

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



UNİPOLAR DEPRESYON TANISI ALAN HASTALARDA KRONOTİP
ÖZELLİKLERİNİN MİZAÇ VE ÖZKIYIM İLE OLAN İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ:
KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

UZMANLIK TEZİ

Dr. Neslihan KILIÇ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN

Çanakkale/ 2018

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**UNİPOLAR DEPRESYON TANISI ALAN HASTALARDA KRONOTİP
ÖZELLİKLERİNİN MİZAÇ VE ÖZKIYIM İLE OLAN İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ:
KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Neslihan KILIÇ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN

Çanakkale 2018

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Psikiyatri uzmanlık/yan dal uzmanlık
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
DR. Neslihan Kılıç'ın Uzmanlık/Yan Dal Uzmanlık Tezi olarak kabul
edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/05/2018

TEZ KONU BAŞLIĞI

**Unipolar Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Kronotip Özelliklerinin
Mizaç ve Özkıyım İlişkisinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma**
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Demet Güleç Öyekçin

Tez Jürisi Üyeleri:

Adı Soyadı

Dr. Erhan Akıncı
Dr. Erhan Akıncı
Dr. Halil İbrahim Taş

İmzası



ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki
jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim
Kurulunun 31/05/2018 tarih ve 22/3 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tamer DEMİR
Dekan V.

Dekan

TEŞEKKÜR

Zorlu ve zahmetli tez çalışmasında değerli önerileri ile bana yol gösteren hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Demet Güleç Öyekçin'e, tezdeki yapılması en güç olan istatistik hesaplamalarında destek ve ilgilerini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocası Doç. Dr. Coşkun Bakar'a ve değerli arkadaşım Dr. Buse Yüksel'e,

Mesleki gelişimimde emekleri olan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Erhan Akıncı, Yrd. Doç. Dr. Hülya Ertekin, Yrd. Doç. Dr. Başak Şahin, Yrd. Doç. Dr. Ali Emre Şevik, Yrd. Doç. Dr. Halil İbrahim Taş'a ve Doç. Dr. Kürşat Altınbaş'a, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı öğretim üyesi Doç. Dr. Nurullah Bolat'a, Psikoterapi eğitimlerindeki destekleri, özverileri ve ayrıca kutsal mesleğimizin vazgeçilmez bir parçası olan usta çırak ilişkisinde bana ustalık yaptıkları için Doç. Dr. Demet Güleç Öyekçin'e ve Doç. Dr. Fatih K. Yavuz'a,

Renkli ve canlı kişilikleriyle gökkuşağını andıran ve bu gökkuşağının dibinde kalıcı dostluk hazinelerini sakladıklarına inandığım, asistan arkadaşlarım Dr. Yağmur Duva, Dr. Emrah Yıldızoğlu, Dr. Çiler Açar Yıldızoğlu, Dr. Gizem Emekdar, Dr. İsmail Buçğün, Dr. Tildem Turan, Dr. Neslihan Duran, Dr. Begüm Aygen Gümüş ve Dr. Özlem Özusta'ya,

Birlikte keyif içinde çalıştığım tüm anabilim dalı çalışanlarına, Katılımcılara ulaşmamda büyük çaba ve destekleri olan Dr. Alp Akça ve Dr. Uğur Kolat'a,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam ettiğim hastalara,

Eğitim ve öğretim hayatına mükemmel bir şekilde başlamamı sağlayan ve azmi aşılayan değerli ilkokul öğretmenim Nuri Yıldırım'a ve diğer emeği geçen, bana inanan tüm öğretmenlerime,

Fakülte hayatının bana getirdiği en değerli ömürlük hediyelerimden olan sevgili dostlarım İlay Al'a, Şebnem Elbistanlı'ya, Tuğba Kolomuç'a, Demet Zihni'ye ve Şengül İlkay'a,

Varlıklarından dirayet aldığım ve koşulsuz sevgilerini her daim hissettiğim, sayısız fedakarlıklarıyla bugünlere gelmemi sağlayan sevgili anne ve babama, dualarını eksik etmeyen anneanneme ve aileme,

Birlikte iken zamanın nasıl geçtiğini anlamadığım, bir gün içinde özlemimi hissettiğim, dostum, yoldaşım ve sırdaşım olan canım kardeşim Hasan'a,

Zorlu süreçlerde desteğini alıp yeniden ivmelenmemi sağlayan, neşe dolu anlarımın bereketi, eğitim arzumun peşinden giderken bana eşlik eden ve daha nice birlikte acı tatlı günlerimizin olacağına inandığım sevgili gönül dostum; eşim Fuat'a ve sevimlilikleri ile her daim neşe kaynağı olan kedilerime çok teşekkür ederim.

Neslihan Kılıç
Çanakkale, 2018

ÖZET

UNİPOLAR DEPRESYON TANISI ALAN HASTALARDA KRONOTİP ÖZELLİKLERİNİN MIZAÇ VE ÖZKIYIM İLE OLAN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

GİRİŞ VE AMAÇ: Depresyon, toplumda yaygın görülen; yaşam kalitesi, işlevsellik ve sosyal ilişkiler dahil olmak üzere birçok alanda olumsuz etki oluşturan ruhsal bir hastalıktır. Önemli derecede yeti yitimine sebep olmasının yanında; özkıyım ile de sonlanabilmektedir. Bu nedenle, depresyon ve özkıyım ilişkisini incelemek üzere birçok bilimsel araştırma yapılmaktadır. Sirkadiyen ritim ve kronobiyojji, bu araştırma alanlarından biridir. Yapılan bazı araştırmalarda akşamcıl kronotip tercihinin, depresyon şiddeti ve özkıyım riskini artırdığı saptanmıştır. Bununla birlikte aynı kronotipe sahip bireyler, benzer mizaç özellikleri göstermektedirler. Bu çalışmada unipolar depresyon hastalarında kronotip tercihlerinin belirlenmesi, kronotip ile mizaç ve özkıyım ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Unipolar depresyon tanısı almış, herhangi psikofarmakolojik ajan kullanmayan, eşlik eden alkol-madde kullanımı, bipolar, psikoz, demans ek tanısı olmayan 88 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışma grubuna, klinisyen tarafından sosyodemografik veri formu, klinik değerlendirme ölçekleri (İntihar Olasılığı Ölçeği-İÖÖ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-HDDÖ, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği-HADÖ, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire mizaç ölçeği-TEMPS-A) uygulanmış ve DSM-5 yönelimli tanısal görüşme kılavuzu ile klinik değerlendirme yapılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların %78,4'ü kadın, %21,6'sı erkektir. Evli olan katılımcılar %46, bekar olanlar %47,1, eşinden ayrılmış ya da eşi vefat edenler ise %6,9'luk dilimi oluşturmaktadır. Aktif bir işte çalışanların oranı %33,7, aktif bir işte çalışmayanların oranı %41,5, emeklilerin oranı %7,9, ev hanımların

oranı ise %16,9 olarak saptandı. Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcıların sayısı 39 bulundu. Bunların %92,3'ünün depresif bozukluk, %7,7'sinin ise anksiyete bozukluğu tanısı aldığı saptandı. Geçmişte özkıyım girişimi olanların oranı %24,1, ailesinde özkıyım girişim öyküsü olanların oranı ise %14,9 olarak saptandı. Katılımcıların %50'sinde hafif, %50'sinde ise orta şiddette depresyon saptandı. Orta şiddet depresyon grubunda İÖÖ puanı, hafif şiddet depresyon grubundan daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı idi.

Katılımcıların %58'i ara tip, %30.7'si akşamcıl tip, %11,4'ü sabahçıl tip olarak saptandı. Kronotip tercihi ile depresyon şiddeti, anksiyete düzeyi, intihar olasılığı, uyku kalitesi ve mizaç özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Yüksek düzeyde anksiyete saptananların oranı % 37,5, hafif düzeyde anksiyete saptananların oranı ise %50,0 bulundu. Yüksek düzey anksiyete grubunda depresyon şiddeti, hafif düzey anksiyete grubundan daha yüksek bulundu. Katılımcıların %90,8'inde uyku kalitesinde bozulma olduğu saptandı. Uyku kalitesi bozuk olan grubun İÖÖ puanları, uyku kalitesi bozuk olmayan gruptan daha yüksek bulundu. Katılımcılarda en sık saptanan mizaç özelliği depresif mizaç (%25) bulundu. Hipertimik mizaç özelliği ise hiçbir katılımcıda saptanmadı. Cinsiyetler arasında mizaç özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Enter modeli ile kurulan Multiple Regresyon analizlerinde; depresyon şiddetini, intihar olasılığını etkileyen risk faktörü saptanmadı. Kronotip tercihini etkileyen sayısal değişken saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu çalışmada UDB hastalarında kronotip tercihlerinin mizaç ve özkıyım ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Kadınların erkeklere göre daha kolay yardım arayışında bulunmaları, depresif bozukluğun kadınlarda daha sık görülmesi; klinik örneklemelerde kadın katılımcı sayısının daha yüksek olmasına neden olmaktadır. Örneklemimizde en sık geçirilmiş

psikiyatrik hastalığın depresyon olduğu saptanmıştır. Depresyon hastalarının özgeçmişinde en sık geçirilmiş olan ruhsal hastalık depresyondur. Depresyon şiddetine bağlı olarak intihar olasılığı riski artmaktadır. Depresif, anksiyöz ve irritabl özellikli mizaç gruplarında depresyon şiddeti daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca aynı gruplarda İOÖ puanları da daha yüksek saptanmıştır. Mizaç özellikleri depresyona yatkınlık oluşturabildiği gibi depresyon şiddetini ve özkıym riskini de artırabilmektedir. Uyku kalitesi bozuk olan grupta intihar olasılığı yüksek saptanmıştır. Uyku düzenindeki bozulma özkıym riskini dolaylı veya doğrudan etkilemektedir.

Kronotip tercihleri ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Akşamcıl tip özelliğın depresyon kliniğini etkilediğine dair bulguların olduğu çalışmalarda, depresyon şiddetini belirlemede öz bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Araştırmamızda ise depresyon şiddeti, araştırmacı tarafından uygulanan klinik ölçek ile belirlenmiştir. Gelecekteki çalışmalar ile kronotipler arasında depresyonun şiddetinde mi yoksa depresif belirtileri yorumlama ve algılama biçimlerinde mi farklılık olduğu ayırt edilebilir. Ayrıca akşamcıl özelliğın intihar olasılığı üzerinde fark oluşturmadığı saptandı. Bu durumda ek tanıların görülmediği saf depresyon örneğinde; akşamcıl özelliğın özkıym riskini artırmadığı söylenebilir.

Araştırmamızda intihar olasılığını etkileyen herhangi bir değişken saptanmadı. Ek tanıların görülmediği ve orta şiddet depresyon grubunda depresyon şiddeti, mizaç özellikleri, uyku kalitesi ve kronotip tercihi özkıym davranışı için risk oluşturmamaktadır. Bu grup hastalarda özkıym riskinin değerlendirilmesinde; klinisyenin gözlemi ve hastaların bireysel özellikleri ile geçmiş hastalık öykülerinin; mizaç ve kronotip özellikleri ile uyku kalitesinden daha güçlü veriler sağlayacağı görülmektedir.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RELATION OF CHRONOTYPE CHARACTERISTICS WITH TEMPERAMENT AND SELF-DESTRUCTION IN PATIENTS HAVING THE DIAGNOSIS OF UNIPOLAR DEPRESSION: A CROSS-SECTIONAL STUDY

INTRODUCTION AND AIM OF THIS STUDY

Introduction and purpose: Depression is a mental illness that is common in society and has negative effects on many areas such as quality of life, functionality and social relationships. Beside causing several disabilities, it may also end with self-destruction. Therefore, there are many researches about the relation of depression and self-destruction. Circadian rhythm and chronobiology are one of these research areas. In some researches, it has been seen that evening chronotype preference increases severity of depression and the risk of self-destruction. Also individuals with same chronotypes show similar temperament traits. In this study, it is aimed to determine the chronotype preferences in unipolar depression patients and to evaluate temperament and self-destruction relation with chronotype.

MATERIALS AND METHODS

Sample: The subjects of the study were: 88 patients diagnosed with Unipolar Depressive Disorder. All were medication free for at least 4 weeks. The patient sample had no history of bipolar disorder, psychotic disorder, alcohol and substance abuse/dependence or dementia.

Method: Subjects were interviewed with the Structured Clinical Interview for DMS-5 and HAM-D, HAM-A by resarcher. Patients were also administered the Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Suicide Probability Scale (SPS) and the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) .

Results: In the sample, %78.4 were female and %21.6 were male. Married %46, single %47, divorced or partner die % were %6.9. The patient was economically active %33,7, was not economically active %41,5 the rate of pensions were %7.9 and the rate of housewives were %16,9. The number of participants who have history of past psychiatric disease was 39. Of those participants %92,3 had a depressive disorder and %7,7 had an anxiety disorder.

The rate of previous suicide attempts was %24,1, the rate of suicide attempt history in family was %14,9. In the sample, %50 patient had moderate depression and %50 patients had mild depression. The group of moderate depression SPS score was higher than mild depression group and it is statistically significant.

According to MEQ scores patients were classified into three groups: neither %58, evening type %30,7 and morning type %11,4. No statistically significant relationship was found between depression severity, anxiety level, suicide probability, sleep quality and temperament characteristics with chronotype preference. The frequency of severe anxiety was %37.5 and the frequency of mild anxiety was %50.0. The severity of depression in the severe anxiety group was statistically higher than mild anxiety group. The %90.8 of the patient had poor sleep quality. The SPS scores found higher in the poor sleep quality group than others and it is statistically significant. The most frequently detected temperament was depressive temperament (%25) and hyperthymic temperament wasn't detected. There were no relationship between sex and temperament.

In the Multiple Regression analyzes established with the Enter model; there were no risk factors affecting depression severity and suicide probability. And there was no numerical variable affecting chronotype choice.

Discussion and Conclusion: In this study, the relationship between chronotype preferences, temperament and self-destruction in patients with

unipolar depression was analysed. The majority of the participants were women. Women are more likely to seek help than men and depressive disorder is more common in women; causing the number of female participants to be higher in clinical samples.

It is observed that depression is the most common psychiatric disorder in our patient sample. Depression is the most common psychiatric disorder in the background of depression patients.

Suicide possibility rate increases due to the severity of depression. Depression severity is found higher in depressive, anxious and irritated mood groups. SPS scores are found also higher in the same group.

Temperament characteristics may predispose depression and increase the severity of depression and the risk of suicide. Suicide probability is found high in the group with poor sleep quality. Deterioration in the sleep pattern indirectly or directly affects the risk of suicide.

We did not find any significant relationship between severity of depression and chronotype preferences. In studies which there are findings that eveningness affects depression clinic, self-report measures were used to determine the severity of depression. In our study, severity of the depression is determined/scored? with clinical measures applied by the researcher. Future studies may distinguish if the difference is between severity of the depression or the way patients interpret and perceive depressive symptoms among chronotypes. We also found that evening chronotype did not make any difference in the probability of suicide. In this case, it can be said that in the sample of pure depression without comorbidity, the characteristics of evening types do not increase the risk of suicide.

