

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**BAKIRKÖY Dr. SADİ KONUK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**Aile Hekimliği**

Uz.Dr. Sami HATIPOĞLU  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi  
Aile Hekimliği Koordinatörü

**BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA**  
**HASTANESİNDE ÇALIŞAN TIPTA UZMANLIK**  
**ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE**  
**SIKLIĞININ SAPTANMASI ve SOSYODEMOGRAFİK**  
**FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

Tez Danışmanı  
Uz. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ

**DR. FATMA ESRA ÜNAL**

**İSTANBUL 2008**

## TEŞEKKÜR

Hastanemizde huzurlu, güvenli ve verimli çalışma ortamı sağlayan Başhekim Sayın Dr. Zafer Çukurova' ya teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, davranış ve kişiliğiyle örnek olan, Aile Hekimliği Koordinatörü Sayın Hocam Dr. Sami Hatipoğlu' na minnet ve şükranlarımı sunarım.

Rotasyonlarım sırasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Uz. Dr. Sami Hatipoğlu' na, Dahiliye Klinik Şefi Doç. Dr. Abdülbaki Kumbasar' a, Genel Cerrahi Klinik Şefi Sayın Prof. Dr. Erşan Aygün' e, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Kadir Savan' a ve Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Psikiyatri Klinik Şefi Uz. Dr. Nihat Alpay'a teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, 1. Psikiyatri Klinik Şefi Uz. Dr. Nihat Alpay' a ve tez danışmanım Sayın Uz. Dr. Çağatay Karşıdağ' a, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Kütüphane sorumlusu Muazzez Uymaz' a ve tez çalışmamın asıl yardımcıları olan ve anket formlarını doldurup ölçekleri uygulayan tüm asistan arkadaşlarıma, katkıda bulunan tüm uzman, hemşire, personel ve laboratuvar çalışanlarına teşekkür ederim.

Eğitimim süresince bana abla ve ağabeylik yapan uzmanlarıma, sevgili asistan arkadaşlarıma, uyum içinde çalıştığımız hemşire arkadaşlarıma ve yardımlarını esirgemeyen personelimize teşekkür ederim.

Daima yanımda olduklarını bildiğim ailem, eşim ve bebeğime teşekkürler...

Dr. Fatma Esra ÜNAL

## İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
II. GENEL BİLGİLER.....	6
II-A) DEPRESYON.....	6
II-B) ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	17
III. MATERYAL- METOD.....	25
IV. BULGULAR.....	30
IV. TARTIŞMA.....	46
VI. SONUÇ.....	49
VII. KAYNAKLAR .....	50
VIII. EKLER.....	54

## GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma hayatı zorluklarla mücadele gerektirmekte, işinin doğası zorluklar olan hekimler için de bu mücadele katlanarak artmaktadır. Hekimler yaşam sürelerinin önemli bir bölümünü çalışma ortamında ve iş arkadaşları ile birlikte geçirmekte, bu nedenle çalışma ortamındaki memnuniyetlik duygusu da çok daha fazla önem kazanmaktadır. Çalışma hayatındaki olumsuzluklar da çalışanın verimini, sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. İş stresini Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health) “işin gereksinimi ile kapasite, kaynaklar ve işçinin ihtiyaçlarının eşleşmemesi durumunda ortaya çıkan zararlı fiziksel ve duygusal cevap” olarak tanımlamaktadır. Duygusal sorunların başında depresyon ve anksiyete gelmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarında madde kötüye kullanımı ve intihar oranı da diğer meslek dallarından daha yüksektir (8).

Farklı ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda hekimlerin ve tıp öğrencilerinin öncelikli sağlık sorunları arasında depresyonun ilk sırada olduğu gösterilmiştir (1-7).

Günümüzde doktorların üstlenmiş olduğu görevi yerine getirirken karşılaşılan çeşitli stres etkenleri (artmış çalışma saatleri, uykusuzluk, yetersiz destek mekanizmaları, hasta ölümü, yüksek sorumluluk alma gereği, olumsuz iş ilişkileri) ve doktorlara duyulan saygıda gözle görünür bir şekilde var olan azalma sonucu hekimler daha riskli bir topluluk halini almaktadır (8,9).

Hekimlerde yaşanan sağlık sorunları toplumu da yakından ilgilendirmektedir. NIOSH’ in tanımında olduğu gibi işin gereksinimini karşılayamama durumu ortaya çıkar ki, bu hekimlik mesleği için kabul edilebilir bir şey değildir. Ayrıca mezuniyet sonrası eğitimin önemli olduğu ve asistanlık süresince de bilgi almaya ve beceri kazanmaya çalışan hekimlerin bu çabasını kötü etkilemektedir. Öğrenme ve akademik başarı olumsuz etkilenir (12).

Dünya sağlık örgütü majör depresyonu bütün hastalıklar arasında en sık dördüncü ve iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak tanımlamıştır (10). 2020 yılı civarında, depresif hastalığın dünyada iş görmezliğin önde gelen ikinci nedeni olması beklenmektedir (11). Yaşam boyu majör depresyon prevalansını *Angst* 1992’deki çalışmasında % 4,4 -% 19,6 ve *Kessler* 1994’deki çalışmasında % 17 olarak belirtmiştir. Doğan ve ark.’nın 1995’deki çalışmasında ülkemizdeki depresyon yaygınlığı (% 8-20) diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur. Yine *Kessler*’in

aynı çalışmasında 1 yıllık süre içinde toplumun % 10,3'ünde majör depresyon tespit edilmiştir. 1 yıllık prevalans kadınlarda % 8, erkeklerde % 3 civarındadır. *Witche*n ve ark.'nın 1994'deki çalışmasında yaşam boyu tekrarlayan kısa depresyon oranı % 11 olarak verilmiştir (13). Yapılmış çeşitli çalışmalarda tıp öğrenimi alan öğrencilerdeki depresyon oranları ise % 15 ila % 30 arasında değişmektedir (14-17).

Bu denli yüksek oranlarda görülen bir durumun BEAH' da çalışan tıpta uzmanlık öğrencileri arasındaki oranlarını ve bu durumun ortaya çıkmasına olanak sağlayan faktörlerin neler olduğunu araştırmak ve varsa değiştirilebilir olan faktörleri tespit etmek üzere bu çalışma yapılmıştır.

# GENEL BİLGİLER

## A. DEPRESYON

### TANIMI

Duygulanım (affekt) bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin gibi duygusal içeriğin dışı vurumudur. Duygudurum (mood, mizaç) kişinin içsel, duygusal durumudur. Bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunur. Kişinin belli bir süre göreceli olarak değişmez biçimde bulunduğu duygulanım durumuna mood adı verilir (18). Duygudurum bozuklukları, belirti ve araz kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelenmeye eğilimi olan sendromlar olarak tanımlanabilir (19).

İnsanda duygudurum normal duygudurum (euthymia), taşkın duygudurum, çökkün duygudurum, sıkıntılı, tedirgin duygudurum (dysphoric mood) olmak üzere dört ana başlıkta toplanır.

Depresyon (çökkünlük), derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (20).

### TARİHÇE:

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

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanmıştır. Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan’da Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekolü, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya

gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür. Hipokrat'ın “eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir” sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir (19).

#### EPİDEMİYOLOJİ:

Neredeyse 2500 yıldan beri insanlığın en sık görülen hastalıkları arasında tanımlana gelmiş olmasına rağmen, duygudurum bozuklukları ancak yakın zamanda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu dördüncü sıraya koymuştur. WHO' ya göre iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak depresyon gösterilmektedir (10).

Her beş kadından ve her on erkekten biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif bozukluklara yakalanmaktadır (19). Son 30–40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre çökkünlüklerde kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı sanılmaktadır. Bu gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabilir. Çökkünlükler kadınlarda en çok 35–45 yaşlar arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (20).

Yaşam boyu majör depresyon prevalansını Angst 1992'deki çalışmasında % 4,4 - % 19,6 ve Kessler 1994' deki çalışmasında % 17 olarak belirtmiştir (13). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda ve Bekaroglu ile ark.'nın yapmış olduğu bir diğer çalışmada da Türkiye' de genel popülasyondaki çökkünlük oranı % 10–20 olarak belirlenmiştir (21-22).

#### KLİNİK ÖZELLİKLER

Depresif bir duygudurum ile ilgili ve zevk almanın kaybı depresyonun anahtar kelimeleridir. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler. Hastalar için depresif duygudurum kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar sıklıkla depresif belirtileri öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlarlar. Depresif hastalar bazen iyileştikçe kaybolan bir belirti olan ağlayamamaktan yakınırlar. Depresyondaki hastalar ailelerinden, arkadaşlarından ve daha önce ilgilendikleri etkinliklerden uzak dururlar. Depresyondaki hastaların hemen

hepsi görevlerini yapmakta zorluk çıkararak, okul ve işte başarısızlıkla sonuçlanan bir enerji azlığından ve yeni tasarımlar kurmak için istek azlığından yakınırırlar (24,25).

Depresyonun genel belirtileri :

- o Depresif duygudurum varlığı
- o Hiçbir şeyden zevk alamama (anhedoni)
- o Konuşmada, düşüncelerde, davranışta yavaşlama
- o Enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik, letarji, anerji,
- o Uyku bozukluğu (genellikle insomnia olur)
- o İştahta değişme (genellikle kilo kaybı olur)
- o Somatik yakınmalar
- o Ajitasyon (huzursuzluk olarak yaşanan artmış motor etkinlik)
- o Cinsel ilgi ve etkinlikte azalma
- o İşe ya da yapılan diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı
- o Değersizlik, kendini küçük görme, kendi kendini kınama, utanç ya da suçluluk duyguları
- o Düşünmede yavaşlama ya da “düşüncelerinin (zihninin) karmakarışık olması” yakınmalarıyla belirli düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma
- o Anksiyete
- o Benlik saygısında azalma
- o Çaresizlik duyguları
- o Karamsarlık ve umutsuzluk
- o Ölüm düşünceleri veya intihar girişimleri

Depresyon tanımlamasının odak noktasını üzüntülü duygudurum (depresyon), azalan keyif alma kapasitesi (anhedoni) oluşturmaktadır. Duygudurum değişikliği depresyonun en temel ögesi olarak düşünülür, acı ve üzüntü duygusu, hoş olmayan olaylara aşırı duyarlılık, mutluluk verici olaylara duyarsızlık, beklenti memnuniyetinde azalma, zevk alamama, afekte küntleşme, apati şeklinde dışa vurum olarak belirtilebilir. Çökkün duygudurum terimi negatif afektif yansımayı simgeler ve çökkün, kederli, dokunaklı, irritabl veya anksiyöz gibi çeşitli şekillerde tanımlanır.

Depresyonda genel olarak üç alanda bozukluk olduğu söylenebilir:

- 1) Emosyonel alanda (disfori, irritabilite, anhedoni, toplumdan uzaklaşma)
- 2) Kognitif alanda (kendini kınama, değersizlik ya da suçluluk duyguları, umutsuzluk, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde toplamada güçlük çekme, bellek bozukluğu, hezeyanlar ya da halüsinasyonlar)
- 3)Vejetatif alanda (yorgunluk-bitkinlik, enerji kaybı ansomnia - hipersomnia, anoreksiya - hiperfaji, psikomotor retardasyon / ajitasyon, libido kaybı.

Depresyonlu hastanın değerlendirilmesi:

1) Öyküden Elde Edilen Bilgiler:

- a. Anhedoni-zevk alamama,
- b. Arkadaşlar veya aileden uzaklaşma,
- c. Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücünde azalma,
- d. Vejetatif belirtiler: libido kaybı, iştahsızlık ve kilo kaybı, iştah artışı ve kilo alma, düşük enerji düzeyi, adet düzensizliği, sabah erken uyanmadır (terminal insomnia). Çökkün hastaların yaklaşık % 75'i uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozukluklarına sahiptir, gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir) yaşarlar.
- e. Kabızlık.
- f. Ağız kuruluğu
- g. Baş ağrısı

2) Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler:

- a. **Genel görünüm ve davranış;** psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme.
- b. **Duygulanım;** sıkıntılı.
- c. **Duygudurum;** çökkün.
- d. **Konuşma;** azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur.
- e. **Düşünce içeriği;** çökkün hastaların % 60'ında özkıyım düşünceleri ve % 15'inde tamamlanmamış özkıyım, obsesif yinelemeler, yaygın umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları, bedenle ilgili zihinsel uğraşlar, kararsızlık, içerik yetersizliği, varsanı ve sanrılar (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma, kötülük görme gibi), kendiliğindenlikte azalma.

f. **Duyum;** çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu olabilir.

g. **İçgörü ve yargılama;** kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozular.

### 3) Eşlik Eden Bulgular:

a. Bedensel yakınmalar; depresyonu maskeleyebilir; özellikle kalp, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar.

b. Sanrı ve varsanıları mevcut ise içerikleri çökkün duygudurumla uyumlu olmaya eğilimlidir; en yaygın olanlar suçluluk, yoksulluk, hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili ve dünyanın sonu geldiği şeklindedir. Duygudurumla uyumsuz sanrılar, duygudurumla belirgin olarak ilişkisi olmayan içeriktedirler, örneğin çökkün durumlarla ilişkisiz düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrılarıdır.

### 4) Yaşa Özgü Bulgular: Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir.

a. **Puberte öncesi:** Somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.

b. **Ergenlik:** Madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz kişisel bakım

c. **Yaşlılık:** Bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödodemans ya da depresyonun demans sendromu, apati, çelinebilirlik)

### DEPRESYONDA RİSK FAKTÖRLERİ:

**Yaş:** Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. Jorm' un 2000 yılında ki bir çalışmasına göre, daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır (13).

**Cinsiyet:** Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyet göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır.

1) Biyolojik ve genetik etkenler: Menstürel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler menopoz, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda mono amino oksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroit hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal instabilitedeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Oral doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerinde artması, bu yaklaşımı desteklemektedir.

2)Psikolojik etkenler: Bu konuda, kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, bunlardan sorumlu tutulmaktadır (13).

**İrk ve etnik gruplar:** Loosen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada: majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıklarında, daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri sürenler yanında, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiğini ileri sürenlerde olmuştur (13).

**Medeni durum:** Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Brown ve Moran'ın 1997 yılında ki çalışmalarında eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre değişim göstermektedir. Bekar kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekar erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (13).

**Aile öyküsü ve genetik özellikler:** Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde % 11, kadınlarda % 18 düzeyindedir (13).

**Erken dönem çocukluk yaşantıları:** Bazı yazarlar anne baba tarafında sağlanan ve süreklilik gösteren sevgi ve duygular beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşı anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Spitz yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlanmış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların, ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir (13).

### **Çocukluk dönemi yaşantıları:**

1. Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimiyle ilişkili bulunmuştur.

2. Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir.

3. Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. 1994'te Bifulco'nun, 1990'da Haris'in yaptıkları çalışmalarda aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür.

