresin kişilerin algılama, değerlendirme kapasitesini etkilemesi ve bu durumun üstesinden gelme gücü yeteneği ile ilişkilidir(30).

2.1.5.2.4. Psikoimmünolojik Görüş

Depresyon hastalarında immun sistem rahatsızlıkları sıklıkla görülmekte ancak spesifik bir neden olarak düşünülmemektedir. Depresyon hastalarında gelişen endokrin değişikliklerin bu immunité bozuklukları ile bağlantılı olabileceği bildirilmiştir. İmmun sistemde mitojen uyarılma, lenfosit cevabın azalması görülmektedir(16).

2.1.6. Depresyonda Risk Faktörleri

2.1.6.1. Yaş

Depresyon tüm yaş gruplarında görülebilen bir rahatsızlıktır. Bir yayında özellikle 30-44 yaş aralığında daha sık görüldüğü gösterilmiştir(33). Yakın zamanda yapılmış başka bir çalışmada ise benzer şekilde en sık 35-49 yaş arasında yaygın görüldüğü, 65 yaş ve

üzerindeki popülasyonda ise en az sıklıkta olduğu belirlenmiştir(34). Hastalığın ortalama başlangıç yaşı DSÖ verilerine göre 28,9'dur(35).

Tüm çalışmalar birbirini destekler şekilde depresyonun özellikle erken erişkinlik döneminde (20'li yaşların sonu) ilk ortaya çıktığını göstermiştir. Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmaları konsorsiyumunda (The International Consortium of Psychiatric Epidemiology Surveys) tüm coğrafyalarda MD başlangıcında ortalama yaş 30-35 yaşlar arasındadır(24). Depresyon semptomları yaşı ilerlemesi ile artmasına rağmen MD sıklığı artmamaktadır(36).

2.1.6.2. Cinsiyet

Kadın cinsiyette MD erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir(37). Kadınlarda daha fazla görülmesi şu durumlar ile açıklanmaya çalışılmıştır(38).

- Kadınların çocukluk çağlarında aile içi şiddeti daha çok yaşaması(cinsel istismar gibi).
- Psikiyatrik hastalıkların genç yaşlarda ortaya çıkması
- *Sosyokültürel değerlere göre kadınların toplumdaki yeri
- Kötü hayat şartları ile daha fazla karşılaşmaları
- Gonadal hormonların etkisi
- Post-partum depresyon riski
- Perimenopozal döneminin depresyon açısından riskli olması

2.1.6.3. Biyolojik Etmenler

Kadınlarda normal fizyolojik olarak gelişen menstrüel sıkluse bağlı gelişen hormonal değişikliklere verilen cevap depresyona neden olabilmektedir. Bazı hormonal nedenler, menopo ve doğum kontrol ilaçlarının etkisi bir etmen olabilmektedir. Ek olarak kadınlarda tiroid fonksiyon bozuklukları ve mono-amino oksidaz seviyelerinin yükselmesi daha çok görülmektedir. Oral kontraseptif ilaçların kullanımına bağlı progesteron düzeyinin artmasına bağlı depresyon belirtilerinin artması bu görüşü desteklemektedir(36).

2.1.6.4. Psikolojik Faktörler

Bireyin, kişiler arası ilişkilerde, ailede, sağlıkta, iş ve ekonomik durumda sahip olduğu istenmeyen olayları depresyon başlangıcıyla ilişkilendirilmiştir(39). Sıkıntı verici yaşam olayları ve depresyona genetik/ailesel yatkınlık ile bunlarla başa çıkma tarzları ve

kişilik özellikleri arasında depresyon riski düzeyinde karşılıklı bir etkileşim vardır. Stresin MD'ye sebep olduğu bilinmektedir. Stres nedenleri arasında en çok dikkati çeken durum aniden kötü bir haber alma veya iş değişikliğidir(18). Ek olarak hayat olayları ve depresyon arasında kuvvetli bir bağ olduğu birçok araştırmada net bir şekilde ortaya konmuştur(39).

2.1.6.5. Irk Etnik Grup

İrklara ve etnik gruplara göre MD dağılımında farklılık yoktur(37). Depresyon görülmesinde ırklar arasındaki bazı farklılıklar sosyoekonomik düzeyden kaynaklandığı belirtilmiştir. Ek olarak siyah ırkta MD daha az görüldüğünü öne sürenlerde olmuştur(36).

2.1.6.6. Medeni Durum

Evli ve bekâr olanlarda depresyon riski, boşanmış ya da dul eşlere göre daha az bulunmuştur(42). Boşanmadan sonraki 6 ay erkekler için depresyon riskini en fazla olduğu dönemdir(37).

2.1.6.7. Aile Öyküsü ve Genetik

MD hastalarının birinci derece akrabalarında MD gelişme ihtimali iki üç kat artmıştır. İkiz MD hastaları incelendiğinde tek yumurta ikizlerinden birinde depresyon gelişme ihtimali %27 olarak tespit edilmiştir. Bu durumda genetiğin depresyon üzerine etkisini göz önüne sermektedir(43-45).

2.1.6.8. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları

Çocukluk çağı travmaları ve yaşanan olumsuz olaylar, yetişkin dönemde depresyonu ağırlaştırması ve var olan depresyon durumunun şiddetinin artması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çocukluk döneminde yaşanan cinsel kötüye kullanım, fiziksel şiddet ve ihmal ile depresyon arasında sıkı bir bağlantı vardır. Yapılan birçok çalışma bu durumu desteklemiştir(43-45). Aile içi yaşanan olaylar depresyon gelişiminde önemlidir. Sevgi ve duygusal olarak yakın olan ailelerde depresyon gelişim riski daha azdır. Ancak ebeveynlerin ayrı olması veya aile bireylerinden birinin kaybı depresyon için risk faktörüdür. Spitz; hayatın 6-12. ayları arasında annesinden ayrı kalan bebeklerde daha fazla depresif belirtiler görüldüğünü öne sürmüştür. Bu dönem kişiliğin şekillendiği bir dönem olduğu için önemlidir. Bu dönemde yaşanan kayıplarda depresif bir yapıya neden olabilmektedir. Bu dönemde ilkel savunma mekanizmaları kullanılarak depresyondan korunabileceği de bildirilmiştir(46).

2.1.6.9. Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik durum ve sınıf farklılıkları ile depresyon arası etkileşim defalarca araştırma konusu olmuştur. Yapılan çalışmalara da düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında korelasyon tespit edilmiştir(47). Bu durumun toplumun refah düzeyi ve sosyal güvenlik düzeyi ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. İşsizlik ile depresyon arası ilişki tespit edilmiştir. Bir yıllık izlemde ekonomik durumun kötüye gitmesi kişilerde depresyon belirtilerinin artmasına neden olmaktadır(48).

2.1.6.10. Şehirde veya Kırsal Kesimde Yaşamak

Çoğu çalışmada MD'nin kırsal yörede yaşayanlarda, şehirli ortamlarda olanlara göre daha az yaygın olduğu ileri sürülmüştür. Bu farkın nedeni olarak suç, yasa dışı maddelere ulaşım kolaylığı, işsizlik ve stresli yaşam olaylarının katkısının olabileceği ileri sürülmüştür(49).

2.1.6.11. Gebelik ve Postpartum Dönem

Gebelik ve postpartum dönemde depresyon daha fazla görülmektedir, ortaya çıkan depresyon için ise düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri suçlanmaktadır(36).

2.1.7. Klinik

MD oldukça sık görülen, iyileşme ve tekrarlamalarla seyreden, doğru tedavi edilmediği takdirde kronikleşmeye meyilli ve yeti kaybına yol açan psikiyatrik bir rahatsızlıktır. MD'de yaşam boyu öz kıyım girişimi insidansı %15-17 olarak belirtilmektedir(50). Depresyon bir sendrom ya da semptom kompleksi olarak tanımlanabilir. Depresyonda karşılaşılan belirtiler şöyledir: hayattan zevk alamama, kendisini kederli hissetme, pesimistik düşünce, vicdan azabı, kendini suçlu hissetme, kendisine ve etrafına zara verme düşüncesi, uyku uyanıklık döngüsünün bozulmasıdır. Bu belirtilerin oluşması kişiye farklılık gösterebilmektedir(5,51).

Depresyon klinik bulguları incelenecektir.

2.1.7.1. Çökkün Duygu durum

Depresyon hastalarında çökkün duygu durum %90 oranında görülmektedir. Kendilerini mutsuz hisseder ve bu mutsuzluğun farklı olduğunu bildirir. Normal yaşantısına göre kolay ağlar veya ağlamak istemesine rağmen ağlayamaz. Bu çökkünlük her gün devam

ederek süreklilik gösterir. Çevresinden etkilenmez yapılan telkinler genellikle işe yaramaz. Bu çökkünlük dışardan kolaylıkla fark edilebilir, bu kişiler postüründen, mimiklerinden, kılık kıyafetinden ve konuşmasından anlaşılabılır. Fakat bazı şiddetli depresyon hastalarında dış görünüş ve öz bakım normal olabilir(4).

2.1.7.2. Bozulmuş Düşünce

Depresyon hastalarında kötümserlik, kendini suçlu hissetme, çarpık düşünce, konsantrasyon azalması görülebilir. Çoğu zaman kederli mutsuz ve durağandır. Yüz ve alın çizgilerinde belirginleşme dikkat çeker. Yavaş bir şekilde düşünürler. Bu duruma psikomotor retardasyon denir. Düşünceleri acı ve pişmanlık içeren hatıraları içerir. Düşünceleri kişiyi yönetmektedir. Bu düşünceler bireyleri zamanla umutsuzluk ve çaresizliğe sürükleyerek kendini cezalandırmaya ve intihara sürükler. Özellikle ileri yaş hastalarda bedensel şikâyetlere yol açarak gereksiz hastane başvurularına ve tedavilere neden olur. Ağır ve ciddi depresyonlarda durgunluk, ilgi ve istek azalması, apatiye dönüşebilir(51).

2.1.7.3. Bilişsel Yetiler

Konsantrasyon güçlüğü, istemli ya da istemsiz (spontan) dikkat azlığı, düşük değerlendirme ve unutkanlık en sık görülen belirtilerdir. Burada algı bozukluğu görülmez. Hafıza daha çok subjektif olarak bozulur. Hastalarda unutkanlık görülse de bu gerçek bir bellek bozukluğuna bağlı değildir. Buradaki unutkanlık üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasından kaynaklanır. Unutkanlık gelişen hastalarda düşünce ve dikkatin belli bir konu üzerine odaklanmaması ile ilişkilidir. Dikkat ve bellek bozuklukları düşüncenin dağılmasına yol açar. MD'si olan hastalarda ve yaşlılarda görülen bilişsel bozukluklar demans ile karışabilir. Bu durum psödodemans olarak adlandırılır. Demans ile depresyondaki bilişsel işlev bozukluğu arasındaki fark depresyondaki hasta durumundan şikâyetçi iken demans hastası mevcut durumu geçiştirmeye çalışarak konuları kapatmaya çalışır. Nadiren halüsinasyon ve illüzyon gibi belirtiler görülebilir. Depresif duygu durum ile algılama yeteneği ilişkilidir(52,53).

2.1.7.4. Halsizlik Yorgunluk ve Uyku Bozukluğu

Enerji azalmasına bağlı; yorgunluk, halsizlik, bitkinlik, çabuk yorulma, iştah kaybı veya iştah artışı, kabızlık, menstrual değişiklikler, libido azalması, ereksiyon zorluğu, ejakülasyonun gerçekleşmemesi veya empotans görülebilir. Depresyon tanısı alan kişilerin %90'ında uyku problemi vardır. Hastalardaki uyku bozukluğu, uykuya dalmada güçlük,

uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma, uyku süresinin kısalması ve uyku derinliği azalması şeklinde olmasına karşın, çoğu zaman uykuya geçme zorlaşmıştır. Gece uykusu da bozularak kişide halsizlik artmaktadır. Hastaların bir kısmı her zamanki uyanma saatinden daha erken uyanır. Uyku düzensizliği genellikle yaşla birlikte artar. Uykuya aşırı meyil hastalarda görülebilmektedir, bu oran %20 olarak tespit edilmiştir(54).

2.1.7.5. İlgı Azalması ve Zevk Alamama

Depresyondaki bireylerin çoğu önceden hoşlandığı, beğendiğı, ilgi duyduğı aktivitelerden artık eskisi gibi zevk alamazlar. Haz alamama durumu devamlılık gösterir ve hasta becerilerinde kayıp oluşabilmektedir. Yaptığı meslekten, severek yaptığı uğraşlardan artık zevk alamamaktadır. Ailesi ve arkadaşları ile iletişimi bozular. Cinsel arzuda belirgin kayıp olur(4).

2.1.7.6. Psikomotor Yavaşlama

Yaşlılara göre gençlerde psikotik tip, melankolik tip ve bipolar depresyon daha fazla görülmektedir. Çoğunlukla kendilerini geri çekmektedirler. Karakteristik olarak postürü çıkmış şekilde otururlar(55).

2.1.7.7. Suçluluk ve Değersizlik Hissi

Kişinin kendini kötü, çirkin, yeteneksiz, biçimsiz, toplumsal ve ekonomik saygınlığı olmayan kişi olarak görür. Hasta bir hiç olduğunu, hiçbir işe yaramadığını söyler. Kişiler kendini geçmişte yaşanan küçük hatalardan dolayı kendini aşırı suçlu hisseder, kendini olumsuz değerlendirir, kendini yetersiz hissetmesi depresyon için karakteristiktir. Bireyin günlük aktivitelerini sırf hasta olduğu için gerçekleştirememesi ve buna bağlı kendini suçlaması klinisyen tarafından depresyon belirtisi olarak düşünülmemelidir. Bazen halüsinasyon seviyesinde suçluluk ve değersizlik fikirleri olabilir. Değişik bir açıdan bakılacak olursa, hastalar gerçeğı değerlendirme yetilerini kaybetmiştir. Mesela evrendeki tüm olumsuzlukların sebebinin kendisi olduğunu düşünür. Psikotik depresyon bu durumu açıklar(4,56).

2.1.7.8. Karamsarlık ve Kuşku

Karar vermekte zorluk çekerler, eksik, hatalı karar vermekten çekinirler, sürekli başkalarına danışır ve destek, onay, yardım beklerler(56).

2.1.7.9. Tekrarlayan Ölüm ve İntihar Düşünceleri

Depresyon hastalarından öykü alırken suid fikri olup olmadığı kesinlikle araştırılmalı ve incelenmelidir. Bazen bu durum kaygı bozukluklarında görülen, hayatının sonuna geldiği endişesiyle karışabilir. İntihar düşünceleri bulunan kişide, bu durumu planlayıp planlamadığı, eskiden öz kıyım için teşebbüste bulunup bulunmadığı incelenmelidir(4).

2.1.7.10. Batı Toplumu İle Doğu Toplumunda Depresyon Farkları

Depresyonun çekirdek belirtileri olan depresif duygu durum ve anhedoni, kültürden bağımsız görülmektedir. Batı toplumlarında kendini suçlu hissetme ve öz kıyım düşünceleri fazla iken, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde, batılı olmayan toplumlarda ise somatik yakınmaların daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır. Doğu toplumlarında depresyonun çoğunlukla somatik semptomlarla seyrettiği ve suid oranının batı toplumlarına oranla daha az olduğu raporlanmaktadır(57). Gelişmekte olan ülkelerde depresyonu olan bireyler daha çok ağrı, sindirim güçlüğü, uykusuzluk, kabızlık, kilo verme, seksüel disfonksiyon, bitkinlik, tükenmişlik gibi fiziksel ve işlevsel belirtilerden yakınmaktadırlar. Yine bu ülkelerde, depresyonlu bireylerin bir kısmında paranoid hezeyanlar da görülmektedir(58,59). Batı toplumlarında ise suid oranı daha fazladır, örneğin ABD’de yılda yaklaşık 50.000 depresyon hastası kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir(60).

2.1.7.11. Sigara ve Alkol Kullanımı

MD’li hastalarda alkol suistimali ve sigara içimi sık görülür ve her ikisi de sağlık sorunlarını arttırıcı özelliklerdir. MD’li hastalar sıklıkla uykularını düzeltmek ve kendilerine yardımcı olduğunu düşündükleri için alkol kullanabilirler. Trajik olan, alkol geçici olarak gevşeme sağlamasına rağmen altta yatan depresyonu ağırlaştırması sebebiyle kısır bir döngüye neden olabilmesidir(60). Sonuç olarak depresyon yalnızca kişiyi olumsuz etkilemez, ailesi, çevre ve ekonomik üretkenliği de olumsuz etkiler, bu nedenle depresyonlu hastalarda tanı ve tedavi erken dönemde başlanmalıdır(58).