We have not detected any variables that affect the probability of suicide. In moderate depression group without additional diagnoses, the severity of depression, temperament traits, quality of sleep and the chronotype

preferences are not risk factors for suicidal behavior. When evaluating the risk of suicide in this group of patients, observation of the clinician and determination of the individual characteristics and stories of the patients may provide more powerful data than temperament, chronotype preferences and sleep quality.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
SUMMARY	ix
İÇİNDEKİLER	xiv
KISALTMALAR	xvi
TABLolar	xix
ŞEKİLLER	xxi
1 GİRİŞ AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Depresyon	4
2.1.1 Majör Depresyon Alt Tipleri	5
2.2 Majör Depresyon Etiyolojisi	7
2.2.1 Monoamin Hipotezi	8
2.2.2 Hipotalamopitüiter Adrenal Aks ve Proinflamatuvar Sitokinlerin Rolü	10
2.2.3 Hormonların ve Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktörünün Rolü	11
2.2.4 Nöroanatomik Yapıların Rolü	12
2.3 Uyku	13
2.4 Uykunun Nörobiyolojisi	13
2.4.1 Uyku ve Uyanıklık Döngüsü	13
2.4.2 Uykunun Evreleri	15
2.5 Uyku Bozuklukları ve Depresyon İlişkisi	16
2.6 Kronobiyoloji	18
2.6.1 Biyolojik Ritimler	19
2.6.2 Sirkadiyen Ritmin Düzenlenmesi	20
2.6.3 Kronotip	21
2.6.4 Sabahçıl ve Akşamcıl Kronotip Özellikleri ve Farklılıkları	23
2.7 Sirkadiyen Ritim ve Depresyon İlişkisi	25
2.8 Affektif Mizaç	28
2.8.1 Akiskal'e Göre Affektif Mizaç Tipleri	28
2.9 Mizaç ve Kronotip İlişkisi	32
2.10 Özkıyım	32
2.10.1 Özkıyımın Tanımı ve Psikolojik Kuramları	32
2.10.2 Özkıyım Epidemiyolojisi	33
2.10.3 Özkıyım Risk Etmenleri	34
2.10.4 Özkıyım ve Ruhsal Hastalıklar	35
2.11 Özkıyım ve Kronotip İlişkisi	36
3 YÖNTEM VE GEREÇLER	38
3.1 Etik İzin	38
3.2 Örneklem Seçimi	38
3.3 Araştırmaya Alım Ölçütleri	38
3.4 Araştırmadan Dışlama Ölçütleri	38
3.5 Uygulama ve Veri Toplama Araçları	39

3.6. İstatiksel Analiz	41
4 BULGULAR	43
4.1 Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	43
4.2 Çalışma Grubunun Klinik Özellikleri	45
4.3 Çalışma Grubuna Uygulanan Klinik Ölçeklerin Değerlendirilmesi	47
4.3.1 Hamilton Anksiyete ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeklerinin Değerlendirilmesi	47
4.3.2. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeğinin Değerlendirilmesi	48
4.3.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Değerlendirilmesi	50
4.3.4. TEMPS-A Mizaç Envanterinin Değerlendirilmesi	51
4.3.5 İntihar Olasılığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi	55
4.4 Cinsiyete Göre Sosyodemografik Bulgular	55
4.5. Cinsiyete Göre Klinik Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
4.5.1 Cinsiyete Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
4.5.2 Cinsiyete Göre TEMPS-A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
4.5.3 Cinsiyete Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
4.6 Sosyodemografik Veri ve Klinik Ölçeklere Göre Depresyon Şiddetinin Karşılaştırılması	60
4.7 Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçeklere Göre Kronotip Özelliklerinin Karşılaştırılması	64
4.8 Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçeklere Göre Anksiyete Durumunun Karşılaştırılması	69
4.9 Sosyodemografik Değişkenlere ve Klinik Ölçeklere Göre Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması	73
4.10 Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçeklere Göre TEMPS-A Mizaç Envanterinin Karşılaştırılması	76
4.11 Depresyon Şiddetini Etkileyen Risk Faktörleri	85
4.12 Kronotip Tercihini Etkileyen Değişkenler	86
4.13 Anksiyete Durumunu Etkileyen Risk Faktörleri	87
4.14 İntihar Olasılığını Etkileyen Risk Faktörleri	88
5 TARTIŞMA	89
6 SONUÇ	101
7 KAYNAKLAR	103
8 EKLER	123

KISALTMALAR

Ach:	Asetilkolin
ACTH:	Aderenokortikotropin hormon
ARAS:	Asendan retiküler aktive edici sistem
ATP:	Adenozin trifosfat
BDNF:	Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
BH:	Büyüme hormonu
CRH:	Kortikotropin salgılatıcı hormon
DA:	Dopamin
DSM-5:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskısı
EEG:	Elektroensefalografi
EKT:	Elektrokonvulsif tedavi
EOG:	Elektrookülografi
EMG:	Elektromiyografi
GABA:	Gama-aminobütirik asit
GR:	Glukokortikoid reseptör
H:	Histamin
HADÖ:	Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği
HDDÖ:	Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği
HPA:	Hipotalamopitüiter ve adrenal
5-HT:	Serotonin
İÖÖ:	İntihar olasılığı ölçeği
LC:	Locus sereleus
MAO:	Monoaminoksidaz

MDB:	Majör depresif bozukluk
MNDA:	N-metil D-aspartat
MR:	Manyetik rezonans
MSS:	Merkezi sinir sistemi
NA:	Noradrenalin
NPY:	Nöropeptit Y
NREM:	Non-rapid eye movement
OFK:	Orbitofrontal korteks
PER1:	PERİOD 1
PER3:	PERİOD 3
PUKİ:	Pittsburgh uyku kalitesi indeksi
PVN:	Paraventriküler nükleus
REM:	Rapid eye movement
SAÖ:	Sabahçıl akşamcıl ölçeği
SKN:	Suprakiazmatik nükleus
SSRI:	Serotonin geri alım inhibitörleri
T4:	Tiroksin
TEMPS-A:	Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire
TRH:	Tirotropin salgılatıcı hormon
TSH:	Tiroid uyarıcı hormon
TSA:	Trisiklik antidepresanlar
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UDB:	Unipolar depresif bozukluk

VLPO: Ventrolateral preoptik çekirdek

VTA: Ventral tegmental alan



TABLULAR

Tablo 4.1	Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri
Tablo 4.2	Çalışma grubunun klinik özellikleri
Tablo 4.3	Çalışma grubunun klinik ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları
Tablo 4.4	Çalışma grubunun Pittsburgh uyku indeksinden aldıkları toplam puan ve alt kategori puan ortalamaları
Tablo 4.5	Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları
Tablo 4.6	Çalışma grubunun intihar olasılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları
Tablo 4.7	Çalışma grubunun intihar olasılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları
Tablo 4.8	Cinsiyete göre klinik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması
Tablo 4.9	Cinsiyete göre PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması
Tablo 4.10	Cinsiyete göre TEMPS-A ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması
Tablo 4.11	Cinsiyete göre intihar olasılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması
Tablo 4.12	Sosyodemografik değişken ve klinik ölçeklere göre depresyon şiddetinin karşılaştırılması
Tablo 4.13	Sosyodemografik değişkenler ve klinik ölçeklere göre kronotip durumunun karşılaştırılması
Tablo 4.14	Sosyodemografik değişkenler ve klinik ölçeklere göre

anksiyete durumunun karşılaştırılması

Tablo 4.15 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçeklere göre uyku durumunun karşılaştırılması

Tablo 4.16 Sosyodemografik değişkenler ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A depresif özellikli mizaç grubunun karşılaştırılması

Tablo 4.17 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A siklotimik özellikli mizaç grubunun karşılaştırılması

Tablo 4.18 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A irritabl özellikli mizaç grubunun karşılaştırılması

Tablo 4.19 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A anksiyöz özellikli mizaç grubunun karşılaştırılması

Tablo 4.20 Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği puanını etkileyen faktörlerin incelenmesi

Tablo 4.21 Kronotip tercihlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi

Tablo 4.22 Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği puanını etkileyen faktörlerin incelenmesi

Tablo 4.23 İntihar olasılığını etkileyen faktörlerin incelenmesi

ŞEKİLLER

- Şekil 4.1 Çalışma grubunun HADÖ'ye göre gruplarının dağılımı
- Şekil 4.2 Çalışma grubunun HDDÖ'ye göre gruplarının dağılımı
- Şekil 4.3 Çalışma grubunun SAÖ'ye göre gruplarının dağılımı
- Şekil 4.4 Çalışma grubunun PUKİ'ye göre gruplarının dağılımı
- Şekil 4.5 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre depresif mizacın dağılımı
- Şekil 4.6 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre siklotimik mizacın dağılımı
- Şekil 4.7 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre hipertimik mizacın dağılımı
- Şekil 4.8 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre anksiyöz mizacın dağılımı
- Şekil 4.9 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre irritabl mizacın dağılımı
- Şekil 4.10 Depresyon durumuna göre grupların İntihar olasılığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Şekil 4.11 Sabahçıl akşamcıl ölçeğine göre grupların PUKİ puanının karşılaştırılması
- Şekil 4.12 Sabahçıl akşamcıl ölçeğine göre grupların İOÖ puanının karşılaştırılması
- Şekil 4.13 Anksiyete durumuna göre grupların İOÖ puanlarının karşılaştırılması
- Şekil 4.14 PUKİ puanına göre grupların İntihar olasılığı Ölçeği

puanlarının karşılaştırılması

Şekil 4.15 TEMPS-A depresif mizaç puanına göre grupların İÖÖ

puanlarının karşılaştırılması

Şekil 4.16 TEMPS-A irritabl mizaç puanına göre grupların İÖÖ

puanlarının karşılaştırılması

Şekil 4.17 TEMPS-A anksiyöz özellik puanına göre grupların İÖÖ

puanlarının karşılaştırılması



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, en az iki hafta süren çökkün duygudurum ve daha önce severek yapılan birçok etkinlikten zevk almayı engelleyen ruhsal bir hastalıktır. Batı toplumunda depresyon yaygınlığı %5-17'dir (1a). Ülkemizde genel toplumdaki depresyon yaygınlığını %4 olarak bildirilmektedir (2). Depresyon önemli şekilde yeti yitimine neden olan ve özkıyımla sonlanabilen bir hastalıktır. Depresyon hastalarında özkıyım oranları %15'e kadar çıkabilmektedir (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2015 yılı verilerine göre ülkemizde kaba özkıyım hızı; 4.11/100.000'dir (4). Özkıyım sonucu hayatını kaybedenlerin geçmiş tıbbi kayıtları incelediğinde ise bu kişilerin %60-70'inin daha önce depresyon tanısı aldıkları görülmüştür (1b).

İnsan ve diğer birçok canlının bedeninde işlevlerin zamanlamasını yapan doğal bir zamanlayıcı bulunmaktadır. Bu doğal zamanlayıcı sisteme 'biyolojik saat' ve 24 saatlik ritme ise 'sirkadiyen ritim' denmektedir (5). Sirkadiyen ritmin ana kumanda merkezi anterior hipotalamusta bulunan suprakiazmatik nükleustur (SKN). Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık döngüsü, vücut ısısı ve bazı hormonların (büyüme hormonu, kortizol ve melatonin) salgılanma zamanı gibi fizyolojik süreçleri belli bir ritim halinde çalışmasını sağlar. Değişen koşullar altında ritmik fonksiyonları koruyarak organizmanın dış çevreye uyumunu sağlar. Hem endojen hem de çevresel (zeitgeber) bazı uyarılar ritim düzenleyici etki göstermektedir (6). En önemli ritim düzenleyici uyarı ise ışıktır. Diğer düzenleyiciler; sosyal yaşam ve fiziksel aktivitelerdir. Sirkadiyen özellik gösteren ritimler arasında bireysel farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklara göre kişiler 'sabahçıl', 'ara' ve 'akşamcıl' olmak üzere üç farklı kronotipe ayrılmaktadır (6,7). Sabahçıl tipler erken yatıp erken kalkarlar ve zihinsel kapasitelerindeki en iyi düzeye öğleden önce ulaşırlar. Akşamcıl tiplerin ise genellikle uyku alışkanlıkları düzensiz olup, geç yatıp geç kalkar ve zihinsel kapasiteleri uyandıktan yaklaşık 12 saat sonra en iyi düzeye ulaşır (5). Kortizol ve melatonin gibi hormonların salınımında, kronotipler arası yaklaşık 2 saatlik faz farkı olmaktadır (6).

Fizyolojik süreçlerdeki gibi kronotipler arasında psikolojik farklılıklar da tanımlanır (8). Akşamcıl tip olanların duygudurum bozukluklarına daha yatkın olduğu görülmüştür (9). Sabahçıl özelliklere sahip depresif hastaların klinik belirtileri; akşamcıl özellik gösterenlere göre daha hafif şiddette olmaktadır. Ayrıca sabahçıl tip bireyler; depresyon tedavisine daha iyi yanıt vermektedirler. Bununla birlikte sabahçıl özelliklere sahip olmanın depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (6). Akşamcıl tip bireylerde sabahçıl tip bireylere göre; depresyon kliniği daha şiddetlidir ve intihar düşünceleri daha sıktır (6,10,11). Uyku alışkanlıkları nedeniyle günlük hayata uyum sağlamakta zorlanan akşamcıl tiplerde sosyal jetlag sıkça görülmektedir. Sosyal jetlag ve uyku kalitesindeki bozulma ile depresyon şiddeti ve intihar riskinin ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (12). Ayrıca akşamcıl tiplerde görülen dürtüsel davranış özelliklerinin de özkıyım riski üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (11). Depresif hastalarda kronotip ve geçmişteki intihar düşüncelerinin ilişkisini araştıran bir çalışmada, yenilgi ve sıkışmış hissetme ölçeklerinde akşamcıl tiplerin daha yüksek puan aldığı görülmüştür (9). Özkıyım kuramcılarında Baumeister, bireylerin kendilerini umutsuz ve sıkışmış hissettikleri anlarda içinde buldukları durumdan kurtulmak için özkıyım girişimlerinde bulduklarını ileri sürmektedir (13). Alkol-madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu, uyku bozuklukları gibi diğer birçok psikiyatrik hastalığa, akşamcıl tip bireylerde daha sık rastlandığı belirtilmektedir (8).

Geleneksel eğitim sisteminde akşamcıl tip bireylerin akademik performansları ve okul motivasyonları, sabahçıl bireylerden daha düşük olmaktadır. Fakat uzaktan eğitim sayesinde akademik başarı ve motivasyon arasındaki bu fark kapanabilmektedir (14). Çünkü uzaktan eğitim sayesinde bireyler, kendi kronotip özelliklerine uygun saatlerde çalışma imkanı bulmaktadır (14). Bu durumda akla kronotip özellikleri dikkate alınarak yapılan tedavi seçimlerinin, hastaların tedavi uyumunu artırabileceği gelmektedir. Tedavi uyumunun güçlenmesi ile tedaviye daha iyi yanıt alınabilir. Mümkün olan en kısa zamanda tedaviye yanıtın sağlanması hastaların bireysel, sosyal ve

ekonomik kayıplarını en aza indirecektir. Böylece özkıyım riskini artıran birçok sebep engellenebilir.

Bu çalışmada Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi ile Çanakkale Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ayaktan tedavi birimlerine başvuran Unipolar depresyon hastalarında kronotip tercihlerinin belirlenmesi, kronotip ile mizaç ve özkıyım ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Depresyon

Depresyon; üzüntülü, zaman zaman hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumdur. Depresyon nedeniyle bilişsel ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama görülür. Bunlara ek olarak değersizlik, suçluluk, güçsüzlük, isteksizlik ve umutsuzluk duygu ve düşüncelerinin olduğu çok bileşenli bir ruhsal hastalıktır (3). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 5. baskısında depresyon bozuklukları ana başlığı altında depresyon alt tipleri tanımlanmıştır (15). Dünya nüfusunun yaklaşık %21'ini etkileyen yaygın bir psikiyatrik hastalıktır. En sık tanı konulan depresyon tipi ise majör depresyondur (MDB) (16).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. baskısına (DSM-5) göre majör depresyon tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir (15).

A. Aynı iki haftalık dönem süresince, aşağıdaki belirtilerden en az beşi (ya da daha fazlası) mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde azalma mevcuttur. Bu belirtilerden en az biri çökkün duygudurum, ilgi-istek kaybı ya da zevk alamamadır.

(1) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

(2) Neredeyse her gün, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgisizlik ya da artık bu etkinliklerden zevk alamıyor olmak.

(3) İştahta azalma ya da artış olması buna bağlı olarak belirgin kilo kaybı ya da alımı.

(4) Uyku ihtiyacında artış ya da uykusuzluk hissi.

(5) Psikomotor devinimde artma ya da azalma.

(6) Yorgunluk, bitkinlik ve enerjide azalma.

(7) Değersizlik düşünceleri, yoğun suçluluk duygular.

(8) Dikkati sürdürmede zorlanma ve konsantrasyon güçlüğü.

(9) Tekrarlı ölüm düşünceleri, özkıyım düşünceleri ve/veya planları.

B. Bu belirtiler, kişinin işlevselliğinde belirgin düşüşe yol açar.

C. Bu belirtiler madde kullanımı ya da genel tıbbi durum rahatsızlığı sonucu gelişmemiştir.

Özellikle majör depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları gün geçtikçe görülme sıklığı artan ruhsal hastalıklardır. Kişilerin hayat kalitesini, sosyal ilişkilerini, üretkenliğini ve beden sağlığını olumsuz biçimde etkilemektedir. Süreğenleşme özelliğiyle birlikte, doğru tedavi edilmediği takdirde toplumsal kayıplara neden olmaktadır (17). Araştırma sonuçlarına bakıldığında, yakın gelecekte kalp ve damar hastalıklardan sonra yeti yitimine en sık sebep olan ikinci hastalık olarak majör depresyon tahmin edilmektedir (18). Majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı genel toplumda %5-17'dir (1). Cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınlarda daha sık görülmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı kadınlar için %20-26, erkekler için %8-12'dir (3). Majör depresyonun, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki insidansı %10, yataklı sağlık kuruluşlarında ise %15'tir (19).

2.1.1 Majör Depresyon Alt Tipleri

Depresyon, klinik görümlerine göre DSM-5'te sekiz alt tipe ayrılmıştır (15). Bunlar:

2.1.1.1 Psikotik Özellikler Gösteren

Majör depresif döneme sanrılar ve/veya varsanılar eşlik eder. Bu özelliği gösteren depresyon hastalarının ailelerinde bipolar tip 1 bozukluğu daha yaygın görülmektedir. Kendi içinde iki alt grubu vardır;

Duygudurumla uyumlu psikotik özellikler gösteren: Sanrı ve varsanıların içeriği suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm vb. gibi depresif duygudurum ile uyumludur.

Duygudurumla uyumlu psikotik özellikler göstermeyen: Sanrı ve varsanıların içeriği, değersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm vb gibi depresyon konularını kapsamaz.

2.1.1.2 Melankolik Özellik Gösteren

Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklerden zevk alamama; çevresel etkiler ile belirtilerin düzelmemesi, sabahları erken uyanama özellikle çökkün duygudurumun sabahları daha şiddetli olmasıyla karakterizedir. Tedaviye yanıt düşüktür ve özkıym riski yüksektir.

2.1.1.3 Atipik Özellikler Gösteren

Kişiyi mutlu hissettirebilecek dış uyaranlar ile çökkün duygudurum gibi belirtilerin hafiflemesi temel özelliğidir. İştahta artış, kilo alımı, uyku miktarında artış, kurşun paralizisi görülebilir. Ayrıca kişiler, reddedilmeye karşı aşırı duyarlı davranabilir.

2.1.1.4 Bunaltılı Çökkünlük

Kişide bunaltı, gerginlik hissi, olağan dışı huzursuzluk, kaygıları nedeniyle odaklanmakta güçlük çekme görülmektedir. Ayrıca neredeyse sürekli kötü bir şey olacağı ve özdenetimini yitireceğinden korkma görülmektedir.

2.1.1.5 Karma Özellikler Gösteren

Depresyon döneminin neredeyse her gününde, günün büyük bir kesiminde; taşkın duygudurum, benlik saygısında abartılı artış, daha konuşkan

olma, fikir uçuşması, amaca yönelik etkinlikte artış, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere katılımın artması ve uyku gereksiniminde azalma gibi mani/hipomani belirtilerinden en az üçü görülür.