Birmaher ve arkadaşlarının 1996'da ki çalışmasında çocukluk dönemlerinde ki kötüye kullanımlarının hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) eksenin işlevlerini etkileyebileceği yani kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) uyarma testinde daha yüksek derecede ACTH yanıtlarının alındığını ileri sürmektedirler (13).

**Hastalık öncesi kişilik özellikleri:** Depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki (premorbid) kişilik yapısı incelenmelidir. Obsesif histrionik, pasif ve bağımlı ve de sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken, antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (13).

**Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri:** Olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Bir çok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir. Çünkü negatif olaylar daha çok "afektif diatez"e sahip bireyler üzerinde etkili olmaktadır.

Paykel'in 1971, 1994 ve 1997'de ki çalışmalarında bu konuyla ilgili bir diğer hususa dikkat çekilmiştir. Yaşanan olayların kendisinden çok, o olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak 1997'de Brown ve arkadaşları etkileri uzun süre devam eden yaşam olaylarının depresyon oluşturmadaki rolünü vurgulamış, kısa süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığını ileri sürmüşlerdir (13).

**Sosyo-ekonomik durum ve sosyal destek :** Bruce ve Takeuchi 1991'de yoksul kişilerde depresyon oranının iki kat daha fazla olduğunu, Rothschild ise 1999 yılındaki çalışmasında depresyonun kentlerde, işsizlerde 3 kat, yoksullarda 2 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (13).

#### **Diğer psikiyatrik durumlarla birliktelik:**

1. Kupfer 2001'de depresyonun tekrarlayabilen ve kronikleşen bir hastalık olduğunu, birinci epizoddan sonra ortalama % 75-80 civarında nüks olduğunu ifade etmiştir.

2. Anksiyete bozukluklarının varlığı, depresyon olasılığını artırmaktadır.

3. Nörolojik hastalıklar; örneğin Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, inme gibi hastalıklarda depresyon yüksek orandadır.

4. Birincil uyku bozukluklarının varlığı depresyon sıklığını artırmaktadır.

5. Alkol ve madde kötüye kullanımıyla depresyon arasında daha yüksek oranda birliktelik izlenir (13).

#### **MAJOR DEPRESİF EPİZOD İÇİN DSM-IV TANI ÖLÇÜTLERİ:**

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin olması: semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olamayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin: kendisini üzgün, boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin: ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hasta kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin: ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması).

4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

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

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

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

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu belirtiler bir maddenin (ilaç kötüye kullanım ya da bir tedavi ilacı kullanımı) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. Hipotroidizm) bağlı değildir.

E. Bu semptomlar sevilen birinin, bir nesnenin veya durumun yitirilmesinden sonra ortaya çıkan **yas** durumu ile daha iyi açıklanamaz. Bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (26,27).

Majör depresif bozuklukta hastalık dönemleri genellikle haftalar ya da aylar boyu sürebilen prodromal dönemin ardından başlar. DSM- IV- TR majör depresif bozukluk

tanısı için; 1) disforik duygudurum ya da alışlagelmiş etkinliklere karşı ilgide azalma olması, 2) ek olarak en az dört klasik depresif belirti ve bulgu olması, 3) bunların en az iki haftadır sürüyor olması, 4) bu belirti ve bulguların depresif belirtilere yol açabilen başka bir süreç, örneğin yas, sıklıkla depresyonla iç içe giden fiziksel bir durum ya da başka bir akıl hastalığıyla açıklanamıyor olması gereklidir. Tek hastalık dönemi olabilir ya da sıklıkla görüldüğü gibi yineleyici ya da her iki türlü de olabilir.

Günümüzdeki tanıma göre bir kişide olumsuz bir yaşam olayının ardından 14 gün süren moral bozukluğu ve kendine olan güvende azalma, uyku ve konsantrasyon bozukluğu ve cinsel ilgide azalma gibi belirtiler ortaya çıkarsa bu kişi ılımlı şiddette majör depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılıyor demektir.

### AYIRICI TANI

Kişilerde tespit edilen bütün bulgu ve belirtiler depresyon tanısını düşündürse de, genel olarak depresyon tanısı konmadan önce yapılması gereken üç şey daha vardır:

1) Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırt etmek için iyi bir fizik ve nörolojik muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır (yaşlılarda yaklaşık % 50).

2) Belirtilerin herhangi bir ilaç veya madde (opioid ve benzeri) kullanımına bağlı olup olmadığı iyi bir soruşturma ve muayene ile ayrılmalıdır.

3) Belirtilerin işlevselliği bozacak düzeyde olup olmadığı soruşturulmalı ve mümkünse psikolojik testlerle tespit edilmelidir

### Tanı koymadan önce yapılması gereken incelemeler:

- 1) Rutin fizik ve nörolojik muayene
- 2) İdrar analizi
- 3) Kan analizi (biyokimya, karaciğer fonksiyon testleri)
- 4) Akciğer grafisi
- 5) EKG
- 6) Bağımsız hikâye (akraba ve/veya arkadaşlardan alınan bilgiler)
- 7) Psikolojik testler

Depresyon belirtileri birçok başka hastalık ve bozukluğun belirtileri ile karışabilir, bu hastalık ve bozukluklardan bir kısmının klinik özellikleri aşağıda gösterilmiştir:

- 1) Hipertiroidizm (taşikardi, çarpıntılar, tremor, terleme, ekzoftalmi, tiroit büyümesi)
- 2) Hiperglisemi (terleme, güçsüzlük, açlık, tremor, baş ağrısı)
- 3) Feokromasitoma (hipertansiyon, zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı, hiperhidroz)
- 4) Solunum bozuklukları (nefes darlığı, öksürük, göğüs belirtileri, ateş)
- 5) Aritmiler (çarpıntılar, göğüs ağrısı, nefes darlığı, bayılmalar, EKG değişiklikleri)

Farklı sistemleri ilgilendiren birçok tıbbi hastalık veya belirti dizinleri ya da gidiş özellikleri belirgin olarak farklı olan birçok psikiyatrik bozukluk, iyi bir öykü ve muayene ihmal edilirse depresyon ile rahatlıkla karışabilmektedir. Bu nedenle bu hastalıklar ve bozuklukların depresyon ile uyuşan ve ayrışan belirtilerini çok iyi bilmek ve araştırmak gerekir, çünkü iyi bir öykü, dikkatli fizik ve nörolojik muayene ile rutin laboratuvar muayeneleri ayırımı büyük ölçüde sağlayabilmektedir.

Belirtileri depresyonla karışabilen bazı psikiyatrik bozukluklar:

- 1) Demans (özellikle yakın hafızada bozukluk, konuşma ve anlama bozukluğu, davranış ve kişilikte bozulma, sinsi başlangıç)
- 2) Anksiyete (sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi fiziksel belirtiler uykusuzluk özellikle uykuya dalmada zorluk, yaygın özgül fobiler)
- 3) İki uçlu bozukluk (açık epizodik gidiş depresyon mani veya hipomaniyle alternatif olarak yaşanır aile hikâyesi belirgindir)
- 4) Şizofrenik bozukluk (ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durumu ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel halüsinasyonlar, bizar ve uygunsuz duygu durumu, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıç geç erişkinlik veya orta yaşta)

## B. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (19).

Anksiyete (anxiety) terimi Latince "tıkanma", "boğulma" anlamına gelen "angere" kökünden türetilmiştir. Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (fear) Almanca'dan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir.

Anksiyete bozuklukları genel toplumda en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Yetişkindekine benzer bir şekilde, anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde de en sık görülen ruhsal bozukluklardır (1). 1990'lardan bu yana anksiyete bozuklukları üzerinde daha fazla durulmaktadır. Dünyada çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığa ilişkin benzer oranlar saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise Amerikan toplumunda yaklaşık olarak dört erişkinden birinde anksiyete bozukluğu bulunmuştur.

### TANIMLAR:

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabında (DSM-IV TR) Kategorik Anksiyete Bozuklukları olarak yer alan sınıflamada panik bozukluğu, agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete ve aşırı anksiyete duyma bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve antisosyal bozukluk yer alır.

DSM-IV-TR' de tanımlana şekli ile anksiyete bozukluklarının ana özellikleri Tablo 1 de yer almaktadır (19).

### SINIFLAMA:

Anksiyete bozuklukları DSM-IV'de alt başlıklar olarak ele alınmıştır:

1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
2. Panik Bozukluk
  - a-Agorafobi ile birlikte b-Agorafobi ile birlikte olmayan
3. Özgül Fobi

4. Sosyal Fobi
5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk
6. Posttravmatik Stres Bozukluğu
7. Akut Stres Bozukluğu
8. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
9. Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu
10. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

Tablo 1: DSM IV-TR 'de tanımlandığı şekli ile anksiyete bozukluklarının ana özellikleri.

<p><b>Panik bozukluğu</b></p> <p>1-Aşağıdakilerden dördü ya da daha fazlası ile belirli yineleyici beklenmeyen panik atakları</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Çarpıntı</li> <li>-Terleme</li> <li>-Titreme ya da sarsılma</li> <li>- Nefesin kesilmesi</li> <li>-Boğulma hissi (hava açlığı)</li> <li>-Bulantı ya da karında rahatsızlık hissi</li> <li>-Sersemlik hissi, baş dönmesi ve fenalaşma hissi</li> <li>-Derealizasyon ya da depersonalizasyon</li> <li>-Denetimi yitirme ya da çıldırma korkusu</li> <li>-Ölüm korkusu</li> <li>-Uyuşma ya da karıncalanma hissi</li> <li>-Üşüme hissi ya da sıcak basmaları</li> </ul> <p>2-Başka nöbetlerin de olacağına ilişkin sürekli endişe</p> <p>3-Atakların sonuçları ya da anlamına ilişkin endişe (kalp atağı ya da inme gibi)</p> <p>4-Davranışlarda ataklara ilişkin önemli değişiklik</p> <p>±Agorafobi</p>	<p><b>Özgül fobi</b></p> <p>1-Özgül bir nesne ya da durumun varlığı ya da beklentisi ile başlayan aşırı, mantıksız, belirgin ve sürekli korku</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Uçma</li> <li>-Kapalı yerler</li> <li>-Yükseklik</li> <li>-Fırtına</li> <li>-Hayvanlar (Ör: yılanlar ya da örümcek)</li> <li>-Enjeksiyon yapılması</li> <li>-Kan</li> </ul> <p>2-Uyarının ani anksiyete tepkisine yol açması</p> <p>3-korkunun aşırı ya da anlamsız olması</p> <p>4- kaçınma, endişeli beklenti ya da sıkıntının önemli düzeyde işlev kaybı yaratması</p>
<p><b>Agorafobi</b></p> <p>1-Kurtulmanın zor olabileceği veya utandırabilecek ya da bir panik atağı geçirme durumunda yardım alamayacağı yer ve durumlarda bulunma korkusu</p> <p>2-Sıklıkla aşağıda örnekleri verilen korkulan yer ve durumlardan kaçınma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kalabalık ortam</li> <li>-Mağazalar</li> <li>-Köprüler</li> <li>-Tüneller</li> <li>-Otobüs, tren veya uçak ile seyahat etme</li> <li>-Tiyatrolar</li> <li>-Kuyrukta bekleme</li> <li>-Küçük kapalı odalar</li> </ul>	<p><b>Yaygın anksiyete bozukluğu</b></p> <p>1-Geleceğe yönelik birçok olay ya da aktivite hakkında ve hemen her gün süren aşırı anksiyete ya da aşırı endişe duyma</p> <p>2-Endişenin kontrol altında tutulmasında zorlanma</p> <p>3-Endişe aşağıdaki bulguların en az üçüne eşlik eder: Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da sabırsızlanma, kolay yorulma,düşüncelerini yoğunlaştırmada zorlu çekme ,irritabilite, kas gerginliği,uyku bozukluğu</p> <p>4-Anksiyete ve endişe belirgin strese ve sosyal, mesleki ya da diğer günlük işlevlerde bozulmaya yol açar.</p>

<b>Sosyal fobi</b>	<b>Obsesif-kompulsif bozukluk</b>
<p>1-Kişinin olumsuz olarak değerlendirilme ve başkalarının gözü önünde olmaktan endişe duyabileceği bir ya da daha fazla sosyal durumdan veya performans gerektiren durumundan belirgin ve sürekli korku duyma. Örneğin;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Topluluk önünde konuşma</li><li>-toplum içinde yazma, yeme veya içme</li><li>-Konuşmanın başlatılması ya da sürdürülmesi</li></ul> <p>2-Belki de yüz kızarması veya terleme gibi anksiyete bulguları görünür hale gelecek şekilde küçük duruma düşme ya da utandırılma korkusu</p> <p>3-Korkulan sosyal ortamdan ya da performans gereken durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir anksiyete ya da sıkıntı ile bunlara katlanılır.</p>	<p>1-Obsesyon ve kompulsiyonların bulunması obsesyonlar istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler. Bulaşma, yineleyici kuşklar, sıralama, dürtüler, cinsel düşlemler Kompulsiyonlar amacı anksiyeteden ya da sıkıntıdan korumak ya da azaltmak olan yineleyici davranışlar ve ya zihinsel eylemlerdir. El yıkama, sıralama, kontrol etme, dua etme, sayma, sözcüklerin yinelenmesi</p> <p>2-Korkunun aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirilmesi</p> <p>3-Obsesyonlar belirgin sıkıntıya neden olur. Günde bir saatten daha fazla zaman alır ya da sosyal, mesleki ya da diğer günlük aktivitelerde önemli ölçüde bozulmaya neden olur..</p>

## OLUŞ NEDENLERİ:

### 1. Psikolojik varsayımlar

a. Psikoanalitik varsayım: Bu görüşe göre anksiyete temelde bir iç çatışmanın (intrapsişik) ürünüdür. Buradaki çatışma benlik ile alt benlik, ya da benlik ile üst benlik arasında oluşabilir. Alt benlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa (regresyon) sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözemese, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar. Bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar. Buna “serbest yüzen anksiyete” denir. Bastırma işe yaramadığında bu çatışmayla baş etmek için diğer savunma düzeneklerini kullanırsa, kullandığı savunma düzeneğine göre diğer anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir.

b. Davranışçı varsayım: Davranışçı görüşe göre anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyaranlar koşulsuz tepkilere neden olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır.

c. Bilişsel (kognitif) varsayım: Bu varsayıma göre anksiyetenin nedeni olayın kendisi değil, bu olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı, nasıl algılandığıdır. Olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda anksiyete ortaya çıkar.

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

#### ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ SIKLIKLARI

Anksiyetenin genel nüfustaki yaygınlık oranı % 4-6 olarak bildirilmektedir. Kadınlarda genellikle erkekler göre iki kat sık görülmektedir. 1978-1980 arasında Gölbaşı Kasabası ve Ankara' da yapılan epidemiyolojik araştırmalarda hastalık derecesinde olmasa bile anksiyete belirtilerinin sıklığı % 10-30 arasında bulunmuştur (20).