2.1.8. Tanı

DSM-5’e Göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri(2)

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerin en az biri ya çökkün duygu durum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

- 1) Çökkün duygu durum, nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bilir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
- 2) Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, nerdeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.
- 3) Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içerisinde ağırlığın %5'inden fazla değişiklik) ya da nerdeyse her gün yeme isteğinde artma ya da azalma.
- 4) Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
- 5) Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama.
- 6) Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
- 7) Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir).
- 8) Neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
- 9) Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. MD döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler bir maddeye veya sağlık durumuna ikincil gelişmişse bu dışlama uygulanmaz

Klinik özelliklerine göre de MDB çeşitli alt tiplere ayrılabilir(61).

DSM-5'e göre bunalıklı sıkıntı özellikleri gösteren depresyon tanısı için şu kriterler olmalıdır:

-Sıkıntı ve bunalımın depresif dönemin çoğu gününde olmalıdır. Bu maddeye ek olarak bu semptomlardan ikisi olmalıdır; huzursuzluk, konsantrasyon eksikliği, gerginlik, kötü bir şey olacak gibi hissetme, özdenetimini yitirecek gibi olma

DSM-5'e göre karma özellikler gösteren MD tanısı ise aşağıdaki belirtilerinden en az üçünün olması ile tanımlanmaktadır(61)

Depresif döneminin hemen hemen her gününde, günün büyük bir kesiminde kabarmış, taşkın duygu durum, benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük hezeyanları, her zamankinden daha konuşkan olma, fikir uçuşmaları, amaca yönelik etkinlikte artma, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma, uyku gereksiniminde azalma. Psikoz özellikleri gösteren MD'de psikotik belirtiler duygu durumla uyumlu ya da seyrek olarak duygu durumla uyumsuz olabilir. Bu dönemde eksiklik, suçluluk, hastalık, ölüm, hiçlik duygusu ya da cezalandırılmaya layık olma gibi tipik depresif şikayetlerle uyumlu halüsinasyon ya da varsanılar görülebilmekle beraber nadiren de duygu durumla uyumlu olmayan sanrılarda görülebilir. DSM-5'e göre melankolik özellikli depresyon tanısı için, tüm etkinliklere karşı anhedoni ve genelde hoş gidecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma belirtilerinden biri ile depresif duygudurum, sürekli olan sabahları kötüleşme, erken uyanma, belirgin psikomotor durgunluk ya da ajitasyon, belirgin iştahsızlık ya da kilo kaybı, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları belirtilerinden en az üçü bulunmalıdır. Atipik özellikli MD tanısı DSM-5'e göre, duygudurum tepkiselliğinin varlığında, belirgin iştahta artış ya da kilo alımı, hipersomni, ağır paralizi, toplumsal ya da mesleki bozulma ile sonuçlanan, uzun süreli, başkalarından kabul görmeme duyarlılığı belirtilerinden iki ya da daha fazlasının olduğu durumda konur.

Mevsimsel özellikli MDB tanı ölçütleri şöyledir(61)

Depresyon epizodlarının düzenli olarak senenin belirli dönemlerinde (özellikle sonbahar ve kış aylarında) gelişmesi, tam remisyonun yılın belirli bir döneminde olması, son iki yıl süresince iki kez mevsimsel depresyon geçirilmiş olması ve yaşam boyu mevsimsel depresif epizodların mevsimsel olmayanlardan sayıca önemli ölçüde daha fazla olması şeklinde sıralanmaktadır. Katatonik özellikli MD'de depresif dönemin büyük bir kısmında

katatoni özellikleri bulunursa yani klinik görünümde stupor, katalepsi, balmumu esnekliği, konuşmazlık, kötümserlik, konum alma, yapma davranışı, basmakalıp davranışlar, dış uyaranlardan etkilenmeme, yüzünü buruşturma, ekolali, ekopraksi belirtilerinden 3 veya daha fazlası baskınsa bu belirleyici kullanılmaktadır. Doğum zamanı başlayan MD’de depresif belirtiler gestasyonel dönemde ya da postpartum dört hafta içinde ortaya çıkarsa bu belirleyici kullanılabilir(61).

2.1.9. Ayırıcı Tanı

Depresyonun emosyonel çerçevenin dışına çıkarak, özellikle kognitif ve vejetatif alanları da içine alan geniş bir aralıktaki belirtileri, birçok organik hastalığa veya ilaç kullanımına bağlı depresif bir bozukluk olmaksızın ortaya çıkabileceğinden ve yine birçok organik ve ruhsal hastalığa komorbid olarak bulunabileceğinden, depresyonun ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır. “Tıpta hastalık yoktur, hasta vardır” temel ilkesinden hareketle, psikiyatrist depresyon tanısını koyduğunda depresif bozukluğa sebep olabilecek veya komorbid bir ruhsal ve fiziksel etkeni, psikiyatri dışı bir klinisyende de fiziksel bir sebeple tedavi ettiği hastasındaki olası bir depresif bozukluğu hastaya multidisipliner yaklaşarak göz ardı etmeme durumundadır(62). Depresif belirtilerin sık görüldüğü hastalıklar şunlardır: Alzheimer hastalığı, serebrovasküler olaylar, cushing hastalığı, serebral kanserler, addison hastalığı, kafa travması, hiperaldosteronizm, Santral sinir sistemi(SSS) infeksiyonları, menstruasyon, bunama, paratiroid hastalıkları, nöbet, tiroid bozuklukları, huntington hastalığı, B12 ve folik asit eksikliği, hidrosefali, C vitamini eksikliği, migren, niasin eksikliği, multipl skleroz, tiamin eksikliği, narkolepsi, AIDS, progresif supranükleer palsi, kardiyovasküler hastalıklar, wilson hastalığı, kleinfelter sendromu, porfiriler, postoperatif hastalıklar, romatoid artrit, böbrek yetmezlikleri üremi, sjögren sendromu, sistemik kanserler, sistemik lupus eritematozus ve temporal arterit.(29) Madde suistimali olanlarda alkol, barbiturat gibi antidepresanların yoksunluğu sendromu ve kokain, amfetamin gibi merkezi sinir sistemi uyarıcılarının kullanımı mutlaka ayırt edilmelidir(63).

2.1.10. Depresyon Belirtilerine Yol Açan İlaçlar

Tansiyon ilaçları(64):

- Reserpin ilk dört-altı ayda hastaların %27’sinde MD gelişimine sebep olur. Depresyon gelişme riski doz aşımında özellikle artar.

- Metildopa kullanan hastalarda MD görülme oranı %17 olarak bildirilmiştir. Semptomlar ilk ilaç dozundan sonra başlayarak birkaç günde gelişir. İlaç kesildikten sonra çoğunlukla düzelir.
- Beta-blokerlerin depresyon gelişmesi arasındaki durum net değildir(64).
- Oral kontrseptif ilaçlar(64): Östrojen içeriği fazla olan doğum kontrol preparatların kullanımında %7 ile %34 arasında depresyon geliştiği raporlanmıştır. Düşük miktarda östrojen içeren tedavilerde ise risk düşüktür. Uzun süre etkili cilt altı norplant uygulamasına bağlı depresyon gelişimiyle ilgili vaka bildirimleri mevcuttur.

Kortikosteroidler(64): Tedavi dozlarında kullanılan steroidler kişilerde psikoz, mani, delirium ve depresyona yol açabilir. Kadın hastalarda yüksek doz kullanım, SLE hastalarında ve depresyon hikâyesi olanlarda risk daha da fazladır. İlaç kullanımının ilk haftasında depresyon belirtileri görülmeye başlayabilir. İlaç kesildikten sonra dört-altı hafta içerisinde semptomlar düzelmeye başlar.

Benzodiazepinler(64): Özellikle risk 40 mg/gün'den fazla ilaç kullanan hastalarda ortaya çıkmaktadır.

Histamin2 reseptör antagonistleri(64):

Histamin reseptör antagonisti kullanımına bağlı olgular bildirilmiştir.

Simetidin kullanımı sonrası belirtiler üç günden itibaren başlayabilir. İlaç kullanımı bırakıldıktan bir gün sonrası semptomlar gerilemeye başlar.

Ranitidin kullanımına bağlı depresyon %1 ile %5 arası gelişebilir. Ranitidin kullanımı sonrası 4-8 hafta sonra ortaya çıkmakta ve ilaç kesildikten 7-14 gün sonra belirtiler geriler.

Kanser ilaçları(64): Vinkristin, vinblastin, prokarbazin, L-asparaginaz, amfoterisin B, interferon kullanan hastalarda depresyon geliştiği bildirilmiştir.

Psikoaktif maddeler(64): Alkol ve opiyat bağımlılığı, amfetamin ve kokain yoksunluğu depresyona neden olabilmektedir.

Depresyon hastalarında uygun tedaviye rağmen düzelme gözlenmezse mutlaka organik patolojiler incelenmelidir(65).

2.1.11. Tedavi

Majör depresif bozukluk, gerek kişide yol açtığı yetenek kaybı gerekse toplumda çok yüksek maddi kayıplara neden olmasıyla ön plana çıkmaktadır. Depresyon gelişmiş ülkelerde yeti kaybı oluşturan sebeplerin en başında gelmektedir ve dünya çapında ise dördüncü sırada yer almaktadır(66). MD olan bir hastanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı alma ve tedavi olma ihtimali %38 olarak raporlanmıştır. Bu oran depresyon hastaların büyük çoğunluğunun tedavi almadığını göstermektedir(67). Tedavi alabilen MD hastaların %60-80'inde tedavi başarılı olarak bulunmuştur. İlk 14 hafta sonunda başarılı remisyon oranı %28, 1 yıllık tedavi sonunda ise % 67'dir. Bununla birlikte her başarısız tedavi sonrasında remisyon oranları düşmekte, relaps oranları artmakta ve hastalığın bir sonraki epizoduna kadar geçen süre de azalmaktadır(68,69). Psikofarmakolojik tedavi MD'de temel yaklaşımdır. Antidepresan medikasyonlar, depresyon hastalığı haricinde pek çok psikiyatrik hastalığın yönetiminde de kullanılmaktadır. Bu ilaçların strese bağlı gelişen semptomların tedavisine yönelik olduğu değerlendirilmektedir. Bu ilaçlar hastalığın aşamalarını durdurmadan, işlevleri düzeltirler. Günümüzde mevcut olan ve halen kullanılan antidepresan ilaçların etki mekanizmaları, ilaç etkileşimleri, yan etkileri bakımından birtakım farklılıklar olmakla birlikte etkinlikleri, etki hızı açısından birbirlerine benzerler. Dolayısıyla depresyon tedavisi için antidepresan ajanın seçiminde diğer ilaçlarla etkileşimleri ve yan etkilerine dikkat edilmelidir(42).

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar şunlardır.

1. Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

Fluoksetin 20-40 mg, Sertralin 100-150 mg, Fluvoksamin 150-200 mg, Sitalopram 20-40 mg, Paroksetin 20-40 mg

2. Trisiklik Antidepresan (TSA)

- İmipramin 150-200 mg, Amitriptilin 150-200 mg, Klomipramin 150-200 mg

3. Diğer Antidepresanlar

Buprapion 200-450 mg, Maprotilin 150-200 mg, Mianserin 90-120 mg, Mirtazapin 30-45 mg, Moklobemid 300-600 mg, Nefazodon 100-400 mg, Tianeptin 37.5-50 mg, Trazodon 150-300 mg, Venlafaksin 75-150 mg

Hasta ve hasta yakınlarına MD teşhisi konulduktan sonra, bu rahatsızlık ile ilgili ayrıntılı bilgi aktarılmalıdır. Verilen tedavinin tesirinin hemen başlamayacağı, ilaç kullanımını aksatmamaları gerekliliği, ilaçlara karşı bağımlılık gelişmeyeceği ve oluşabilecek istenmeyen etkiler hakkında kapsamlı bilgi verilmelidir. Hastanın semptomlar düzelse dahi, ilacın altı ay boyunca ve mevcut dozda kullanımı sürdürmesi temin edilmelidir. SSRI'lar (trisiklik antidepresanlar ve fluoksetin dışındaki) bırakılırken, sıklıkla çok şiddetli olmayan çekilme semptomları oluşabileceğinden, mevcut kullanılan miktarın azaltılarak bırakılması faydalıdır. Hastalığın tekrar etmesi durumunda, tedavi süresi daha uzun tutulmalıdır. Devam tedavisi verilecekse, hastanın yarar gördüğü miktar kullanılmalı, doz azaltılmamalıdır. Lityum tekrar eden depresyonlarda farklı bir profilaktik çözümdür. Kanda ölçülen lityum miktarının 0.6-0.8 mEq/L arasında olması, lityum profilaksisi için önemlidir. 600-1200 mg doz aralığında kullanılan, lityum kandaki bu miktarı sağlamak için kâfidir(70). Ayaktan hastaların %20-35'i antidepresan ilaçlara cevapsızdır(71). Antidepresan ajan kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalardan bir başkası ise ilaç etkileşimidir.

Bilhassa sitokrom P-450 enzim sisteminde inhibisyon yapan, SSRI organizmada aynı sistemi kullanarak metabolize olan ajanların serum konsantrasyonunu ve istenmeyen etkilerini artırır(72). SSRI grubu ilaçların trisiklik antidepresanlara (TSA) nazaran daha güvenli olduğu düşünülmektedir. TSA kullanan hastalarda bazen maniye doğru gidiş olabilir. Dopamin agonistleri (pramipexol) , ışık tedavisi, psikoterapi ve omega-3 yağ asitlerinden kullanımı depresyonun idame tedavisinde diğer alternatif yöntemleri oluştururlar. Maalesef bu tedavi yöntemlerinin hiçbirinin hastalığın akut döneminde kesin etki gösterdiği kanıtlanamamıştır(73).

En fazla tercih edilen SSRI ve TSA'lerden kısaca bahsedilecektir.

Trisiklik Antidepresanlar:

İlk örneklerini imipramin ve amitriptilin'in oluşturduğu TSA'lar hâlâ en uzun süredir kullanımda olma ve en ucuz psikotrop olma özelliklerini muhafaza etmektedirler. Diğer yeni kuşak antidepresanların hiç birinin TSA'lardan daha etkin değildir. Bu iki grup ajan arasındaki aralarındaki kayda değer tek farklılık yan etki profili açısındandır: Antimuskarinik-antikolinerjik etkileri (ağız kuruluğu, kabızlık, midriyazis, kalp ritim bozukluğu, deliryum gibi), H1-reseptörü blokajı etkileri (iştah ve ağırlık artışı, sedasyon), hızlı Na⁺ kanallarını antogonize etmeleri (kardiyotoksisite), α -adrenerjik blokaj (postüral hipotansiyon) gibi birçok istenmeyen etkileri vardır(74).

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri:

Enerji gereken bir yol ile presinaptik bölgeden bir taşıyıcı molekül ile serotonin (5-HT) geri alınımını inhibe eden ilaçlardır. Türkiye'de kullanılabilen SSRI'lar arasında sertralin, fluoksetin, fluvoxamin, paroksetin ve sitalopram sayılabilir. SSRI'lar yan etkisinin az olması önemli bir avantajdır. Özellikle fazla miktarda alımlarda mortaliteye hemen hiç neden olmaması, kardiyotoksik etkisinin olmaması, antikolinergik etkilerinin olmaması önemlidir. Depresyon dışındaki obsesif kompulsif hastalığın, sosyal fobi, distimi, premenstrüel disforik bozukluk, panik bozukluk, bulimia, Post-Traumatik Stres Bozukluğu, migren gibi durumlarda da kullanılabilmektedir. Ancak bazı eksiklikleri de vardır bunlar ciddi depresyon vakalarında TSA'lar kadar etkili olmamaları, akatizi, anksiyete artışına, uykusuzluğa, cinsel isteksizliğe yol açmaları ve bulantı, kusma, ishal gibi yan etki yapmalarıdır. Çok nadir de olsa serotonin sendromuna yol açabilmektedir(75,76).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Giriş

Anksiyete sözcüğü 'sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa' anlamına gelen 'angh' sözcüğünden türetilmiştir. 'Angh' kelimesi Hint German dil ailesinden gelmiştir. Anksiyete durumundan ilk defa milattan önce 3000'lerde yazılmış Gılgamış destanında bahsedilmiştir(77). Gılgamış, bu destanda kendi ölümsüzlüğü hakkındaki kaygılarından bahsetmiştir(78). Anksiyete farklı kültür, dillerde ve toplumlar arasında farklı anlamda kullanılmıştır. Almanca 'angst' sözcüğü, İngilizcede 'dread'(önceden korkma) ya da 'foreboding' (önceden kötü bir şey olacaktı gibi hissetme) anlamında kullanılmaktadır. Türkçe'de, 'bunaltı', 'hoş olmayan heyecansal endişe hali' olarak tanımlanmaktadır(79). Türk Dil Kurumu tarafından 'canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk' olarak tanımlanmıştır(80). Çok eski çağlarda bile insanlar anksiyete ile ilgilenmişler, anksiyeteyi açıklamaya ve tedavi yolları üzerinde araştırma yapmışlardır. Özellikle tıp bilimi gelişmeden önce tanrılardan, büyüden veya kötü ruhlardan kaynaklandığına inanılmıştır. Eski Yunanlılar anksiyeteyi dinginliğe ulaşarak tedavi etmeyi denemişlerdir. Eski Yunanlılar dinginliği; ruhun huzur bulduğu, ruhun güçlü olduğu, doğüstü güçler veya diğer duygular tarafından rahatsız edilmediği durum olarak tanımlamışlardır(78). Hipokrat psikiyatrik hastalıkları anlattığı metinlerinde korkudan ve aimless anxiety (amaçsız anksiyete) terimlerinden bahsetmiştir. Daha sonraları 17. yüzyıl dilbilimcileri paroksizmal olarak kendini gösteren şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve yersiz endişe durumları için farklı terimler kullanarak açıklamaya çalışmışlardır(81). Freud,

1894'te anksiyetenin fiziksel ve ruhsal semptomlarını bir arada değerlendirerek 'anksiyete nevrozu' tanımını ortaya atmıştır. Freud bu dönemde kitaplarında hipokondriazis ve histeri gibi geleneksel nevrozların altında psikiyatrik bozukluklar olduğunu söylemişken anksiyete nevrozunun sebebinin organik bir nedene bağlı olduğunu öne sürmüştür(82).