2.1.1.6 Katatoni Özellikleri Gösteren

Dönemin büyük bir kesiminde katatonik belirtiler görülür.

2.1.1.7 Doğum Zamanı Başlayan (Peripartum)

Depresif belirtiler gebelik ya da doğumdan sonraki dört haftalık dönemde ortaya çıkmıştır.

2.1.1.8 Mevsimsel Örüntü Gösteren

Depresyon dönemlerinin başlangıcı ile yılın belirli bir zamanı arasında düzenli zamansal ilişki mevcuttur. Yılın belirli zamanlarında tam düzelmeye görülür. Depresif dönemler son iki yılda aynı mevsimde ortaya çıkar ve bu mevsim dışındaki zamanlarda depresif dönem görülmez.

2.2 Majör Depresyon Etyolojisi

Majör depresyon, eski çağlardan beri bilinen ve buna rağmen halen etyolojisi aydınlatılmaya çalışılan bir hastalıktır. Bugünkü veriler depresyonun oluş nedeni henüz tamamen açıklamaya yeterli değildir. Bu alanda çalışan araştırmacılar, gelecek zamanlara ışık tutan bulgular saptamaktadır (20).

Yapılan birçok laboratuvar ve klinik araştırmaların sonucunda, depresyonun tek bir nedenden ziyade birçok farklı etken ve süreçlerin bir araya gelmesi ile oluştuğu görülmüştür (20). Bu etken ve süreçlerin daha iyi anlaşılabilmesi için patolojiye yönelik genetik-epigenetik, psikobiyolojik, nörokimyasal ve fizyolojik temeller üzerinde farklı modeller geliştirilmiştir. Elde edilen araştırma verileri doğrultusunda günümüzde en çok kabul gören modeller nörotransmitter, hipotalamopitüter ve adrenal (HPA) aks anormallikleri, kronik

stres ve artmış inflamasyonel yanıt, nöroplastisite bozukluklarıdır. Tüm bu mekanizmalar birbirleriyle karşılıklı etkileşim halindedir. Ayrıca birçok çevresel etmenin gerek nöral gelişimi olumsuz etkilemesi gerekse patolojik süreçleri aktif hale getirmesi sonucu depresyona yatkınlık oluşmaktadır (21).

2.2.1 Depresyon Etiyolojisinde Monoamin Hipotezi

Tüberküloz tedavisi için iproniazidin verilen hastaların sevinçli ve enerjik durumları araştırmacıların dikkatini çekmesi üzerine bu alanda çalışılmış ve Zeller tarafından bu durumun monoaminoksidaz (MAO) inhibisyonu sonucu olduğu keşfedilmiştir. Monoaminoksidaz inhibitörleri ardından trisiklik antidepresanlar (TSA) bulunmuştur. Monoamin hipotezi depresyonun patofizyolojisini tam olarak açıklayamasa da diğer antidepresanların keşfine ışık tutmuştur (22).

Monoaminoksidaz inhibitörlerinin etki mekanizmasının anlaşılmasıyla serotonerjik , noradrenerjik ve dopaminerjik olmak üzere nörotransmitter işlev bozukluklarının, depresyon patofizyolojisinde etkili olduğu bilinmektedir (17). Görülen bu nörotransmitter işlev bozuklukları ya beyindeki değişimlerin neticesinde oluşmakta ve depresyonu başlatmakta ya da depresyonun bizzat kendisi bu değişimlere neden olmaktadır. Ortak görüş ilk olarak nörotransmitterler arası dengenin bozulduğuna yöneliktir (17). Bu alanda birçok araştırma yapılmış ve halen yapılmaya devam edilmektedir. Genel olarak elde edilen veriler; santral sinir sisteminde noradrenalin (NA), serotonin (5-HT) ya da dopamin (DA) nörotransmisyonunda azalma ve/veya monoamin reseptör duyarlılığı ve yoğunluğundaki değişimlerdir (23).

Serotoninin depresyondaki yeri oldukça önemlidir. Depresyondaki hastaların seçici serotonin geri alım inhibitörlerinden (SSRI) fayda görmesi ve tedavi sonrası 5HT reseptör fonksiyonunun artması, serotonin hipotezini destekleyen bulgulardır (17).

Depresyon hastalarında izlenen NA metabolizmasındaki düşüş ve locus cereleusta (LC) NA taşıyıcı yoğunluğundaki azalma, noradrenerjik sistem depresyon ilişkisine örnek verilebilir. Ayrıca merkezi sinir sisteminde (MSS) noradrenerjik yolların aşırı etkinliği anksiyete ve panik nöbete yol açarken, etkinliğindeki azalma depresif belirtilere yol açmaktadır. Bu duruma neden olarak noradrenerjik sistemin bilişsel fonksiyon ve duygudurum düzenlenmesindeki rolü gösterilebilir (17). Depresyon tedavisinde kullanılan venlafaksin ve reboksetinin sinaptik aralıkta NA geri alımını inhibe ederek antidepresan etki gösterdiği kabul edilir (24).

Şiddetli psikomotor yavaşlama olan depresyon hastalarında dopamin aktivitesinde azalma görülmüştür. Ayrıca deney hayvanları depresyon modellerinde mezolimbik DA aktivitesinin bozulduğu ve antidepresan tedavi ile DA transmisyonunun arttığı görülmüştür (17). Ayrıca transkranyal magnetik uyarı sonrası akut dönemde görülen hipokampus, sitriatum ve nukleus akkumbenste dopaminerjik aktivite artışı; DA depresyon patofizyolojisindeki rolünü desteklemektedir (24) .

Monoaminler birbiriyle etkileşim halindedir. Çeşitli beyin bölgelerinde birbirlerinin salınımlarını ve aktivasyonlarını etkilemektedir. Depresyon gelişiminde tek başına etken olduklarını söylemek bu ilişkiden ötürü zordur (17). Nitekim araştırmalarda farklı antidepresan ilaç gruplarıyla tedavi edilen ve yanıt alınan hastalarda 5-HT, DA, NA seviyesinde ortak artışlar görülmüştür (25).

Glutamat beyindeki en yaygın bulunan uyarıcı nörotransmitterdir. Öğrenme ve bellekte rol alır. Birçok hayvan deneyinde stres sonrası artan glutamaterjik aktivasyonun, eksitoksik etki göstererek nöron kaybına yol açtığı görülmüştür. Bununla birlikte MSS'deki gama-aminobütirik asit miktarındaki azalma (GABA) ve anormal asetilkolin (Ach) düzeyi sonucu glutamaterjik uyarımdaki artışın nöron hasarına neden olduğu güncel çalışmalarda belirtilmektedir (17). Deney hayvanlarına verilen yarışmalı N-metil D-aspartat (NMDA) antagonistlerinin antidepresan benzeri etki oluşturduğu görülmüştür

(26). Tedaviye dirençli bazı MDB hastaları NMDA reseptör antagonisti olan ketaminden fayda görmektedir (17).

2.2.2 Depresyon Etyolojisinde Hipotalamopitüiter ve Adrenal Aks ve Proinflamatuvar Sitokinlerin Rolü

Majör depresyon patogeneğinde sitokinlerin etkinliği farklı bulgularla desteklenmektedir. Bu bulgulara örnek olarak; bazı MD hastalarında ek tıbbi hastalık olmamasına rağmen proinflamatuvar sitokinlerin yüksek saptanması, ölüm ardı çalışmalarda inflamatuvar yanıtın aktivitesinde artış saptanması, özellikle antidepresan tedavi sonrası inflamatuvar yanıtta azalma görülmesi verilebilir (27). Ayrıca infeksiyon gibi inflamatuvar yanıtın başlamasıyla ortaya çıkan isteksizlik, halsizlik, uyku ihtiyacında artma gibi depresyona benzer belirtiler örnek gösterilebilir. Depresif hastalarda sitokinler, HPA aksı gibi farklı yolları etkileyerek dolaylı yoldan etki göstermektedir (27).

Stres ile karşılaşan organizmada santral ve periferik sinir düzenekleri aktive olur. Aktive olan sinir düzenekleri; HPA aksını, limbik sistem ve sempatik sistemi etkin hale getirir. Organizmada, stres sonrası meydana gelen bu etkinlikler sayesinde strese yanıt verilir ve yeni duruma uyum sağlanır (28).

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu sonucu NA salınır. Noradrenalin, HPA aksında uyarıcı etkiye sahiptir ve kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salınımını artırır. Kortikotropin salgılatıcı hormon etkisiyle hipofizden aderenokortikotropin hormon (ACTH) salınımı olur ve ACTH etkisiyle adrenal bezlerden glukokortikoid (kortizol) salınımı gerçekleşir (28). Glukokortikoidler santral sinir sisteminde glukokortikoid reseptörlerine (GR) bağlanır ve böylece HPA düzeneğininde negatif feedback sağlanır (17,29). Fakat kronik streste aksın negatif feedback mekanizması bozulur ve böylece HPA aksı hiperaktivasyonu görülür. Aşırı HPA aksı aktivitesi sonucu plazma kortizol düzeyi uzun süre yüksek olur. Kortizol özellikle hipokampüste kan akımını

azaltır ve nöroplastiteyi olumsuz etkiler. Uzun süren kortizol yüksekliği sonucu hipokampal hacimde küçülme meydana gelmektedir. Hipokampus öğrenme ve bellek işlevlerinin düzenlendiği nöroanatomik bölgeler içindedir ve MD hastalarında hipofonksiyonu görüntüleme çalışmaları ile gösterilmiştir (17,29). Ayrıca stresle birlikte artan proinflamatuvar sitokinler de GR'de duyarsızlaşmaya sebep olarak HPA negatif feedback düzeneğinin çalışmasını engeller (27). Erken dönemdeki stresler, gelecekteki stres yanıtını artırmaktadır ve kişilerde psikopatoloji yatkınlığı oluşturmaktadır (28). Bununla ilgili olarak erken dönem travmatik yaşantıları olan kişilerde yaşam boyu depresyon görülme riskinde artış olmaktadır. Ayrıca, kronik strese maruz bırakılan denek hayvanlarının uzun dönem takiplerinde depresif belirtilere benzer davranış değişimleri görülmüştür. HPA aksının uzun süre aktivasyonu depresyona yatkınlık oluşturmaktadır (21). Bununla birlikte depresyon hastalarında artmış HPA aktivasyonu ve plazma kortizol düzeyi ile GR'de duyarsızlaşma görülmektedir. Majör depresif hastaların beyin omurilik sıvılarında CRH düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir (24).

2.2.3 Depresyon Etiyolojisinde Hormonların ve Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktörünün Rolü

Tiroid hastalıklarında birçok psikiyatrik belirtiyeye rastlanmaktadır. Hipotiroidizmi olan kişilerde; yorgunluk, bellek bozuklukları, sinirlilik, libido azalması ve özkıyım eğilimi görülebilmektedir (17). Hipotiroidili hastaların yaklaşık yarısında depresif belirtiler izlenir. Subklinik hipotiroidinin depresyon tedavisinde direnç yol açması ve güçlendirmede tiroid preparatlarının tedaviye eklenmesi, tiroid ve depresyon ilişkisine örnek gösterilebilir. Depresyonda en sık saptanan tiroid hormon bozuklukları; dolaşımda tiroksin (T4) düzeyi artışı, tirotropin salgılatıcı hormona (TRH) bozulmuş tiroid uyarıcı hormon (TSH) yanıtıdır (17). Noktürnal TSH tepe noktasında azalma olabilmektedir. Tiroid hormonları düzenindeki bozukluğun, antidepresan ilaç tedavisine yanıtın azalmasına ve depresyonun yinelenme riskinde artışa neden olabileceği bildirilmektedir (17).

Depresyonda uykuda salınan büyüme hormonu (BH) miktarında azalma olmaktadır (19). Beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) santral sinir sistemi hücrelerinin gelişimi, canlılığı ve işlevlerinin sürdürümü için gerekli temel büyüme faktörüdür ve depresyon etiyolojisinde rol oynadığı laboratuvar araştırmaları ile desteklenmektedir (32,33). Kontrol grupları ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda depresyon hastalarının parietal lob BDNF düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Ayrıca depresyon modeli oluşturulan deney hayvanlarının santral sinir sistemi BDNF/proBDNF oranlarında azalma gözlenmiştir (32,33). Aydemir ve ark. (34)'ü yaptıkları çalışmada, 12 hafta boyunca antidepresan verdikleri hastaların serum BDNF düzeylerinde artış saptamışlardır.

2.2.4 Depresyon Etiyolojisinde Nöroanatomik Yapıların Rolü

Son yıllarda çeşitli yapısal beyin görüntüleme teknikleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, depresyondaki hastaların ön singulat, dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal korteks ve hipokampus gibi frontal ve limbik beyin bölgelerinde işlevsel ve yapısal bozulmalar saptanmıştır (3). Depresyon hastalarının sol hipokampal hacimlerinde azalma saptanmıştır (35). Yapılan manyetik rezonans (MR) görüntüleme çalışmalarında, çocukluk çağı travma öyküsü olan depresyon hastalarında sol hipokampus ve orbitofrontal korteks (OFK) hacmi ile gri madde kalınlığında azalma olduğu gösterilmiştir (36). Elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanan hastaların belirtilerindeki düzelme ile hipokampal hacimlerdeki artışın ilişkisi, morfolojik değişimlerin etyolojideki rolünü destekleyen diğer bulgulardandır (37).

Yukarıda depresyon etiyolojisinde rol aldığını belirttiğimiz nörotransmitter sistemleri, HPA, hormonlar ve yapısal değişimlere uğrayan beyin bölgeleri aynı zamanda uyku-uyanıklık döngüsü gibi; sirkadiyen ritimlerin düzenlenmesiyle de ilişkilidir (38,39). Depresyon ve kronik stres sonucu insanlarda uyku-uyanıklık döngüsünün bozulduğu bilinmektedir (38,39). Ayrıca uzun süre strese maruz bırakılan sıçanların depresyon benzeri davranışlarıyla birlikte uyku

homeostazlarındaki bozulma; sirkadiyen ritimlerin ve duygudurumun ortak patofizyolojik süreçlere sahip olabileceğini akla getirmiştir (38,39). Bundan ötürü depresyon ve sirkadiyen ritim-uyku ilişkisini anlamaya yönelik birçok araştırma yapılmaktadır.

2.3. Uyku

Uyku döngüsel olarak; bilincin, biyolojik işlevlerin ve istemli kas eylemlerinin azaldığı olağan psikofizyolojik bir süreçtir. İnsan yaşamının neredeyse üçte birini kaplamaktadır (40). Uykunun tüm hayvan türlerinde evrensel bir davranış olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (1). Uyku; anabolik süreçlerin, bağışıklık sisteminin ve beden ısısının düzenlenmesinde etkilidir (41). Ayrıca öğrenme ve bellek gibi bilişsel işlevlerin sağlıklı şekilde işlemesi için uyku gereklidir (41). Uyku, zihnin ve bedenin sağlıklı şekilde çalışması için gereken istirahati ve yenilenmeyi sağlar (41).

2.4. Uykunun Nörobiyolojisi

2.4.1 Uyku ve Uyanıklık Döngüsü

Uykunun başlatılması ve sürdürülmesi karmaşık bir organizasyonla olmaktadır. Bu organizasyonda nöranatomik bölgeler, nörotransmitterler, bazı hormonlar ve sirkadiyen sistem rol almaktadır. Tüm bu yapılar birbiriyle karşılıklı iletişim halindedir (42).

Uyanıklığı sağlayan en temel nöral yapı asendan retiküler aktive edici sistemdir (ARAS). Çeşitli nöral devre ve nükleuslar biraraya gelerek ARAS'ı oluşturmaktadır (43). Histamin (H), NA, 5-HT, DA, asetilkolin projeksiyonları ARAS'a katılarak çıkan yollar ile kortikal ve subkortikal beyin bölgelerini glutamerjik sistem üzerinden aktive eder böylece uyanıklık sürdürülür (43–46). Uyanıklıkta önemli bir yere sahip olan mediatör ise oreksindir (hipokretin). Oreksin lateral ve posterior hipotalamusta üretilir, H ve NA yollarını aktive

eder. Ayrıca serebral kortekste Ach salınımını doğrudan arttırarak kortikal uyanıklığı destekler (43–46).

Uykunun başlatılması ve devam ettirilmesi kortikal ve subkortikal beyin bölgeleri tarafından düzenlenir (43). Uyanıklık süresince adenozin trifosfat (ATP) tüketilir ve MSS’de adenozin birikimi meydana gelir. Adenozin bir nöromodülatördür ve anterior hipotalamusta bulunan ventrolateral preoptik çekirdeği (VLPO) uyarır (43). Uyarı sonrası VLPO’dan, GABA ve galanin salınımı olur. Gabaerjik ve galaninerjik uyarı sonucu ARAS ve diğer uyanıklığı sağlayan yollar inhibe olur. Böylece uyku dönemi başlar (43).

Uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesinde bahsettiğimiz bu mekanizmaların yanında homeostatik (proces S) ve sirkadiyen süreçler (proces C) ile melatonin de rol almaktadır (43) . Borbely, uyku gereksinimini açıklamak için iki süreçli modeli oluşturmuştur. Bu modele göre; Proces S; organizmanın uyanık kaldığı süreyi temsil eder ve uyanıklık süresince yoğunluğu artar. Proces C ise organizmaya ait sirkadiyen ritmi temsil eder (47,48). Uyanıklık durumunda her iki sürecin yoğunluğunda artış olur ancak proces S’teki artış daha fazladır, aralarındaki farka bağlı olarak uyku basıncı oluşur (47,48). Geceye doğru uyku basıncı tepe değere ulaştığında yoğun uyku ihtiyacı hissedilir (uyku bastırması). Proces S’in amacı, uyanık kalınan süreyi karşılayacak miktarda uyku oluşturmaktır (47,48). Bundan ötürü uyku süresince yoğunluğu azalır. Proces C’nin amacı ise organizmanın uyku uyanıklık döngüsüyle birlikte diğer ritmik işlevlerinin düzenli yapılmasını sağlamaktır (47,48). Işığın sirkadiyen ritmi etkilediğini belirtmiştik. Işık azaldığında SCN pineal bezi uyararak melatonin salgısını başlatır. Melatonin de vücut ısısındaki azalma gibi uykuya giriş hazırlıklarını başlatır. Günün ilk ışıklarıyla birlikte gece boyu devam eden melatonin salgısı durur, proces C organizmayı yeni güne hazırlar, uyku basıncının en düşük olduğu noktada kişi uyanır (47,48).

2.4.2 Uykunun Evreleri

Memelilerde doğal uyku REM (rapid eye movement) ve NREM (non-rapid eye movement) şeklinde iki bölümden oluşur. Her bir uyku evresi kendine özgü elektroensefalografi (EEG), elektrookülografi (EOG) ve elektromiyografi (EMG) aktivitesi ile skorlanır. Her bir evreye ait özgül elektriksel aktiviteler olduğu gibi özgül olmayan –özellikle frekans– aktiviteler de olabilir (49). Uyku düzeni ve süresi, yaşa ve genetik özelliklere göre değişebilmektedir (42). Yenidoğanlarda uyku REM evresi ile başlar ve daha kısa döngüler halinde devam eder. Erişkinliğe doğru yavaş dalga uyku yoğunluğunda artış gözlenir (42).

Olağan bir uyku NREM dönemi ile başlar ve sırasıyla NREM N1, N2, N3 evreleri görülür. Uykunun başlangıcından yaklaşık 80-90 dakika sonra, ilk REM dönemi başlar ve bu süreye REM latansı denir (43). Uykunun başlangıcından bu ilk REM uykusunun sonuna kadar geçen süre, bir uyku siklusudur. Her bir siklusun süresi 90–110 dakika arasında değişir ve gece boyunca 4-6 kez tekrarlanır. İlk REM dönemi genellikle daha kısadır. Gecenin ilk yarısında NREM, ikinci yarısında ise REM uykusu baskındır (43).

NREM uykusu evre 1'de EEG aktivitesi düşük voltajlı ve karışık aktivitelerden oluşur. Uyku derinleştikçe aktivite yavaşlar. REM uyku EEG aktivitesi ile uyanıklık aktivitesi birbirine benzer. Beyin sapındaki mezopontin çekirdekler NREM ve REM döngüsünün kontrolünde rol alırlar. Kolinerjik sistem REM uykusunda özellikle önbeyinde oldukça aktiftir (43,49).

NREM uykusunun 1.ve 2. dönemleri yüzeysel uyku, 3. dönemi ise yavaş dalga uykusu (derin uyku) olarak bilinir. NREM uykusu 1. ve 2. döneminin işlevi halen tam olarak bilinmemektedir (32,34). Yavaş dalga uykusu (NREM evre 3 uykusu) ise kişide bedensel ve zihinsel dinlenme ve tazelenmeyi sağlar. Bu dönemde kişiyi uyandırmak zordur (32,34). Erişkinlerde hücre yenilenmesi ve onarımı ile çocuklarda büyüme hormonunun salgısı özellikle NREM evre 3 uykusunda artış göstermektedir (32,34). Organizmanın; büyüme, gelişme ve onarım için özellikle yavaş dalga uykusuna ihtiyacı mevcuttur. Bundan ötürü

homeostatik denge; uykudaki herhangi bir aksamada ilk olarak yavaş dalga uykusunu telafi etmeye çalışır (32,34).

REM uykusu 5-30 dakika sürer ve toplam uyku süresinin beş veya dördte birini oluşturur. Depresyondaki kişilerde veya yaşlılarda REM latansında kısalma görülebilir (40,50). REM döneminde hızlı göz hareketleri, solunum ve kalp atımında hızlı ve düzensiz ritim, çizgili kaslarda ise atoni görülür (40,50). REM uyku döneminde serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma ve kolinerjik aktivitede ise artış olmaktadır (40,50). Kolinerjik agonistler REM uykusunu artırır. REM uykusu, nöronlarda membran stabilizasyonu sağlar. Özellikle örtük bellek olmak üzere bellek ve öğrenme işlemlerinin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlar (40,50). Hayvan deneylerinde, yeni görevler öğretilen hayvanların o geceki REM uykularında artış dikkat çekmiş, insanlarda da benzer bulgular gözlenmiştir (41). Hipokampüs, emosyonel hatıraları REM döneminde işlemdikten sonra neokortekse verilerini gönderir (51).

2.5 Uyku Bozuklukları ve Depresyon İlişkisi

Uyku bozuklukları ve öznel uyku yakınmaları majör depresyon hastalarında sıkça görülmektedir. Depresyon hastalarının en sık başvuru nedenlerinden biri uyku sorunlarıdır (52). Geoffroy ve ark (2018)'nin belirttiğine göre Hickie ve ark (2011) MD hastalarında görülen en karakteristik uyku sorunlarını şu şekilde bildirmişlerdir; uykuya dalma güçlüğü, sabahları her zamana göre erken uyanma, uykunun dinlendirici olmaması ve gün içerisindeki uykululuk halidir (53). Araştırmalar, MD hastalarında insomni sıklığının %90, hipersomni sıklığının %30 oranında olduğunu bildirmektedir. Ayrıca hipersomni sıklığının mevsimsel özellikli depresyonda arttığı belirtilmektedir (54). Soehner ve arkadaşları (55), depresyon hastaları ile yaptıkları çalışmada, özkıyım girişimi ve son bir yıl içindeki madde kullanım riski ile hipersomni arasında ilişki bulmuştur. Depresyona eşlik eden uyku bozuklukları; hastalık şiddetinin artmasına ve tedaviye yanıtın azalmasına neden olmaktadır (54). Ayrıca depresyon sağaltımına rağmen uyku bozukluklarının devam edebildiği ve buna bağlı olarak depresif epizodun yinleme riskinin arttığı görülmüştür (56). Karşı

pencereden bakıldığında; uyku bozukluklarında enerjide azalma, keyifsizlik, odaklanma güçlüğü, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma gibi depresyona benzer bir tablo görülmektedir. Breslau ve ark.'ı uyku sorunları olan genç erişkinleri uyku sorunu olmayan kontrol grubuyla karşılaştırmış ve ruhsal hastalık prevalanslarını incelemişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre MD prevalansı; insomni grubunda %31.1, hipersomni grubunda %25.3, insomni ve hipersomni grubunda %54.3, uyku sorunu olmayan grupta ise %2.7 olarak saptanmıştır (57).

Depresif bozukluklarda, NREM uykusunda ve REM latansında azalma, REM yoğunluğunda ise artış olmaktadır. Bazı hastaların tariflediği; kabus ve canlı rüyalar REM uyku yoğunluğundaki artış ile ilişkilidir ve sağaltım sonrası da devam edebilmektedir (58). Giles ve ark (59), unipolar depresyon hastaları ile 1. derece yakınlarında, REM latansında kısalma ve REM yoğunluğunda artış gibi benzer polisomnografik kayıtların olduğunu bildirmiştir. Ayrıca aynı çalışmada REM latansı kısa olanların akrabalarında yaşam boyu MD riskinin 1.8 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Majör depresyon hastalarında sık rastlanan REM latansındaki kısalma, lokus seruleustaki nöronların hasarı sonucu gelişen noradrenerjik aktivitedeki azalma ile ilişkili bulunmuştur (60). Depresif bozukluklarda görülen uyku ile ilgili klinik belirti ve biyolojik göstergeler tabloda gösterilmiştir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1 Depresif bozukluklarda görülen uyku ile ilgili klinik belirti ve biyolojik göstergeler Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu (54)'ndan alınmıştır.

Klinik belirtiler:

İnsomni

Sabahları erken uyanma

Hipersomni, korkulu rüyalar, uyku kalitesinde azalma

Biyolojik göstergeler:

Yavaş dalga uykusunda azalma

Uyku latansında artış

REM latansında azalma, REM yoğunluğunda artış

NREM evre 1 uykusunda artış

2.6 Kronobiyoloji

Canlıların fizyolojik aktiviteleri, belirli bir düzen içinde; eş zamanlarda ve/veya belirli bir sıra halinde ritmik olarak gerçekleşir. Organizmadaki bu ritimlere biyolojik ritim denmektedir (6,61). Hayvanların beslenmesi, uyuması, çiftleşmesi ve göç etmesi ile bitkilerdeki fotosentez vb gibi işlevler biyolojik ritimlere örnek verilebilir. Biyolojik ritim oluşum periyotları; saniye, dakika, bir tam gün, ay ve yıllara yayılabilir (6,61). Memelilerde, 24 saatlik zaman dilimi (bir tam gün) içinde gerçekleşen fizyolojik, psikolojik, biyolojik eylemleri düzenleyerek periyodik olarak devam etmesini sağlayan zamanlayıcıya biyolojik saat (sirkadiyen ritim) denir (6,61). Kronobiyoloji ise bu ritimleri; moleküler düzeyden davranışlar gibi klinik görünümüne kadar bir çok açıdan inceleyen bilim dalıdır (6).

Kronobiyoloji alanında ilk dikkat çekici gelişmeler 20. yy ortalarına doğru olmuştur. Jürgen Aschoff (1913–1998), ritim belirleyiciler üzerinde yaptığı çalışmaları sonucunda “zeitgeber” terimini literatüre kazandırmıştır. Zeitgeber; biyolojik saate, zamanla ilgili ipucu sağlayan çevresel uyaranlardır (ışık, ses, sosyal aktiviteler gibi) (6). Franz Halberg ise kronobiyoloji laboratuvarı kurmuş ve günlük ritim anlamına gelen “circadian” terimini kullanmıştır. Gunther Hildebrandt kronobiyoloji'nin diğer tıbbi durumlarla ilişkisi üzerinde durmuştur (6). Melankoli'deki uyku düzensizlikleri ve belirtilerin uyku-uyanıklık döngüsü ile ilişkilerine 1600-1700'lü yıllarda dikkat çekilmiştir. Geiger kış aylarında ortaya çıkan depresyon belirtilerini vurgulayarak, bugünkü terminolojide kullandığımız

mevsimsel özellikli depresyona atıfta bulunmuştur (6). Kronobiyojinin fark edilmesiyle birlikte psikiyatrik bozukluklar ve biyolojik ritim düzensizlikleri bazı araştırmacılar tarafından birlikte incelenmeye başlanarak ilişki kurulmaya çalışılmıştır (6).

2.6.1 Biyolojik Ritimler

Herhangi bir ritimden bahsetmek için o ritmin sıklığını, periyodunu ve evresini tanımlayabilmek gerekir. Ritmin tek bir döngüsü için geçen süre periyodunu, belli zaman dilimindeki döngü sayısı sıklığını, ritmin başlangıç ve bitişi ise evreyi ifade eder. Döngü sürelerine göre temel olarak 4 adet ana biyolojik ritim mevcuttur (6). Bunlar:

1) *Sirkadyen ritim*; yaklaşık olarak 24 saatlik sürede meydana gelen ritimlerdir. Epifizden melatonin salgılanması, vücut sıcaklığının ayarlanması, uyku-uyanıklık ve plazma kortizol seviyelerindeki değişimler örnek verilebilir (6).

2) *Diurnal ritim*; genellikle gün içinde (gündüz-gece, sabah-akşam) değişen durumları belirtmek için kullanılır (6).

3) *Ultradiyen ritim*; 24 saatten daha kısa süren döngüleri ifade eder. 90 dakikalık döngülerde yer alan REM uykusu, kalp atımı, solunum fonksiyonları örnek verilebilir (6).

4) *İnfradiyen ritim*; menstrüel dönem gibi 24 saatten uzun döngüler için kullanılır (6).

Uyku-uyanıklık, beslenme, vücut ısı gibi birçok yaşamsal faaliyet sirkadiyen ritmin içindedir (8,62). Ayrıca sağlıklı kişilerde hormonların kan ve doku konsantrasyonları ve reseptör etkinlikleri 24 saat boyunca sirkadiyen ritme göre belirgin değişimler gösterir. Öyle ki nörotransmitter konsantrasyonları 24 saatlik döngüde %100 e kadar değişebilmektedir. Bundan ötürü ilaçların etkinlik ve güvenli doz aralığı, ilacın uygulanma zamanına bağlı olarak da değişim göstermektedir (6,63). Bireylerin, uyanıklık durumları, yakın bellek ve bilişsel

fonksiyonlarının EEG ve EOG kayıtları sirkadyen ritimden etkilenmekte ve farklı frekanslar görülmektedir (64,65). Bazal vücut ısısındaki artışla birlikte bilişsel işlevlerin etkinliği de artar ve hemen hemen eş zamanda pik yapar. Uyku zamanına yakın bazal vücut ısısında düşme ve dolaşım sisteminde vazodilatasyon görülür. Sağlıklı bir sirkadiyen sistemin en güçlü göstergelerinden biri vücut ısısıdır ve pik değerine erken ya da geç ulaşması sirkadyen düzensizliğin önemli belirteçlerindendir (64,65).

2.6.2 Sirkadiyen Ritmin Düzenlenmesi

İnsanda; retina, retinohipotalamik yol, pineal bez ve suprakiazmatik nükleus sirkadiyen ritmin nöranatomik yapılarıdır. Ana kontrol merkezi anterior hipotalamusta yer alan suprakiazmatik nükleus'tur ve bu merkeze sirkadiyen ya da biyolojik saat de denmektedir (6,61). Dışarıdan ve içerden gelen pek çok ritim verici tarafından SKN uyarılmaktadır. En etkin çevresel ritim verici (zeitgeber) ışıktır. Sosyal ve sportif faaliyetler, yatış-kalkış zamanları, beslenme saatleri sirkadyen ritmin düzenlenmesinde etkili olan diğer sosyal ritim düzenleyicileridir (6,61). Sirkadiyen ritmin doğal döngüsü 24 saatten daha uzundur bundan ötürü bir günlük döngüyü yakalayabilmesi için çevresel ritim vericiler gereklidir (61).

Suprakiazmatik nükleus, üç ana afferent bağlantıya sahiptir bunlar; retinohipotalamik, median serotinerjik, genikulo-hipotalamik ve nöropeptid Y (NPY) talamikointergenikulat yoldur (66). Işık, retinadaki fotoreseptörler ile algılanır ve retinohipotalamik yol ile SKN'ye iletilir böylece sirkadiyen ritim işlevlerinin düzenlenmesini sağlar (67).

Suprakiazmatik nükleusa ait efferent yolların birçoğu hipotalamusa uzanmaktadır. En iyi bilinen yolak pineal beze giden multisinaptik projeksiyondur. Işığın etkisiyle, gündüz SKN'den giden GABAerjik uyarılar paraventriküler nükleus (PVN) tonik aktivitesini inhibe eder. Karanlıkta inhibitör uyarının kalkmasıyla, PVN glutamerjik ileti ile pineal bezi uyarır ve melatonin salınımı gerçekleştirir (68). Melatonin sirkadiyen salınım özelliği göstermektedir;

plazma düzeyi gece yükselir, gündüz ise en düşük değerde seyreder. Ayrıca melatonin hormonu, GABAerjik yolaklar üzerinden SKN'yi inhibe ederek uykunun başlamasına ve sürdürülmesine yardımcı olur (6).

Uyanıklıkta SKN'den median serotonerjik yol üzerinden raphe nükleusuna gelen girdiler, davranışların düzenlenmesinde etkilidir (69). Çevresel ritim vericiler dışında serotonerjik afferenter ile ışıktan bağımsız olarak SKN'ye uyarı gelmektedir (66). Özetlemek gerekirse sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde ve sürdürülmesinde en önemli çevresel uyaran ışıktır. Ayrıca serotonerjik aktivite ve melatonin ise sirkadiyen sistemin endojen kimyasal düzenleyicileri olarak rol almaktadır (69).

2.6.3 Kronotip

Bireyler arasında, uyku-uyanıklık ritmi başta olmak üzere günlük yaşamlarında biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve davranışsal açıdan bireysel farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklara göre bireyler sabahçıl (morningness:M) tip, ara tip ve akşamcıl (eveningness: E) tip olmak üzere üç farklı kronotipe ayrılır (70). Kronotip farklılığında çevresel, yapısal ve genetik özelliklerin rol aldığı düşünülmektedir (8). Korczak ve ark (2008)'nın belirttiğine göre Adan ve ark clock genlerdeki polimorfizmler sonucu sabahçıl ve akşamcıl tercihin değişebildiğini bildirmiştir (71). Ayrıca kişilerin, perinatal ve doğum sonrası dönemlerin fotoperiyod süreleri de kronotip özelliklerinde belirleyici olabilmektedir. Sonbahar ve kış mevsiminde doğanlar daha çok sabahçıl tip, ilkbahar ve yaz mevsiminde doğanlar ise daha çok akşamcıl tipte olmaktadır (72). Sabahçıl ve akşamcıl tip kişilerin vücut ısıları ve diğer sirkadiyen ritim zamanları arasında yaklaşık 65 dakikalık bir zaman farkı vardır (73).

Sosyal aktivite, fiziksel performans vb gibi işlerdeki zaman seçiminin bireysel değişiklikler 1900'lü yıllarda klinik olarak gözlemlenmiştir. Ancak ilk defa Kleitman tarafından 1939'da kişilerin sirkadiyen ritimleri "sabahçıl tip", "akşamcıl tip" ve "ara tip" şeklinde sınıflandırılmıştır. Ara tipin, diğer kronotip yapılarından dikkat çekici farklılıkları olmadığı vurgulanmıştır (70).