**Panik bozukluğu** çeşitli çalışmalarda elde edilen oranlar oldukça uyumludur. Genel olarak bakıldığında yaygınlık oranları % 2,1'lik ortalama ile % 0,4 (Tayvan) ve % 3,8 (Hollanda) arasında değişmektedir. Kadınlarda ise oranlar daha yüksek olup % 3,1'lik ortalama ile % 0,6 (Tayvan) ve % 5,7 (Hollanda) arasında değişmektedir. Genel nüfusta yaşam boyu yaygınlık oranı % 1-2 olarak bildirilmiştir (37-39). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda Panik bozukluğu Kadınlarda % 0.5, erkeklerde % 0.2'dir (36).

**Yaygın anksiyete bozukluğu** genel olarak bakıldığında oranlar % 2,3 (Hollanda) ile % 13,1 (Zürih) arasında değişmektedir. WHO ile işbirliği içinde 14 ülkeyi içine alan uluslararası bir araştırmada Gölbaşı Merkez Sağlık Ocağına başvuran hastalar arasında % 2 oranında ICD-10'a göre tanı konabilen YAB saptanmıştır (35). Türkiye Ruh sağlığı araştırmasında 12 aylık dönem içinde kadınlarda % 0.8, erkeklerde % 0.5 oranında bulunmuştur (36).

**Agorafobi** yaygınlık oranı ortalama % 4,2'dir. Kadınlarda anlamlı olarak daha yüksektir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvuran yetişkinler arasında agorafobi % 0.6 oranında bulunmuştur (36).

**Sosyal fobi**, çeşitli uluslararası toplum çalışmalarında en yüksek sıklık oranı % 2,6 ile Birleşik Devletler' de, en düşük ise % 0,5-0,6 ile Asya ülkelerindedirler. Bu denli farklılıkların nedeni gerçek kültürler arası farklardan çok yöntem veya çeviri tutarsızlıklarından kaynaklanıp kaynaklanmadığı ayırt edilememektedir. Türkiye Ruh

Sağlığı Profili araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvuran yetişkinler arasında sosyal fobi % 1.8 oranında bulunmuştur (36).

**Özgül fobi** yaşam boyu yaygınlık oranları bölgeler arasında oldukça uyumludur. Özgül fobinin kadınlardaki oranı (% 13.6-% 16.1) erkeklerdeki oranların (% 5.2-% 6.7) iki katıdır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvuran yetişkinler arasında özgül fobi % 2.7 oranında bulunmuştur (36).

**Obsessif-kompulsif bozukluk** oranları da çalışmalar arasında uyum göstermektedir. Depresyon,fobiler,alkol/ilaç kötü kullanımından sonra dördüncü sıklıkla görülen bir ruhsal bozukluktur. Yaşam boyu oran Tayvan'da % 0.7 ile Zürih'te % 4.4 arasında değişmektedir. OKB'nin yaşam boyu oranları cinsiyet açısından anlamlı bir fark göstermemiştir (19,40). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvuran yetişkinler arasında toplam OKB oranı % 0.5, kadınlarda (% 0.6) ,erkeklerde (% 0.2) göre üç kat yüksek oranda bulunmuştur (36).

#### ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ:

Temel olarak anksiyete bozukluklarında belirtiler benzerdir. Ancak kullanılan savunma düzeneklerine göre farklı belirtiler eşlik ederek farklı klinik tablolar oluşur.

Genel anlamda anksiyetenin 4 temel klinik özelliği vardır.

**1) Bilişsel belirtiler:** Gerçeklik duygusunda değişme, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolünü yitirme kaygısı, fiziksel zarar göreceği endişesi.

**2) Affektif belirtiler:** Korku,huzursuzluk, endişe, çaresizlik, alarm duygusu, panik .

**3) Davranışsal belirtiler:** Anksiyete yaratan durumlardan kaçınma davranışı, donma kalma.

#### **4) Fizyolojik belirtiler:**

Kardiovasküler sistem: Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma

Solunum sistemi : Nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi

Gastrointestinal sistem : Yutma güçlüğü, bunaltı, kusma, ishal , karın ağrısı )

Genitoüriner sistem : Sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik

Cilt belirtileri : Terleme, kızarma, sıcak basması (Tablo 3)

Nörolojik : Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk

Tablo 2: Anksiyete bozukluğunun fizyolojik belirtileri

Alt tip:	Fizyolojik belirti
Panik bozukluğu	Kalp çarpıntısı ya da kalp hızında artma Terleme Titreme veya sallanma Nefes darlığı ya da nefessiz kalma hissi Bayılıyormuş hissi Göğüs ağrısı ya da rahatsızlığı Mide bulantısı ya da karında rahatsızlık Baş dönmesi, bayılma hissi, denge kaybı Sıcak basması
Travma sonrası stres bozukluğu	Travma ile ilişkili ipuçlarına maruz kalındığında fizyolojik reaktivite Uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlükler Abartılı irkilme yanıtı
Yaygın anksiyete bozukluğu	Kas gerginliği Uyku bozukluğu
Akut stres bozukluğu	Belirgin tetikte olma belirtileri

#### RİSK FAKTÖRLERİ:

**Cinsiyet farkları.** Alan çalışmalarında elde edilen sonuçlar hemen hemen tüm anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir. Pek çok çalışmalarda panik, YAB, agorafobi, ve basit fobi kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır. OKB ve sosyal fobide ise kadın/erkek oranı hemen hemen eşittir.

Tablo 3: Anksiyete bozuklukları için yatkınlık etkenleri

Bireysel Etkenler	Dış Etkenler
-Genetik etkenler -Huy Davranışsal inhibisyon Anksiyete duyarlılığı -Psikiyatrik ya da tıbbi bozukluk öyküsü -Otonomik tepkisellik -Solunumsal duyarlılık -Nörobiyolojik etkenler -Nöroendokrin etkenler	-Stres ya da yaşam olayları ile karşı karşıya kalma -Madde kullanımı -Ebeveynlik şekli Model olma Duyarlılaşma

**Yaşa özgü ifade modelleri.** Anksiyete bozuklukları, özellikle de fobiler tüm yaşam boyunca sürme eğilimi taşırlar. Ancak özgüllük ve kronisite açısından anksiyete alt tipleri arasında büyük farklar bulunmaktadır. Erişkinler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar kadınlardaki anksiyete bozukluklarının erken ve orta erişkinlikte daha sık olmak üzere yaşamın tüm dönemlerinde görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca, erkeklerdeki anksiyete bozuklukları da yaşam boyunca daha sabitken, kadınlarda dördüncü ve beşinci on yıllık dönemlerde artış göstermekte, daha sonra azalmaktadır. Kadınlardaki yüksek hızlar tüm yaşa dönemleri için geçerlidir ve ileri yaşlarda anksiyetenin azalması ile düşmez.

**Sosyal sınıf.** Toplum çalışmaları birbiriyle uyumlu şekilde anksiyete bozukluklarının hızlarının düşük sosyoekonomik yapı ve düşük eğitim düzeyi olan toplum kesimlerinde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hollanda Ruh Sağlığı Alan taraması ve sıklık çalışmasına (NEMESIS) göre, anksiyete bozuklukları ev kadınlarında, işsizlerde ve özürlü olanlarda daha sık görülmektedir.

**Ailesel ve genetik etmenler.** Tüm büyük anksiyete bozukluğu alt tiplerinde ailesel geçiş özelliği bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, görece orta büyüklükte bulunan kalıtılabilirlik çevresel koşulların da etkili olabileceğini göstermektedir. Anksiyete alt tiplerinden, panik bozukluğu hemen hemen yedi kat risk artışı ile, en kuvvetli ailesel geçiş gösteren anksiyete bozukluğudur.

**Huy ve kişilik:** Anksiyete gelişmesi için hassasiyet yaratan en erken göstergelerden biri *davranışsal inhibisyon*dur. Yeni uyarılar ve mücadele gerektiren durumlar ile karşı karşıya gelindiğinde psikolojik tepkisellik veya davranışsal olarak geri çekilme anlamına gelir. *Anksiyete duyarlılığı* anksiyete duyularının zararlı fizyolojik, psikolojik veya sosyal sonuçların (bayılma ya da kalp atağı tehdidi) göstergesi olabileceği inancı ile belirlidir. Anksiyete bozukluklarının anksiyete bulguları ve bozukluklarının gelişimine öncülük ettiği ve depresyondan çok anksiyetenin gelişmesi için özgül bir yordayıcı özellik olduğu gösterilmiştir.

**Eş tanılar:** Anksiyete bozukluklarının gelişmesi için risk arttıran eş tanılar yeme bozuklukları, depresyon ve madde kullanımınıdır.

**Tıbbi Bulgular ve Bozukluklar:** Çeşitli araştırmalarda, anksiyete bozuklukları ile alerjiler, yüksek ateş, immünolojik bozukluklar ve enfeksiyonlar, epilepsi ve bağ dokusu hastalıkları arasında birliktelik olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, ileriye dönük çalışmalarda anksiyete bozukluklarının iskemik kalp hastalığı ve migren gibi bazı

kardiyovasküler ve nörolojik hastalıkların gelişimi için de risk etmeni olduğu gösterilmiştir.

**Yaşam Olayları ve Stres Etmenleri:** Herhangi birinin güvenlik kavramını tehdit eden yaşam deneyimleri sıklıkla en azından geriye dönük olarak anksiyete bozukluklarının başlamasına neden olarak ya da tetikleyicisi olarak algılanmaktadır. Yaşam deneyimlerinin nedensel rolü ile ilişkili kanıtların değerlendirilmesinde anksiyete alt tipleri ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Stresli yaşam olayları panik dönemleri başlatan ailede depresyon öyküsü gibi diğer risk etmenleri ile etkileşir. Özgül çevresel etmenler açısından, ebeveynliğin anksiyete bozukluğuna hassasiyeti arttırmadaki rolü konusunda anksiyetenin anne-çocuk ilişkisindeki kesintiye yanıt kuramı işlenmekte, annenin aşırı koruyucu tavrının anksiyete ile özellikle de ayrılma anksiyetesi ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (19).

## MATERYAL-METOD

Bu çalışma Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 150 tıpta uzmanlık öğrencisinden formları doldurmayı kabul eden 134 kişi ile yüz yüze görüşülerek hazırlandı. Araştırmaya görüşülen 134 olgudan 7 olgu dışlama kriterimiz olan antidepresan ya da anksiyete giderici bir ilaç kullanımı olması nedeniyle istatistik değerlendirilmeye alınmadı. Ağustos-Eylül 2008 arasında görüşmeler tamamlandı.

Çalışmaya katılan doktorlardan sosyodemografik veri formu doldurması istendi (EK-1). Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği uygulandı (EK-2). Depresyon ve anksiyete seviyeleri saptandı ve sosyodemografik veriler ile karşılaştırılarak istatistiksel çalışması yapıldı.

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ:

Özgün adı: Beck Depression Inventory (BDI) (31)

Ölçtüğü nitelik: Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek

Ölçek türü: Kendini değerlendirme ölçeği

Uygulanacak grup: sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları

Kapsamı: toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir ve dördümlü Likert tipi ölçüm yöntemi kullanılmıştır.

Materyal: Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

Puanlama: Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile ifade edilir. Toplam 0-63 arasında değişir.

Yorumlama : Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (32).

Türkçe formunun Güvenilirliği: Güvenilirlik çalışmasında , Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde ,r = 0,74 olarak belirlenmiştir (32,33).

Geçerlilik: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği ile her zaman geçerlik katsayısı 0,72'dir.

Bu bulgular Beck depresyon ölçeğinin depresyonu anksiyeteden ayırabildiğini göstermektedir (32).

## BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ:

Psikiyatrik popülasyonda anksiyete şiddetini ölçmek için 1988'de Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilen 21 maddelik likert tipi kendini değerlendirmeli bir ölçektir. Anksiyöz mizacı ,otonomik hiperaktivite ve motor gerginliği,bazı bilişleri belirleyen maddeleri içerir. Hastadan belirtileri 'bugün dahil son bir hafta' içinde değerlendirmesi istenir. Her bir semptom hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde var şeklinde değerlendirilir. Toplam puan 0-63 arası değişir. Test-tekrar test güvenilirliği, 0,75 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe'ye çeviri çalışması Bilkent Üniversitesi psikolojik Danışma ve Araştırma Merkez başkanı Doç. Dr. Nesrin Şahin tarafından yürütülmüş, Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesine Dr. Mustafa Ulusoy tarafından yapılmıştır (34)

## İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD testi iki gruba göre değerlendirmelerde student t test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

Çalışma Ağustos 2008 - Eylül 2008 tarihleri arasında Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği servisinde toplam 127 hekim üzerinde yapılmıştır. Hekimlerin yaşları 24 ile 42 arasında değişmekte olup ortalama yaş  $29,55 \pm 3,36$ 'dır. Cinsiyetlere göre dağılımlara bakıldığında % 48,8'i erkek, % 51,2'si kadındır.

*Tablo 4: Tanımlayıcı özelliklere göre dağılımlar*

		Min – Max	Ort±SD
<b>Yaş</b>		24 – 42	29,55±3,36
<b>Aylık gelir</b>		1300 – 6500	2303,93±572,71
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	<b>&lt;30</b>	78	61,4
	<b>&gt; 30</b>	49	38,6
<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b>	62	48,8
	<b>Kadın</b>	65	51,2
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	57	44,9
	<b>Bekâr</b>	67	52,8
	<b>Boşanmış</b>	3	2,4
<b>Çocuk sayısı</b>	<b>Yok</b>	104	81,9
	<b>1</b>	19	15,0
	<b>2 ve üzeri</b>	4	3,1
<b>Oturulan ev</b>	<b>Kira</b>	78	61,4
	<b>Kendimin</b>	23	18,1
	<b>Aileye ait</b>	26	20,5
<b>Aylık gelir</b>	<b>&lt; 2500</b>	76	59,8
	<b>≥ 2500</b>	51	40,2
<b>Aileden yeterince destek alma</b>	<b>Evet</b>	104	81,9
	<b>Hayır</b>	23	18,1

Hekimlerin aylık gelirleri 1.300 ile 6.500 YTL arasında değişmekte olup ortalama gelir  $2303,93 \pm 572,71$  YTL'dir.

Medeni duruma göre dağılımlara bakıldığında % 44.9'u evli, % 52.8'i bekar, % 2.4'ü boşanmıştır. Çocukları bulunmayan % 81.9 olgu, 1 çocuk olan % 15 olgu ve 2 ve üzeri çocuğu olan % 3.1 olgu vardır.

Kendi evinde oturan % 18.1, kirada oturan % 51.4 olgu ve aileye ait evde oturan % 20.5 olgu vardır.

Hekimlerin aylık gelirlerine, bakıldığında % 59.8'i 2500 YTL altında, % 40.2'si 2500 YTL veya üzerinde demıştır.