Anksiyete hayatı tehdit eden hadiselerde, kişide hayal kırıklığı oluşturan nedenler, sevilen birinden veya ortamdaki ayrılma, fiziksel hastalıklar gibi yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Anksiyete ile beraber bireylerde otonomik ve somatik semptomlar aynı anda görülmektedir. Bu durum koruyucu bir mekanizma olarak kişilerin daha fazla zarar görmesini engeller. Bazı durumlarda hiçbir dış uyaran olmaksızın bireyin iç dünyasında gelen uyaranlar bireylerde otomatik olarak anksiyete hissi gelişmesine neden olabilmektedir. Eğer kişilerdeki savunma mekanizmaları yani ruhsal olarak sağlıklı ise anksiyete hissini kontrol altına alarak baş edebilir fakat bireyler tam olarak ruhsal sağlıklı değilse anksiyete hissi kronik bir hal alabilir. Kişi anksiyete duygusunu kontrol edemez ise anksiyete bozukluğu denilen ruhsal hastalık ortaya çıkar. Anksiyete bozuklukları kadınlarda(%30) erkeklere(%19) göre yaşam prevalansı daha yüksektir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda bu oran azalmaktadır(83). Anksiyete diğer duygulanım şekillerinden hoş olmayan özellikleri ile ayrılır. Anksiyete kısaca kaygı bunalıtı olarak tanımlanabilir. Anksiyöz kişide psikolojik olarak bunalıtı, heyecan, aniden kötü bir olay olacaktıymış duygusu veya kuşkusu görülürken fiziksel olarak çarpıntı, nefes darlığı, taşipne, ellerde ve ayakta titreme, aşırı terleme gibi belirtiler gelişebilir. Anksiyetenin korkudan farkı anksiyetenin kaynağının çoğunlukla belirsiz olmasıdır. Hafif düzeydeki anksiyete kişilerde yeni şartlara uyum sürecini hızlandırarak ruhsal gelişimini destekler. Bu yüzden hafif anksiyete kişiler için yararlı bir duygudur. Anksiyetenin kişi performansını olumlu yönde etkilediği optimal bir aralık vardır. Bu seviyelerin üzerinde kişilerde artık olumsuzluklara neden olabilir. Belli bir seviyenin üzerindeki anksiyete kişilerde artık uyum sağlayıcı değil engelleyici özellikte etki etmektedir. Anksiyete adaptif ve nonadaptif etkisinin ölçüsü iyi tespit edilmelidir. Kronikleşmiş bireylerin mesleki fonksiyonlarını düşüren, insanlar arası bağlarda bozulmaya neden olan genellikle kas gerginliği, ağız kuruluğu, çarpıntı ve titreme gibi bedensel bulguların olduğu anksiyete durumları patolojik olarak ele alınmalıdır(84).

Bireyin ruhsal bütünlüğüne, kişisel değerlerine veya benliğine yönelik tehdit olması durumunda (veya kişi mevcut durumu böyle değerlendirirse) biyolojik veya psikolojik defans mekanizmalarıyla kendisini korumaya yönelmektedir. Anksiyete duygusu işte tüm bu savunma mekanizmalarının sonrası gelişmektedir. Kısaca anksiyete saldırı ve savunma amaçlı olarak bireyin çevresel veya fiziksel değişikliklere verdiği cevaptır. Gerçekte olan

davranışlarının temeli evrimsel süreçten kalan ‘miras’ sebebiyle temelde benliğini, bütünlüğünü ve o bireyi var eden değerleri korumaya yöneliktir(85).

Yukarıda da anlatıldığı gibi her anksiyete patolojik olarak kabul etmek doğru bir davranış değildir. Aksine yaşanan anksiyete duygusu bireylerin yaşadıklarının içsel veya dışsal değişiklikler verdiği cevabın göstergesidir. Anksiyete daha da önemli olarak kişilerin belirli dönemlerinde yaşadıkları yeni ortama benlik ve bedensel olarak adaptasyon yeteneğini de geliştirilmesine katkı sağlayan bireyler için yararlı bir duygulanım durumudur(3). Ancak içsel veya dışsal uyarıcılara verilen abartılı yanıtlar, kişilerin benlik bütünlüğüne zarar veren, sosyal olarak olumsuz etkileyen ve hatta vücut fizyolojisini bozan her durumun da patolojik olarak tanımlanması kaçınılmazdır(85). Depresyon ve anksiyetenin ortak bazı klinik semptomları vardır bunlar; Duygusal (sık sık ağlama disfori, irritabilite) davranışsal (zayıf sosyal beceriler, aktivitede azalma ve düşük enerji düzeyi), bedensel (uyku bozuklukları ve panik ataklar), bilişsel (endişe çaresizlik, kendine güvende azalma) belirtilerdir. Daha fazla depresyona özgül olan durumlar ise; anhedoni, psikomotor retardasyon, cinsel isteksizlik, azalmış SSS uyanıklığı, iştah azalması, ilgisizlik, isteksizlik, ağır keder ve umutsuzluk olarak sayılabilir. Daha sıklıkla anksiyetede görülen durumlar ise artmış aktivite, prematür ejakülasyon, hipervijilans, belirsizlik duygusu, artmış SSS uyanıklığı, ajitasyon, korku ve gerginliktir(86). Bireylerde anksiyete tehlikeyle karşılaşma ve tehlikenin sona ermesi arasındaki zaman diliminde yaşanır ve birçok kişide ek otonom fonksiyon bozukluğuna neden olur(87). Bu otonom değişiklikler midede kasılma hissi, pupillerde genişleme, nefes daralması, hipertansiyon, ateş basması, sık idrara çıkma, titreme, terleme, çarpıntı olarak sayılabilir(83).

Anksiyetenin bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik bileşenleri vardır.

A- Bilişsel belirtiler

Duyusal ve algısal belirtiler; aklını toplayamama, duyusal olarak kendini verememe, etrafındaki maddeleri kendine olduğundan uzakta gibi görme veya tam olarak seçememe, alert olma, sıklıkla kendini gözleme, izleme, çevrenin olduğundan farklı ve yaşanan çevrenin gerçek dışı görülmesi, gerçeğe uygun olmayan duygu ve düşüncelerdir.

Düşünce bozuklukları; bireyin kendisi için önemli birtakım şeyleri aklına getirememesi, bilinç bulanıklığı (konfüzyon), düşünmeyi kontrol altına alamama, konsantrasyon olamama, dikkat eksikliği ve dağınıklığı, düşünceyi toparlayamama ve ifade edememe, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğüdür.

Kavramsal sorunlar; olaylara karşı kendi kontrolünü kaybetme korkusu, olaylara karşı baş edememe duygusu, kendine zarar verileceği ve öleceği korkusu fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarının kendisini olumsuz algılayacağı korkusu, tekrarlayıcı korku dolu fikirler, korkutucu görsel halüsinasyonlar, bilişsel olarak yanlış değerlendirmeler.

B- Duygusal (affektif) belirtiler

Korku, sinirlilik, endişe, gerginlik, dehşete kapılmama, çaresizlik, huzursuzluk, belirsizlik, alarm durumuna geçme durumudur.

C- Davranışsal belirtiler

Olağan davranışların artması ya da baskılanması biçiminde görülen bu davranışlar önceleri anksiyeteyi azaltma amaçlı iken ilerleyen dönemde anksiyeteyi arttıran özellik kazanırlar. Bu belirtiler; olduğu yerde hareketsiz kalma, huzursuzluk, kaçma, konuşmada bozulma, kaçınma, koordinasyon bozukluğudur.

D- Fizyolojik belirtiler

Kalp-damar sistemi belirtileri; taşikardi, çarpıntı, aritmi, bayılma hissi, kan basıncı değişiklikleri, bayılma, yüz kızarmasıdır.

Solunum sistemi belirtileri; nefes darlığı, solunum sayısında artma, hava açlığı hissi

Kas-iskelet ve sinir sistemi semptomları; hiperrefleksi, yüzde ve göz kapaklarında seyrime, kaslarda gerginlik ve spazm, yalancı romatizmal ağrılar, yorgunluk hissi, huzursuzluk, çabuk yorulma, titreme, uykuya dalma güçlüğü ve uyuklama halidir.

Sindirim sistemi belirtileri; bulantı-kusma, iştahsızlık, karın ağrısı, ağızda kuruma, yutma güçlüğü, ishalidir.

Ürogenital sistem belirtileri; cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrara çıkmadır.

Cilt belirtileri; sıcak ve soğuk basması, yaygın terleme, kaşınma krizleri, ellerde nemlenme(88,89).

DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının alt tipleri şöyledir(2).

1. Ayrılma kaygısı bozukluğu

2. Seçici konuşmazlık (mutizm)
3. Özgül Fobi
4. Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)
5. Panik bozukluğu
6. Agorafobi
7. Yaygın kaygı bozukluğu
8. Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
10. Tanımlanmış diğer kaygı bozukluğu
11. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

2.2.2. Ayrılmaya Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Ayrıma anksiyetesi bozukluğu; çocuğun evinden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılması sonrası, gelişim düzeyine göre umulandan fazla, aşırı kaygı ve endişe hissetmesidir. Tüm çocuk yaş grubunun ortalama %4'ünde bu duruma rastlanır(90). Bebekler ailesine bağlanmaya altıncı ayda başlar. Bu nedenle ayrılma anksiyetesi 1 yaştan daha küçükken başlar ve okul öncesi döneme kadar varlığını sürdürür. Bu kaygı bozukluğu çocuk gelişiminde normal olarak değerlendirilir. Genellikle 1-2 yaş civarında zirve yaparken, 3-5 yaşlarında ise zayıflayarak zamanla yok olur. Çocuğun annesinden ayrılmayı başarabilmesi için anneden ayrılığı değerlendirebilecek ve bu duruma uyum sağlayabilecek düzeyde bilişsel yeteneği gelişmelidir. Ailesi ile güvenli bir bağlanma yaşamış, ailesiyle iletişimi sağlıklı olan, ailesiyle travmatik ayrılıklar yaşamamış çocuk ailesinden sağlıklı ve gelişim düzeyine uygun bir şekilde ayrılabilir(91,92). Ayrılık kaygısı bozukluğu yaşayan çocuklar kampa, okula veya bir arkadaşının evinde kalmaya gitmek için ebeveynlerinden ayrılamazlar. Onlar için yalnız kalmak çok zordur. Çoğu zaman ailelerine yapışık olarak günlerini geçirirler. Uykuya dalmakta güçlük yaşarlar ve bu özellik sayesinde ailesi tarafından fark edilmeyen ayrılık kaygısı bozukluğuna tanı konulabilir. Ayrılık kaygısı bozukluğu olan bireylerde aile bireylerinden birisinin öleceği korkusu yaşanabilir. Depresyon mutsuzluk ve kendini soyutlama nadir de olsa eşlik edebilir(93).

Ayrıma kaygısı bozukluğu DSM-5'e göre tanı kriterleri(2)

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması:

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn. kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
7. Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içerene karabasanlar görme
8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (örn. baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı, kusma) ilgili yineleyen yakınmalarının olması

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, ergenlerde altı ay ya da daha uzun sürer.

C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozuklukta değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.2.3. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Alman doktor Kussmaul tarafından 1877 yılında organik bir bozukluk olmayan ve doğal bir şekilde konuşabilecek olan birisinin belli şartlar altında konuşamaması durumunu ‘aphasia voluntaria’ (gönüllü konuşmama) olarak tanımlamıştır. Kussmaul bu durumu konuşmamayı tercih etme olarak yorumlamıştır. Seçici konuşmazlık şöyle tanımlanmaktadır; bireyin normal ve doğal ortamında rahatlıkla konuşabilirken sosyal ortamlar gibi başka ortamlarda sürekli olarak konuşamaması olarak tanımlanmıştır. Selektif mutizmde, çocuk anksiyeteye sebep olacak ortamlarda bulunduğu mute olmayı yani konuşmamayı tercih eder. Seçici konuşmazlık olan çocuklar normal şartlar altında rahatlıkla konuşabildikleri ortamda bir yabancı olduğu zaman konuşmazlar. Bu çocuklar doğal ortamlarında anne-baba ve kardeşleriyle, dışarıda da alışkın oldukları oyun arkadaşlarıyla konuşurken; okula başladıkları zaman öğretmenleriyle ve tanımadıkları kişilerle konuşmamaktadırlar. Selektif mutizm görülenlerde verbal konuşmak yerine, jest ve mimik kullanımı, kafa sallama, çekme, itme ve tek heceli kelimeleri mırıldanma ya da fısıltılı konuşmalar görülebilir(94). Mutizm, davranış, düşünce, duygudurum ve bilinç düzeyi bozuklukları ile birlikte görülebilir. Ayrıca bir belirti olarak mutizm; kafa travması herpes ensefaliti, sifilis, frontal lob lezyonları, epilepsi, akinetik mutizm, wernicke ensefalopatisi gibi bazı beyin hastalıklarında da görülebilir. Ayrıca hiperparatiroidizm, diyabetik ketoasidoz, miksödem ve addison hastalığı da mutizm ve katatoni belirtileri olduğu bildirilmektedir(95). Mutizmli olguların çoğunluğu geçicidir(96). Selektif mutizmde tedavisi en önemli noktası erken tanıdır. Erken tanı ile çoğu olgu başarılı bir şekilde tedavi edilir. En başarılı yöntem kişisel ve aile terapisi bazen tedaviye fluoksetin eklenebilir. Fluoksetinin antidepresan etkisinden çok anksiyolitik etkisine bağlı olarak etki ettiği düşünülmektedir. Kişisel terapi olarak öğrenme, oyun ya da davranışçı yöntemler kullanılabilir(97).

Seçici konuşmazlık(mutizm) in DSM-5’e göre tanı kriterleri(2)

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda), sürekli bir biçimde, konuşamıyor olma.

B. Bu bozukluk, eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar.

C. Bu bozukluğun süresi en az bir aydır(okulun birinci ayıyla sınırlı değildir).

D. Konuşamıyor olma, söz konusu toplumsal durumlarda konuşulan dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama ile ilişkili değildir.