Kronotip yaşa bağılı olarak değişebilmektedir. Yenidoğan ve çocukluk

döneminde sabahçıl tip, ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde ise akşamcıl tip daha sık görülmektedir (8). Akşamcıl tip en yaygın olarak 15-25 yaş aralığında görülmekle birlikte ilerleyen zamanda sabahçıl kronotip ağırlık kazanmaktadır (74,75).

Cinsiyet ve kronotip ilişkisinin incelendiği çalışmalarda birbiriyle çelişen sonuçlar elde edilmiştir. Literatürde kadınlarda sabahçıl kronotipin daha sık görüldüğü (76) söylenmekle birlikte bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı da ifade edilmektedir (77,78). Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya'da yapılan farklı çalışmalar ile cinsiyete göre anlamlı farklılığın yaklaşık 15-25 yaş aralığında olduğu –erkeklerde akşamcıl kronotip daha sık– ve yaş ilerledikçe bu farklılığın ortadan kalktığı gösterilmiştir (74,75).

İkiz çalışmalarında, gen ve çevre ilişkisinin kronotip tercihinde etkili olduğu gösterilmiştir (79,80). Sabahçıl kronotip ile; PERIOD3 (PER3) geninin homozigot uzun aleli ve PERIOD1 (PER1) T2434C gen polimorfizmi, akşamcıl kronotip ile CLOCK 5'-UTR geni ilişkili bulunmuştur (81,82).

En yaygın görülen kronotip ara tip (intermediate-neither) , en nadir görülen kronotip ise akşamcıl tiptir. Paine ve ark. erişkin grup (30-49 yaş) üzerinde yaptıkları epidemiyolojik çalışmada; sabahçıl tip oranını %50-60, akşamcıl tip oranını %2-3 olarak bulmuşlardır (83). Sabahçıl ve akşamcıl kronotipin belirlenmesinde özbildirim ölçekleri kullanılmaktadır. Bu anlamda en sık kullanılan ölçek; Horne ve Östberg tarafından geliştirilen Morningness-Eveningness Questionnaires'tir (MEQ) (84). Birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirliği yapılan testin Türkçe güvenilirlik çalışması Pündük ve ark tarafından yapılmıştır. Dörtlü likert tipi 19 sorudan oluşmaktadır.

Buraya kadar kronobiyojinin; tarihçesi, cinsiyete ve yaşa göre dağılımı, genetik özelliklerine değindik. Kronotip tercihlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için ayrı ayrı fenotip özellikleri ve farklılıklarına değinilecektir.

2.6.4 Sabahçıl ve Akşamcıl Kronotip Özellikleri ve Farklılıkları

Kronotipler arasında birçok açıdan farklılıklar mevcuttur. Sabahçıl tipler, sıklıkla güne erken başlamayı ve gece de erken yatmayı tercih eder. Enerji düzeyleri, kognitif ve fiziksel performansları sabahları daha yüksektir. Akşamcıl tiplerde ise bu durumun tersi geçerlidir. Bu yüzden okul ve çalışma hayatı gibi erken kalkmanın mecburi olduğu durumlarda yeterli uyku uyuyamazlar. Buna bağlı olarak işte ve okulda uykusuzluk çekebilirler (8). Tatil zamanlarında daha fazla uyuyarak, biriken uyku ihtiyaçlarını gidermeye çalışırlar. Bu uğraşları sonucu uyku düzenlerinde karmaşa meydana gelir. Uyku düzensizliğine bağlı olarak; yorgunluk, isteksizlik, uyum güçlüğü görülebilir. Sabahçıl tipler, çevresel uyaranlara (zeitgeber) kolay uyum sağladıkları için; iş, sosyal ve akademik alanda daha iyi performans sergiler (8). Çeşitli fiziksel ve zihinsel performans testleri ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, sabahçıl tiplerin sabah ve öğle, akşamcıl tiplerin ise akşam saatlerinde daha iyi performans sergiledikleri tespit edilmiştir (73,85).

Kronotipler arasında, uyku-uyanıklık gibi sirkadiyen ritme ait diğer fizyolojik işlevlerin de zamanlama farklılıkları mevcuttur (85,86). Sabahçıl tiplerin, bazal beden ısı 121 dk, kortizolün sabah fazı 55 dk, uyanıklık (alertness) durumları 171 dk, fiziksel ve bilişsel performansları 1-6 saat (85), melatonin salınımları ise yaklaşık 120 dk daha erken olmaktadır (6). Sağlıklı gönüllüler ile yapılan çalışmada, akşamcıl kişilerin saat 09.00'daki kan melatonin düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Kronotiplerin hormon pik ve bazal değerleri farklı zamanlarda olmaktadır (87). Ayrıca adrenalin salınımı ve deri iletkenlikleri de farklıdır (88).

Performans düzeyleriyle paralel olarak gün sonuna doğru; sabahçıl tiplerde olumsuz duygulanım artarken, akşamcıl tiplerde ise olumlu duygulanım artar (89). Birçok durumda, akşamcıl kronotip özellikleri bir dezavantaj gibi gözükse de; akşamcıl tiplerin vardiyalı çalışma düzenine kolay uyum sağladıkları bilinmektedir. Uzun süre vardiyalı çalışma sonucu sabahçıl tiplerde

uyum bozukluğu görülebilmektedir (62). Akşamcıl tipler düzensiz beslenme alışkanlığına sahiptir ve genellikle kalorisi yüksek gıdaları tercih eder. Akşamcıl tiplerde daha sık görülen bulumik yeme davranışının sosyal jetlag belirtilerinden biri olduğu ifade edilmektedir (62,90).

Mecacci ve Rocchetti akşamcıl ve sabahçıl tiplerin farklı kişilik ve davranış özellikleri olduğunu bildirmiştir. Akşamcıl tip bireyler stresle baş etmekte zorlanmaktadırlar (91). Düzensiz ve uygunsuz beslenme, düzensiz uyku alışkanlıkları gibi nedenlerden ötürü kardiyovasküler hastalıklara yatkındırlar. Akşamcıl tiplerde psikolojik ve psikosomatik hastalıklar daha sık görülmektedir (91).

Sirkadiyen ritim ve gündelik yaşam arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır. Sirkadiyen ritmin, çevreye uyum sağlayabilmesi için zamansal ipucu veren dış uyarılar (zeitgeber) gereklidir (6). Gündelik yaşamda ise duygudurum, davranışlar ve performans sirkadiyen ritimden etkilenmektedir (67). Çocuklar üzerinden inceleyecek olursak; sabahçıl özellik gösteren çocukların, okul saatlerine uygun olarak uyanmakta ve yatmakta zorlanmadıkları görülmüştür. Böylece okula daha istekli giderek, okul içindeki enerji ve motivasyonlarını daha yüksek tutabilmektedirler. Tüm bunlar sayesinde okula kolay uyum sağlar nadiren davranış sorunları geliştirirler. Yüksek uyum güçleri derslerine de olumlu katkı sağlar (92). Sosyal hayata iyi uyum sağlamaları, daha az davranış sorunları geliştirmeleri ve akademik başarıları sayesinde sabahçıl tipteki çocuklar, ebeveynleri ile daha az çatışma yaşar. Aksine akşamcıl çocuklar için durum daha zordur ya da etkenler daha zorlayıcıdır. Çünkü sabahları uyanmakta ve okul için hazırlanmakta epeyce zorlanır. Henüz okula gitmeden yoğun bir başlangıç yapan bu çocukların derslerine olan ilgisi azalır, davranış ve uyum problemleri gelişir. Zorlanmalar ve uyum sorunları neticesinde ebeveynleri ile daha sık çatışma yaşarlar (92).

Fizyolojik süreçler ile birlikte kronotipler arasında psikolojik farklılıklar da görülebilmektedir. Yapılan birçok araştırmada sabahçıl ve akşamcıl tipler

arasında duygudurum farklılıkları saptanmıştır. Akşamcıl tip olanların duygudurum bozukluklarına daha yatkın olduğu görülmüştür (9). Sabahçıl tiplerin ise depresif bozukluk belirtileri akşamcıl tiplere göre daha hafif şiddette olup, tedavi yanıtları daha iyidir. Sabahçıl tip olmak, depresyona karşı koruyucu bir etmen olarak görülmektedir (6,10). Akşamcıl tip olanların ise depresyon şiddet puanlarının daha yüksek olduğu ve beraberinde intihar düşüncelerini daha yoğun yaşadıkları saptanmıştır (6,10,11). Uyku alışkanlıkları nedeniyle günlük hayata uyum sağlamakta zorlanan akşamcıl tiplerde sosyal jetlag sıkça görülmektedir. Sosyal jetlag ve uyku kalitesindeki bozulma ile depresyon şiddeti ve intihar riskinin ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (12). Ayrıca akşamcıl tiplerde görülen dürtüsel davranış özelliklerinin de özkıyım riski üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (11). Depresif hastalarla yapılan ve kronotip ile geçmişteki intihar düşüncelerinin ilişkisini araştıran bir çalışmada, yenilgi ve sıkışmış hissetme ölçeklerinde; akşamcıl tipte olanlar, sabahçıl tipte olanlara göre daha yüksek puanlar almıştır (9). Özkıyım kuramcılarında Baumeister, bireylerin kendilerini umutsuz ve sıkışmış hissettikleri anlarda içinde buldukları durumdan kurtulmak için özkıyım girişimlerinde bulduklarını ileri sürer (13). Akşamcıl tip ile alkol-madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları gibi diğer birçok psikiyatrik hastalık ile ilişkisini gösteren çalışmalar vardır (8).

2.7 Sirkadiyen Ritim ve Depresyon İlişkisi

Organizmanın fiziksel ve ruhsal sağlığı için; endojen ritimlerin dış çevre ile uyumlu olması gerekmektedir ve bunu sağlayan ana yapı SKN'dir (93,94). Çalışmalarda, SKN haricinde karaciğer, kalp ve akciğer gibi periferik organların da zamanlayıcıya (osilatör) sahip oldukları gösterilmiştir. SKN, dış uyaranlar olmadan da endojen zeitgeberler yardımıyla biyolojik ritmi düzenleyebilir ancak bu ritim insanlar için 24 saatten daha uzundur (93,94). Depresyon ve uyku bozukluklarının ilişkileri birçok nedensel bağın kurulmasına yol açmıştır (95). Bu ilişkide öne sürülen fikirlerden biri de; sirkadiyen ritimdeki bozulmaya bağlı olarak depresif belirtilerin ve uyku bozukluğunun eş zamanlı gelişmesidir (96).

Örneğin; depresyon hastalarında görülen REM/NREM ultradiyen ritimdeki değişimin, uyku-uyanıklık döngüsünü düzenleyen nöronal yollardaki aksamaya bağlı olduğu düşünülmektedir (94). Uyanıklık döneminde proces S'te yeterli artışın olmaması, proces C etkinliğinin öne kayması endojen SKN periyodunun kısa ve olağandışı çalıştığına göstergesidir (6). Depresyonda görülen erken uyanma, uykuya dalma ve sürdürmedeki güçlük, Proces S ve C dengesindeki bozulma ile de ilişkilendirilmektedir (6,40). Birçok depresyon hastasında belirtiler diurnal özellik (sabah daha şiddetli, akşama doğru azalma şeklinde) göstermektedir (97). Ayrıca duygudurum bozukluklarının tekrarlayıcı özellikte olmaları döngüsel özelliklerinin olduğunu göstermektedir (98).

Sirkadiyen döngünün normalden daha erken olmasına faz ilerlemesi daha geç olmasına ise faz gecikmesi denmektedir (99). Özellikle tek uçlu ve iki uçlu depresif bozukluk dönemlerinde faz ilerlemesi oluşmaktadır (100). Bu duruma kanıt olarak depresyon hastalarındaki; sabah erken uyanma, REM latansında kısalma, sabah ACTH ve kortizol pikinin erken olması, vücut sıcaklığının erken pik yapması gösterilebilir (6,101).

Souetre ve arkadaşlarının, depresyon ve kontrol gruplarını karşılaştırdıkları çalışmada; depresif grupta gece TSH değerinin düşük, vücut sıcaklığının ise yüksek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada vücut sıcaklığındaki değişimin sağaltım sonrasında dahi devam ettiği saptanmıştır (102). Bazı MD hastalarında kortizolün diurnal ritimdeki bozulmaya bağlı olarak; sabah pik değerinde ve ortalama kan düzeyinde artış görülmektedir (103). Depresyondaki hastaların yaklaşık yarısında deksametazon supresyon testine kortizol yanıtı alınmaz (3). Depresif hastaların öfkeli duygudurumu ve uyku bozuklukları yüksek kortizol düzeyi ile de ilişkilendirilmektedir (98). Depresif epizod esnasında bireylerde, sirkadiyen ritmin ana düzenleyici hormonu olan melatonin gece tepe değerinde, 24 saatlik ortalama kan düzeyinde ve amplitütünde azalma görülmektedir (102).

Yaşa bağılı hipotalamusta oluşan kalsiyum birikimi; SKN işlevini bozar ve melatonin salgısının azalmasına yol açar. Ayrıca ileri yaşlardaki görme keskinliğinin azalması, ışığın yeteri kadar algılanamamasına ve böylece sirkadiyen ritimde bozulmaya neden olabilmektedir. Yaşa bağılı gelişen bu değişiklikler, depresyona yatkınlık oluşturabilmektedir (104).

Mevsimsel özellikli depresif bozukluk hastalarında sirkadiyen ritim faz gecikmesi görülmekte ve hastalığın patogenezinde rol aldığı belirtilmektedir (105). Kış döneminde mevsimsel özellikli depresif bozukluk hastalarının gündüz melatonin düzeyleri beklenen düzeyden daha yüksek bulunmuştur. Melatoninin SKN üzerindeki inhibitör etkisi gündüzleri de devam ettiği için ritim düzensizliğine sebebiyet vermektedir ve bundan ötürü yatkınlığı olan bireylerde depresyon gelişmektedir (96). Sabahları geç uyanma ve hipersomni belirtilerinin, gecikmiş faz ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır (94). Mevsimsel özellikli depresyonu olan kişilerin hastalık dönemlerinde, uyku-uyanıklık saatleri rutin düzenlerinden kabaca 3-6 saat daha geç olmaktadır (40) .

Duygu durum düzenleyici ve antidepresan ilaçlar; tedavi süresince sirkadiyen ritimde de düzenleyici etkiye sahiptir (98). Ayrıca kronobiyojik müdahalelerin depresyon sağaltımında etkili olması; sirkadiyen ritim ve depresyon ilişkisini desteklemektedir (98).

Suprakiazmatik nükleusta bulunan clock (saat) genler sirkadiyen ritmin moleküler saatleridir. Sirkadiyen clock genleri mutasyona uğratılan sıçanlarda, uykuda azalma, ventral tegmental alan (VTA) dopaminerjik etkinliğinde ve psikomotor aktivitede artma gibi mani benzeri davranışlar gözlenmiştir (106). Bir başka hayvan modelinde ise FBXL3 clock genleri mutasyona uğratılan sıçanların depresif ve anksiyete benzeri davranışlar sergilediği görülmüştür (107).

Psikoterapinin sirkadiyen ritim üzerindeki etkisini incelemek üzere farmakoterapileri devam eden bipolar ve unipolar depresyon (UDB)

hastalarından gruplar oluşturulmuştur. Unipolar depresif hasta grubuna bilişsel davranışçı terapi, BDB hasta grubuna ise psikoeğitim verilmiştir. İzlemede, her iki grubun biyolojik ritimlerdeki düzelmeye birlikte depresif semptomlarında da gerileme görülmüştür (108).

2.8 Affektif Mizaç

Huy (mizaç), karakter ve kişilik ,farklı oluşumları ifade eden kavramlardır. Mizaç; yapısal ve biyolojik özellik gösterir. Kalıtımla geçen ve yaşam boyu neredeyse hiç değişim göstermeyen çekirdek duygu, düşünce ve davranış kalıplarından oluşur. Karakter; aile fertlerinin yaklaşımları, yetiştirilme şekli ve bireysel tecrübeler doğrultusunda gelişen, öğrenilen tutumlardır. Bir devinime sahip olmasından ötürü zamanla değişebilen özellikleri ifade etmektedir. Kişilik ise; mizaç ve karakterin bileşimi ile oluşan bireysel dışa vurumdur (109,110). Günümüzde mizaç, bireyin afektif yönünü belirtmek üzere kullanılır .

Hipokrat döneminden itibaren bireylerin farklı mizaçlara sahip olduğu bilinmektedir. Hipokrat'ın humoral teorisi farklı huy özelliklerini tanımlamıştır (109). Krapelin'e göre bireylerde dört ana mizaç özelliği baskındır (affective temperament, depresif, siklotimik, irritabl, hipertimik). Baskın mizaç özelliklerinin, duygudurum bozukluklarına yatkınlık oluşturduğunu söylemiştir (111,112). Akiskal ve arkadaşları ise afektif mizaçların, duygudurum bozukluklarının çekirdek özellikleri olduğunu belirtmiş ve Krapelin'in tanımladığı 4 ana mizaca 'Anksiyöz' mizacı eklemiştir (111,112).

2.8.1 Akiskal'e Göre Affektif Mizaç Tipleri (113)

Distimik Mizaç:

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.
- 2) Herhangi bir duruma ikincil olmayan aralıklı, hafif depresyon görülebilir.
- 3) Sıklıkla anhedoni ve anergi gözlemlenir.

4) Uyku süreleri (>9 saat/gün) uzundur.