Hekimlerin ailelerinden yeterince destek alma durumlarına bakıldığında % 81.9'u evet, % 18.1'i hayır demıştır.

**Tablo 5: Çalışmaya ilişkin dağılımlar**

		Min – Max	Ort±SD
<b>Çalışma süresi (saat)</b>		7 – 17	10,88±2,57
<b>Çalışma süresi (saat)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mecburi hizmet yapma durumu</b>	≤ 8 saat	26	20,5
	> 8 saat	101	79,5
<b>Branşınız dışında yapmak istenilen ihtisas</b>	Evet	27	21,3
	Hayır	99	78,0
<b>Ülkemizde ihtisas dalının geleceği hakkında görüş</b>	Evet	51	40,2
	Hayır	76	59,8
	Çok iyi	3	2,4
<b>Branşınızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu değerlendirme</b>	İyi	35	27,6
	Orta	57	44,9
	Kötü	28	22,0
	Aynen kalır	4	3,1
<b>Branşınızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu değerlendirme</b>	Çok iyi	10	7,9
	İyi	43	33,9
	Orta	59	46,5
<b>İş yerinden memnun olma</b>	Kötü	15	11,8
	Evet	45	35,4
	Hayır	54	42,5
	Kararsızım	28	22,0

Hekimlerin çalışma süreleri 7 ile 17 saat arasında değişmekte olup, ortalama çalışma süresi  $10.88 \pm 2.57$  saattir.

Çalışma süreleri sınıflayarak bakıldığında % 20.5'i 8 saat veya altında, % 79.5'i 8 saat üzerindedir. Hekimlerin % 21,3'ü mecburi hizmet yaptığını, % 78'i ise yapmadığını ifade etmiştir.

Branşı dışında yapmak istediği ihtisas dalı olan % 40,2 hekim vardı ve yaptığı ihtisasın dalının geleceğinin % 2,4'ü çok iyi olduğunu, % 27.6'sı iyi, % 44.9'u orta, % 22'si kötü, % 3.1'i aynen kalacağı görüşündeydi.

Branşının hekimlik camiasındaki saygınlık durumuna % 7.9'u çok iyi, % 33.9'u iyi, % 46.5'i orta, % 11.8'i kötü şeklinde değerlendirmiştir.

İş yerinden memnun olma durumuna bakıldığında % 35.4'ü evet, % 42.5'i hayır, % 22'si kararsızım demiştir.

Hekimlik çalışmasını sürdürürken diğer uzmanlık dalı hekimleriyle işbirliği içinde olma durumuna bakıldığında % 50.4'ü sık sık, % 36.2'si bazen, % 11.8'i nadiren, % 1.6'sı hiçbir zaman demiştir.

Hekimler, birlikte çalışılan diğer uzmanlık dalı hekimlerin tutumlarını % 2.4'ü çok iyi, % 38.6'sı iyi, % 51.2'si orta, % 7.9'u kötü şeklinde değerlendirmiştir.

Tıp fakültesine girerken meslekle ilgili karşılaşılabilecek zorlukları dair bilgi edinme durumuna bakıldığında % 11.8'i evet, % 64.6'sı hayır, % 23.6'sı kısmen bilgi edindiklerini ifade etmiştir.

Tıpta uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra nasıl bir çalışma ortamında bulunulacağına dair ön düşünce hakkındaki şimdiki görüşlerine bakıldığında % 31.5'i değişmediğini, % 7.1'i olumlu yönde değiştiğini, % 61.4'ü olumsuz yönde değiştiğini belirtmiştir.

Hekimlerin % 11.8'i hastalar tarafından yeterince takdir edildiklerini, % 51.2'si edilmediğini ve % 37'si ise kısmen edildiğini düşünmekteydi.

Meslektaşları tarafından yeterince destek gördüğüne inanan % 10.2 hekim bulunmaktaydı. % 33.1'i meslektaşları tarafından desteklenmediğini söylemekte ve % 56.7'si ise kısmen destek gördüğünü ifade etmekteydi.

*Tablo 6: Mesleğe ilişkin değerlendirmeler*

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hekimlik çalışmasını sürdürürken diğer uzmanlık dalı hekimleriyle iş birliği içinde olma</b>	<b>Sık sık</b>	64	50,4
	<b>Bazen</b>	46	36,2
	<b>Nadiren</b>	15	11,8
	<b>Hiçbir zaman</b>	2	1,6
<b>Birlikte çalışılan diğer uzman dalı hekimlerinin tutumları</b>	<b>Çok iyi</b>	3	2,4
	<b>İyi</b>	49	38,6
	<b>Orta</b>	65	51,2
	<b>Kötü</b>	10	7,9
<b>Tıp fakültesine girerken meslekle ilgili karşılaşılabilecek zorlukları dair bilgi edinme</b>	<b>Evet</b>	15	11,8
	<b>Hayır</b>	82	64,6
	<b>Kısmen</b>	30	23,6
<b>Tıpta uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra nasıl bir çalışma ortamında bulunacağınıza dair ön düşünce hakkındaki şimdiki görüş</b>	<b>Değişmedi</b>	40	31,5
	<b>Olumlu yönde değişti</b>	9	7,1
	<b>Olumsuz yönde değişti</b>	78	61,4
<b>Hastalar tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünme</b>	<b>Evet</b>	15	11,8
	<b>Hayır</b>	65	51,2
	<b>Kısmen</b>	47	37,0
<b>Meslektaşlarımız tarafından yeterince destek gördüğünüze inanma</b>	<b>Evet</b>	13	10,2
	<b>Hayır</b>	42	33,1
	<b>Kısmen</b>	72	56,7
<b>Çalışmanız müddetince hastaya gerekli hizmetin verilemediği bir durum yaşama</b>	<b>Sık sık</b>	38	29,9
	<b>Bazen</b>	62	48,8
	<b>Nadiren</b>	24	18,9
	<b>Hiçbir zaman</b>	3	2,4
<b>Hizmet şartlarının daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğinizi düşündüğünüz hastayı kaybetme</b>	<b>Hayır</b>	69	54,3
	<b>Evet, 1 kez</b>	17	13,4
	<b>Birden fazla</b>	41	32,3

Çalışmaları müddetince hastaya gerekli hizmetin verilemediği bir durumu sık sık yaşadığını söyleyen % 29.9 hekim bazen yaşadığını söyleyen % 48.8 hekim, nadiren yaşadığını söyleyen % 18.9 hekim ve hiçbir zaman yaşamadığını söyleyen % 2.4 hekim vardır.

Hekimlerin hizmet şartlarının daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğini düşündüğü hastayı kaybetme durumunun olmasına (vefat etmesine) bakıldığında % 54.3'ü hayır, % 13.4'ü evet, 1 kez, % 32.3'ü birden fazla demiştir.

**Tablo 7: Mesleğe yönelik değerlendirmeler**

		n	%
<b>Tıpta uzmanlık eğitimini sürdürdüğünüz branşı bırakmayı düşünme</b>	<b>Evet</b>	27	21,3
	<b>Hayır</b>	100	78,8
<b>Hekimliği bırakmayı düşünme</b>	<b>Evet</b>	29	22,8
	<b>Hayır</b>	98	77,2
<b>Eğitim alınan uzmanlık dalının asistan olmaktan memnunluk</b>	<b>Evet</b>	78	61,4
	<b>Hayır</b>	49	38,6
<b>Alınan asistanlık eğitimi ile mesleki çalışma açısından öz güvende artma</b>	<b>Evet</b>	95	74,8
	<b>Hayır</b>	32	25,2
<b>Günlük hayatta kendine, diğer uğraşlarınıza vakit ayırabilme</b>	<b>Evet</b>	23	18,1
	<b>Hayır</b>	104	81,9
<b>Yıllık izin kullanma</b>	<b>Evet</b>	106	83,5
	<b>Hayır</b>	21	16,5
<b>İş ve aile çevresi dışında yakın çevrenizdeki insanlardan yeterince destek görme</b>	<b>Evet</b>	71	55,9
	<b>Hayır</b>	56	44,1
<b>Asistan olarak çalışma süresi</b>	<b>&lt; 12 ay</b>	27	21,3
	<b>&gt; 1 yıl</b>	100	78,7
<b>Hekimlik mesleğinin size uygululuğu</b>	<b>Uygun</b>	66	52,0
	<b>Kısmen uygun</b>	52	40,9
	<b>Uygun değil</b>	9	7,1
<b>Mesleğinizin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanma</b>	<b>Evet</b>	14	11,0
	<b>Hayır</b>	113	89,0
<b>Nöbet tutma</b>	<b>Evet</b>	114	89,8
	<b>Hayır</b>	13	10,2
<b>Mesainizin geçtiği alan koşulları</b>	<b>Çoğunlukla güneş görmeyen</b>	67	52,8
	<b>Güneş görme ve görmeme eşit</b>	43	33,9
	<b>Çoğunlukla güneş gören</b>	17	13,4
<b>Daha önce başka bir dalda asistanlık yapma</b>	<b>Evet</b>	20	15,7
	<b>Hayır</b>	107	84,3

Hekimlerin % 21.3'ü tıpta uzmanlık eğitimini sürdürdüğü branşı bırakmayı düşünmekte olduğunu % 78.8'i ise düşünmediğini söylemiştir.

Hekimliği bırakmayı düşünen % 22.8 hekim görülmektedir. Eğitim alınan uzmanlık dalının asistanı olmaktan memnun olan % 61.4 hekim, olmayan ise % 38.6 hekim görülmektedir.

Alınan asistanlık eğitimi ile mesleki çalışma açısından öz güvende artma olması durumuna bakıldığında % 74.8'i evet, % 25.2'si hayır demiştir.

Hekimlerin günlük hayatta kendisine ve diğer uğraşlarına zaman ayırabildiğini söyleyen % 18.1 hekim vardı, yıllık izinlerini % 83.5 kullandığını % 16.5'i ise kullanamadığını ifade etmiştir.

İş ve aile çevresi dışında yakın çevrenizdeki insanlardan % 55.9'u yeterince destek gördüklerini, % 44.1'i ise görmediklerini ifade etmiştir.

Hekimlerin asistan olarak çalışma sürelerine bakıldığında % 21.3'ü 12 aydan daha kısa süredir çalışmakta, % 78.7'si ise 12 ayın üzerinde çalışmakta oldukları saptanmıştır.

Hekimlerin % 52'si mesleklerinin kendilerine uygun bulduklarını, % 40.9'u kısmen uygun bulduğunu ve % 7.1'i ise uygun bulmadığını ifade etmiştir.

Hekimlerin "Mesleğinizin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanıyor musunuz?" sorusuna cevap olarak % 11'i evet, % 89'u hayır demiştir.

Hekimlerin % 89.8'i nöbet tuttuğunu ve % 10.2'si nöbet tutmadığını söylemiştir.

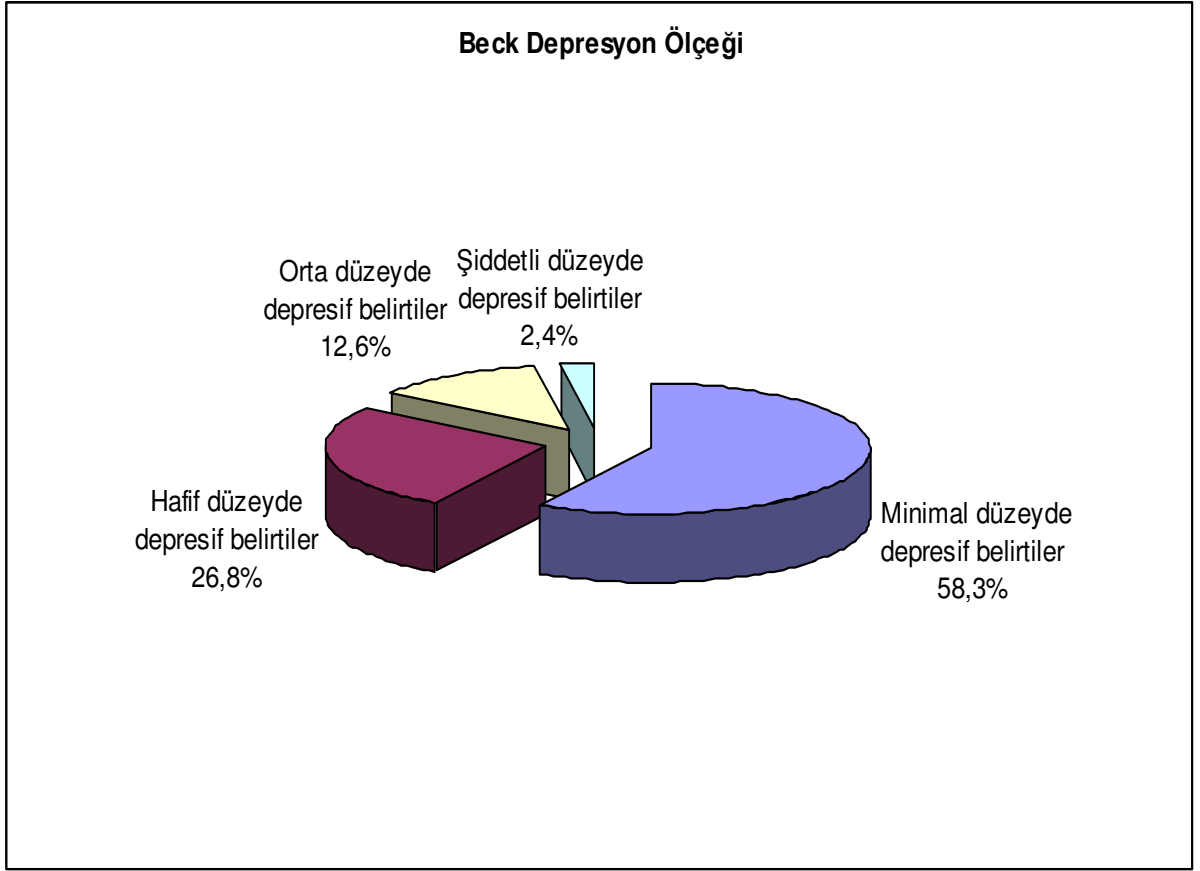
Hekimlerin çalışma saatlerinin geçtiği alan koşullarına bakıldığında % 52.8'si çoğunlukla güneş görmeyen yerde, % 33.9'u güneş görme ve görmeme eşit bir yerde, % 13.4'ü çoğunlukla güneş gören yerde çalışmaktadır.

Daha önce başka bir dalda asistanlık yapan % 15.7 hekim bulunmaktadır.

Beck depresyon ölçeği 0 ile 37 puan arasında değişmekte olup ortalama puan  $9,51 \pm 7,60$ 'dır. Beck depresyon puanlarını 17 cut off noktasına göre değerlendirdiğimizde % 85'i 17'nin altında bulunurken % 15'i 17 puan ve üzerinde çıkmıştır. Daha detaylı bir sınıflandırma yaparsak; 0-9 puan alan % 58,3 olgu minimal düzeyde depresif belirtileri olan; 10-16 puan arasında alan % 26,8 olgu hafif düzeyde depresif belirtileri olan; 17-29 puan arasında alan % 12,6 olgu orta düzeyde depresif belirtileri olan ve 30 ve üzerinde puan alan % 2,4 hekimi ise şiddetli depresif belirtileri olanlardır.