E. Bu bozukluk, iletişim bozukluğu (örn. çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

2.2.4. Özgül Fobi

Fobi kelimesi karşılaşılan bir nesne, olay veya duruma karşı belirgin şiddetli, ısrarlı, mantıksız korku yaşanmasıdır. Fobik uyaranla karşılaşıldığı an anksiyete başlar ve kaçabilmenin yolları aranır. Kaçabilme ihtimaline göre anksiyetenin şiddeti değişkenlik gösterir(4). Özgül fobiler, özgül nesne ya da durumlarla sınırlı fobilerdir. Hayvan korkuları, kapalı yer, yükseklik, şimşek, karanlık, kan, enjeksiyon, asansör, dişçi, hastalık korkuları vb. bu grup içinde yer almaktadır(98). Herhangi bir yaşta başlayabileceği gibi kadınlarda daha fazla görülmektedir. Özgül fobiler birçok sebeple açıklanmaya çalışılmıştır. Genetik edinilen tecrübeler ve çevrenin önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Özgül fobilerin ortaya çıkmasında genellikle olumsuz etki bırakan travmatik olayların rolü olduğu düşünülse de her zaman geçerli değildir. Travmatik bir olay olmadan fobik bozukluk tanısı almış birçok hasta vardır. Özgül fobilerin birçok alt tipi vardır. Uçak korkusu en fazla sayıda görülen alt tipidir. Özgül fobi hastaların çoğunluğunun birçok fobik korkuları vardır (%50-80)(99). Fobik durumla karşılaşıldığında kişilerde gerçek korku anında ortaya çıkan bazı belirtiler olabilir. Çarpıntı göğüste sıkışma, nefes daralması, baş dönmesi, titreme, uyuşma, karıncalanma, terleme, bayılma hissi ve sık idrara gitme isteği görülebilir(11,100). Korkulan durumu düşünmek veya hatırlatılması bile kişide korku oluşturabilir. Karşılaşma öncesinde de kişi korku duymaya başlar. Karşılaşmadan önce oluşan korku kişide kaçınmaya neden olur. Kaçınma bazı bireylerde korku veren bu fobileri başarılı biçimde kontrol etmeyi ve yenmeyi kolaylaştırarak nispeten sorunsuz bir hayat sürdürülebilir. Eğer bu kaçınma olumlu etki etmezse kişinin hayatı ciddi bir şekilde etkilenebilir(101,102). Özgül fobi tedavisinde ilaçların yeri yoktur. En iyi tedavi metodu terapidir. Genel olarak tüm anksiyete bozukluklarının tedavisinde bilişsel-davranışçı tedavinin salt davranışçı tedaviye oranla daha iyi sonuçlar verdiği bilinmektedir. Özgül fobide tedaviye bilişsel bileşen eklenmesinin iyileşmeyi çok fazla etkilemedi gösterilmiştir. En faydalı yaklaşım davranışçı terapilerdir(77).

Özgül fobinin DSM-5'e göre tanı kriterleri(2)

A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilir.

B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

F. 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.

G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesneler ya da durumlar gibi (takıntı- zorlanti bozukluğunda olduğu gibi); örseleyici olayları animsaticı gibi (örseleme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

2.2.5. Sosyal Fobi

Kişinin arkadaş çevresinde veya performans gerektiren koşullarda, utanacağını düşünerek sebepsiz yere korkmasıdır. Topluluk karşısında konuşurken veya toplum içinde herhangi bir eylemi icra ederken aşırı heyecanlanma, kızarma, terleme, ellerde titreme, kendini küçük düşürecek yanlış bir şey yapma endişesi olarak ifade edilir. Sosyal fobi diğer kaygı bozukluklarından farklı olarak kritik edilme, seyredilme ve yargılanma korkusundan kaynaklanır. Sosyal fobik kişiler yapacağı hata sonucunda başkalarının önünde rezil olacaklarından veya ayıplanacaklarından endişe ederler. Bu fobi topluluk içerisinde yaşanan kötü bir deneyimle kötüleşebilir ve panik atağa dönüşebilir. Birey kendisinde

meydana gelen bu korku neticesinde, abartılı sıkıntı içinde birtakım sosyal koşullara katlanır veya hepsinden imtina eder. Toplum içine girmekten sakınan birey tipiktir. Bunaltının tüm öznel ve nesnel semptomları, böyle durumlara girmek zorunda kalan kişilerde görülebilir(103-105). Sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler halen yaşanmamış hadiseler sebebiyle korku yaşarlar. Çoğu sosyal fobi hastası korkusunun gereksiz olduğunu bile bile bunun üstesinden gelemez. Diğer kişilerin devamlı kendi hakkında olumsuz düşündükleri gibi yanlış inanışları vardır. Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar kendilerini iyi tanıdıkları için toplum içine girmekten çeşitli bahaneler bularak kaçınırlar. Topluluk karşısında konuşma yapılması gibi kaçınmadığı durumlarda aylar öncesinden gerilmeye başlar ve beklenti vesvese hisseder. En önemli problem bu beklenti bunaltısıdır (vesvese). Genellikle birden fazla korkuları vardır ve pek çok sosyal durumdan çekinirler. Tedavi almayan sosyal fobiklerin, okul, iş, sosyal aktiviteler ve ilişkileri gibi günlük yaşamı bozulabilir. Topluluk önünde konuşma, bir şeyler yemek veya içmek, başkalarının önünde yazım çizim yapma veya çalışma, insanlarla buluşmak, partiye gitmek, insanların yanında telefon ile konuşmak ya da umumi tuvaletleri kullanma sık görülen sosyal fobilerdendir(106-108). Epidemiyolojik çalışmalar sosyal fobi, çocukluk ve erken adolesanlık gibi erken dönemlerde başlayan bir bozukluk olduğunu göstermektedir. %80 kadarında semptomlar 20 yaşından önce başlar(109). Başka bir yayın benzer şekilde sosyal fobinin erken başlayan kaygı bozukluğu olduğunu bildirmiştir(110). Yapılan çalışmalarda kadın cinsiyette daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük, iyi eğitim alamamış, tek yaşayan, evlenmemiş ya da dul kadınlarda daha fazla rastlanır. Bu verilere rağmen eğitim düzeyi veya sosyoekonomik düzey ile sosyal fobi yaygınlığı arasında ilişki olup olmadığı bilinmemektedir. Sosyal fobisi olanlar arasında bekâr olma oranı, diğer anksiyete bozukluklarına nazaran daha fazladır(111). Toplumda en sık görülen anksiyete bozukluğu sosyal anksiyete bozukluğudur. Yapılan çalışmalarda çok farklı sonuçlar çıkmakta olduğu için net bir prevalans verilememektedir. Bu farklılıklar, çalışmaları oluşturan örneklemin yaş aralığının, sosyal işlevsellik ölçütü yorumlarının, kültürel etkenlerin ve kullanılan tanı araçlarının birbirinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır(112). Mesela hayat boyu prevalans Tayvan, Taipei ve Kore gibi Uzakdoğu ülkelerinde %0,4 – 0,5 arasında farklılıklar göstermekteyken, İsviçre’de bu oran %16’dır. ABD’de devam eden Ulusal Komorbidite Araştırmasında sosyal anksiyete bozukluğunu bir yıllık prevalansı % 7,9 iken yaşam boyu prevalansı %13,3 olarak hesaplanmıştır. Bu durum birleşik devletlerde MD (%17) ve alkol bağımlılığından (%14) sonra sosyal fobinin üçüncü sıklıkta görülen psikiyatrik bozukluk ve en sık tanı konulan kaygı bozukluğu olduğunu göstermektedir(113). Sosyal fobinin prevalansının araştırıldığı birçok farklı çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu prevalansı

Kanada’da % 7,1, Almanya’ da % 8,7, İsviçre’de % 16, İtalya’da % 4, ülkemizde üniversite öğrencileri üzerine yapılan çalışmalarda ise %9 - 22 arasında saptanmıştır(114).

Olumsuz sosyal beklenti içinde olma, olumsuz sonuçlar konusunda irrite olma, semptomların artışı ve bu semptomların ve sonuçlarının hatalı algılanması toplumdan kaçmaya veya kaçınmaya yol açar. Hastalardaki kaçma davranışı ilk olarak anksiyetede azalmaya neden olurken beklentilerin gerçekleşmemesi sebebiyle sosyal korkular kronikleşmeye başlar. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler kaçma davranışı ile katastrofik korkudan kaçınmayı başarırlar. Korkmasına rağmen sosyal ortamlarda yaşamaya devam eden kişilerde korkularında bir azalma olmamasını ‘incelikle hazırlanmış kaçınma davranışına’ yani kendilerini güvende hissedecekleri davranışlara bağlı olmasına bağlamaktadır. El titremesini örtmek için ellerini sıkamak, elinde bardak tutmak, konuşma anında donup kalmayı engellemek için hızlı konuşma, göz temasından kaçınma ve derin nefes alma, bayılma hissine karşın duvara yaslanmak güvenli davranışlara verilebilecek örneklerdendir. Bu davranışlar başlangıçta bireyin güvenliğini artırıp, kaygısını azaltsa bile potansiyel olarak katastrofik olan sosyal durumlardan şanslı kaçabildiği kanaatine neden olur. Ancak kişinin sosyal korkuları hala devam etmektedir(115).

DSM-5’e göre tanı kriterleri(2)

A. Kişinin, başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşlılarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

B. Kişi olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

2.2.6. Panik Bozukluk

Panik kelimesi yunan mitolojisinde tek başına yaşayan, mağarada yaşayan, rahatsız olduğu zaman çılgılık atarak tepki veren bir tanrı olan pan'dan gelmektedir(116). Tanrı pan vücudun alt kısmı keçi üst kısmı insan olan sürüler tanrısıdır. Tanrı pan'ın korku veren görüntüsü ve çılgılığı, su ile orman perilerinin kaçmalarına neden olurmuş(117).

Panik bozukluk çoğunlukla 15-30 yaş aralığında başlar. Yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığı azalmaktadır(118). En sık karşılaşılan anksiyete bozukluğu panik bozukluktur.(119)

Panik bozukluğun önemli özelliği, tekrarlaması ve ne zaman hangi şartlar altında başlayacağını tahmin edilemediği panik nöbetler geçirilmesidir. Panik nöbetler tipiktir; yoğun korku, kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile aniden başlayıp kısa sürede pik yapar. Nefes darlığı, boğulma hissi, baygınlık hissi titreme, sıcak basması, baş dönmesi, çarpıntı, karın ağrısı, ürperme, bulantı, uyuşukluk, karıncalanma hissi, göğüs ağrısı gibi fiziksel semptomlar ortaya çıkar. Ölüm korkusu, kontrolü kaybetme korkusu veya delirme, bilişsel

semptomlar da eklenebilir. Bu hastalar sıklıkla kendilerinin kalp krizi geçireceğinden korkmaktadır(119).

Panik bozukluğun alt tipleri açıklanmıştır. Beklenmedik panik atak; bilinen agreve edici faktör olamadan oluşan panik atak tipidir. Durumsal yatkınlık gösteren panik atak; belli şartlar altında oluşma ihtimali fazla olan fakat mutlaka oluşmayan panik atak tipidir. Durumsal panik atak; uyarıcı faktör ile karşılaşmanın peşine ortaya çıkan panik atak tipidir(120). Panik atak hastalarının tedavisinde alıştırma, gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma ve bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri kullanılır(121).

Panik bozukluk tedavisinde SSRI'lar ve seratonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri(SNRI) kullanılabilir. Daha uzun süredir kullanılıp daha güvenilir olan SSRI'lardır(120).

Panik bozukluğun DSM-5'e göre tanı kriterleri(2)

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. 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 bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırılabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıklandığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, başka maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır.).

2.2.7. Agorafobi

Agorafobi kelime anlamı olarak açık alan veya meydan korkusu olarak tanımlanırken günümüzde daha geniş bir anlamda kullanılmaktadır(122). Günümüzde Agorafobi daha çok kaçmanın zor olabileceği veya kendisine yardım edilemeyecek yerler, mekânlar veya durumlarda bulunmaktan korku duymaya denilmektedir. Agorafobi kişileri en fazla rahatsız edici duruma sokan fobilerden bir tanesidir. Agorafobi kişileri günlük yaşamda, sosyal ve mesleki fonksiyonlarda önemli derecede zora duruma düşürmektedir. Genel kanı olarak Agorafobi ile panik bozukluk hemen hemen her zaman aynı anda ortaya çıkmaktadır. Yapılan pek çok çalışmada Agorafobik bireylerin dörtte üçünün eş zamanlı olarak panik bozukluk rahatsızlığı olduğu rapor edilmesine rağmen son zamanlarda yapılan

birçok çalışmada yaklaşık olarak yarısında panik bozukluk rahatsızlığı olmadığı bildirilmiştir. Agorafobi genellikle travmatik bir hadise sonrası başladığı bilinmektedir(123). Agorafobik kişiler kötü bir olay yaşandığı zaman kendisine yardım gelemeyeceğini düşündüğü alışveriş merkezlerinde olmak, tren, otobüs veya uçak gibi toplumsal olarak kullanılan araçların kullanılması durumunda, kalabalık cadde veya sokaklarda olmak, sinema, tiyatro gibi kalabalık ve kapalı yerler gibi mekânlarda bu korkular açığa çıkmakta ve bireyleri olumsuz etkilemektedir(122). Agorafobik kişiler tedaviye dramatik cevap verirler. Tedavi ile kısa sürede semptomları geriler. En etkili tedavi ilaç tedavisi ve davranış terapileridir. Ek olarak aile ve grup terapileri de fayda sağlayabilir(123).

Agorafobinin DSM-5'e tanı kriterleri(2)

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).
2. Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).
3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).
4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.
5. Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçırmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. 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.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. inflamatuvar bağırsak hastalığı, Parkinson hastalığı), korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal tür ile sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden algısı bozukluğunda olduğu gibi), örseleyici olayları anımsatıcılarla (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir.

Not: Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü, hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır.

2.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu(YAB) toplumda oldukça sık görülmesine rağmen yeterince tanı alamayan ve çoğunlukla ihmal edilen ve atlanılan bir psikiyatrik rahatsızlıktır. YAB sadece endişeli olma durumu değil anksiyetenin her zaman hissedilmesidir(124). YAB kişinin günlük yaşamında karşılaştığı hadiselerle karşı engelleyemediği aşırı ve ölçüsüz bir şekilde endişeli olmasıdır. Genellikle ekonomik durum iş yerindeki sorunlar, sağlık problemleri, çocuklarının sorunları, ev işlerinde, sosyal çevresindeki herhangi bir olay kuruntuya neden olabilir. Ek olarak strese neden olarak somatik belirtilerde görülebilir(125). YAB, önemli bir gerginlik, evham, gündelik olaylar ve sorunlar hakkında endişe duygularıyla birliktelik gösteren, çoğunlukla kronik seyreden ve bazen de aralıklı seyreden, kişilerde yaşam kalitesini düşüren bir rahatsızlıktır(126,127). YAB primer semptomları otonom hiperaktivite motor gerginlik anksiyete bilişsel uyanıklık halidir. Çok ciddi düzeyde Anksiyeteleri vardır. Yaşamını engelleyici özelliktedir. Baş ağrıları, keyifsizlik ve titreme ile gerginlik kendini gösterir. Otonom aktivasyon, titreme, çarpıntı ve bulantı kusma gibi semptomlara neden olur. Tanı koymada mutlaka sorulması gereken sorular vardır. Bunlar kötü bir şey olacakmış gibi hissetmesi, endişe sebebi, endişelerin kontrol edip edemediğidir. Hekime başvurdıkları zaman rahatlarlar. Hekim anksiyete sebeplerini

belirleyebilir, çözüm önerileri sunarak günlük işlerini rahat bir şekilde yapabilecek konuma getirebilir. Bu hastalara tedavi esnasında yeni ödülleri ve zevk alarak yaptığı aktiviteleri önerilebilir(4,128). YAB sık ortaya çıkan, kronikleşmiş korku ve anksiyete ile karakterizedir. Hemen her gün pek çok olay veya etkinlik hakkında aşırı kaygı ve üzüntü duyarlar. Üzüntülerini zor kontrol altına alırlar. Anksiyete ve üzüntüye huzursuzluk konsantrasyon eksikliği iritabilite uyku bozukluğu, kolay yorulma, halsizlik, enerji kaybı ile cevap verirler. YAB bulunan hastalar kendi korkularının çok fazla olduğu bilgisini paylaşmayabilir. Ancak korkularının düzeyinden kendileri de çekinirler(11). Bu hastalar genellikle üzüntü vermeyecek olaylara üzülen, kronik bir çekinceleri olan ve yaşayabileceği en kötü olayların başına gelmesini bekleyen, azalmayan endişesi olan kişilerdir(129). YAB'ın Amerika Birleşik Devletlerindeki (ABD) yaşam boyu yaygınlığı %5'tir(11). ABD'deki bir çalışmada YAB, kadın cinsiyette erkeklere göre iki kat fazla görülmektedir. Ayrıca işsizler, boşanmışlar, ayrı yaşayanlar, dullar ve 24 yaşın üzerindeki kişilerde diğer gruplara göre daha yaygın bulunmuştur. YAB birinci basamak sağlık merkezlerinde en sık karşılaşılan anksiyete bozukluğudur fakat psikiyatri polikliniklerinde en düşük görülen ruhsal bozukluktur. Çünkü hastaların büyük kısmı ileri ruh sağlığı merkezleri yerine birinci basamak sağlık merkezlerine başvuruda bulunurlar(77). YAB sıklıkla genç erişkin dönemde başlar. Bozukluk çoğunlukla kronik bir seyir gösterir ve zaman zaman alevlenmeler görülür. YAB hayat kalitesini bozabilmektedir. YAB kronik seyretmesi seyrinin kötü olabileceğini düşündürmektedir. Ek psikiyatrik hastalığı olanlarda, tedaviye cevabın geç olması, kötü sosyal durum prognozu olumsuz yönde etkilemektedir(11,127). YAB tanısı alanlarda depresif patoloji %26-87 oranında görülmektedir. Kronik kaygının varlığı ve çok fazla oluşu YAB tanısında güvenilir bir ayırt edici özelliktir. En sık olarak endişe odağı olan konuların başında ailevi problemler gelmektedir. Önemli diğer özellikte de YAB'daki anksiyetenin depresif duyguduruma sekonder değil, günlük yaşam olayları ile ilgili olması ve depresif bozuklukta kişinin anksiyeteyi kontrol altına almakta güçlük çekmesidir. Depresif bozuklukta görülen benlik saygısında azalma YAB'da görülmez. Psikomotor retardasyon, ilgisizlik ve anhedoni depresif bozukluğa özgü özelliklerdir. Depresif hasta geçmişini düşünürken, anksiyeteli hasta ise geleceği düşünmesi en önemli ayırt edici özelliktir(130).