5) Schneiderian depresif kişilik özellikleri yer alır:

- Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen.
- Sessiz, pasif ve kararsız.
- Şüpheli, eleştiren veya şikâyet eden.
- Derin derin düşünen ve endişelenen.
- Vicdanlı, kendi kendini disipline eden.
- Kendine karşı eleştirel ve cezalandırıcıdır.
- Başarısızlığı, yetersizliği ve olumsuz olaylar üzerinde gereğinden fazla durur.

Hipertimik Mizaç:

1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.

2) Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler görülebilir.

3) Uyku süresi genel olarak 6 saatin altındadır.

4) Yadsıma (inkâr) çok fazla kullanılır.

5) Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri mevcuttur:

- İritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
- Saf, özgüveni yüksek, övüngen, abartılı, gösterişli
- Azimli, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan

- Aşırı konuşkan
- Sıcakkanlı, insancıl veya dışa dönük
- Sık sık başkalarının işine karışan
- Aşırı yenilik arayışı, riskli cinsel ilişkiler

İrritabl Mizaç:

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.
- 2) Kişilerde çoğunlukla karamsarlık söz konusudur (irritabl ve çabuk kızan olma).
- 3) Derin düşüncelidir.
- 4) Aşırı eleştiren ve şikâyet eden kişilerdir.
- 5) Aksi şakalar yaparlar.
- 6) İstenmediği yer ve zamanlarda bulunarak çevresinde rahatsızlık oluşturabilir.
- 7) Disfori, yerinde duramama gözlenebilir.
- 8) Dürtüsel kişilik özellikleri mevcuttur.
- 9) Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz.

Anksiyöz (Endişeli) Mizaç

- 1) Erken ve sinsi başlangıç, kronik veya aralıklı olarak kaygı duyma eğilimi söz konusudur.
- 2) Kaygıyla ilişkili bilişsel içerik mevcuttur.
 - Olağan konular hakkında önlenemez endişe görülür.
 - Sebepsiz güvensizlik hissi mevcuttur.

- Bir felaket, engel bir durum olacaktıymış hissine sahiptir.
- Tetikte bekler ve sürekli gerginlik hisseder.

3) Otonom sinir sistemi aktiftir.

- Gerginlik
- Gastrointestinal şikayetler

4) Davranışsal belirtileri şu şekildedir:

- Ürkek, huzursuz, yerinde duramayan ve irritabl.

Siklotimik Mizaç:

1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.

2) Nadiren ötiminin olduğu, sık ve kısa döngüler söz konusudur.

3) Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünüm arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık.

4) Öznel görünümleri şu şekildedir:

- Letarji ya da canlılık.
- Kötümserlik ya da iyimserlik.
- Zihinsel konfüzyon ya da yaratıcı düşünce.
- Değişen benlik saygısı.

5) Davranışsal görünümleri şu şekildedir:

- Azalmış sözel dışa vurum ya da çok konuşma.
- Hipersomni ya da uyku ihtiyacının azalması.
- Nedensiz şekilde ağlama ya da aşırı şakacılık.

- İçe dönük ya da diğerleri ile yoğun iletişim hali.
- Üretkenlikte belirgin değişkenlik.

Çalışmalarda, baskın afektif mizaç özelliklerinin minör ve majör duygudurum bozukluklarının eşik altı (subsendromal) belirtileri olduğu gösterilmiştir. Her beş kişiden birinde, baskın mizaç özelliklerinin olduğu düşünülmektedir (109). Kadınlarda depresif, siklotimik ve anksiyöz , erkeklerde ise hipertimik ve irritabl mizaç daha yaygındır. Moleküler genetik çalışmalarda depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacın serotonerjik; hipertimik mizacın ise dopaminerjik düzenlenme ile ilişkili bulunmuştur (109).

2.9 Mizaç ve Kronotip İlişkisi

Kore’de sağlıklı erişkinler ile yapılan araştırmada; akşamcıl tip bireylerin daha çok depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerine sahip olduğu saptanmıştır (114).

Karakter envanterleri ile yapılan değerlendirmede, akşamcıl tipler; yenilik arayışından yüksek puan, zarardan kaçınma ve kendini yönetme düşük puan, sabahçıl tipler ise yenilik arayışından düşük puan, sebat etmede ise yüksek puan almıştır (115,116). Dürtüsel davranış biçimi, akşamcıl tip bireylerde sabahçıl tiplere göre daha sık görülmektedir (117,118).

2.10 Özkıyım

2.10.1 Özkıyımın Tanımı ve Psikolojik Kuramlar

Özkıyımın (intihar) sözlükteki anlamı; bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi ve hayatını tehlikeye düşürecek aşırı davranış ya da eylemde bulunmasıdır (119). İntihar, Arapça kökenli olan ‘nahr’dan türemiştir. Nahr sözcüğü Arapça’da bir canlının boğazını kesmek

anlamına gelmektedir ve özkıyım anlamını tam olarak karşılamamaktadır. Özkıyım; kişinin içinde bulunduğu psikososyal durumların içinde, kalıtsal ve biyolojik süreçlerin de yatkınlık oluşturabildiği bir seçim sonucu hayatını yitirmesidir.

Özkıyımın ne olduğu, farklı alanlardaki birçok kuramcı tarafından açıklanmaya çalışılmıştır. Ziyalar'a göre; özkıyım bireyin kendisine uyguladığı şiddetli bir saldırganlık halidir. Herpertz'e göre; özkıyım davranışı baş edilemeyen gerilimden kurtulma çabasıdır. Bu gerilimi kişinin ötekilere olan öfke ve saldırgan dürtüleri doğurmuştur. Kişi bu ötekilerden biri ile özdeşim kurduğunda saldırgan eylemleri kendine yöneltmektedir (120). Freud özkıyımın temelinde saldırgan çatışmaların olduğunu savunur. Sevgi nesnesi yitimi sonrası gelişen saldırgan dürtüler ve öfke benliğe yönelir ve bunun sonucunda kişi kendini yok etmeye çalışır (121).

Özkıyım davranışı, ağır ruhsal ve bedensel rahatsızlıkları olan hastalarda görüldüğü gibi herhangi bir hastalığı olmayan ancak içinde bulunduğu yaşam koşullarına karşı çaresiz hisseden veya sadece özkıyımı tercih eden kişilere kadar geniş bir yelpazede görülmektedir (3).

2.10.2 Özkıyım Epidemiyoloji

Ülkelere göre, özkıyıma bağlı ölüm oranları her 100.000 kişide 3-45 aralığında değişmektedir (122). Dünya Sağlık Örgütü 2014 verilerine göre bir yılda 800000 kişi özkıyım nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Özkıyım, 15-29 yaş aralığındaki gençlerde 2. en sık ölüm nedenidir (123).

Ülkemizde ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı 2015 yılı içinde %1.3 artış göstermiştir. Özkıyım girişiminde bulunanların %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. Ülkemizde 2015 yılında intihar edenlerin %34,3'ünü 15-29 yaş arasındakiler oluşturmaktadır. İntihar eden erkeklerin %33,3'ünün, kadınların ise %46'sının 30 yaşından küçük olduğu görülmüştür (4).

2.10.3 Özkıyım Risk Etkenleri

Özkıyım girişimlerine; psikolojik etkenler, ruhsal hastalıklar, aile içi çatışmalar, sosyal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar, göç gibi farklı durumlar neden olmaktadır (3). Tek bir nedenle açıklamak mümkün değildir. Ayrıca özkıyım girişiminde kalıtım da önemlidir. Yapılan araştırmada ailesinde özkıyım öyküsü olan bireylerin intihar olasılığı puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (124). Ruhsal hastalıklar dışındaki özkıyım risk etkenlerine kısaca tek tek değinecek olursak;

Cinsiyet ve yaş: Tamamlanmış özkıyım erkeklerde, özkıyım girişimi ise kadınlarda daha sık görülmektedir (125). Her iki cinsiyette 'yalnızlık' ve 'umutsuzluk' özkıyım ile ilişkili iken erkeklerde düşük eğitim seviyesi özkıyım riskini artırmaktadır (126). Yaşla ilgili ise özkıyım en sık 15-44 yaş aralığındaki bireylerde görülmektedir. Yaşlılarda tamamlanmış özkıyım oranı genç popülasyona göre daha yüksektir (127).

Medeni durum ve aile yapısı: Bekar, yalnız yaşayan veya eşinden ayrılan bireylerde özkıyım riski artmaktadır (127).

Tıbbi hastalık: Ağır işlevsellik kaybına yol açan kaza veya hastalık durumlarında özkıyım riski artmaktadır. Var olan tıbbi hastalığa bağlı olarak depresyon gelişiminde ise bu risk artmaktadır (127).

Özkıyım girişim öyküsü: Özkıyım riskini ön gören en güçlü etkenlerden biri de özgeçmişinde özkıyım girişiminin olmasıdır (127).

Olumsuz yaşam olayları: Özkıyım girişiminde bulunanlarda, son bir yıldaki baskı yaratan yaşam olayları yoğun olmaktadır. Özellikle kişiler arası ilişkilerde bozulma ve aile içi anlaşmazlıklar özkıyım girişimi için risk oluşturmaktadır (128).

Ailesel ve genetik risk faktörleri: Özkıyım girişiminde bulunan ve bir psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin 1. derece yakınlarında risk dört kata kadar

artmaktadır (127). Ailede özkıyım girişiminde bulunan olması riski artırmaktadır (120).

2.10.4 Özkıyım ve Ruhsal Hastalıklar

Özkıyım girişimi bulunan kişilerde; sıklıkla depresyon olmak üzere %30-65 oranında bir duygudurum bozukluğuna rastlanmaktadır. İzlem çalışmasında duygudurum hastalarının %15'inin hayatlarına özkıyım ile son verdikleri ve bunun genel popölasyondaki özkıyım girişiminden 30 kat fazla olduğu görölmüştür. Duygudurum bozuklukları dışında; alkol ve madde bağımlılığı, psikotik bozukluklar, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve kişilik bozukluklarında da ne yazık ki özkıyım girişimi sıkça görölmektedir. Eş tanı psikiyatrik hastalıklarda risk artmaktadır (120).

Alkol bağımlılığında yaşam boyu intihar girişimi %11-15 arasında değişmektedir. Alkol bağımlılarında intihar hızı, alkol kullanım bozukluğu olmayan bireylerin intihar hızının 10 katıdır (120).

şizofreni hastalarının yaklaşık %10-15'i özkıyım sonucu hayatını kaybetmektedir ve hastalık başlangıç dönemi, özkıyım girişimi açısından en riskli dönemdir (120). Özkıyım girişiminde bulunan şizofreni hastalarının büyük bir kısmı bekardır. Birçoğu daha önce de özkıyım girişiminde bulunmuştur (127).

Anksiyete bozuklukları da özkıyım için yüksek risk oluşturmaktadır. Yataklı servislerde tedavi gören anksiyete bozukluğu hastalarında özkıyım girişim oranı %20'dir (120). Eşlik eden depresif epizod varlığında risk artmaktadır (127)

Özkıyım girişiminde bulunanların yaklaşık %55'inde, ölümlle sonuçlanan özkıyımların ise %9-28'inde kişilik bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir (120). Borderline kişilik bozukluklarında özkıyım sonucu ölüm oranı %8-10 olarak belirtilmektedir. Toplum ortalamasının yaklaşık 50 katı olduğu bildirilmektedir (129) .

2.11 Özkıyım ve Kronotip İlişkisi

Genel halk sağlığı sorunu olan özkıyımı anlamaya ve önlemeye yönelik birçok araştırma yapılmaktadır. Elde edilen veriler özkıyım girişim sıklığının belirli zamanlarda arttığını ve azaldığını göstermektedir. Özkıyım girişimlerinin en sık görüldüğü dönem ilkbahar mevsimi iken; sonbaharda azalma göstermektedir. Bir günlük zaman diliminde ise öğleden sonraki saatler daha riskli kabul edilmektedir (111).

Özkıyım davranışında mevsimsel ve sirkadiyen özelliklerin görülmesiyle kronobiyoloji alanında merak uyandırmış ve kronotipler ile ilişkisine bakılmıştır. Akşamcıl tip bireylerde, sabahçıl bireylere göre özkıyım riski daha yüksek saptanmıştır (132). Akşamcıl tiplerde görülen ve özkıyım riskini artıran sebepler: düşük uyku kalitesi, dürtüsel davranış şekli, düşük uyum kapasitesi, depresyon, uyku bozuklukları, alkol ve madde bağımlılık bozukluklarına olan yatkınlıklarıdır (130,133). Sağlıklı ergenlerin katıldığı bir çalışmada; akşamcıl tiplerde, alkol ve madde kötüye kullanımı ve dürtüsel davranış sorunlarının daha sık olduğu ve buna bağlı olarak özkıyım riskinin arttığı görülmüştür (134).

Kronotipler arasında sadece özkıyım düşünce veya girişim sıklığında değil tercih edilen yöntemler arasında da belirgin farklılıklar mevcuttur. Akşamcıl tipler daha ölümcül özkıyım yöntemlerini tercih etmektedir (11).

Bu araştırmanın amacı unipolar depresyon tanısı alan hastalarda;

- 1) Kronotip tercihi ve depresyon şiddeti ilişkisini incelemek.
- 2) Akşamcıl özelliğin ve özkıyım davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek.
- 3) Depresif hastalarda, kronotip tercihleri ve uyku kalitesi ilişkisini değerlendirmek.
- 4) Kronotip ve mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek.

Çalışmanın ana hipotezi:

- Kronotip ile ilişkili olarak depresyon şiddeti değişmekte ve akşamcıl özellik; özkıym davranışı için risk oluşturmaktadır.

Çalışmanın yardımcı hipotezleri

- Akşamcıl özellik depresyon için risk faktörüdür.
- Aynı kronotip tercihlerinde benzer mizaç özellikleri görülür.
- Akşamcıl özellik uyku kalitesini olumsuz etkiler.



3 YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Etik İzin

Çalışmamız Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.06.2017 tarih ve 11-02 sayılı etik kurul kararı ile onaylanmıştır.

3.2 Örneklem Seçimi

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniğine 15.06.2017-15.10.2017 tarihleri arasında 2379 başvurunun 1293 tanesi DSM-V tanı kriterlerine göre Unipolar Depresyon tanısı almıştır ve bu hastalar arasından, 18-65 yaş arası katılmaya gönüllü olan kişiler psikiyatri polikliniklerinde muayenesini yapan hekimler tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir ve çalışma kriterlerine uygun olan 88 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3 Araştırmaya Alım Ölçütleri

1. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.
2. DSM-V tanı kriterlerine göre depresyon tanısı almak.
3. 18-65 yaş arası olmak.
4. Eşitlik alkol-madde kötüye kullanım ve bağımlılığı öyküsü olmaması.
5. Psikotik bozukluk öyküsü olmaması.
6. Son 1 aydır psikotrop ilaç almıyor olmak.
7. İki uçlu mizaç bozukluğu öyküsü olmaması.
8. Vardiyalı bir işte çalışmıyor olmak.
9. Uyku kalitesini etkileyen başka bir farmakolojik ajan kullanmıyor olmak.

3.4 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1. Şizofreni, bipolar depresyon, bilişsel bozukluk, mental retardasyon tanılarında herhangi birinin olması.
2. Ruhsal durumunu ve uyku düzenini etkileyen tıbbi hastalığı olan (nörolojik

hastalık, MS, Huntington, Demans, SVH, SLE, tiroid fonksiyon bozukluğu, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, onkolojik rahatsızlıklar, KOAH, uyku apne sendromu, dekompanse kalp yetmezliği vs) olması.

3. Gebelik olması.
4. Son 1 aydır düzenli olarak psikotrop ajan kullanıyor olmak.
5. Alkol-madde kullanım bozukluğu eş tanısı olması.
6. Ölçekleri doldurmasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi durumunun olması.

3.5 Uygulama ve Veri Toplama Araçları

3.5.1 Uygulama

Katılımcılara araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilip onam formu imzalatıldıktan sonra sırasıyla sosyodemografik form, DSM-V yönelimli görüşme kılavuzu, Hamilton depresyon ve anksiyete ölçekleri araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Özbildirime dayalı olan ölçekler hakkında bilgilendirme yapılarak sonrasında katılımcılardan intihar olasılığı ölçeği, sabahçıl-akşamcıl ölçeği, TEMPS-A mizaç envanteri ve Pittsburgh uyku kalitesi indeksini doldurmaları istenmiştir. Tüm bu uygulamalar için polikliniklerde her hastaya yaklaşık 50-70 dakika zaman ayrılmıştır.

3.5.2 Veri Toplama Araçları

1) *İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)*; Cull ve Gill (1990) tarafından intihar girişimi riski taşıyan ergen ve yetişkinleri tanımak için geliştirilen intihar olasılığı ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır; “hiçbir zaman ya da nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “çoğu zaman ya da her zaman” gibi 4'lü likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Maddeleri kızgınlık, umutsuzluk ve benlik kavramı üzerine odaklanarak intihar ile ilgili iyi geliştirilmiş teorik açıklamalara dayandırılmıştır. İÖÖ dört alt ölçeğe sahiptir: intihar düşüncesi, umutsuzluk, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi. Ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında

değişmektedir (135) (Ek1).

2) *Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği (SAÖ)* ;1976 yılında Horne ve Östberg tarafından geliştirilmiş olan anket formu insanların biyolojik saat tipi sınıflamasını yapmaktadır. Anket 19 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. Anketten alınan puan arttıkça sabahçılığa yaklaşılr. Sorulardan elde edilen puanlara göre 70-86 puan aralığında “kesinlikle sabahçıl tip”, 59-69 puan aralığında “sabahçıl tipe yakın”, 42-58 puan aralığında “ara tip”, 31-41 puan aralığında “akşamcıl tipe yakın”, 16-30 puan aralığında “kesinlikle akşamcıl tip” olmak üzere 5 farklı kronotip sınıflaması yapılmaktadır (70) (Ek2).