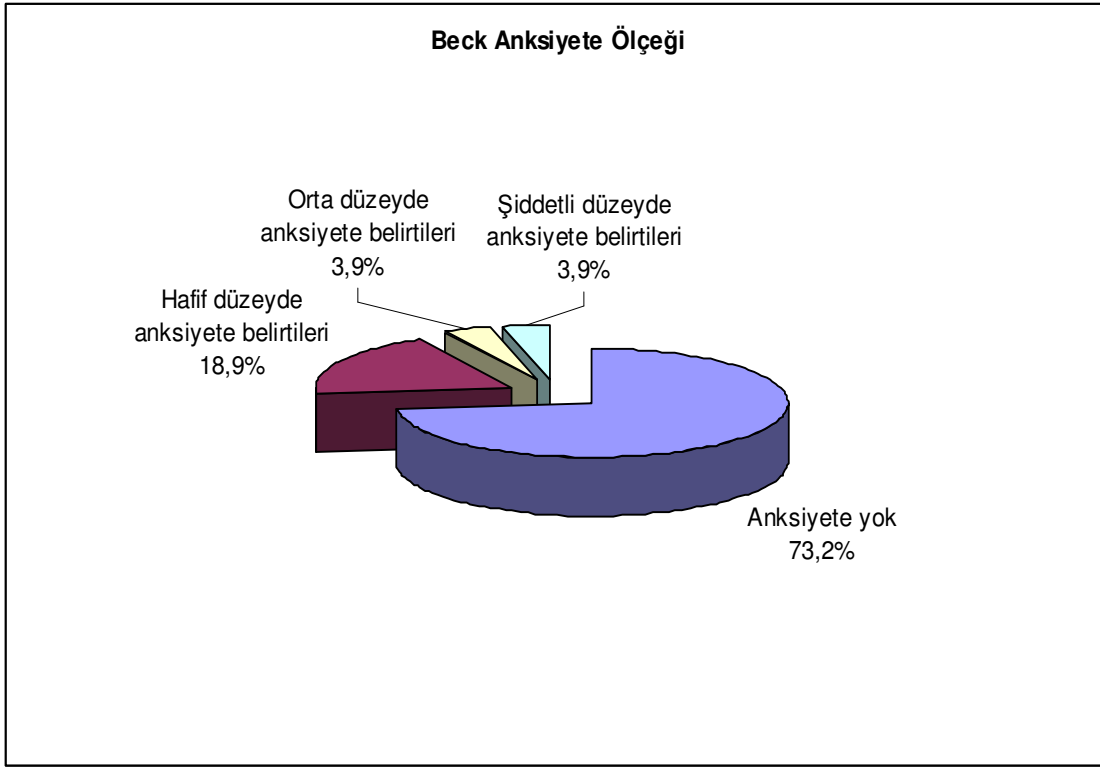
*Tablo 8: Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçek puanlarının dağılımı*

		Min – Max	Ort±SD
<b>Beck Depresyon</b>		0-37	9,51±7,60
<b>Beck anksiyete</b>		0-37	6,14±6,98
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Beck Depresyon</b>	<b>&lt;17 puan</b>	108	85,0
<b>ölçeği</b>	<b>&gt; 17 puan</b>	19	15,0
	<b>Minimal düzeyde depresif belirtiler</b>	74	58,3
<b>Beck Depresyon</b>	<b>Hafif düzeyde depresif belirtiler</b>	34	26,8
<b>ölçeği</b>	<b>Orta düzeyde depresif belirtiler</b>	16	12,6
	<b>Şiddetli düzeyde depresif belirtiler</b>	3	2,4
<b>Beck anksiyete</b>	<b>&lt;16 puan</b>	117	92,1
<b>ölçeği</b>	<b>&gt; 16 puan</b>	10	7,9
	<b>Anksiyete yok</b>	93	73,2
<b>Beck anksiyete</b>	<b>Hafif düzeyde anksiyete belirtileri</b>	24	18,9
<b>ölçeği</b>	<b>Orta düzeyde anksiyete belirtileri</b>	5	3,9
	<b>Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri</b>	5	3,9



**Şekil 1: Beck depresyon ölçeği puanlarının dağılımı**

Beck anksiyete puanları ise 0 ile 37 arasında değişmekte olup ortalama  $6,14 \pm 6,98$  puan almaktadır. Beck anksiyete puanlarını 16 cut off noktasına göre değerlendirdiğimizde % 92,1'i 16'nin altında bulunurken % 7,9'u 16 puan ve üzerinde çıkmıştır. Daha detaylı bir sınıflandırma yaparsak; anksiyete görülmeyen 73,2 olgu, 8-15 puan arasında alan % 18,9 olgu hafif düzeyde anksiyete belirtileri olan, 16-25 puan arasında alan % 3,9 olgu orta düzeyde anksiyete belirtileri olan ve 26 puan ve üzerinde puan alan % 3,9 hekim ise şiddetli anksiyete belirtileri olanlardır.



**Şekil 2: Beck anksiyete ölçeği puanlarının dağılımı**

Yaş sınıflamasına göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Beck anksiyete puanları da yaş sınıflamasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Cinsiyetlere göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Aylık gelir düzeylerine göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Aileden yeterince destek alma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ( $p<0,01$ ), ailesinden destek alanların Beck depresyon puanları daha düşüktür. Beck anksiyete puanları ise aileden destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9: Demografik özelliklere göre Beck depresyon ve Beck anksiyete puanlarının değerlendirilmesi**

		<b>BDÖ</b>	<b>BAÖ</b>
		<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Yaş</b>	<b>&lt;30</b>	9,33±7,19	5,55±6,43
	<b>&gt;30</b>	9,81±8,29	7,08±7,74
<b>Ɔ</b>		<b>0,729</b>	<b>0,231</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b>	10,30±7,63	5,93±7,90
	<b>Kadın</b>	8,76±7,56	6,33±6,02
<b>Ɔ</b>		<b>0,257</b>	<b>0,746</b>
<b>Aylık gelir</b>	<b>&lt; 2500</b>	9,57±7,78	6,39±6,41
	<b>≥ 2500</b>	9,43±7,41	5,76±7,79
<b>Ɔ</b>		<b>0,915</b>	<b>0,620</b>
<b>Aileden yeterince destek alma</b>	<b>Evet</b>	7,98±6,24	5,83±6,79
	<b>Hayır</b>	16,47±9,32	7,52±7,79
<b>Ɔ</b>		<b>0,001**</b>	<b>0,297</b>

•: Student t test

Branşı dışında yapmak istediği ihtisas dalı olanların Beck depresyon puanları olmayan olgulardan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05). Branş dışında istenilen ihtisas olma durumuna göre Beck anksiyete puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Branşının hekimlik camiasındaki saygınlık durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,01). Kötü olarak tanımlayan hekimlerin Beck depresyon puanları çok iyi, iyi ve orta şekilde tanımlayan hekimlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p:0,013, p:0,001, p:0,046). Orta şekilde cevaplayanların puanları da iyi diyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p:0,013). Diğer cevapların Beck depresyon puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Tablo 10: İşyerine yönelik soruların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanlarının değerlendirilmesi**

		<b>BDÖ</b>	<b>BAÖ</b>
		<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Branşımız dışında yapmak istenilen ihtisas</b>	<b>Evet</b>	11,39±7,02	6,66±6,42
	<b>Hayır</b>	8,26±7,76	5,78±7,35
<b>¶</b>		<b>0,022*</b>	<b>0,490</b>
<b>Branşımızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu değerlendirme</b>	<b>Çok iyi</b>	7,10±5,19	4,80±4,87
	<b>İyi</b>	6,27±5,13	3,72±3,55
	<b>Orta</b>	10,64±7,66	7,38±8,20
	<b>Kötü</b>	16,00±9,68	9,06±8,45
<b>†¶</b>		<b>0,001**</b>	<b>0,016*</b>
<b>İş yerinden memnun olma</b>	<b>Evet</b>	5,33±5,33	3,42±4,02
	<b>Hayır</b>	11,74±7,64	7,57±7,95
	<b>Kararsızım</b>	11,96±7,97	7,75±7,60
<b>†¶</b>		<b>0,001**</b>	<b>0,004**</b>
<b>Çalışma süresi (saat)</b>	<b>&lt;9 saat</b>	8,57±7,54	5,84±5,97
	<b>&gt; 9 saat</b>	9,76±7,63	6,21±7,24
<b>¶</b>		<b>0,481</b>	<b>0,810</b>

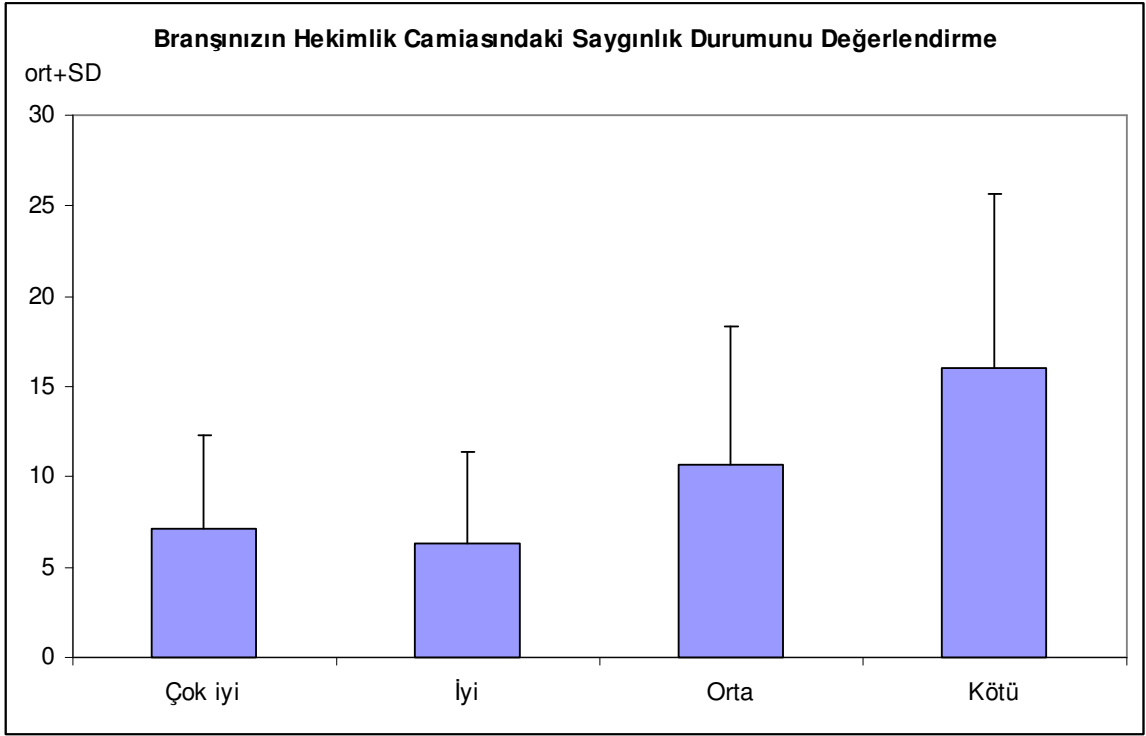
•: Student t test

† : Oneway Anova test

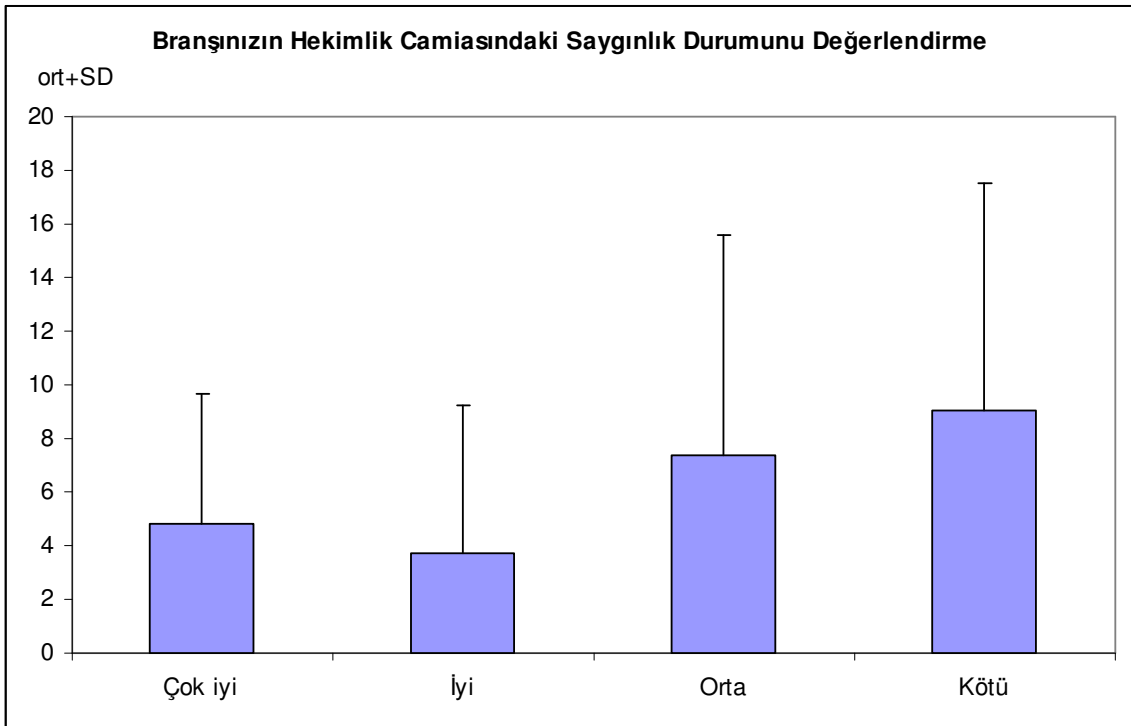
\*p<0,05

\*\*p<0,01

Branşının hekimlik camiasındaki saygınlık durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). İyi olarak tanımlayan hekimlerin Beck anksiyete puanları orta ve kötü şeklinde tanımlayan hekimlerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır (p:0,039, p:0,047). Diğer cevapların Beck anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).