DSM-5'e göre tanı kriterleri(2)

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
2. Kolay yorulma.
3. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihnin boşalması
4. Kolay kızma.
5. Kas gerginliği.
6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun(örn. Hipertirodi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

2.2.9. Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu

Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu'nun DSM-5'e göre tanı kriterleri(2)

A. Klinik görünümüne panik atakları ya da kaygı egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da en az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.
2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir kaygı bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir kaygı bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir:

Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre (örn. yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı kaygı bozukluğunun başka kanıtları vardır (örn. maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin olduğuna ilişkin bir öykü).

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Not: Madde eksikliği ya da madde yoksunluğu yerine bu tanının konulabilmesi için klinik görünümde A tanı ölçütündeki belirtilerin daha baskın olması ve bunların klinik açıdan ele almayı gerektirecek denli ağır olması gerekir.

2.2.10. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kayı Bozukluğu

Başka bir sağlık durumuna bağlı kayı bozukluğu'nun DSM-5'e göre tanı kriterleri(2)

A. Klinik görünüme panik atakları ya da kaygı egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

C. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.2.11. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, kaygı bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların kaygı bozuklukları tanı kümesi herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu kategorisi, kaygı bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, “tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu “ diye yazmanın ardından özel neden yazılır.(örn. çoğu günde ortaya çıkmayan yaygın kaygı”).

“Tanımlanmış diğer bir” adı kullanılarak belirlenebilecek görünüm için örnekler şunlardır(2)

1. Sınırlı belirtili ataklar
2. Çoğu günde ortaya çıkmayan yaygın kaygı
3. Khyal cap (rüzgar atakları)
4. Ataque de nervios (sinir atağı)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Araştırma; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde yapılmış prospektif bir çalışmadır. Çalışma öncesinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alındı (Etik kurul toplantı sayısı:8, karar no:27 tarih: 03.12.2015). Çalışma protokolü Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü.

Bu çalışma ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri üzerinde gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Acil Tıp stajının ilk günü ve son günü BAÖ, BDÖ, DASS-42 ve AÇÖ testleri yapılarak anksiyete, depresyon ve stres skorlarının saptanması planlanmıştır

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde 15.10.2015 ile 01.06.2016 tarihleri arasında prospektif olarak yapıldı. Çalışmaya katılımı kabul eden katılımcılar acil serviste bulunan ve özel bir odaya alınarak anket formları yüz yüze görüşme metodu ile dolduruldu.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tıp fakültelerinin 6. sınıfında stajlar genel olarak hekimliğe hazırlık olarak değerlendirilmektedir. Acil Tıp stajıda Tıp fakültelerinin 6. sınıfında verilmektedir. Bireylerde çok çeşitli sebepler ile anksiyete ve depresyon gelişebilir; bunlar arasında sosyal çevre, fiziksel ortam, emosyonel durum ve zihinsel-biyolojik işlevlerin değişmesi sayılabilir. Bu faktörler dikkate alınarak yapılan bu çalışma ile, Acil Tıp stajının Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri üzerinde oluşturduğu anksiyete ve depresyon etkisi araştırılmak istenmektedir. Bu amaçla çalışmamıza tüm Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri üzerinde yapılması planlanmıştır. Araştırmaya aydınlatılmış onam formunu imzalayan her Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencisi kabul edilmiştir.

-Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- İşitme engeli olmayan,
- Türkçe konuşmayı ve okumayı bilen,
- Vital bulguları stabil olan,

-Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- İşitme engeli olan,
- Türkçe konuşmayı ve okumayı bilmeyen,
- Vital bulguları stabil olmayan,
- Hormonal disfonksiyonu olan hastalar,
- Steroid, anksiyolitik, sedatif ilaç kullanan hastalar,
- Ağır anksiyete bozukluğu, aktif psikoz veya demans tanısı olanlar,
- Madde bağımlılığı olanlar,
- Herhangi kronik hastalığı olanlar

Çalışmanın amaçları, uygulama şekli ve elde edilen sonuçların nelere yarayacağı hakkında da tüm Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine bilgi verilmiştir. Daha sonra tüm Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri ile yüz yüze görüşülerek öncelikle çalışma anlatılmış ve aydınlatılmış onam formu, kabul eden tüm Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine imzalatılarak çalışmaya alınmış kabul etmeyenler ise çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya alınan tüm Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine ekte(ek-1-2-3-4) bulunan BAÖ, BDÖ, DASS-42 ve AÇÖ uygulanmıştır.

Çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen 3 kişi ve antipsikotik ilaç kullanan 4 kişi dahil edilememiştir. Çalışmamız toplam 131 kişi ile yapılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Daha önce belirtilmiş olan kriterlere uygun olarak çalışmaya alınan bireylere ekte(ek-1-2-3) formlar uygulanmıştır. Bireylerin depresyon ve anksiyetelerini belirlemek için dünyaca kabul görmüş ve standartize edilmiş çeşitli depresyon ve anksiyete testleri vardır. Türkçeye çevrilmiş ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış BAÖ, BDÖ ve DASS-42 tarafımızdan kullanılmıştır.

3.4.1. Beck Anksiyete Ölçeği

Kişinin kendini değerlendirdiği bir testtir. Kişilerin yaşadığı anksiyete semptomlarının sıklığının araştırmak için kullanılmaktadır. Likert (dereceler toplamı) tipi ölçüm yapılır. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik araştırmaları yapılarak kabul edilmiştir.

Test, 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde için katılımcıdan 0-3 arası puanlaması istenir. Verilen cevaplara göre kişilerin yaşadığı anksiyetenin şiddeti belirlenir.

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği

Psikiyatrik hastalığı olan veya olmayan kişilere uygulanabilen, kişinin kendisini değerlendirdiği bir ölçektir. Bu ölçek ile depresyon semptomlarının düzeyi ve ciddiyeti belirlenir. Ayrıca kişilerin depresyon riski de tespit edilebilir. Ölçek 21 maddeden oluşur. Katılımcıdan Her madde için 0-3 arası puanlama yapılması istenir. Likert tipi ölçüm yapılır. Toplam puan depresyonun şiddetini gösterir. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik araştırmaları yapılarak kabul edilmiştir.

3.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Skalası

Bin dokuz yüz doksan beş yılında Lovibond tarafından tasarlanmıştır. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik araştırmaları yapılarak kabul edilmiştir. Toplam 42 maddeden oluşur. 14 tanesi depresyon, 14 tanesi anksiyete, 14 tanesi stres ölçümü için belirlenmiştir. Alınan puanlar depresyon stres ve anksiyete belirtilerini ölçmek için kullanılır.

3.4.4. Acil Çalışma Ölçeği

Bu test tarafımızdan oluşturulmuş 20 soruluk bir ölçektir. Katılımcılardan 0-3 arası puanlama yapılması istenir. Acil serviste sık karşılaşılan durumlar göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Bu test ile katılımcıların acil servislere çalışma isteklerinin tespiti amaçlanmıştır.

Bireylerde çok çeşitli sebepler ile anksiyete ve depresyon gelişebilir; bunlar arasında sosyal çevre, fiziksel ortam, emosyonel durum ve zihinsel-biyolojik işlevlerin değişmesi sayılabilir. Bu faktörler dikkate alınarak yapılan bu çalışma ile, Acil Tıp stajının Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri üzerinde oluşturduğu anksiyete ve depresyon etkisi araştırılmak istenmektedir.

3.5. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS.20) paket programı kullanıldı. Normal dağılım gösteren bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Paired-sample t testi kullanıldı. Tüm veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edildi ve $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmamızda 15.10.2015 ile 01.06.2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine Acil Tıp stajının ilk günü ve son günü yazılı ve sözlü olur alınarak, BAÖ, BDÖ, DASS-42 ve tarafımızca oluşturulan AÇÖ uygulanacak. Çalışmamıza toplam 138 kişi ile başlandı ancak çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen 3 kişi ve antipsikotik ilaç kullanan 4 kişi dışlanarak çalışmamız 131 kişi ile tamamlanmıştır.



4. BULGULAR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencisi 131 kişi çalışmamıza gönüllü olarak katılmışlardır. Bunların 77(%58,8)'si erkek, 54(%41,2) kişisi kadın idi. Yaş olarak bakıldığında çalışmamıza katılanların yaşları şöyle sıralanmaktaydı; 22 yaşında 2(%1,5) kişi, 23 yaşında 35(%26,7) kişi, 24 yaşında 39(%29,7) kişi, 25 yaşında 29(22,1%) kişi, 26 yaşında 14(%10,7) kişi, 27 yaşında 6(%4,6) kişi, 28 yaşında 3(%2,3) kişi, 30 yaşında 1(%0,8) kişi, 34 yaşında 1(%0,8) kişi, 44 yaşında 1(%0,8) kişi vardı. Ortalama yaş $24,64 \pm 2,34$ idi.(en düşük 22, en yüksek 44, median yaş 24) idi.

Yaş dağılım özeti Tablo 1'dedir.

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı

YAŞ	KİŞİ SAYISI
22	2(%1,5)
23	35(%26,7)
24	39(%29,7)
25	29(%22,1)
26	14(%10,7)
27	6(%4,6)
28	3(%2,3)
30	1(%0,8)
34	1(%0,8)
44	1(%0,8)

Çalışmamıza katılan tüm katılımcıların ilk gün BDÖ ortalama değeri $10,15 \pm 6,11$ (en düşük 1, en yüksek 37, median değeri 9) idi. Son gün BDÖ ortalama değeri $6,37 \pm 4,79$ (en düşük 0, en yüksek 23, median değeri 5) idi. İlk gün ve son gün BDÖ ortalama değerlerindeki bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0.0001$)

Çalışmamızda katılımcılara uyguladığımız diğer bir test olan BAÖ idi. İlk gün BAÖ ortalama değeri $9.02 \pm 7,25$ (en düşük 0 en yüksek 33, median değer 7) olarak tespit edildi.

Son gün BAÖ ortalama değeri $4,69 \pm 4,85$ (en düşük 0, en yüksek 22, median değeri 3) olarak tespit edildi. İlk gün ve son gün BAÖ ortalama değerlerindeki bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0.0001$)

Çalışmamıza katılan katılımcıların ilk gün DASS-42 ortalama puanı $23,91 \pm 14,35$ (en düşük 0, en yüksek 66, median değeri 22) olarak tespit edildi. Son gün DASS-42 ortalama puanı $15,31 \pm 12,13$ (en düşük 0, en yüksek 61, median değeri 12) olarak tespit edildi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. ($p < 0.0001$)

AÇÖ'den alınan ortalama puan ilk gün $24,37 \pm 11,15$ (en düşük 3, en yüksek 54, median puanı 23) iken son gün alınan ortalama puan $13,31 \pm 8,34$ (en düşük 0 en yüksek 43, median puanı 12) olarak tespit edilirdi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. ($p < 0.0001$)

Genel olarak alınan puanlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Genel olarak ilk gün ve son gün yapılan stress anksiyete ve depresyon testlerinden alınan puanlar

TOPLAM	BDÖ	BAÖ	DASS-42	AÇÖ
İLK GÜN	$10,15 \pm 6,11$	$9,06 \pm 7,25$	$23,91 \pm 14,35$	$24,37 \pm 11,15$
SON GÜN	$6,37 \pm 4,79$	$4,69 \pm 4,85$	$15,31 \pm 12,13$	$13,31 \pm 8,34$

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, DASS-42: Depresyon Anksiyete Stres Skalası-42, AÇÖ: Acil Çalışma Ölçeği

Cinsiyetlere göre yapılan testlerden alınan puanlar karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ($p > 0.05$). kadın cinsiyetin yaş ortalaması $24,46 \pm 1,85$ (en düşük 23, en yüksek 34, median yaş 24) idi. erkek cinsiyeti yaş ortalaması $24,77 \pm 2,63$ (en düşük 22, en yüksek 44 median yaş 24) idi.

İlk gün yapılan BDÖ alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $10,31 \pm 5,90$ (en düşük 1, en yüksek 27, median değer ise 10) idi. erkeklerde yapılan BDÖ'nden alınan puanlarda ise ortalama puanı $10,04 \pm 6,28$ (en düşük 1, en yüksek 37, median değer 9) idi.

Son gün yapılan BDÖ alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $5,52 \pm 4,35$ (en düşük 0, en yüksek 22, median değer 5) idi. Erkeklerde yapılan

BDÖ'den alınan puanlarda ise ortalama puanı $6,96 \pm 5,02$ (en düşük 0, en yüksek 23, median değer 5) idi.

İlk gün yapılan BAÖ alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $8,70 \pm 6,56$ (en düşük 0, en yüksek 30, median değer ise 7,5) idi. Erkeklerde yapılan BAÖ alınan puanlarda ise ortalama puanı $9,23 \pm 7,73$ (en düşük 1, en yüksek 33, median değer 6) idi.

Son gün yapılan BAÖ alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $3,93 \pm 4,35$ (en düşük 0, en yüksek 19, median değer ise 3) idi. Erkeklerde yapılan BAÖ'den alınan puanlarda ise ortalama puanı $5,22 \pm 5,13$ (en düşük 0, en yüksek 22, median değer ise 4) idi.

İlk gün yapılan DASS-42 ölçeğinden alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $23,83 \pm 14,70$ (en düşük 0, en yüksek 66, median değer 21) idi. Erkeklerde yapılan DASS-42 ölçeğinden alınan puanlarda ise ortalama puanı $23,96 \pm 14,18$ (en düşük 2, en yüksek 56, median değer 22) idi.

Son gün yapılan DASS-42 ölçeğinden alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $14,39 \pm 10,90$ (en düşük 0, en yüksek 53, median değer 11) idi. Erkeklerde yapılan DASS-42 ölçeğinden alınan puanlarda ise ortalama puanı $15,95 \pm 12,96$ (en düşük 0, en yüksek 43, median değer 13) idi.

AÇÖ'nden ilk gün yapılan testte alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $24,98 \pm 11,25$ (en düşük 3, en yüksek 46, median değer 22,5) idi. Erkeklerde ise alınan puanlarda ise ortalama puanı $23,95 \pm 11,13$ (en düşük 3, en yüksek 54, median değer 23) idi.

AÇÖ'nden son gün yapılan testte alınan puanlarda ise kadınların puanlaması şöyle; ortalama puanı $14,57 \pm 8,24$ (en düşük 0, en yüksek 39, median değer 13) idi. Erkeklerde ise alınan puanlarda ise ortalama puanı $12,42 \pm 8,35$ (en düşük 0, en yüksek 43, median değer 10) idi.

Cinsiyetlere göre alınan puanlar Tablo 3 ve Tablo 4' te özetlenmiştir.