3) *Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)*; M. Hamilton ve onun gözetiminde yapılandırılmış hale dönüştüren B. Williams tarafından geliştirilmiştir. Klinisyen tarafından depresif belirtileri olan kişilere uygulanır. Hastada depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. tanı koydurmaz. 17 soru içerir ve her soru 0-4 arasında puanlanmıştır. Kesme puanı 7, en yüksek puanı 51’dir. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (136) .

4) *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire Mizaç (TEMPS-A) Ölçeği*: Baskın duygulanım mizacını değerlendirmek için düzenlenmiştir. Orijinal ölçekler erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçeye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için 99 maddeden oluşur . Her alt tipten alınan puan, o alt tip için hesaplanmış olan kesme noktasının üzerinde ise, kişinin o mizacı baskın olarak taşıdığı varsayılır. Birden fazla mizaç kesme puanı geçildiğinde, birden fazla baskın mizaç varlığından bahsedilir. Türkçe çevirinin test - tekrar test güvenilirliği yapılmıştır (137).

5) *Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)*: Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir . Testin her maddesi eşit olarak 0-3 arasında puanlanır. Ölçek subjektif uyku

kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren 7 alt ölçekten oluşur. Alt ölçeklerinin toplanması ile 0- 21 arasında değişen toplam PUKİ puanı elde edilir. Toplam PUKİ puanının beşten büyük olması %89,6 duyarlılık ve %86,5 özgünlük ile bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmekte ve yukarıda belirtilen en az iki alanda ciddi ya da üç alanda orta derecede bozulma olduğunu göstermektedir (138).

6) *Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)*: Hamilton M. (1959) kişilerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimin ölçmek için son 72 saati değerlendiren 14 sorudan oluşan ölçme aracıdır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgular. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye’de kesme puanı hesaplanmamıştır. Yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda kullanımı anlam taşır (136).

7) *Sosyodemografik Veri Form*: Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim , mesleki, medeni, şimdiki ve yaşam boyu psikiyatrik hastalığın kısa öyküsü, alkol ve madde kullanımı, fiziksel hastalığı, aile psikiyatrik hastalığın kısa öyküsü ve intihar girişimleri sorgulanmaktadır .

8) *DSM-V Yönelimli Tanısal Görüşme Kılavuzu* :DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın, beşinci baskısına göre tanı koymak için görüşme yapmaya yol göstermek üzere tasarlanmıştır. Kılavuzda, tanısal görüşmenin yapısı, tanısal görüşme sırasında nasıl bağ kurulacağı, 30 dakikalık bir tanısal görüşmenin taslağı ve boyutsal tanının yanı sıra DSM-5’te tanımlanan her bir ruhsal bozukluk için soru örnekleri vardır. Ayrıca, psikiyatride ayırıcı tanı aşamaları anlatılmaktadır .

3.6 İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS Paket Program 20.0 sürümü ile analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum,

maksimum kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan değişkenlerin karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasında Farkın Önemlilik Testi, uymayan değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Analizi kullanıldı. Kategoriksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanıldı. Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği , Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği puanını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi.



4 BULGULAR

4.1 Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 88 (n) MDB hastası alınmıştır. Katılımcıların %78,4'ü (n:69) kadın, %21,6'sı (n:19) erkektir. Yaş ortalaması $33.3 \pm 13,3$, aylık gelir ortalaması ise $3570,2 \pm 4315,8$ Türk Lirası (TL)'dir. Grubun %23,9'u (n:21) ilköğretim, %33'ü (n:29) lise, %43,1'i (n:38) üniversite mezunudur. Evli olan katılımcılar %46 (n:40), bekar olanlar %47,1 (n:41), eşinden ayrılmış ya da eşi vefat edenler ise %6,9'luk (n:6) dilimi oluşturmaktadır. Katılımcıların %50,6'sı (n:44) en az 1 çocuk sahibidir. Çekirdek aile ile yaşayanlar %72,7 (n: 64), yalnız yaşayanlar %20,5 (n: 18), geniş aile ile yaşayanlar ise %6,8 (n:6) oranındadır. Çalışma grubunda aktif bir işte çalışanların oranı %33,7 (n:30), aktif bir işte çalışmayanların oranı %41,5 (n:37) , emeklilerin oranı %7,9 (n:7), ev hanımların oranı ise %16,9 (n:15) olarak saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	69 (78,4)
Erkek	19 (21,6)
Eğitim durumu	
İlköğretim	21 (23,9)
Lise	29 (33,0)
Üniversite	38 (43,1)
Medeni durum	
Evli	40 (46,0)
Bekar	41 (47,1)
Boşanmış/eşi ölmüş	6 (6,9)
Çocuk sahibi olma durumu	
Var	44 (50,6)
Yok	43 (49,4)
Kiminle yaşadığı	
Yalnız	18 (20,5)
Çekirdek aile	64 (72,7)
Geniş aile	6 (6,8)
Çalışma durumu*	
Çalışıyor	30 (33,7)
Çalışmıyor	37 (41,5)
Emekli	7 (7,9)
Ev hanımı	15 (16,9)
	ortalama±ss
Yaş	33,3±13,3
Gelir durumu	3570,2±4315,8

‰: sütun yüzdesi, %*: toplam cevap sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

4.2 Çalışma Grubunun Klinik Özellikleri

Çalışma grubunun klinik özellikleri sıklık üzerinden değerlendirilmiştir. Klinik özellikler arasında kategorize edilen değişkenler ; geçmişteki psikiyatrik hastalık öyküsü, tanısı ve varsa kullandığı ilaç grubu, herhangi bir yataklı psikiyatri bölümünde tedavi görme öyküsü, özkiyım girişiminde bulunma öyküsü, aile öyküsü, alkol (birim/gün,hafta,ay,yıl)-madde ve sigara kullanım öyküsü, bedensel hastalık öyküsüdür.

Geçmişte bir psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcı sayısı 39 idi. Bu 39 kişinin %7,7' sinin (n:3) anksiyete bozukluğu, %92,3' ünün (n:36) ise depresif bozukluk tanısı aldığı saptandı. Daha önce psikiyatrik tedavi başlanan 28 katılımcının %85,7' sinin (n:24) serotonin geri alım inhibitörü (ssrı) kullandığı öğrenildi. Daha önce yataklı psikiyatri servisinde tedavi gören katılımcıların oranı %1,1 (n:1) idi. Geçmişte özkiyım girişimi olanların oranı %24,1 (n:21), ailesinde özkiyım girişim öyküsü olanların oranı ise %14,9 (n:13) ve ailesinde psikiyatrik hastalığı olanların oranı ise %48,9 (n:43) saptandı (Tablo 3.2). Sigara içenlerin oranı %46,6 (n:41), alkol kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayacak şekilde alkol kullananların oranı %40,2 (n:35), yaşam boyu alkol kullanımı olmayanların oranı %59,8 (n:52), yaşam boyu madde deneyimi olmuş ancak kullanım bozukluğu tanısını karşılamayacak şekilde kullananların oranı ise %4,5 (n:4) olarak saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Çalışma grubunun klinik özellikleri

Değişkenler	n (%)
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü*	
Yok	49 (55,7)
Var	39 (44,3)
Anksiyete bozukluğu	3 (7,7)
Depresyon	36 (92,3)
Hastanede yatış öyküsü	
Var	1 (1,1)
Yok	87 (98,9)
Geçmiş psikiyatrik ilaç *	
yok	36 (40,9)
var	52 (59,1)
Kullanılan ilaçlar*	
SSRI	29 (65,9)
SNRI	8 (18,2)
Benzodiazepin	4 (9,1)
NASSA	3 (6,8)
Geçmiş özkiyim öyküsü	
Yok	66 (75,9)
Var	21 (24,1)
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	
Yok	45 (51,1)
Var	43 (48,9)
Ailede özkiyim öyküsü	
Yok	74 (85,1)
Var	13 (14,9)

%; Belirtilen tüm cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. Çalışma grubunun klinik özellikleri devamı

Değişkenler	n (%)
Sigara kullanım durumu	
Yok	47 (53,4)
Var	41 (46,6)
Alkol kullanım durumu	
Yok	52 (59,8)
Var	35 (40,2)
Alkol kullanım miktarı	
1 std/hf	5 (17,9)
2 std/hf	1 (3,6)
3 std/hf	3 (10,7)
4 std/hf	1 (3,6)
1 std/ay	10 (35,6)
2 std/ay	3 (10,7)
3 std/ay	1 (3,6)
3 std/gün	1 (3,6)
1 std/yıl	3 (10,7)
Madde kullanım durumu	
Yok	84 (95,5)
Var	4 (4,5)

%%: sütun yüzdesi

4.3 Çalışma Grubunda Uygulanan Klinik Ölçeklerin Değerlendirilmesi

4.3.1 Hamilton Anksiyete ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların Hamilton anksiyete ölçeklerinin (HADÖ) ortalama değerleri hesaplandı ve aldıkları toplam puanları kesme değerlerine göre derecelendirilerek; anksiyete olmayan (0-5 puan), hafif düzey (minör) anksiyete (6-14 puan) ve yüksek düzey (majör) anksiyete (15 üstü puan) grupları oluşturuldu. Buna göre HADÖ ortalama değeri 13,0±7,3, yüksek düzey

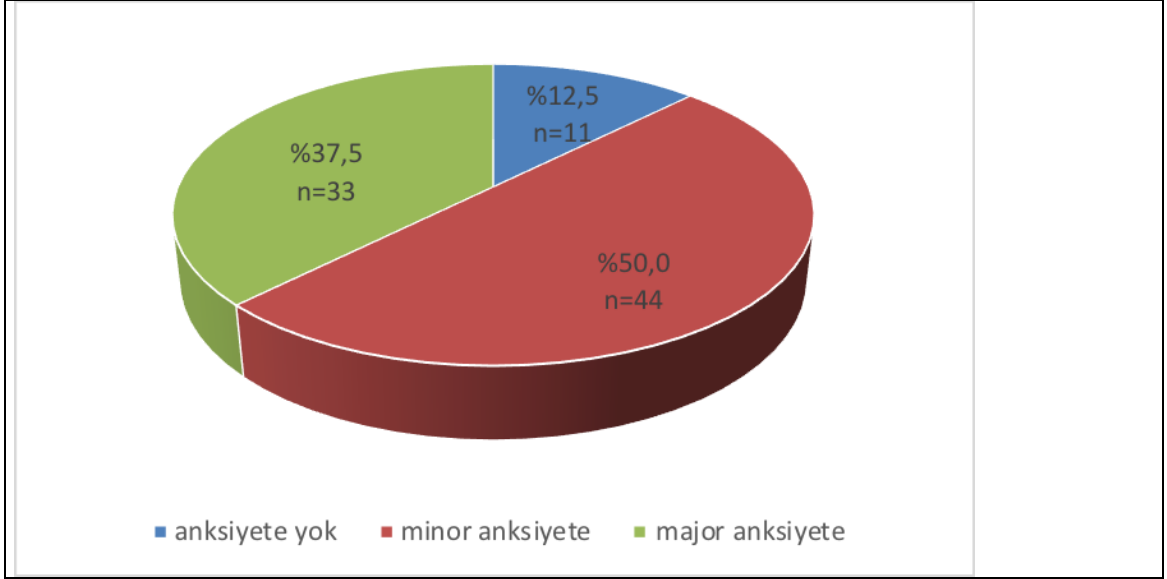
anksiyete oranı %37,5 (n:33), hafif düzey anksiyete oranı %50,0 (n:44) olarak saptandı (Tablo 4.3, şekil 4.1). Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği (HDDÖ) ortalama değerleri hesaplandı ve toplam puanlarına göre 8-15 puan hafif, 16-28 puan orta, 29 ve üzeri ağır şeklinde depresyon şiddeti belirlendi. Buna göre HDÖ ortalama değeri $16,0 \pm 4,5$, katılımcıların %50' sinde (n:44) hafif, %50' sinde (n:44) ise orta şiddette depresyon saptandı (Tablo 4.3, şekil 4.2). Herhangi bir katılımcıda ağır şiddette depresyon saptanmadı.

4.3.2 Sabahçıl Akşamcıl Ölçeğinin Değerlendirilmesi

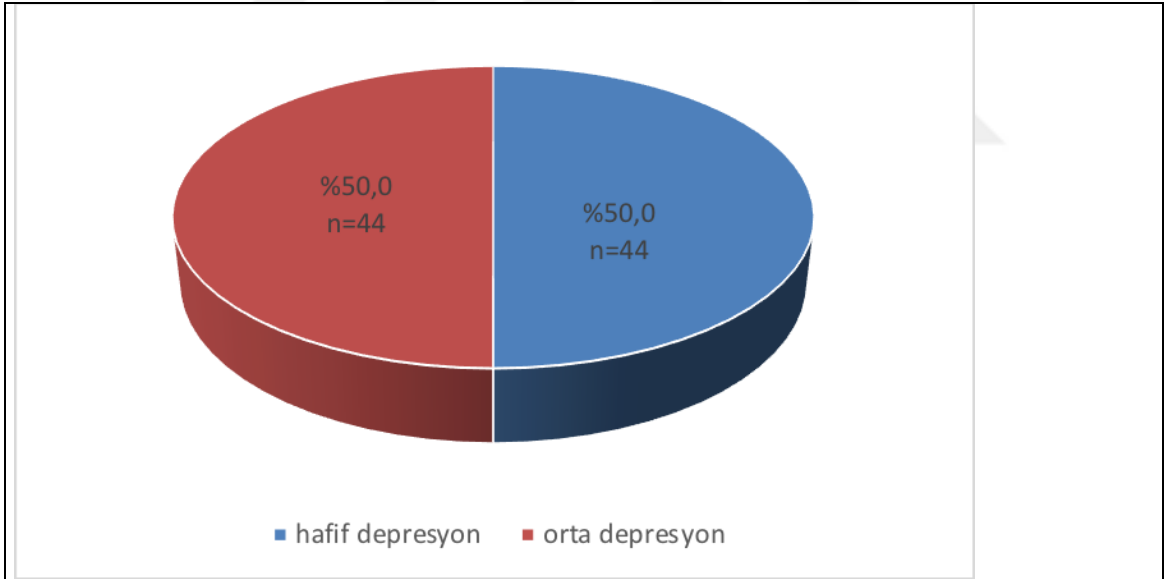
Katılımcıların sabahçıl akşamcıl ölçek (SAÖ) puan ortalaması $47,6 \pm 10,8$ olarak hesaplandı. Katılımcılar ölçekten aldıkları toplam puanlara göre; akşamcıl tip (16-41 puan), ara tip (42-58 puan) ve sabahçıl tip (59-86 puan) şeklinde kronotip gruplarına ayrıldılar. Katılımcıların %58'i (n:51) ara tip, %30.7' si (n:27) akşamcıl tip, %11,4'ü (n:10) sabahçıl tip olarak saptandı (Tablo 4.3, şekil 4.3).

Tablo 4.3 Çalışma grubunun klinik ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları

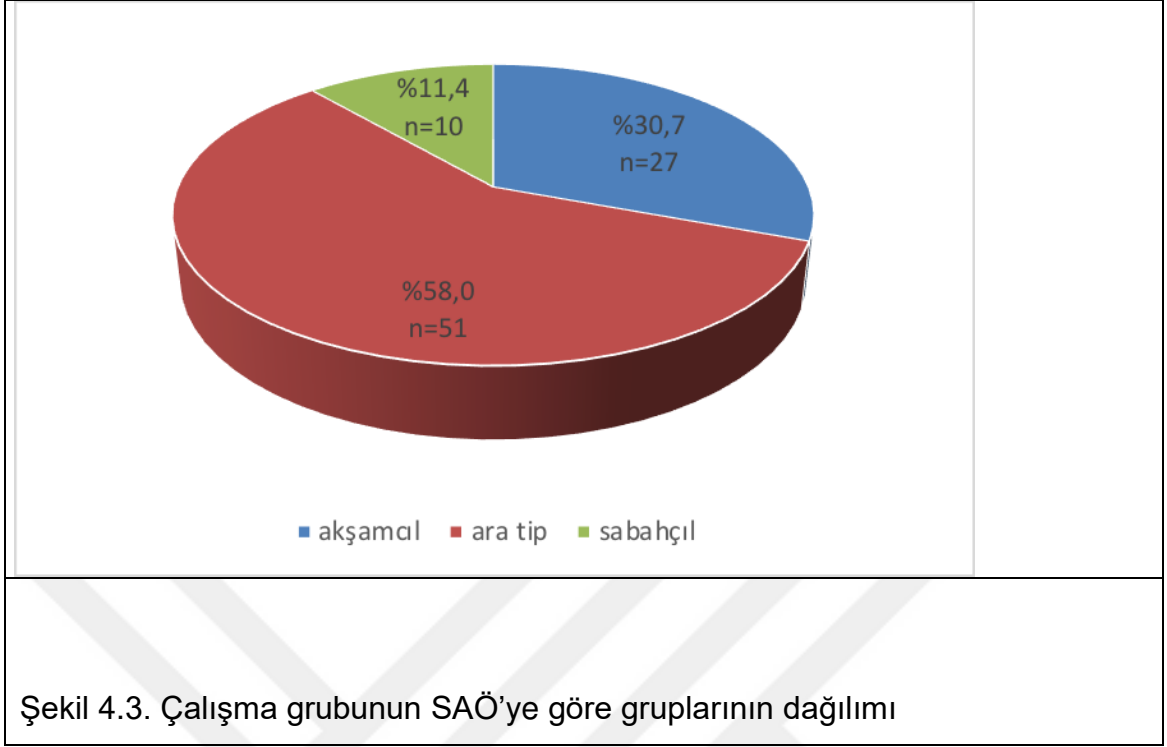
Değişkenler	Ortalama \pm ss	Ortanca (min-maks)
Hamilton anksiyete ölçeği	$13,0 \pm 7,3$	12,0 (0,0-35,0)
Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği	$16,0 \pm 4,5$	15,5 (8,0-27,0)
Sabahçıl akşamcıl ölçeği	$47,6 \pm 10,8$	48,5 (22,0-70,0)