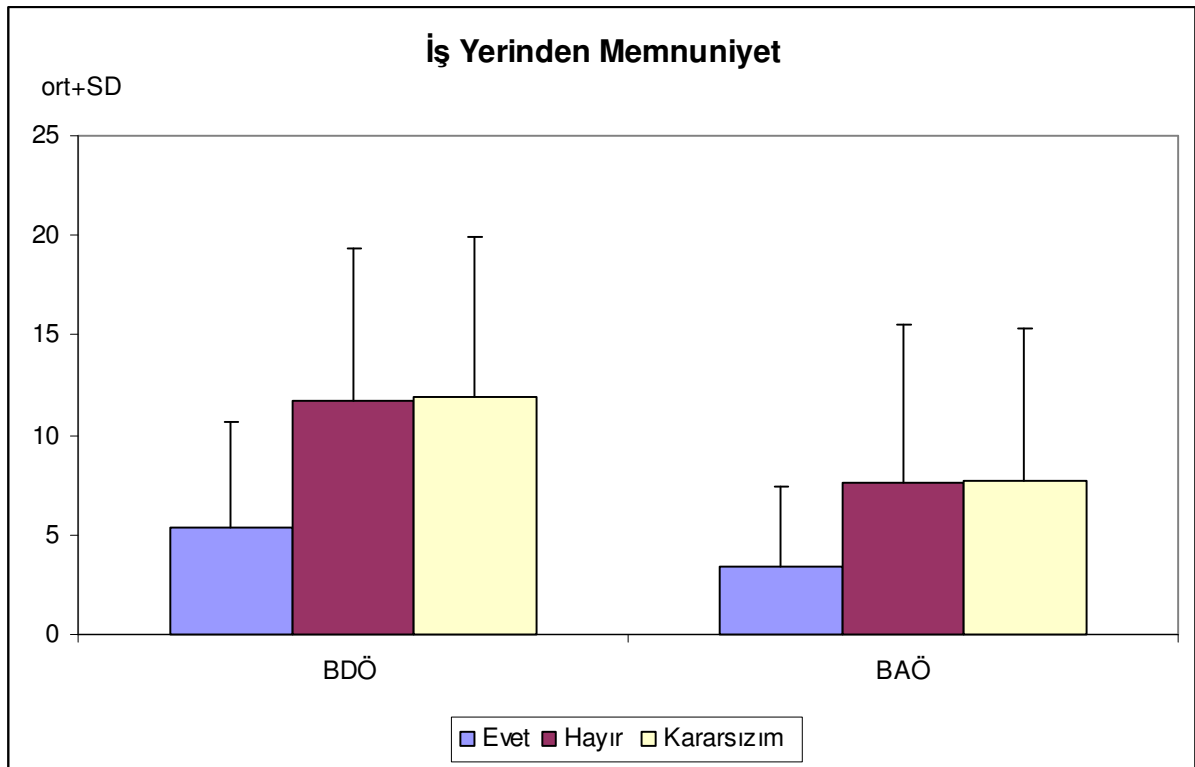
**Şekil 3: Branşının hekimlik camiasında saygınlık durumuna göre değerlendirmelerinin Beck depresyon puanları dağılımı**



**Şekil 4: Branşının hekimlik camiasında saygınlık durumuna göre değerlendirmelerinin Beck anksiyete puanları dağılımı**

İş yerinden memnun olma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,01$ ), işyerinden memnun olan hekimlerin Beck depresyon puanları memnun olmayan ve kararsız olan hekimlerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p:0,001$ ,  $p:0,001$ ). Hayır ve kararsızım cevapları veren hekimlerin Beck depresyon puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

İş yerinden memnun olma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,01$ ); işyerinden memnun olan hekimlerin Beck anksiyete puanları memnun olmayan ve kararsız olan hekimlerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p:0,008$ ;  $p:0,023$ ). Hayır ve kararsızım cevapları veren hekimlerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).



*Şekil 5 : İş yerinden memnun olma durumuna göre Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puanları dağılımı*

**Tablo 11 : Mesleğe yönelik soruların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanlarının değerlendirilmesi**

		<b>BDÖ</b>	<b>BAÖ</b>
		<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Tıp fakültesine girerken</b>	<b>Evet</b>	7,80±6,15	4,93±6,87
<b>meslekle ilgili karşılaşılabilecek zorlukları dair bilgi edinme</b>	<b>Hayır</b>	10,31±7,87	6,54±7,37
	<b>Kısmen</b>	8,20±7,39	5,63±5,95
		<b>0,279</b>	<b>0,645</b>
<b>Hastalar tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünme</b>	<b>Evet</b>	5,80±5,08	4,40±4,48
	<b>Hayır</b>	10,36±7,96	6,47±7,00
	<b>Kısmen</b>	9,53±7,52	6,23±7,61
		<b>0,110</b>	<b>0,583</b>
<b>Meslektaşlarımız tarafından yeterince destek gördüğünüze inanma</b>	<b>Evet</b>	4,15±4,59	1,84±1,67
	<b>Hayır</b>	12,57±9,05	8,38±9,14
	<b>Kısmen</b>	8,70±6,34	5,61±5,58
		<b>0,001**</b>	<b>0,007**</b>

† : Oneway Anova test

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Çalışma sürelerine göre Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ).

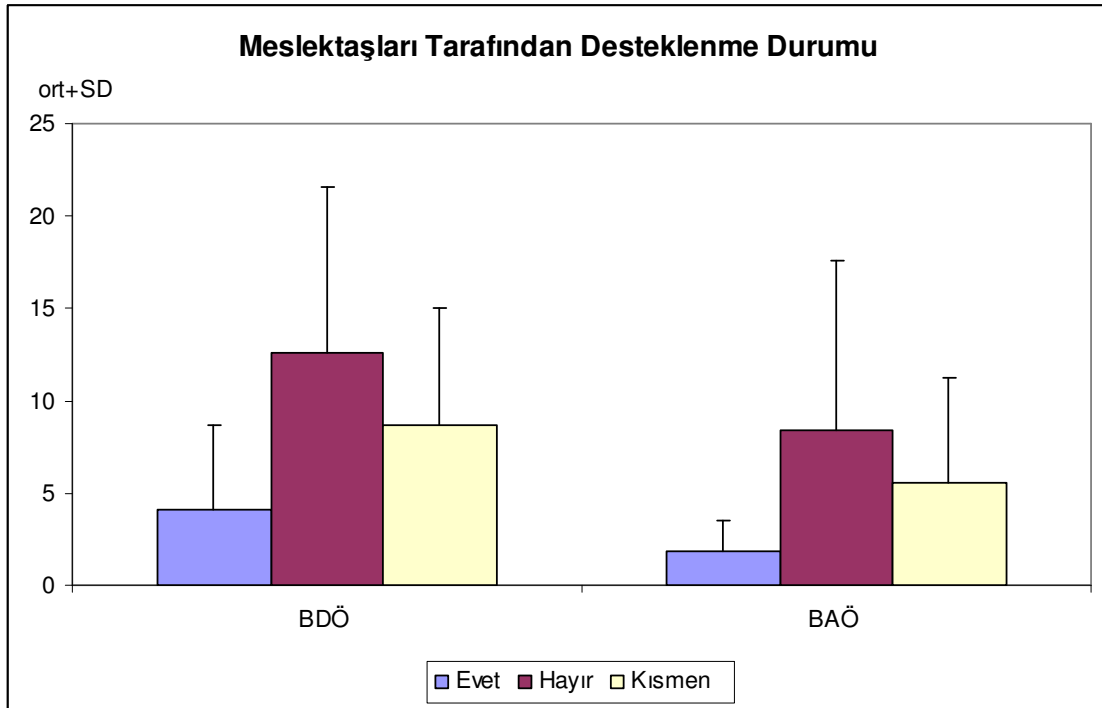
Tıp fakültesine girerken meslekle ilgili karşılaşılabilecek zorluklara dair bilgi edinme durumuna göre Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ). Bilgi edinmeyen olguların Beck depresyon ve anksiyete puanlarının yüksekliği dikkat çekicidir.

Hastalar tarafından yeterince takdir edilme durumuna göre Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ).

Eğitim alınan uzmanlık dalının asistanı olmaktan memnun olmayan hekimlerin Beck depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Eğitim alınan uzmanlık dalının asistanı olmaktan memnun olma durumuna göre Beck anksiyete puanları ise anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

Meslektaşları tarafından yeterince destek gördüğüne inanma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,01$ ); destek görmediğini ifade eden hekimlerin Beck depresyon puanları destek gören ve kısmen destek gören hekimlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p:0,001$ .  $p:0,019$ ). Destek gören ve kararsız olan hekimlerin Beck depresyon puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Meslektaşları tarafından yeterince destek gördüğüne inanma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,01$ ), destek görmediğini ifade eden hekimlerin Beck anksiyete puanları destek gören ve kısmen destek gören hekimlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p:0,008$   $p:0,042$ ). Destek gören ve kararsız olan hekimlerin Beck anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).



**Şekil 6 : Meslektaşları tarafından desteklenme durumuna göre Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puanları dağılımı**

**Tablo 12: Mesleğe yönelik soruların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanlarının değerlendirilmesi**

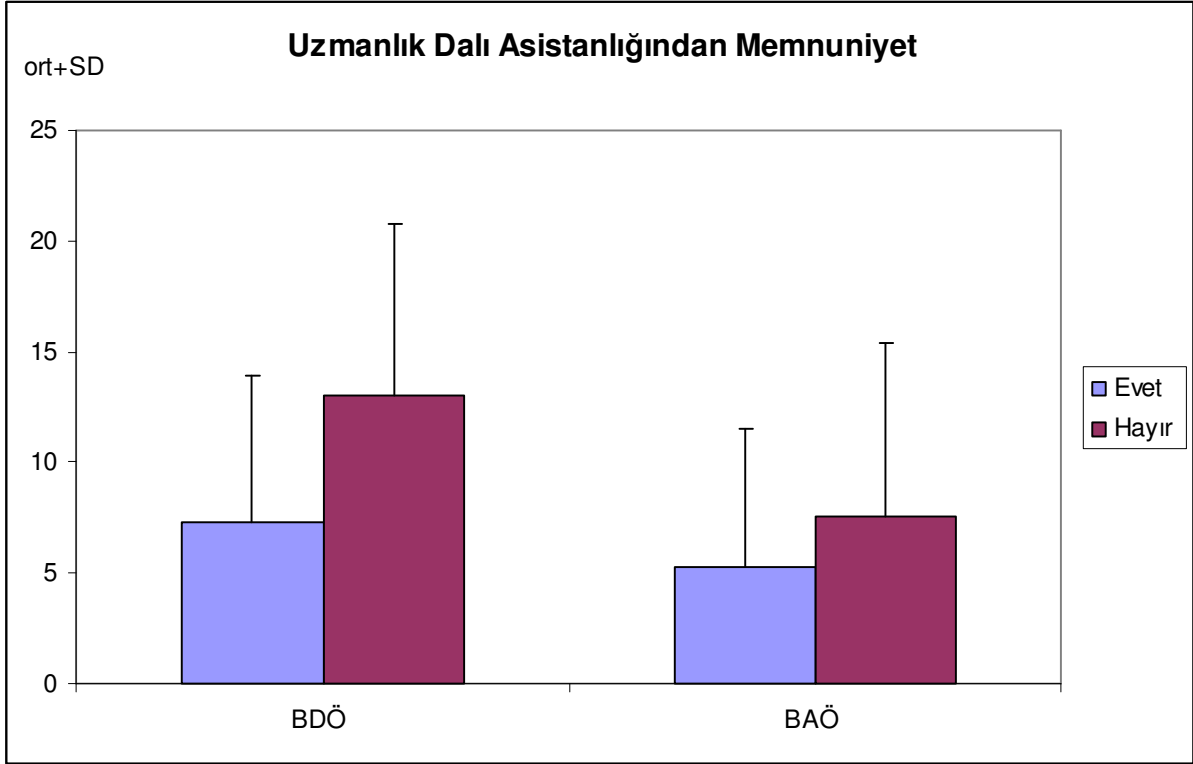
		<b>BDÖ</b>	<b>BAÖ</b>
		<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Eğitim alınan uzmanlık</b>	<b>Evet</b>	7,30±6,64	5,26±6,26
<b>dahının asistanı olmaktan</b>	<b>Hayır</b>	13,04±7,77	7,53±7,86
<b>memnunluk</b>		<b>0,001**</b>	<b>0,075</b>
<b>Günlük hayatta kendinize,</b>	<b>Evet</b>	5,86±5,81	3,60±3,93
<b>diğer uğraşlarınıza vakit</b>	<b>Hayır</b>	10,32±7,74	6,70±7,38
<b>ayırabilme</b>		<b>0,010*</b>	<b>0,006**</b>
<b>Yıllık izin kullanma</b>	<b>Evet</b>	9,26±7,05	5,90±6,83
	<b>Hayır</b>	10,80±10,05	7,33±7,74
		<b>0,508</b>	<b>0,394</b>
<b>Asistan olarak çalışma süresi</b>	<b>&lt; 12 ay</b>	9,18±9,38	5,92±6,32
	<b>&gt; 1 yıl</b>	9,61±7,10	6,20±7,17
		<b>0,798</b>	<b>0,857</b>
<b>Hekimlik mesleğinin size</b>	<b>Uygun</b>	8,07±6,39	5,65±5,81
<b>uygunluğu</b>	<b>Kısmen uygun</b>	10,01±8,03	6,23±7,96
	<b>Uygun değil</b>	17,22±9,05	9,22±8,70
		<b>0,002**</b>	<b>0,355</b>
<b>Mesleğinizin toplumda hak</b>	<b>Evet</b>	7,21±9,70	6,28±8,03
<b>ettiği yeri bulduğuna inanma</b>	<b>Hayır</b>	9,80±7,30	6,12±6,88
		<b>0,231</b>	<b>0,935</b>
<b>Nöbet tutma</b>	<b>Evet</b>	9,48±7,44	6,10±6,94
	<b>Hayır</b>	9,84±9,26	6,46±7,62
		<b>0,871</b>	<b>0,862</b>
<b>Mesainizin geçtiği alan</b>	<b>Çoğunlukla güneş</b>	10,52±8,10	6,65±6,92
<b>koşulları</b>	<b>görmeyen</b>		
	<b>Güneş görme ve görmeme</b>	8,23±6,94	5,34±7,14
	<b>eşit</b>		
	<b>Çoğunlukla güneş gören</b>	8,82±6,97	6,11±6,99
		<b>0,283</b>	<b>0,635</b>

•: Student t test

† : Oneway Anova test

\*p<0,05

\*\*p<0,01



**Şekil 7 : Eğitim alınan uzmanlık dalından memnuniyet durumuna göre Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puanları dağılımı**