Tablo 3. Kadınlara göre ilk gün ve son gün yapılan stres anksiyete ve depresyon testlerinden alınan puanlar

KADIN	BDÖ	BAÖ	DASS-42	AÇÖ
İLK GÜN	10,31±5,90	8,70±6,56	23,83±14,70	24,98±11,25
SON GÜN	5,52±4,35	3,93±4,35	14,39±10,90	14,57±8,24

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, DASS-42: Depresyon Anksiyete Stres Skalası-42, AÇÖ: Acil Çalışma Ölçeği

Tablo 4. Erkeklerle göre ilk gün ve son gün yapılan stres anksiyete ve depresyon testlerinden alınan puanlar

ERKEK	BDÖ	BAÖ	DASS-42	AÇÖ
İLK GÜN	10,04±6,28	9,23±7,73	23,96±14,18	23,95±11,13
SON GÜN	6,96±5,02	5,22±5,13	15,95±12,96	12,42±8,35

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, DASS-42: Depresyon Anksiyete Stres Skalası-42, AÇÖ: Acil Çalışma Ölçeği

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde devam etmekte olan 6. sınıf tıp öğrencilerinde acil tıp stajının ilk günü ve son günü arasındaki stres, depresyon ve anksiyete düzeyinin saptanması amaçlanmıştır. Bilindiği kadarıyla bu çalışma Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin Acil Tıp stajı öncesi ve sonrası depresyon anksiyete ve streslerini araştıran ilk çalışmadır. Bu çalışma ile acil serviste çalışan Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin Acil Tıp stajının ilk günü ve son günü arasındaki depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında ilk gün değeri son gün değerinden daha yüksek bulundu ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi. Her iki cinsiyette acil stajı ilk günü ve son günü arası stres anksiyete ve depresyon ölçeklerinden alınan puanlarda fark yoktu ve istatistiksel olarak anlamlı değildi. Yaptığımız çalışmada stres, anksiyete ve depresyon özellikleri arasında kadın ve erkek arası fark yoktu. Genel olarak kadınların depresyona daha yatkın oldukları düşünülse de bizim çalışmamızda her iki cinsiyet arası fark yoktu. Üstün ve arkadaşları tarafından 334 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada(131) bizim çalışmamız gibi cinsiyetler arası fark bulunmadığı rapor edilmiştir. Sabuncuoğlu ve arkadaşları genç ergenler üzerine yaptıkları çalışmada ve üskül ve arkadaşlarının göğüs servisinde yatmakta olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda da(132,133) bizim çalışmamız ile uyumlu olarak cinsiyetler arası fark bulunmamıştır.

Bizim çalışmamızda 77 erkek, 54 kadın olmak üzere toplam 131 Tıp fakültesi 6. sınıf öğrencisi alındı. Kadın katılımcıların acil stajı ilk günü BDÖ skoru $10,31 \pm 5,90$ iken erkek cinsiyetin ilk gün depresyon skoru $10,04 \pm 6,28$ olarak saptandı. Son gün kadın katılımcıların aldığı değer $5,52 \pm 4,35$, erkek katılımcıların ise $6,96 \pm 5,02$ idi. BAÖ'nden ise kadın katılımcıların ilk gün $8,70 \pm 6,56$ iken son gün $3,93 \pm 4,35$ idi. Erkek katılımcıların BAÖ'nden ilk gün değerlendirilmesi sonucu $9,23 \pm 7,73$ puan alır iken son gün $5,22 \pm 5,13$ puan aldı. DASS-42 ölçeğinin değerlendirilmesi sonucu ilk gün kadın katılımcıların aldığı ortalama puan $23,83 \pm 14,70$ iken erkek katılımcılarınki $23,96 \pm 14,18$ idi. DASS-42 ölçeğinin son gün değerlendirilmesinde kadın katılımcıların puanı $14,39 \pm 10,90$ erkek katılımcıların aldıkları ortalama puan ise $15,95 \pm 12,96$ idi. AÇÖ'nden ise ilk gün kadın katılımcıların aldıkları puan ortalaması $24,98 \pm 11,25$ idi. İlk gün erkek katılımcılar $23,95 \pm 11,13$ ortalama puan almıştır. Son gün değerleri ise şöyle; kadın $14,57 \pm 8,24$ erkek $12,42 \pm 8,35$ idi. Her iki cinsiyette de depresyon anksiyete stres skorlarının acil stajının ilk günü yüksek son günü düşük olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek cinsiyet arasında fark bulunmamıştır.

Acil servisler hekimlik mesleğinin en stresli alanlarından birisidir. Tıp fakültesi 6. sınıf tıp öğrencileri acil servisimizde nöbet usulü olarak 12 saat aktif nöbet, 24 saat dinlenme şeklinde çalışılmaktadır Acil servislerin yoğunluğu son yıllarda belirgin artmıştır. Tıp fakültesi öğrencileri genellikle kardiyopulmoner arrest, çoklu travma hastası gibi zaman kaybedilmeden acil müdahale gerektiren hasta grubuyla ilk kez Acil Tıp stajıyla karşılaşmaktadır ve bu stresli ortamda ilk kez bulunmaktadır. Bu çalışmayla amacımız; yoğun iş yükü ve bu stresli çalışma ortamıyla ilk kez karşılaşacak olan Tıp fakültesi 6. sınıf öğrencileri üzerine Acil Tıp stajının anksiyete ve depresyon etkisini araştırmaktır. Çalışmamız ile Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri acil Tıp stajına başlamadan önce stres, anksiyete ve depresyon ölçeklerinden yüksek puan alırken son gün yaptığımız testlerden düşük puan almışlardır. Burdan acil stajına başlamadan önce birçok sebepten ötürü çekindikleri ve kendilerini zor bir ortam beklediğini düşündükleri için stresli, anksiyöz ve depresif iken son gün Acil Tıp stajından korkmamaları gerektiğini anlayarak acil servis stajlarını başarı ile tamamlamış oluyorlar. Şimdi Acil Tıp stajına başlamadan önce neden stresli, anksiyöz ve depresif olduklarını irdeleyelim.

5.1. Değişen Çevre

Birçok araştırmacı tarafından stres anksiyete ve depresyon genel duygusal sorunlar olduğu kabul edilmektedir. İnsanlar genellikle günlük hayatta bu üç duygu durumunu yaşarlar. Duygu durumlarından en hafif ve yaygın olanı strestir. Stres, herhangi bir dışsal uyarıcı tarafından kişide yaratmış olduğu olumsuz psikolojik ya da fiziki sonuçlar olarak tarif edilmektedir. Kuşkusuz her birey günlük yaşamında stres yaratacak pek çok faktör olmasına rağmen stresin etkisi altında olmak, kişiden kişiye göre değişmektedir. Bireyin yaşamı esnasında birden çok sebep depresyon, anksiyete ve stres oluşturabilir. Günlük hayatta doğal afetler kronik hastalıklar aile içi sorunlar iş yerindeki sorunlar ekonomik kaygılar trafikteki yaşanan problemler gibi sorunlar depresyon, anksiyete ve strese neden olabilmektedir. Stres, depresyon ve anksiyete arasında bir etkileşim vardır. Stres diğer duygu durum bozukluklarına göre daha hafif iken depresyon duygu durum bozukluklarının en ağır olarak değerlendirilir(131).

Çalışma hayatında yapılan işle ilgili birçok sebebe bağlı strese maruz kalmaktadır. Bu stres sebeplerine verilen tepkilerin kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Stresle ilişkili semptomlar arasında depresif duygular (değersizlik gibi) gerginlik tipi baş ağrıları, gerginlik hissi, duygusal huzursuzluk, kaygı, kontrol edilemeyen öfke atakları, gastrointestinal rahatsızlıklar alerjik reaksiyonlar, , alkol ve madde bağımlılığına bağlı

bağımsızlık sisteminin zayıflamasına sekonder ortaya çıkan diğer hastalıklar sayılabilir. Bu semptomlar kişilerin iş performansını düşürmektedir. Stres altında dikkat ve konsantrasyon düzeyinde azalma işte yapılan hataların artması, kişilerarası ilişkilerde bozulma, iş veriminde düşmeye sebep olmaktadır(134). Stres kişilerin verdikleri tepkilere ve kişiliğine göre değişebilsede stres çevresel faktörlerden de etkilenmektedir(135).

Değişen çevre ve yeni bir ortama girecek olma katılımcılarımızda stres, anksiyete ve depresyona neden olmuş olabilir.

5.2. Uyku Alışkanlığının Değişmesi

Nöbet usulü çalışan kişilerin çokça ruhsal ve fiziksel sıkıntılarının olmasının başlıca sebebi uyky-uyanıklık siklusundaki bozulma ile sosyal ve çalışma hayatındaki değişikliklerdir(136).

Bugüne kadar yapılmış çalışmalarda nöbet usulü çalışan kişilerde depresyon ve anksiyetenin sık olduğu görülmüştür. Bununla beraber halsizlik uykuya meyilli olma, hafıza bozukluğu, dikkat ve konsantrasyon eksikliği gibi kognitif belirtiler de sıkça tespit edilmiştir(137,138).

Vardiya usulünde gece çalışmalarının kişinin gün içerisindeki yaşam faaliyetlerini olumsuz etkilediği ayrıca uykuya meyil dikkat eksikliği süregelen yorgunluk gibi bedensel şikâyetlere de neden olduğu yapılan bir araştırma sonucu ortaya konulmuştur(139). Aşırı anksiyeteli kişilerde stresle savaşabilme kabiliyetinin azalmasıyla beraber bu kişiler oldukça alerttir. Bu da kişide anksiyete ve depresyon arasında değişebilen patolojilere yol açmaktadır(139).

1195 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada nöbet usulünde gece çalışmanın depresyon gibi sık görülen hastalıklardan daha çok anksiyete ve bedensel yakınmaların ortaya çıktığı dikkat çekmektedir(140).

Kubo ve arkadaşlarını yaptığı nöbet usulünde gece çalışanların anksiyete oranlarının fazla olduğu bir çalışmada bu durumun uyku bozukluklarıyla alakalı olduğunu göstermişlerdir(141). Araştırma yapılan kişilerde süregelen uyku alışkanlıklarının bozulacak olması düşüncesi de anksiyete, depresyon ve stresi ortaya çıkarmış olabilir.

5.3. Sağlık Alanında Çalışma

Birçok araştırma sağlık mensuplarının yüksek düzeyde strese maruz kaldıklarını göstermiştir(142).

Sağlık çalışanları çalıştıkları kurumdan yaptıkları işten dolayı maruz kaldıkları streslerle baş etmede yetersiz kaldıklarında ayrıca kurumları tarafında da bu streslere karşı gerekli önlemler alınmadığında kişilerde depresyon veya tükenmişlik sendromu ortaya çıkabilmektedir. Hayattan zevk alamama hoşlandığı faaliyetlerden soğuma, öz bakımda azalma, sürekli üzgün ve bıkkın duygu durum başlıca depresyon semptomlarıdır. Bunlara ek olarak kişide insan ilişkilerinde bozulma, yaşamdaki herşeye karşı sürekli karamsar olma, olağan dışı düşünce yapısı, halsizlik, enerji eksikliği, kendini önemsiz ve yetersiz hissetme gibi belirtiler de mevcuttur.(143,144) Normal popülasyonla kıyaslandığında sağlık çalışanlarında ve özellikle de doktorlarda depresyonun daha fazla olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur(143,145,146).

Sağlık çalışanlarında strese neden olan başlıca faktörler mortal seyreden durumu ciddi hasta grubunun olması, iş yükünün çokluğu, iş arkadaşlarıyla görev dağılımındaki problemler, uyku siklusunun bozukluğu, zor geçen nöbetler, ajite hasta yakınları, maddi problemlerdir. Sağlık çalışanlarının sıkça olumsuz, üzücü olaylarla da karşılaşması da ruhsal çökkünlüğe ve tükenmişliğe yol açmaktadır. Sağlık çalışanlarının iş yerlerinde sürekli strese maruz kalmaları psikolojilerini kötü şekilde etkilemekte bu da özel hayatlarının kalitesini düşürebilmektedir. Ayrıca kişinin mesleğinden hoşnut olmaması, maddi sıkıntılar, yoğun çalışma stresi, mesleki doyumunun yetersizliği, çalışma düzeni gibi nedenler de yaşamsal faaliyetlerde bozulmalara yol açar. Çalışma koşulları ve ortamın değişmesi strese yol açar. Sağlık çalışanları vardiya usulü çalışarak normal mesai saatleri ve günleri dışında çalıştıkları için, hayati tehdidi bulunan hastalara hizmet verdiği için, hasta yakını ve hastaların hekimlerden büyük beklentileri olduğu için stresli, anksiyatöz ve depresif olabilmektedir(147).

Çoğu 6. Sınıf öğrencisi acil hastalıklar ile ilk kez Acil Tıp stajında karşılaşmakta ve bu ortama ilk kez girecek olan katılımcılarda da bu durum stres, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir.

5.4. Sağlık Çalışanına Şiddet

Şiddet, bedensel zarar verme, güç sarf etme, kişinin kendine, başka bir bireye, topluma karşı tehdit etmeyi hedefleyerek ölüm, yaralama ve ruhsal olarak zarar verecek hal ve hareket içinde olmasıdır(148).

Şiddet, ruhsal(psikolojik),cinsel, sözel olabileceği gibi ekonomik olarak da görülebilir(149,150). Psikolojik şiddet; bireyin psikolojik sağlık durumuna zarar veren, sarsan, inciten, üzen, baskı ve tehdit altına alındığını hissetmesine neden olan her türlü davranış (dışlama, bağırma, karşısındakine bağırma, çalışmasını kısıtlama, arkasından dedikodu yapma) psikolojik şiddet olarak tanımlanmıştır(150).

DSÖ şiddeti şöyle tanımlamaktadır; kendisine, başkasına veya bir topluluğa karşı zarar verme, psikolojik zarar, gelişme geriliği, ölüm veya ihmal ile sonuçlanan (veya sonuçlanma ihtimali fazla olan) maksatlı güç kullanımı tehdidir(151). İş yerinde şiddet ise çalışanın mesleğiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi ya da kişiler tarafından istismar edildiği ya da saldırıya uğradığı olaylar olarak tanımlanmıştır(152). Sağlık kurumlarındaki şiddet de “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır(153). Sağlık personeline yönelik şiddet sadece Türkiye’nin değil tüm dünyada olan bir sorundur(154). ABD’de acil servislerde sağlık personellerine yönelik raporlanan şiddet olaylarındaki artışa ek olarak son dönemlerde İngiltere, Avrupa ve Avustralya’da daha çok şiddet olayı yaşanmaya başlanmıştır. Bu nedenle sağlık çalışanına yönelik şiddet dünya çapında en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olmuştur(155-158). Şiddet, son yıllarda birçok çalışma alanında ve hizmet sektöründe olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da toplum huzurunu bozan önemli bir halk sağlığı problemidir.

Şiddet olayları diğer alanlarla karşılaştırıldığı zaman sıklıkla sağlık alanında olmaktadır. Sağlık personellerinin şiddete uğrama yönünden 16 kat daha risklidir. Türkiye’de sağlık alanında olan şiddet olayları giderek artmaktadır(154).

Yaşanılan şiddet olayları sağlık personelleri üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Bunlar iş gücü kaybı, iş doyumunda azalma, öfke, stres bozukluğu, uyku uyanıklık döngü bozukluğu, korku, depresyon kendisine ve etrafına zarar verme dürtüsü, özgüven eksikliği, mesleğe saygısında azalma şeklinde geniş bir aralıkta görülmektedir(159-164).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada iş yerinde şiddete uğrama durumları araştırılmıştır. Çalışmaya 521 araştırma görevlisi doktor ve 143 intern doktor katılmıştır. Çalışmada katılımcıların yaşamı boyunca %60,9 oranında şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. (araştırma görevlisi %59,5 intern doktorlar %65,5.). En sık duygusal-sözel şiddete uğradıklarını bildirmişlerdir.(165). Ayrancı ve arkadaşlarının Türkiye’de 18 acil serviste yaptığı bir başka çalışmada sağlık çalışanlarının %72,3’ü sözel, fiziksel ve cinsel şiddete uğramışlardır. Sözel şiddet oranı %69,5’i.(166) Acil Servis, Psikiyatri Servisleri, Yoğun Bakım Üniteleri, Yaşlı Bakım Üniteleri ve Cerrahi Birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının daha çok şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır(149,160,167-169). Yapılan bir çalışmada ABD’de acil servis doktorları %74,9 oranında şiddete uğradıkları bildirilmiştir(170). 2013 yılında İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; sağlık merkezlerine başvuran kişilerin sağlık personelinin en fazla acil servislerde(%56,3) şiddete uğradıkları bildirilmiştir(171). Son bir yıl içinde en çok çalışılan birim baz alındığında şiddete maruz kalmanın en sık acil serviste yaşandığı bildirilmiştir. Acil servislerde şiddet olaylarının çok yaşanması ile ilgili olarak şunlar düşünülebilir: Acil servisler, derhal müdahale gerektiren vakaların, yaralanmaların, yüksek mortalite riski bulunan hastaların kısacası stabil olmayan hastaların başvurduğu yerlerdir. Bu nedenle acil servisler, hem hasta hem hasta yakınları için stresli mekânlardır. Kaygılı hasta ve yakınları laboratuvar sonucu beklerken veya geciken konsultan hekimler nedeni ile hastasının tedavisinin geciktiğini düşünerek bu durumdan acil hekimini sorumlu tutabilir. Hasta yakını saldırganlaşmaya başlayabilir. Acil servislerde hekimlerin çalışma şartları, mesai fazlalığı ve iş yükleri de ortamdaki stres ve gerilimi artırıcı bir diğer etken olabilir. Ek olarak acil servis çalışanları hafta sonu ve uzun resmi tatil günlerinde de çalışmaya devam etmektedir. Bu zaman diliminde tüm hastalar için sağlık hizmeti alabileceği tek yer acil servislerdir. Bu günlerde de çalışan acil sağlık personelinin ve acil servislerin ihtiyaçlarını karşılayamayan deneyimli hastane yöneticilerinin olmaması hekimleri güç durumda bırakarak acil kliniği çalışanlarındaki stresi artırabilir(165).

Sağlık çalışanına yönelik gittikçe artan şiddet olayları ve bu şiddet olaylarının sıklıkla acil servislerde yaşanması katılımcılarımızda bir stres faktörü olmuş olabilir.

5.5. Acil Servislerde Çalışmanın Zorlukları

Acil servislerde çalışan hekimler yapabilecekleri ufak hataların bile ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olabileceğini bilir. Ancak acil servislerin kalabalık ortamında hata yapmamak neredeyse imkansızdır. Yapılan hatalar sadece acil servislere ait sebeplere

bağlanmamalı, hekimlerin çalışma düzenleri de hataların nedeni olabilir. Uykusuz geçen günler hekimlerin performansında azalmaya, hatta entübasyon gibi girişimlerde yeterli el koordinasyonun bozulmasına neden olabilir. Ağır çalışma koşullarına bağlı tükenmişlik ve anksiyete görüldüğü ve bu durumun da hasta bakımında olumsuz sonuçlar doğurabileceği bildirilmiştir. Tüm bu sebeplerden ötürü acil servislerde çalışmak tek başına hata yapılması için risk faktörüdür. Hata yapılmasının önüne geçilmesi için standartize edilmiş algoritmalar kullanarak tüm radyoloji ve laboratuvar sonuçları tekrar tekrar gözden geçirilmeli ve en önemlisi hasta tarafında kalınmalıdır(172,173).

Acil servisler doğası gereği aşırı stresli bir çalışma alanıdır. Hasta veya hasta yakınları birçok nedenden ötürü oluşan gecikmelere tahammül edemeyerek saldırgan bir tavır alabilir. Acil servisler doğal olarak aşırı stresli mekânlardır. Bir yaralının veya hastanın ölümü acil serviste şiddet olaylarına neden olabilir. Burda özellikle travma hastası yakınlarına dikkat çekmek gerekirken çünkü travma sonrası kaybedilen hastanın yakınları ölüm sebebi olarak travmayı değil de acil servisteki tedavi yetersizliği olarak gördüğü için daha fazla şiddete eğilim göstermektedir. Her ne kadar uysal ve sakin bir kişi bile olsa 3-4 saat beklenmesi insanı irrite edebilir. Ayrıca şiddete meyilli olan bir kişi daha kolay irrite olabilmektedir. Bu duruma ek olarak hasta muayenesi veya tedavisi esnasında yaşanan tartışmalar, anlaşmazlıklar, kaba tavırlar, birbirlerini tehdit etme, karşılıklı olarak hem hasta ve yakını hem de acil servis personeli provake edebilir. Ek olarak hasta veya hasta yakının psikolojik sorunlarının olması, alkol etkisinde olma, ilaç veya madde bağımlısı olması durumunda acil servis ortamı daha da gerilebilmektedir(174). Acil servise başvuran hastaların hayati tehlikesi olabileceği için derhal değerlendirilmesi gerekir. Acil hastaya yaklaşımda çalışan acil hekiminin tecrübeleri, bilgi birikimi ve kendine güveni en önemli noktayı oluşturmaktadır. Hastaya yaklaşım hemen her zaman sistematik olmalıdır(175). Acil serviste çalışan doktorlar hızlı, doğru karar vermeli ve bu kararlar hızla uygulamalıdır. Bu yüzden acil Tıp diğer bölümlerle karşılaştırıldığında kendine özgü problemleri ve işleyişi olan bir alandır. Acil Tıp kliniği her zaman hastanelerin çalışma koşulları değerlendirildiğinde en yorucu birimlerinden birisi olmuşlardır ve olmaya devam edecektir. Ek olarak 24 saat hizmet vermesi nedeniyle farklılık oluşturmaktadır. Acil servis hekimi her zaman şüpheli ve dikkatli olmalıdır çünkü hasta çeşitliliği açısından geniş bir yelpazeye sahiptir. Başvuran tüm hastalar önceki hastalardan farklı şikayetler ile başvurmaktadır(176). Acil servisler birçok farklı hastalığın eş zamanlı olarak karşımıza çıktığı alanlardır. Acil servislere başvuran hastalarda kısa sürede hayati tehdit edecek birçok hastalık ekarte edilmelidir bu da ancak acil servis hekiminin daima uyanık ve dikkatli olmasından geçmektedir(177,178). İş hayatındaki stres etmenleri, iş verimliliğini düşürebilmekte,

insanlar arası ilişkileri bozabilmekte, bazen de çalışanların sağlığını olumsuz etkilemektedir. Zaten stresli olan acil servisler zorlu çalışma ortamı kişilerin sağlığını psikolojik anlamda da tehdit etmektedir(179).

Aslan ve arkadaşlarının dönem 6 eğitimleri süresince aldıkları stajlar hakkındaki geri bildirimlerinin değerlendirildiği çalışmasına 155 intern doktor katılmış, acil stajı pratik eğitim almada ve eğitimlerine katkı başlıklarında diğer 6. sınıf stajlarına göre daha üstün olduğu tespit edilmiştir. Mezuniyet öncesi eğitimde, acil hastaya yaklaşımın öğrenilmesi son derece önemlidir. Türkiye’de oluşturulan Çekirdek Eğitim Programına göre Acil Tıp stajı içerisinde gerekli el becerisi ve girişimsel işlemlerin öğretilmesi öğrenim hedefleri arasında gösterilmektedir. Tıp fakültesi 6. sınıf öğrencileri için önemli bir stres kaynağı olan TUS, Acil Tıp stajı sırasında da öğrenciler arasında hissedilmektedir. Bu stajda çalışma hayatında karşılaşılacak olan acil hastaların yönetimi izah edildiği için staj sonunda nispeten biraz azalmaktadır(180). Tıp fakültesi 6. sınıf öğrencileri mezuniyet öncesi Acil Tıp stajıyla beraber hastaya karşı sorumluluk almaya, mesleğe yeni yeni alışmaya ve adapte olmaya başlamıştır(181).

Acil servis çalışma şartlarının zorlukları katılımcılarda stres, anksiyete ve depresyon üzerine önemli bir etken olmuş olabilir.

6. SONUÇ

Sonuç olarak Tıp Fakóltesi 6. sınıf öğrencileri Acil Tıp stajına başlamadan önce birçok nedene bağlı olarak stres, anksiyete ve depresyon ölçeklerinden yüksek puan almakta ancak staj sonunda düşündüğümüz birçok nedenin staj bitimiyle beraber ortadan kalkması ve acilde çalışmanın iyi yönlerinin görölmesi nedeniyle son gün puanları düşük olarak bulunmuştur.



7. KAYNAKLAR

1. Shorter E. A history of psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. John Wiley&Sons Inc., New York, 1997.
2. American Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
3. Depresyon ve anksiyete bozuklukları Oğuz Karamustafalıoğlu , Hüseyin Yumrukçal, Review, The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital, Volume: 45, Number 2, 2011
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 429-85
5. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. Depresyon Monografları Serisi 3. 1993. p.109-122.
6. Burns, (1982) Feeling Good: The New Mood Therapy. Signet Boks, New York
7. (7) Yüksel, N., (1984) Bilişsel İşlevleri Yönünden Normallerle Depresif Hastaların Karşılaştırılması. Psikoloji Dergisi, 5(117) s.14-15.
8. Bellack, A., (1981) Social Skills Training Compared With Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Depression. Inventory Pharmacopsychiatry. 7,151-169
9. Hisli, N., (1988) Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. Psikoloji Dergisi, 6 (22), 118-126.
10. Haefly, M., (1990) Focus on Depression. Basel s: 4-11.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock"s Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri;2007. s.1559-1800
12. CÖBİD 2012;CİLT5,SAYI6
13. Tarihsel Bakış İçinde Depresyon Sinan YETKİN,Fuat ÖZGEN Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007;3(47):1-5
14. Oral, T. Karasevda'dan Depresyon'a Hüzün Tarihi. Psikiyatri ve Düşünce Dergisi, Nisan 2009
15. Babaoğlu A. Psikiyatri Tarihi. İstanbul: Okuyan Us Yayın; 2002. s 56, 95, 188-189
16. Akiskal HS. Mood Disorders: introduction and overview. Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI, 1. cilt içinde. Kaplan HI, Sadock BJ editörler. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. p 1067-1079
17. Köknel Ö. Depresyon, Ruhsal Çöküntü, Ankara, Bilimsel Sorunlar Dizisi, 2000.

18. Brundtland GH The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001. p.30.
19. Blazer DG. Mood disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 1298-308.
20. Silverstone PH. Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in medically ill. J Psychosom Res 1996; 41: 161-70.
21. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 949-8.
22. Katon WJ, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 237-47.
23. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.
24. Andreada L., Caraveo-Anduaga JJ., Berlund P., ve ark. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the The International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int. Methods Psychiatr Res. 12:3-21
25. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdiş M, Yaşar E. İstanbul’da bir eğitim hastanesinde çalışan uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(1):31-7.
26. Erol, A., Sariçiçek, A., Gülseren, Ş. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyum ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:241-247.
27. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri dünyası. Depresyon 1. Cilt: 2, Sayı: 1 Yıl: 1998.
28. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi 4. E. Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993; 175-200.
29. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2008: 21-32
30. Balcıoğlu İ. (1999). Depresyonun etyopatogenezi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu. Sempozyum Dizisi. 17:19-28
31. Köknel Ö. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 1. baskı. Altın Kitaplar, İstanbul, 1989.
32. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 3. baskı. Evrim, İstanbul, 1990.
33. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K, Walters EE, Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-4 Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Archive of General Psychiatry, 2005;62:593-602

34. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V, Age Differences In Major Depression:Result from the National Comorbidity Survey Replication (NCSR), *Psychological Medicine*, 2010;20:225-237
35. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet RB, Hwang I, McLaughlin KA ve ark, Age Differences in The Prevalence and Co-Morbidity of DSM-4 Major Depressive Episodes: Results From WHO World Mental Helath Survey Initiative, *Depression and Anxiety*, 2010;27:351-364
36. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. s.20-32.
37. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum dizisi* 2000;1:29-38.
38. Picinelli M, Wilkinson G, Gender Differences in Depression , *British Journal of Psychiatry* , 2000;177:486-492
39. Kessler RC. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol* 48:191 214,
40. Mazure CM., Maciejewski PK. (2003). A model risk of majör depression: effects of life stres and cognitive style vary by age. *Depress Anxiety*. 17:26-33
41. Maier W., Minges J. (1995). Personality patterns in subjects at risk for affective disorder. *Psychopathology* 28 (supl 1):59-72
42. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım *Türkiye Tıp Dergisi* 2003; 10(2): 79-88
43. Bifulco A, Brown GW, Cognitive coping response to crises And on set of depression , *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998;31(3-4):581-586
44. Kessler RC, Zhao Shanyang Z, Blazer DG, Swartz M, Prevalence Corraletes and Course Minor Depressionand Major Depression in National Comorbidity Survey, *Journal of Affective Disorders*, 1997;45(1-2):19-30
45. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J, Differences in Early Childhood Risk Factors for Juvenile-Onset and Adult-Onset Depression, *Archive of General Psychiatry*, 2002;58:215-222
46. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Riccabona U, Lederer W. Work stres and gender-dependent coping strategies in anesthesiologists a universty hospital. *Journal of Clinical Anesthesia* 2007; 19: 334-338.
47. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M, Socioeconomic İnequalities in Depression:A Meta-Analysis, *American Journal of Epidemiology*, 2003;157:98-112
48. Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D,Mackenbach J, Ansseau M, Depression and socio-economik risk factors,*British Journal of Psychiatry*, 2007;190:293-298

49. Patten SB., Stuart HL., Russel L. (2003). Epidemiology of majör depression in a predominantly rural health region. Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol. 38:360-365
50. Aydemir, Ç., Temiz, H., Göka, E., Major Depresyon ve Özkıyıda Kognitif ve Emosyonel Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13 (1), 33-39, 2002.
51. Özer S K Demir B, Tuğal Ö. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001
52. Yavuz R. Depresyonun kliniği. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık1999,S29-34.
53. Annagür BB. Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana 2008
54. Köşgeroğlu N, Ayrancı Ü, Serhan N, Özerdoğan N, Sayiner FD. Eskişehir Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezine Başvuran Kadınların ve Eşlerinin Depresyon Görülme Sıklığının Belirlenmesi, Sakarya Üniversitesi Uluslararası – Disiplinler arası Kadın Çalışmaları Kongre Kitabı 05-07 Mart 2009 Cilt III; 194-205
55. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. Yeni Symposium 2004;42(4):168-176.
56. Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Bodur, Z., & Kültür, S. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(2), 89-98.
57. Yeşilbaş D. Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri. T. C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2008
58. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2001: 305-310., 427-440.
59. Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Birsöz S, Karaman T (çevirenler) Ankara Güneş Kitapevi 2003: 467-484., 290-298.
60. Akman C, Uğuz F, Kaya N. “Postpartum başlangıçlı majör depresyonun kişilik bozuklukları ile ilişkisi.” 14. Sosyal Psikiyatri Kongresi, 168-169, İstanbul, 2007.
61. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
62. Depresyonun Ayırıcı Tanısı A. Ertan TEZCAN Duygudurum Dizisi 2000;2:77-98
63. Bayraktar E, Panik Bozukluğu ve Agorafobi; Köroğlu E, güleç C, genol S,editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 304-17

64. Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG. Depression. In: Wise MG, Rundell JR (eds). Textbook of Consultation- Liason Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 2002: 307-38.
65. Akiskal HS. Mood disorders: Introduction and overview. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vo1 I. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 1284-98.
66. Aydemir Ö. Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt: 21, Ek Sayı: 1, 2011
67. Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C., Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch. Gen. Psychiatry, 62 (6), 629-640, 2005.
68. Gaynes, B.N., Warden, D., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Fava, M., Rush, A.J., What did STAR*D teach us?. Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. Psychiatric Services, 60 (11), 1439-1445, 2009.
69. Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Nierenberg, A.A., Stewart, J.W., Warden, D., Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. Am. J. Psychiatry, 163 (11), 1905-1917, 2006.
70. Andreasen NC, Black DW. Mood Disorders. In Introductory Textbook of Psychiatry. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2000: 269-314.
71. Baldessarini RJ. Current status of antidepressants clinical pharmacology and therapy. J Clin Psychiatry 1989; 50: 117-26.
72. Bernstein JG. Drug Therapy in Psychiatry. 3rd ed. Part II. St Louis: Mosby, 1995
73. Altıntaş K, Oral ET, Vahip S. İki Uçlu Depresyon ve Tedavisi Düşünen Adam; 2005, 18 (1): 48-54
74. Doksat MK. Dirençli Depresyonda Tedavi İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 75-91
75. Doksat MK. Baş ağrıları ve Psikiyatri. Baş Ağrıları-Baş Dönmeleri (editörler Siva Aksel, Kaytaz Asım). İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayını No:10, 79-107, 1998.
76. Stahl SM. Psychopharmacology of Antidepressants. Martin Dunitz, London, 1997.
77. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.

78. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg* 1999; 89: 1346-51
79. Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt:1, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.
80. Türk Dil Kurumu sözlüğü, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.56f9d5f23f8381.15283925 Erişim Tarihi: 29.03. 2016.
81. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms*. Cambridge; Cambridge University Pres, 1996.
82. Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz, 1998;s:1-4
83. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler. DOI: 10.4274 / turkderm.44.25
84. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete bozuklukları. In Karamustafalıoğlu (editör) *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri*. 1.Baskı, İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık, 2010: 71-88
85. Balcıoğlu İ. Anksiyete bozukluklarının psikoendokrinolojisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3(1):45-51.
86. Machelart G, Tignol A (1989) Anxiété et dépression. *Psychol Med*, 21: 1-22.
87. Oasimi TB. Endoskopi işlemi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
88. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara: Golden Medya,2008.
89. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008;62:175-84.
90. Miral S, Baykara A. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu. Güleç C, Köroğlu E, ed. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 2, Hekimler Yayın Birliği: 1998, 1165-67.
91. Francis G, Last CG, Strauss CC. Expression of separation anxiety disorder: the role of age and gender. *Child Psychiatry Hum Dev* 1987; 18 (2): 82-9.
92. Berg I, Jackson A. Teenage school refusers grow-up: a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *Br J Psychiatry* 1985;1(47):366-70.