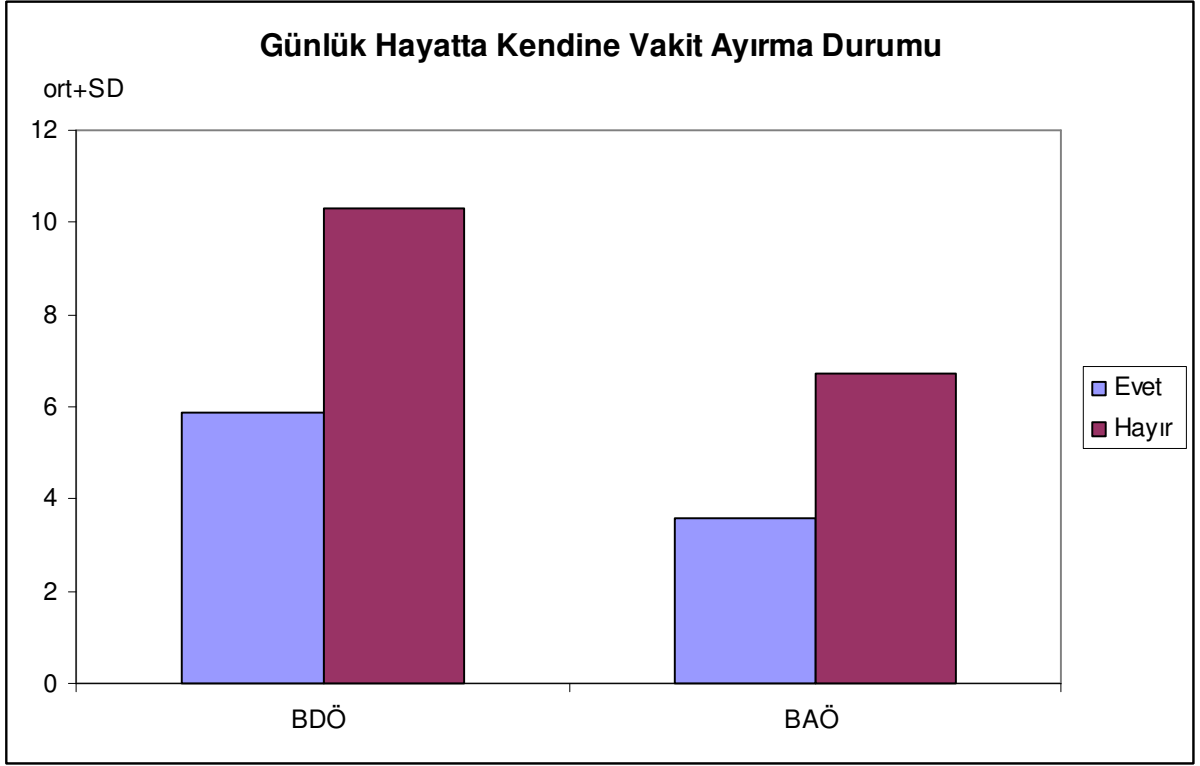
Günlük hayatta kendisine ve diğer uğraşlara vakit ayıramayan hekimlerin Beck depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Günlük hayatta kendisine ve diğer uğraşlara vakit ayıramayan hekimlerin Beck anksiyete puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p < 0,01$ ).

Yıllık izin kullanma durumuna göre Beck depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

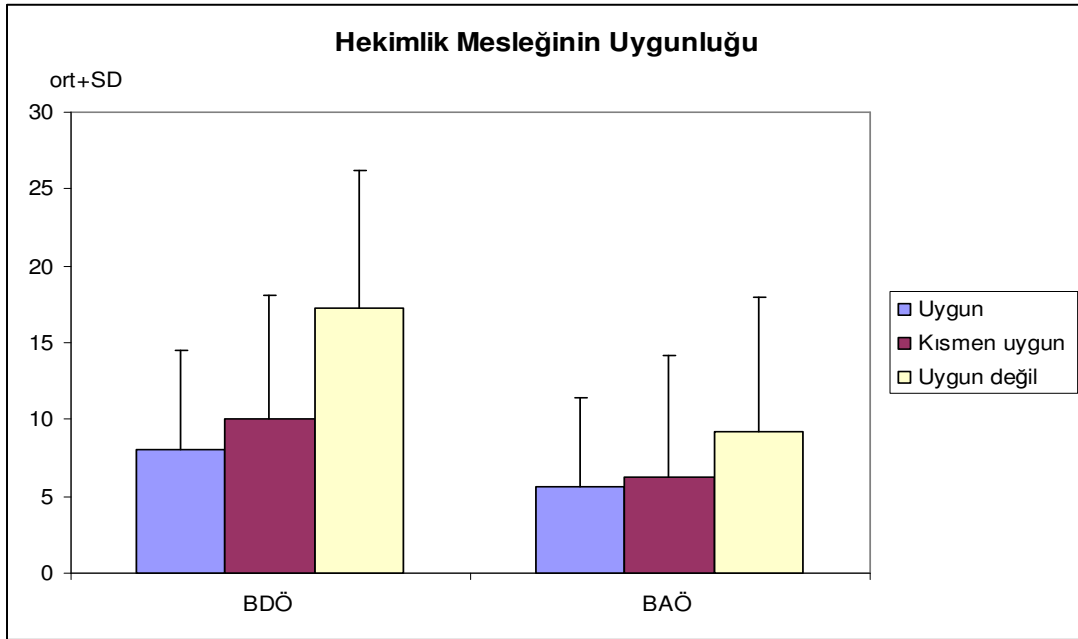
Asistan olarak çalışma sürelerine göre Beck depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

Hekimlik mesleğinin uygunluk durumuna göre Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,01$ ), hekimlik mesleği kendisine uygun olmayanların depresyon puanları uygun olan ve kısmen uygun diyenlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p:0,002$ ,  $p:0,020$ ). Uygun ve kısmen uygun olanların depresyon puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ). Hekimlik

mesleğinin uygunluk durumuna göre anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).



**Şekil 8 : Günlük hayatta kendisine ve diğer uğraşlara zaman ayırma durmuna göre Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puanları dağılımı**



**Şekil 9 : Hekimlik mesleğinin uygunluk durumuna göre Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puanları dağılımı**

Mesleğin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanma durumuna göre Beck depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Nöbet tutma durumuna göre Beck depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Mesainin geçtiği alan koşullarına göre Beck depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda BEAH' da çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde depresyon ve anksiyete düzeyini saptamak, buna neden olan etkenleri araştırmak amaçlandı. Bu bağlamda tespit edilen etkenlerden hayat kalitesini yükseltme ve psikolojik açıdan rahatlama sağlayacak değişikliklerin neler olabileceği irdelendi.

Beck depresyon ölçeğinin değerlendirilmesinde alınan 17 cut off değerine göre çalışmaya katılan olguların % 15'i bu değer üzerinde puan almıştır. Bu % 15 olgunun % 2.4'si şiddetli ve % 12.6'sı orta düzeyde depresif belirtiler göstermektedir. Bu oranlara çalışma dışı bırakılan tanı almış ve ilaç kullanımı olan grupta eklenirse (7 olgu) oran % 18'leri bulmaktadır. Bulunan değer başka ülkelerde yapılmış diğer çalışmalardan göreceli olarak düşük bulunmuştur (Hsu ve ark. 1987'de % 23, Thommassen 2001'de % 31 oranlarını bulmuştur (1-4,41). Ancak bu çalışmalarda kullanılan testler ve uzmanlık dallarına göre sınıflandırmada riskli grupların varlıkları nedeniyle kıyaslama yapmak doğru değildir. Türkiye'de yapılmış daha önceki çalışmalarla ise paralellik gözlenmektedir (5,6,42).

Toplumda bildirilen depresyon oranları ülkeden ülkeye değişkenlik göstermekle beraber (Amerika % 4.7, Türkiye % 10-20 ) genel olarak kadınlarda % 8 erkeklerde % 3 oranında gözlenmektedir (13,21). Ancak bizim çalışmamızda tespit ettiğimiz gibi, daha önce yapılmış çalışmalarda da bu oran hekimler ve tıp öğrencileri arasında daha yüksektir (1,6,43,44). 1980'lerde İsveç'te yapılan bir çalışmada doktorların diğer mesleklerdeki kadın ve erkeklere göre daha uzun çalışma sürelerinin olduğu, vardiyalı çalışma programına maruz kaldıkları ve daha uyarıcı bir işe sahip oldukları gösterilmiştir. Günlük hayatta bir takım işlerdeki göre doktorların negatif veya pozitif yönde daha fazla duygusal tepki verdiği bildirilmiştir (9). Bu bulgular bize hekimliğin yüksek riskli bir meslek grubu olduğunu göstermektedir.

Sağlık çalışanlarında bu denli yüksek bir riskin varlığı verilen hizmetin kalitesini bozacağı gibi aynı zamanda bilgi ve beceri kazanması ön planda olması gereken tıpta uzmanlık öğrencilerinde eğitimin kalitesini düşürmüş olacaktır.

Depresyon ile yaş arasındaki ilişkide orta yaşlılarda daha sık gözlenmektedir. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması 29.55 olarak saptanmıştır. Ancak depresyon ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kadınlarda daha sık depresyon gözlenir ve intihar oranları erkeklere oranla daha fazladır (45). Kadınlarda gözlenen depresyonun olası nedenleri arasında kadınlara işte ve evde fazla sorumluluk yüklenmesi, kadınların hastalar ile daha çok empati kurması, anne olması yani bir başka bireyin sorumluluğunu taşıma bulunmaktadır (9). Bizim çalışmamızda kadın cinsiyette depresyon oranları erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Burada etkili olan belki de kadınlarda depresyonun ortaya çıkmasında saydığımız ek yüklerin bizim çalışma grubumuzda olmaması olabilir. Çünkü çalışmamıza katılan 65 kadın olgudan 30 tanesi ( % 46) evli değil ve çocuğu yok.

Aileden yeterince destek alma durumuna göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir, ailesinden destek alanların Beck depresyon puanları daha düşüktür. Ergenlerde yapılan bir araştırmada da ailesi ile iletişime girebilen ailesinden destek görenlerde depresyon oranının düşük olduğu saptanmıştır (46). Earle ve Kelly' nin bir çalışmasında depresyon ile başa çıkma yolları arasında yardıma ihtiyacı olduğunu düşünen doktorların ailelerine ya da bir arkadaşlarına yönelimin en fazla olduğu saptanmıştır (47).

İş yeri memnuniyeti olmayanlarda depresyon ve anksiyete puanları, branşı dışında yapmak istediği bir ihtisas dalı olanlarda depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Bunun tersi olarak eğitim alınan dalın asistanı olmaktan memnun olanlarda depresyon puanı ve meslektaşlarından yeterince destek gördüğünü ifade eden olgularda depresyon ve anksiyete puanları düşük tespit edilmiştir. Thommassen ve ark.' nin yapmış olduğu bir çalışmada tükenmişlik ve depresyon gibi duygusal dalgalanma yaşayan hekimlerin iş memnuniyeti, yaşamayanlara göre düşük bulunmuştur, ve bunların % 33'lük bir bölümü iş yeri değişikliği istemektedir (3). Fischer ve ark' nin İsveç'te yaptıkları bir çalışmada iş yerinde alınan sosyal destekte kadınlar arasında daha fazla olup iş yaşamını iyi yönde etkilemektedir (28). İş yeri memnuniyetsizliğinin altında yatan nedenlerin daha ayrıntılı araştırılması ile iyileştirme adına sağlık politikaları daha kapsamlı düzenlenebilir.

Branşın hekimlik camiasında saygınlık durumunun değerlendirmesinde “çok iyi” olduğunu düşünenlerde depresyon ve anksiyete puanları düşük saptanmıştır. Hekimliğin kendisine uygun bir meslek olmadığını düşünenlerde ise depresyon puanları yüksek bulunmuştur. İşin bireye uyumu, saygınlık, kabul edilirlilik, tek başına karar verebilme iş doyumunu açısından önemli parametrelerdir. İş doyumunu ile ilgili

yapılmış çalışmalarda da gösteriyor ki depresyon ile negatif bir ilişkisi vardır (6, 30,29,44).

Günlük hayatta kendine ve diğer uğraşlara vakit ayırabilenler de depresyon ve anksiyete puanları düşük saptanmıştır. Depresyonun destek tedavi şekli olan bu durum, oluşmamasında da etken olarak görülebilir.

Diğer birçok çalışma ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da nöbet tutma durumu, günlük çalışma süresi (çalışmamızda % 79,5'i >8 saat/gün çalışmaktadır), aylık gelir ve Beck depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki bulunamamıştır (6,30). Ayrıca ilk yıl asistanı olmak Japonya' da ki bir çalışmanın sonuçlarına ters olarak (30) anlamlı bir ilişki göstermemektedir. Ancak diğer bazı çalışmalarda bizim elde ettiğimiz sonuç ile paralellik bulunmaktadır (1,3 ).

Çalışmamızda saptanan ilgi çekici bir nokta tıp fakültesine girerken meslekle ilgili karşılaşılabilecek olan zorluklara dair bilgi edinilmiş olma durumuna 82 olgu (% 64) "hayır" denmiş olmasıdır. Ayrıca gelecekteki çalışma ortamı hakkındaki daha önceki düşüncelerde, "şimdilerde olumsuz yönde değişti" diyenlerin oranı % 61,4'tür. Bu da bize gösteriyor ki ülkemizde üniversitede eğitimini almak istediğimiz dallar ve çalışma hayatı hakkında yeterince aydınlatılmıyoruz. Eğitim politikaları bu noktalar da düşünülerek yeniden gözden geçirilmelidir.

Doktorluk mesleği her zaman hastalar ve diğer meslek grupları açısından saygın görülüp takdir edilen bir meslek grubu iken bizim çalışmamızda sadece % 15'lik bir bölüm bu görüşe katılmaktadır. Depresyon ve anksiyete ile ilişkisi kurulamamış olsa da dikkat çekici bir orandır.

Mesainin geçtiği koşullar ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanamamıştır.

Bu kadar olumsuz düşünce, % 15 gibi depresyon ve % 7,9 gibi anksiyete oranlarına ulaşılmasına rağmen hekimliği bırakmayı düşünen sadece 29 olgu (% 22.8) bulunmaktadır. Bu da her ne zorluk olursa olsun doktorların mesleklerini severek yaptıklarının bir göstergesi olarak kabul edilmelidir.

## SONUÇ:

Hekimlik mesleğinin kendisi stres ve sıkıntılı olması sebebi ile depresyon ve anksiyete gibi ikincil bir hastalığın varlığında bu meslek koşulları daha ağırlaşmaktadır. Bu hastalıklar başka mesleklerde sadece bireyi ilgilendirirken yardım alma konusunda çokta başarılı olmayan hekimlerde olması aynı zamanda tanısız ve tedavisiz kalma olasılığını arttırarak doğrudan hekimin hizmet verdiği hastaları da ilgilendirmektedir. Bu nedenle hekimlerde saptanan depresyon ve anksiyete bozuklukları ikincil bir önem kazanmaktadır. Hekimin hizmet verdiği hasta popülasyonunun beklenti ve taleplerinin artması, buna karşılık hekimin takdir edilmediğini düşünmesi son zamanlarda daha çok karşılaşılan sorunlardır.

İş yeri memnuniyeti depresyon ve anksiyete ile yakından ilişkili etkenlerden olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda hangi nedenlerle iş yeri memnuniyetsizliğinin oluştuğunun açıklanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Bizim çalışmamızda sosyal desteğin varlığı ile ters orantılı olan ortaya çıkan ruhsal hastalıkların sıklığı literatür bilgileriyle uyumlu bulunmuştur. Hekimlerin profesyonel yardım alma konusunda yetersiz oldukları düşünülürse bu destek bir kat daha önem kazanmaktadır.