93. Washington, DC, Canada: Center for Mental Health Services, SAMHSA's National Mental Health Information Center Children's Mental Health Facts: Children and Adolescents with Anxiety Disorders (a three-page fact sheet that defines anxiety disorders) www.kidsmentalhealth.ca/parents/resources_parents.php
94. Bulut, S. (2008). Seçici Konuşmamazlık (Selective Mutizm): Sebepleri ve Tedavi Yaklaşımları. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt / Volume: 2008-2 Sayı / Issue: 17
95. Köse, S., Alptekin, K., Alkin, T., Tunca, Z., Hancıoğlu, M. Elektrokonvulsif Tedaviyle Düzeltilen Beş Yıllık Mutizm Olgusu. Düşünen Adam; 1995, 8 (4): 9-11
96. Ökten, A. İ., Okay, Ö., Gezeran, Y. Posttravmatik Mutizm: İki Olgu. Türk Nöroşirürji Dergisi, 2009, Cilt: 19, Sayı: 2, 75-78
97. Şenol S., Karacan E., Şener Ş, Selektif mutizm üç olgu nedeniyle tedavisi Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 4(1):1997
98. Demirci, O. O., Sağaltıcı, E., & Yıldırım, A. (2015). Özgül Fobinin Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Yöntemi ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. Klinik Psikiyatri Dergisi, 18(4).
99. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Press, 1987.
100. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 456-463.
101. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003, Cilt:13, Sayı:2: 78-87.
102. Ceylan ME, Yazan B. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri: Anksiyete bozuklukları. Altan matbaacılık 2000 İstanbul: syf: 129-132.
103. Ateş MB. Kronik Hastalıklar ve Sosyal Fobi - Uzmanlık tezi. İstanbul, 2009.
104. Mineka S. Zinbarg R. Conditioning and ethological models of social phobia. Social Phobia: Diagnosis. Assessment. and Traetment. Guilford Pres. New York; 1995; p. 134-162
105. Liebowitz MR. Social phobia. Mod probl pharmacopsychiatry;22:141-173. 1987.
106. Addolorato G. Mirijello A. D'Angelo C. Leggio L. Ferrulli A. Vonghia L. Cardone S Leso V. Miceli A. Gasbarrini G. Social phobia in coeliac disease. Scand J Gastroenterol;43(4):410-5. 2008.
107. <http://www.e-psikiyatri.com/sosyal-anksiyete-bozuklugu-sosyal-fobi-27209>
108. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları -. Nobel Tıp Kitabevi yayınları 2011.
109. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S ve ark. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry. 2007; 20:359-364.

110. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45:957-967.
111. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2000; Ek 2:3-21.
112. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(417):4-18.
113. Crozier WR, Alden LE (editors). *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians*. West Sussex:John Wiley&Sons, 2005:2.
114. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011, 1;22(3):150-58.
115. Kuloğlu Ö.C., Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında hipokampus ve amigdala'da mrg volüm değişiklikleri uzmanlık tezi fırat üniversitesi tıp fakültesi radyoloji anabilim dalı
116. Ceylan M.E, Yazan B (2000). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Birinci Baskı, 3. cilt, 77-112
117. Güleç C, Köroğlu E (1997). *Temel Psikiyatri Kitabı*, 1.Cilt, Ankara
118. Tükel R (2000). *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara
119. Tükel R (1997). *Panik Bozukluğu ; Psikiyatri Dünyası ; 1: 12-17*
120. Tükel, R. *Panik Hastasına Yaklaşım: Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı ve Tedavi İlkeleri*. *Klinik gelişim dergisi CİLT: 22 / NO:4 2009*
121. Falsetti SA, Combs-Lane A, Davis JL. Cognitive Behavioral Treatment of Anxiety Disorders. In: Nutt D, Ballenger J; eds. *Anxiety Disorders*. Massachusetts: Blackwell; 2003: 425-444.
122. Sungur M.Z., *Fobik Bozukluklar psikiyatri dünyası dergisi 1997;1:5-11*
123. Anksiyete ve panik ataklarında hasta değerlendirilmesi ve tedavisi Prof. Dr. Alaattin Duran İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 145-156
124. Dilbaz N. *Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler*. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2005.p:59–78.
125. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yenilenmiş 11. Baskı 1. Cilt*. Ankara, 2008: 452

126. Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları, 1992. Çuhadaroğlu F, Kaplan G, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B (çeviri. ed.) Medikomat Basım, Ankara 1993.
127. Kırılı S, Sivrioğlu Y (çeviri ed.). Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Tedavi ve Diğer Anksiyete Bozuklukları ile ilişkisi. Özsan Matbaacılık, Bursa 2000.
128. Karamustafalıoğlu O, Özçelik B. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitimi Ders Notları. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şube Müdürlüğü Yayınları, 2003: 16.
129. Köroğlu E. Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2004
130. Clayton PJ (1990) The comorbidity factor: establishing the primary diagnosis in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. J Clin Psychiatry, 51: 35-39.
131. Üstün A, Bayar A, üniversite öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi; Journal of Research in Education and Teaching Şubat 2015 Cilt:4 Sayı: 1 Makale No: 36
132. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının ilişkisi. Akciğer Arşivi. 2006;7:11-15.
133. Sabuncuoğlu, O. (2006). Ergen öğrenciler arasında akran örselenmesi ve depresyon belirtileriyle ilişkisi. Klinik Psikiyatri, 9, 27-35
134. Motowidlo SJ, Packard JS, Manning MR. Occupational stress: its causes and consequences for job performance. J Appl Psychol. 1986 Nov;71(4):618-29. PubMed PMID: 3804934.
135. Kapıcı, E. G. (2004). İlköğretim öğrencilerinin zorbalığa maruz kalma türünün ve sıklığının depresyon, kaygı ve benlik saygısıyla ilişkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 37 (1), 1-13.
136. İncir G. Vardiya çalışması ve kronobiyolojik araştırmalar. Verimlilik Dergisi 1998; 1:59-72.
137. Scott AJ, Monk TH, Brink LL. Shiftwork as a risk factor for depression: a pilot study. Int J Occup Environ Health 1997; 3 (Suppl.3):2-9.
138. Akerstedt T, Wright KP. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. Sleep Med Clin 2009;4:257-271.
139. Schwartz JR. Recognition of shift-work disorder in primary care. J Fam Pract 2010; 59 (Suppl.1):18-23.

140. Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci* 2008; 11:1605-1609.
141. Kubo T, Maruyama T, Shirane K, Otomo H, Matsumoto T, Oyama I. Anxiety about starting three-shift work among female workers: findings from the female shift-workers' health study. *JUOEH* 2008; 1:30:1 10.
142. Heim E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom.* 1991;55(2-4):90-9. PubMed PMID: 1891573.
143. Karagozoglu S, Bingol N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nurs Outlook* 2008;56(6):298-307.
144. Bjørk IT, Samdal GB, Hansen BS, Tørstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007;44(5):747-57.
145. Indulski JA, Makowiec-Dabrowska T, Starzyński Z. Effect of night shift work on health status. *Med Pr.* 1989;40(3):153-61.
146. Bornschein S, Erbas B, Borelli S, et al. Working hours and job satisfaction among physicians in hospitals and general practice in Munich. Results of an anonymous questionnaire. *Gesundheitswesen* 2006;68(8-9):535-44.
147. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Journal of Psychiatric nursing*, 2(2), 61-8.
148. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:161-73.
149. Ünlüsoy Dinç N. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. [Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010.
150. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Ocak 2013; Yasama Dönemi:24; Yasama Yılı:3; Sıra Sayısı: 454
151. WHO. World Report on Violence and Health. Geneva (Switzerland), 2002;1-21.
152. Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: Preventive and interventive strategies. *J Occup Environ Med* 1996;38(10):993-1006.
153. Saines JC. Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. *Accid Emerg Nurs* 1999;7(1):8-12.

154. Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4, 46-53.
155. Fontanarosa PB. The unrelenting epidemic of violence in America. *JAMA* 1995;273(22):1792-1793.
156. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med* 2001;52(3):417-427.
157. Langley J, Chalmers D and Fanslow J. Incidence of death and hospitalisation from assault occurring in and around licensed premises: A comparative analysis. *Addiction* 1996;91(7):985-993.
158. Shepherd JP. Tackling violence. *BMJ* 1998;316(7135):879.
159. Ünsal Atan Ş, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi* 2011;25:1.
160. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
161. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res* 2010;10:51.
162. Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med (Lond)* 2008;58:107-14.
163. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2012;3:105-5.
164. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *AF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12
165. İlhan, M. N., Özkan, S., Kurtcebe, Z. Ö., Aksakal, F. N. (2009). Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde Çalışan araştırma görevlileri ve intörn Doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(3), 15-23.
166. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med* 2005 Apr;28(3):361-5.
167. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nurs* 2010;35:177-84
168. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004;61:495-503.
169. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs* 2006;14:245-9.

170. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T and Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and communitybased physicians in the Negev: An observational study. BMC Health Serv Res 2005; 5: 54
171. İlhan MN, Çakır M, Tunca MN, Avcı E ve ark. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. GMJ 2013;24:5-10.
172. Smith-Coggins R, Rosekind MR, Hurd S, Buccino KR. Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood. Ann Emerg Med. 1994 Nov;24(5):928-34.
173. Kuhn G.,Goldberg R, Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine Ann Emerg Med. 2009 Jul;54(1):106-113.e6. 2009 Feb 7.
174. Aktuğlu, K., Hancı, H. (1999). Acil servislerde şiddet tehditi. mevzuat dergisi yıl:2 sayı:17 1999
175. Kutlu, R., Çivi, S. (2007). Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin 112 Acil Uygulamaları İle İlgili Geri Bildirimleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 10(2), 71-74.
176. Aydın, T., Aydın, Ş. A., Köksal, Ö., Özdemir, F., Kulaç, S., & Bulut, M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi, 9(4), 163-8.
177. Rosen P. Emergency department disposition and knowledge of other specialities. J Emerg Med 1986; 4: 325-6.
178. Tintinalli JE, McCall K. Importance of emergency physicians as referral source for academic medical centers. Ann Emerg Med 1994; 23: 65-9.
179. Türkçüer, İ., Erdur, B., Ergin, A., Serinken, M., Bukıran, A., Aydın, B., Bozkır, M. (2007). Acil Tıp Sisteminde Çalışan Hekimlerin işyeri Stres Faktörleri: Denizli ili Araştırma Sonuçları. Turkish Journal of Emergency Medicine, 7(2), 068-072.
180. Aslan, S., Bideci, A., Özkan, S., Türkçüoğlu, S., Çakır, N., Dursun, A., Tunaoglu, S. (2006). Bir tıp fakültesindeki intern doktorların dönem 6 eğitimleri süresince aldıkları stajlar hakkındaki geribildirimlerinin değerlendirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası, 23(23).
181. Topbaş, M., Tevfik, Ö. Z. L. Ü., Gamze, Ç. A. N., Sedat, B. T. (2005). Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar? Bir Tıp Fakültesindeki Asistan ve Intern Hekimlerin Bilgi Düzeyleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 13(2), 81-85.

8. EKLER

EK-1. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

	Hiç	Hafif Düzeyde	Orta Düzeyde	Ciddi Düzeyde
1. Bedeninizin herhangi 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. Titreklik				
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)				

0-7 puan = Minimal düzeyde anksiyete belirtileri

8- 15 puan = Hafif düzeyde anksiyete belirtileri

16-25 puan = Orta düzeyde anksiyete belirtileri

26-63 puan = Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri

EK-2. BECK DEPRESYON TESTİ

Kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĞU işaretleyin.

- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
- 1 Gelecek hakkında karamsarım
- 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
- 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
- 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
- 3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
- 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
- 3 Herşeyden sıkılıyorum

- 0 Kendimden memnunum.
- 1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
- 2 Kendime çok kızıyorum
- 3 Kendimden nefret ediyorum

- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
- 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
- 3 Herşeyden sıkılıyorum

- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum
- 2 Kendimi öldürmek isterdim
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- 2 Çoğu zaman ağlıyorum.
- 3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
- 1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
- 2 Şimdi hep sinirliyim.
- 3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- 3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- 1 Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor
- 2 Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor
- 3 Hiçbir şey yapamıyorum

- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- 2 Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim.
- 2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
- 3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

- 0 İştahım her zamanki gibi
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
- 2 İştahım çok azaldı.
- 3 Artık hiç iştahım yok.

- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- 2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
- 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim

1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

2 Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.

3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

2 Cezalandırılmayı bekliyorum.

3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

0-9 puan = Minimal düzeyde depresif belirtiler. Psikiyatrik muayene ile depresyon tanısı konma olasılığı var ama çok düşük.

10- 16 puan = Hafif düzeyde depresif belirtiler. Psikiyatrik muayene ile depresyon tanısı konma olasılığı var

17-29 puan = Orta düzeyde depresif belirtiler. Psikiyatrik muayene ile depresyon saptanma olasılığı ortalama % 80, depresyonu olan bir bireyin 16 ve altında puan alma olasılığı ortalama % 30

30-63 puan = şiddetli düzeyde depresif belirtiler. Psikiyatrik muayene ile depresyon tanısı konma olasılığı yüksek.

EK-3. DEPRESYON ANKSİYETE STRES SKALASI-42

Kendize uygun olan cevapları veriniz.

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim	0	1	2	3
2	Ağzımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı farkettim	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
5	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)	0	1	2	3
8	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirdi hissine kapıldım	0	1	2	3
12	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
13	Kendimi üzgün ve depressif hissettim	0	1	2	3
14	Herhangi bir şekilde <i>geciktirildiğinde (asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğinde)</i> sabırsızlandığımı hissettim	0	1	2	3
15	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3
16	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)	0	1	2	3
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
22	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23	Yutma güçlüğü çektim	0	1	2	3
24	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim	0	1	2	3
25	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımla hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
26	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
27	Kolay sinirlendirilebildiğimi farkettim	0	1	2	3
28	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
29	Bir şey canımı sıktığında kolay sakinleşemediğimi farkettim	0	1	2	3
30	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.	0	1	2	3
33	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim	0	1	2	3
34	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
35	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36	Dehşete düştüğümü hissettim	0	1	2	3
37	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3
39	Kısıktılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
40	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşürecek durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
41	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
42	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

EK-4. ACİL ÇALIŞMA ÖLÇEĞİ

0-ÇEKİNMIYORUM

1-BİRAZ ÇEKİNİYORUM

2-OLDUKÇA ÇEKİNİYORUM

3-ÇOK FAZLA ÇEKİNİYORUM

BOŞLUKLARI YUKARIDAKİ MADDELER İLE DOLDURUNUZ.

1-BİR ACİL SERVİSTE TEK BAŞIMA ÇALIŞMAKTAN	
2- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN AMİ HASTASI KARŞILAŞMAKTAN	
3- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN AKUT AKCİĞER ÖDEMİ HASTASI İLE KARŞILAŞMAKTAN	
4- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN MULTİ TRAVMA HASTASI İLE KARŞILAŞMAKTAN	
5- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN ANAFLAKTİK ŞOK HASTASI İLE KARŞILAŞMAKTAN	
6- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN RESUSİTASYON HASTASI İLE KARŞILAŞMAKTAN	
7- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN HASTA YAKINLARINA EX KARARI VERMEKTEN	
8- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN İLAÇ İNTOKSİKASYONU HASTASI İLE KARŞILAŞMAKTAN	
9- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN STROKE HASTASI İLE KARŞILAŞMAKTAN	
10- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN SEDO ANALJEZİ UYGULAMAKTAN	
11- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN KOAH İLE KARŞILAŞMAKTAN	
12- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN GEBE HASTANIN DOĞUM DIŞI HERHANGİ BİR NEDENLE ACİLE BAŞVURMASINDAN	
13- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN GİS KANAMASI OLAN HASTA İLE KARŞILAŞMAKTAN	
14- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN HASTA İLE İLETİŞİM KURAMAMAKTAN	
15- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN YARDIMCI PERSONEL İLE İLETİŞİM KURMAKTAN	
16-E ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN HASTA YAKINLARININ AJİTE OLMASINDAN	
17-TIP FAKÜLTESİNİ TERCİH EDERKEN DÜŞÜNDÜĞÜM MESLEKİ TATMİNİN ŞİMDİ OLMAMASINDAN	
18-TIPTA UZMANLIK SINAVINDA CERRAHİ BİR BRANŞ SEÇMEKTEN	
19-TIPTA UZMANLIK SINAVINDA DAHİLİ BİR BRANŞ SEÇMEKTEN	
20- ACİL SERVİSTE ÇALIŞIR İKEN ŞİDDETE UĞRAMAKTAN	