Nöbet sayılarının çokluğu, gün içinde çok fazla efor gerektiren iş ile uğraşma ve bürokratik işlemlerin gereğinden fazla zaman alması sonucu, hekim kendine yeterince zaman ayıramamaktadır. Çalışmamız da göstermiştir ki günlük hayatta kendine ve diğer uğraşlara vakit ayırma oranı çok düşüktür (% 18,1). Hekimlerin ruh sağlığı için kendilerine ve hobilerine vakit ayırmaya ihtiyacı vardır. Bu da ancak çalışma saatlerinin yeniden gözden geçirilmesi ile mümkün olacaktır.

Çalışmamızın yapıldığı hastanedeki tıpta uzmanlık öğrenci sayısının yetersiz olması nedeniyle literatür bilgilerinde depresyon ve anksiyete ile ilişkili olan durumların yeterince yansıtılmamış olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, Myers'in hekimlerin ruh sağlığını geliştirmek amacıyla tıp eğitimine egemen olan, ağır çalışma koşullarının ve kendini kurban etme davranışının ödüllendirildiği ve ailenin ihmal edildiği kültürün değişmesi görüşüne katılmaktayız. İş yaşamında sosyal desteklerin artırılmasına, çaba-ödül (effort-reward) mekanizmasının düzgün işlemesine, hekimlerin kişisel ve psikolojik becerilerinin arttırılmasına, hekim haklarının düzenlenmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

- 1- K Hsu, V Marshall. *Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. Am J Psychiatry, Dec 1987; 144: 1561 - 1566.*
- 2- R P Caplan. *Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. Br J Med Nov 1994; 309: 1261 - 1263*
- 3- Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. *Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia Can Fam Physician, 2001 Apr; 47: 737 - 744.*
- 4- Firth-Cozens J. *Emotional distress in junior house officers. Br Med J (Clin Res Ed). 1987 Aug 29; 295 (6597):533-6*
- 5-Buğdaycı R, Kurt A Ö, Şaşmaz T. *Mersin ilinde görev yapan pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. 9.Halk Sağlığı Kongresi 2004 BL 17*
- 6-Demir F, Ay P. *İstanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler Türk Psikiyatri Derg 2007; 18 (1):31-37*
- 7-Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. *Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. J Pak Med Assoc 2004; 54::45-9.*
- 8- NIOSH *Exposure To Stress Occupational Hazards in Hospitals ,Department Of Health And Human Services Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health Publication No. 2008-136*
- 9- Theorell T *Changing society: changing role of doctors BMJ 2000; 320: 1417-1418*
- 10- Brundtland GH *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization 2001, p. 30.*
- 11- Piognone MP, Gaynes BN et al. *Screen-Screening for depression in adults: summery of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002. 136:765-776.*
- 12- Tyssen R, Vaglum P. *Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies.Review Harv Rev Psychiatry. 2002 May-Jun; 10 (3):154-65.*

- 13- Işık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 20 -32, 2003.
- 14-Waring EM. *Psychiatric illness in physicians: review. Compr psychiatry* 1974; 15: 519-530
- 15-Valko RJ, Clayton PJ. *Depression in internship. Dis Nerv Syst* 1975; 36: 26-29
- 16-Reuben DB. *Depressive symptoms in medical house officers: effect of level of training and work rotation. Arch Intern Med* 1985; 145: 286-288
- 17-Scheider SE, Phillips WM. *Depression and anxiety in medical,surgical,and pediatric interns.Psychol Rep* 1993; 72:1145-1146
- 18-Işık E. *Depresyon Ve Mani*, İstanbul Boğaziçi Matbaası 1991,S:30-55
- 19-Sadock BJ,Sadock VA, Kaplan and Saddock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800*
- 20-Öztiürk MO. *Ruh sağlığı ve bozuklukları. Feryal matbaası 2004 s:293-317*
- 21-Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kirpınar I. *Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand. 1991; 84: 174-8.*
- 22-Kılıç C,*Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı,ilişkili faktörler,yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı 1998*
- 24 - Kaplan HI, Sadock BJ. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, second edition, New York. New York University Medical Center, press Williams and Wilkins.S: 97-112, November 1995*
- 25- Bell JA. *Affective disorders. Psychiatry, Harwal Publishing Company, Pennsylvania, 1985; 52-54.*
- 26- *Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı. Çeviren: Köroğlu E. 4. Baskı, Ankara Hekimler Yayın Birliği,1998.*
- 27- *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-4).Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000.*
- 28- Fischer BB,Klaghofer R ve ark. *Junior physicians' workplace experiences in clinical fieldes in German-speaking Switzerland Swiss Med wkly* 2005,135; 19-26
- 29-Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş *Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi 8: 241-247 2007*
- 30- Yumi Sakata, et al, *Effort-Reward Imbalance and Depression in Japanese Medical Residents. Journal of Occupational Health Aug 25, 2008*

- 31-Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 4: 561-571
- 32-Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği,güvenirliği. *Psikoloji dergisi* 1989; 7-3-13
- 33-Hisli N Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6: 118-126. 1988
- 34-Ulusoy M Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.* 1993
- 35-Sağduyu A,Rezaki M ve ark. *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar: Tartışma. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar' da editörler: TB Üstün,Sağduyu A,Rezaki M Ankara. Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü DSÖ İşbirliği Merkezi.* 1997
- 36-Kılıç C *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı,ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları.* Ankara. *TC Sağlık Bakanlığı.* 1998
- 37-American Psychiatric Association Practice Guideline For the traetment of Patients with Panic disorder. *Am j Psychiat (ek sayı)155 (5): 1-34: 1998*
- 38-Andrews G *Panic and Generalized Anxiety disorders. Current Opinion in Psychiatry.* 6: 191-194: 1993
- 39-Weissman MM,bland RC ve ark *the cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry* 54: 305-309:1997
- 40-Hewlet E,Weissman MM *Anxiety Disorders, epidemiology. Comprehensive textbook of Psyhiatry/ VII (eds.) Editörler: BJ SAdock,VA Sadock. Philadelphia: Lippincott/ williams & Wilkins.* 2000
- 41- Reuben DB *Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. Arch Intern Med,* 145: 286-288. 1985
- 42-Özbay MH,Göka E,Soygür H ve ark. *Hekimlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine bir çalışma Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* 1 (3) 1993
- 43-Graske J *Improving the mental health of doctors. BMJ Career Focus,*327: 188 (2003)

44- Demiral YI, Akvardar Y,, Ergör A, Ergör GI Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 20, Sayı 3, (Eylül) 2006, S: 157 - 164

45-Arnetz BB, Hörte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malke H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study Acta Psychiatr Scand. 1987 Feb; 75 (2): 139-43.

46- Ertem Ü, Yazıcı S Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon Aile Ve Toplum Dergisi 8: (3): 9 2006

47-Earle L, Kelly L Coping Strategies, Depression, And Anxiety Among Ontario Family Medicine Residents Canadian Family Physician ; 51: 242-243 2005

## **EKLER:**

### **EK 1:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

- 1-Uzmanlık Eğitimi Dalınız?
- 2-Antidepresan ya da herhangi kaygı giderici bir ilaç kullanıyor musunuz? (Bu soruya cevabınız evet ise diğer soruları cevaplamanıza gerek yoktur.) 1- EVET 2- HAYIR
- 3-Kaç yaşındasınız ?
- 4-Cinsiyetiniz ? 1-ERKEK 2-KADIN
- 5-Medeni durumunuz ? 1-EVLİ 2-BEKAR 3- BOŞANMIŞ
- 6-Kaç çocuğunuz var ? 1-(0) 2-(1) 3-(2 ve üzeri)
- 7-Oturduğunuz ev kime ait? 1-KİRA 2-KENDİMİN 3- AİLEYE AİT
- 8-Mecburi hizmet yaptınız mı?1- EVET ..... YIL 2- HAYIR
- 9-Kaç yıl pratisyen hekim olarak çalıştınız?
- 10-Branşınız dışında yapmak istediğiniz ihtisas var mıydı? 1- EVET 2-HAYIR
- 11-Ülkemizde ihtisas dalınızın geleceğini nasıl görüyorsunuz? 1- çok iyi 2- iyi 3- orta 4- kötü 5- aynen kalır
- 12-Branşınızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu nasıl değerlendirirsiniz  
1- ÇOK İYİ 2- İYİ 3- ORTA 4- KÖTÜ
- 13-İşyerinizden memnun musunuz?1- EVET 2-HAYIR 3- KARARSIZIM
- 14-Çalışma süreniz ortalama kaç saat?
- 15-Hekimlik çalışmanızı sürdürürken diğer uzmanlık dalı hekimleriyle işbirliği içinde oluyor musunuz? 1- SIK SIK 2- BAZEN 3- NADİREN 4- HİÇBİR ZAMAN
- 16-Birlikte çalıştığınız diğer uzmanlık dalı hekimlerinin tutumlarını genellikle nasıl buluyorsunuz?  
1- ÇOK İYİ 2- İYİ 3- ORTA 4- KÖTÜ
- 17-Tıp fakültesine girerken mesleğinizle ilgili ileride karşılaşacağımız zorluklarla dair yeterli ön bilgi edinmiş olduğunuza inanıyor musunuz?1- EVET 2-HAYIR 3- KISMEN
- 18-Tıpta uzmanlık eğitiminize girerken , bitirdikten sonra nasıl bir çalışma ortamında bulunacağınıza dair oluşturduğunuz ön düşünce hakkında şimdiki görüşünüz nedir?  
1-DEĞİŞMEDİ 2-OLUMLU YÖNDE DEĞİŞTİ 3-OLUMSUZ YÖNDE DEĞİŞTİ
- 19-Hastalarınız tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?  
1- EVET 2-HAYIR 3- KISMEN
- 20-Meslektaşlarınızdan yeterince destek gördüğünüze inanıyor musunuz?  
1- EVET 2-HAYIR 3- KISMEN
- 21-Çalışmanız müddetince diğer branşlardaki meslektaşlarınızın işbirliğine yanaşmaması yada bürokratik/teknik sebeplerden hastaya gerekli hizmetin verilemediği bir durum yaşadınız mı?  
1- SIK SIK 2- BAZEN 3- NADİREN 4- HİÇBİR ZAMAN
- 22-Hizmet verdiğiniz şartların daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğinizi düşündüğünüz bir hastanızı kaybettiğiniz oldu mu? 1-HAYIR 2-EVET 1 KEZ 3-BİRDEN FAZLA
- 23-Aylık gelirin ne kadar?
- 24-Ailenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz? 1- EVET 2- HAYIR
- 25-Tıpta uzmanlık eğitiminizi sürdürdüğünüz branşı bırakmayı düşünür müsünüz? 1- EVET 2-HAYIR
- 26-Hekimliği bırakmayı düşünür müsünüz? 1- EVET 2-HAYIR

- 27-Şu anda eğitim aldığınız uzmanlık dalının asistanı olmaktan memnun musunuz? 1- EVET 2-HAYIR
- 28-Şu ana dek aldığınız asistanlık eğitimi ile mesleki çalışma açısından öz güveninizde artma oldu mu?  
1- EVET 2-HAYIR
- 29-Günlük hayatınızda kendinize, diğer ilgi ve uğraşlarınıza yeterince zaman ayırabildiğinize inanıyor musunuz?  
1- EVET 2-HAYIR
- 30-Yıllık izin kullanıyor musunuz? 1- EVET 2-HAYIR
- 31-İş çevreniz ve aileniz haricinde yakın çevrenizdeki insanlardan yeterince destek görüp sorunlarınızı paylaşabiliyor musunuz?1- EVET 2-HAYIR
- 32-Kaç yıldır asistan doktor olarak çalışıyorsunuz?
- 33-Hekimlik size ne derece uygun bir meslektir?  
1-UYGUN 2-KISMEN UYGUN 3-UYGUN DEĞİL
- 34-Mesleğinizin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanıyor musunuz?  
1- EVET 2-HAYIR
- 35-Nöbet tutuyor musunuz?  
1- EVET ...../ay 2-HAYIR
- 36-Mesainizin geçtiği alan koşulları nasıl?  
1-ÇOĞUNLUKLA GÜNEŞ GÖRMEYEN 2- GÜNEŞ GÖRME VE GÖRMEME EŞİT  
3- ÇOĞUNLUKLA GÜNEŞ GÖREN
- 37- Daha önce başka bir dalda asistanlık yaptınız mı?  
1- EVET .....Dalında 2-HAYIR

## EK2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle var ise her birini daire içine alınız.

1. 0: Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1: Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2: Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum  
3: O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 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.
3. 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.
4. 0: Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum  
1: Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.  
2: Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.  
3: Herşeyden sıkılıyorum.
5. 0: Kendimi herhengi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1: Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2: Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3: Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0: Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.  
1: Cezalandırılabilirim diye seziyorum.  
2: Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3: Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0: Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1: Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2: Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi eleştiririm.  
3: Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. 0: Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1: Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.  
2: Kendimi öldürmek isterim.  
3: Fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
9. 0: Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1: Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2: Çoğu zaman ağlıyorum.  
3: Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. 0: Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.  
1: Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ve sinirleniyorum.  
2: Şimdi hep sinirliyim.  
3: Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11. 0: Başkaları ile görüşme ve konuşma isteğimi kaybetmedim.  
1: Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.  
2: Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.  
3: Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
12. 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.
13. 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.
14. 0: Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1: Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2: Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.  
3: Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
15. 0: Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
1: Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.  
2: Her hangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3: Hiçbir şey yapamıyorum.
16. 0: Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.  
1: Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.  
2: Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.  
3: Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
17. 0: İştahım her zamanki gibi.  
1: İştahım eskisi kadar iyi değil.  
2: İştahım çok azaldı.  
3: Artık hiç iştahım yok.
18. 0: Son zamanlarda kilo vermedim.  
1: İki kilodan fazla kilo verdim.  
2: Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3: Altı kilodan fazla kilo verdim.
19. 0: Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1: Ağrı,sancı,mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.  
2: Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3: Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. 0: Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.  
1: Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
2: Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3: Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
21. 0: Kendimden memnunum.  
1: Kendi kendimden pek memnun değilim.  
2: Kendime çok kızıyorum.  
3: Kendimden nefret ediyorum.

### EK 3 : BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ve endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra , her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	HİÇ	HAFİF DÜZEYDE Beni pek etkilemedi	ORTA DÜZEYDE Hoş değildi ama katlanabildim	CİDDİ DÜZEYDE Dayanmakta çok zorlandım
1-Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma var mı?				
2-Sıcak ateş basmaları				
3-Bacaklarda halsizlik , titreme				
4-Gevşeyememe				
5-Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6-Baş dönmesi sersemlik				
7-Kalp çarpıntısı				
8-Dengeyi kaybetme korkusu				
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 yada rahatsızlık hissi				
19-Baygınlık				
20-Yüzün kızarması				
21-Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				