Şekil 4.1. Çalışma grubunun HADÖ'ye göre gruplarının dağılımı



Şekil 4.2. Çalışma grubunun HDDÖ'ye göre gruplarının dağılımı

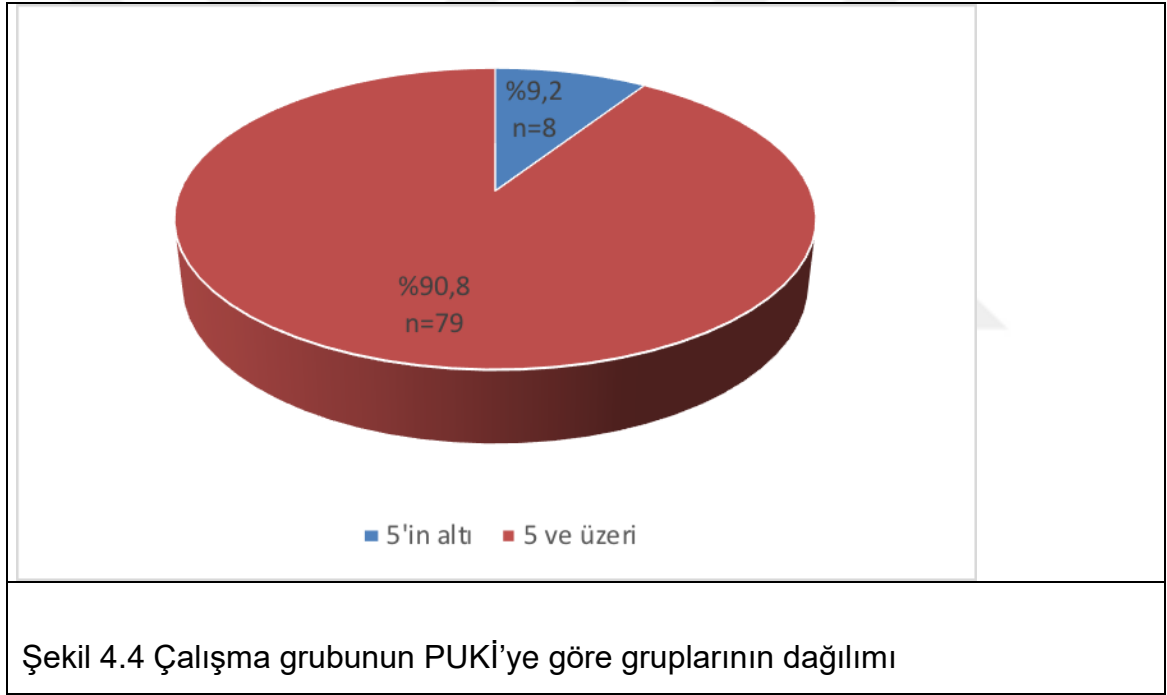


4.3.3 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların uyku kalitesi, bir öz bildirim ölçeği olan Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ) ile değerlendirilmiştir. Son bir aylık uyku durumunun değerlendirildiği ölçeğin kesme puanı 5'tir. Buna göre 5 puan ve üstü değerler, son bir aylık dönemde uyku kalitesinin bozulduğunu gösterir. Katılımcıların PUKİ toplam puan ortalamaları $9,7 \pm 3,9$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4). Katılımcıların %90,8'inde (n:79) uyku kalitesinde bozulma (5 puan ve üzeri) olduğu saptanmıştır (Şekil 4.4).

Tablo 4.4 Çalışma grubunun Pittsburgh uyku indeksinden aldıkları toplam puan ve alt kategori puan ortalamaları

Değişkenler	Ortalama±ss	Ortanca (min-maks)
Toplam	9,7±3,9	10,0 (3,0-20,0)
Öznel uyku kalitesi	1,4±0,9	1,0 (0,0-3,0)
Uyku latensi	2,0±1,0	2,0 (0,0-3,0)
Uyku süresi	1,3±1,2	1,0 (0,0-3,0)
Uyku bozukluğu	1,7±0,6	2,0 (1,0-3,0)
Uyku ilacı kullanımı	0,2±0,6	0,0 (0,0-3,0)



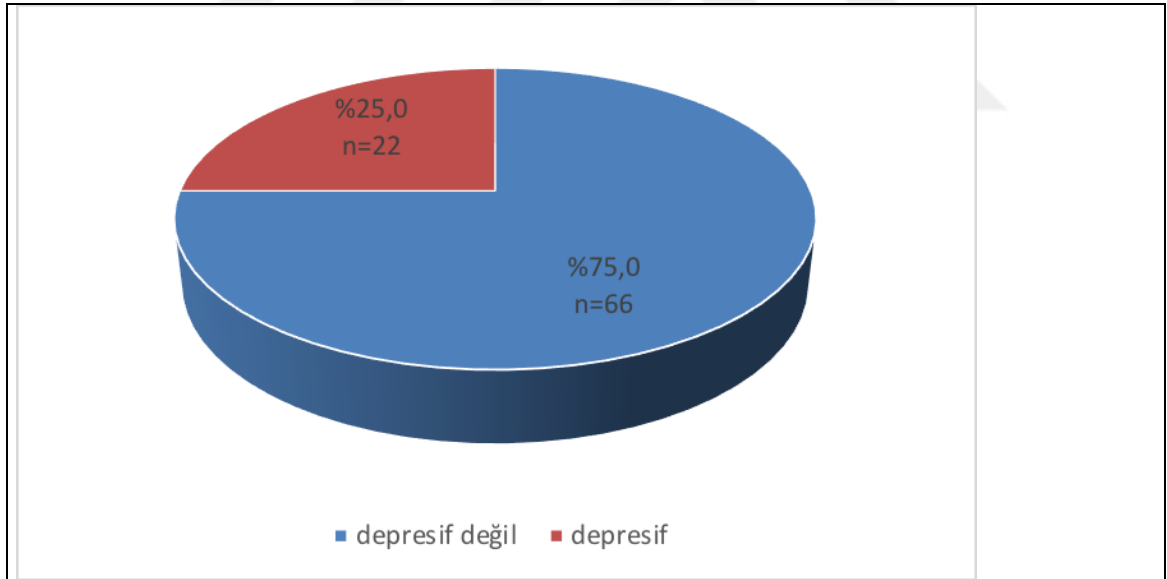
4.3.4 TEMPS-A Mizaç Ölçeğinin (Temperament Evaluation Of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Değerlendirilmesi

Katılımcıların mizaç özelliklerini belirlemede TEMPS-A mizaç ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılar içinde depresif mizaç oranı %25 (n:22) ve ortalama değeri 9,3±3,8, siklotimik mizaç oranı %8 (n:7) ve ortalama değeri 11,8±4,3, anksiyöz mizaç oranı %19,3 (n:17) ortalama değeri 11,9±5,6, irritabl mizaç

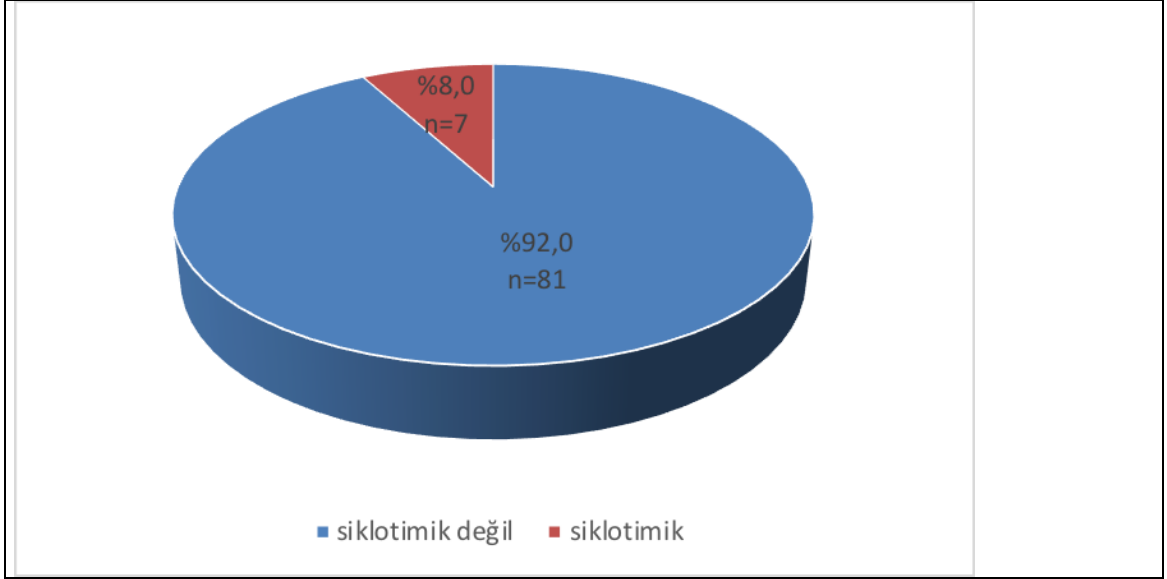
oranı %12,5 (n:11) ve ortalama değeri ise $7,1\pm4,3$ olarak bulundu (Tablo 4.6, şekil 4-5,6,8,9). Hipertimik mizaçta ve ayrıca birden fazla baskın mizaç özelliğine sahip herhangi birey saptanmadı (Şekil 4.7).

Tablo 4.5 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları

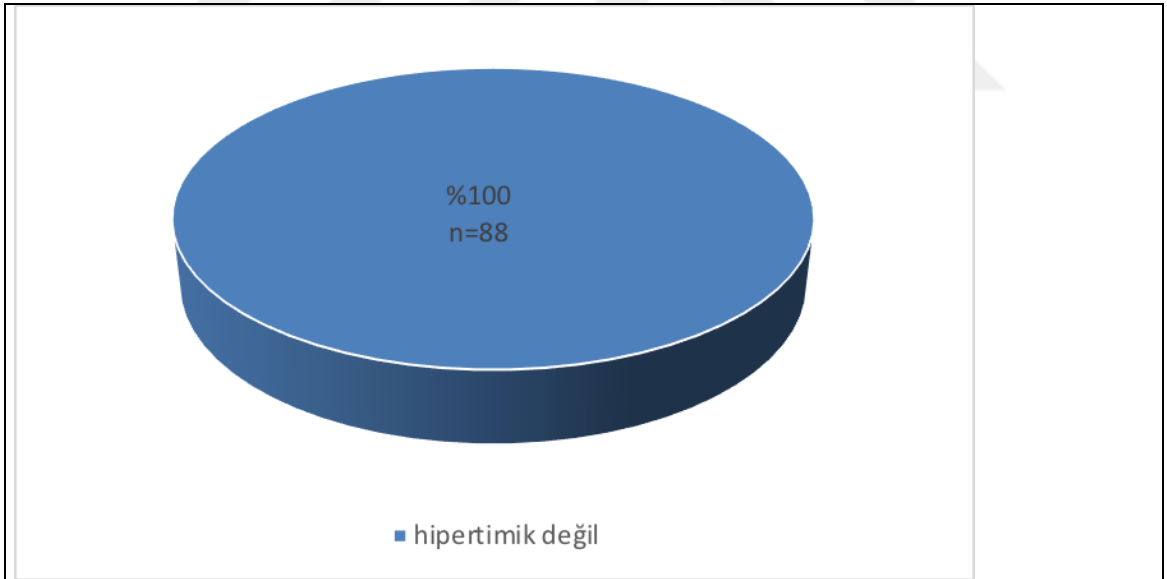
TEMPS-A	Ortalama \pm ss	Ortanca (min-maks)
Depresif (1-18)	$9,3\pm3,8$	10,0 (1,0-16,0)
Siklotimik (19-37)	$11,8\pm4,3$	13,0 (2,0-19,0)
Hipertimik (38-57)	$8,6\pm4,3$	9,0 (0,0-17,0)
İrritabl (58-75)	$7,1\pm4,3$	7,0 (0,0-16,0)
Anksiyöz (76-99)	$11,9\pm5,6$	12,0 (1,0-24,0)



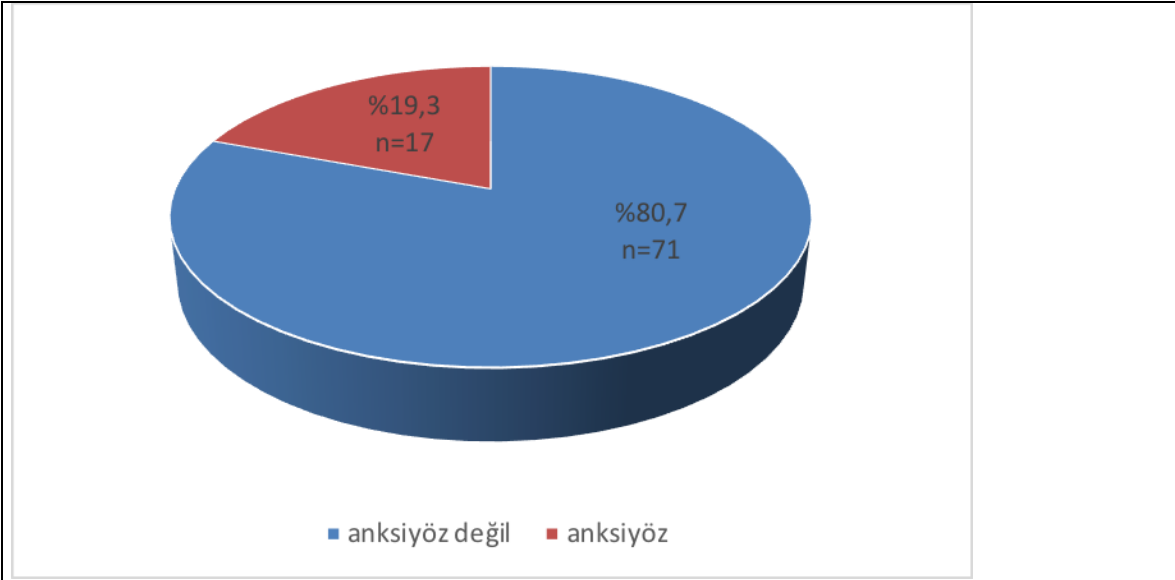
Şekil 4.5 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre depresif mizacın dağılımı



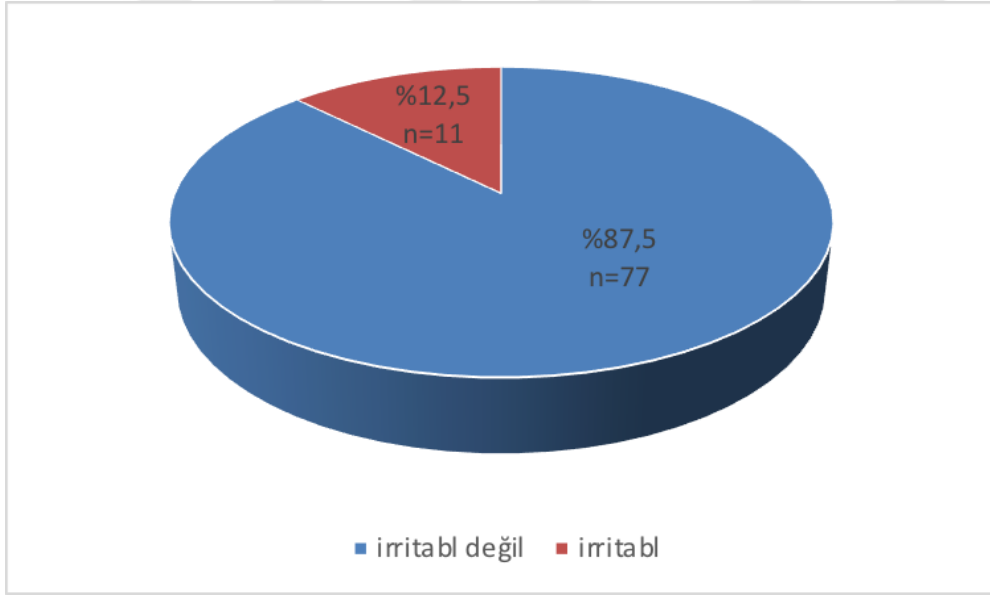
Şekil 4.6 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre siklotimik mizacın dağılımı



Şekil 4.7 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre hipertimik mizacın dağılımı



Şekil 4.8 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre anksiyöz mizacın dağılımı



Şekil 4.9 Çalışma grubunun TEMPS-A mizaç ölçeğine göre irritabl mizacın dağılımı

4.3.5 İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) Değerlendirilmesi

Katılımcıların İÖÖ ortalama puanı $78,9 \pm 12,3$, ortanca değeri ise 78,5 (46,0-110,0) olarak hesaplandı. Alt ölçeklerdeki ortalama ve ortanca değerler ise sırasıyla; düşmanlık $13,7 \pm 3,5$ ve 13,5 (7,0-24,0), umutsuzluk $29,3 \pm 6,2$ ve 28,0 (15,0-46,0), intihar düşüncesi $14,2 \pm 5,1$ ve 14,0 (8,0-29,0), olumsuz kendilik $21,9 \pm 4,9$ ve 22,0 (11,0-44,0) olarak hesaplandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Çalışma grubunun intihar olasılığı ölçeği toplam ve alt grup puan ortalamaları

İntihar olasılığı ölçeği	Ortalama \pm ss	Ortanca (min-maks)
Toplam	$78,9 \pm 12,3$	78,5 (46,0-110,0)
Düşmanlık	$13,7 \pm 3,5$	13,5 (7,0-24,0)
Umutsuzluk	$29,3 \pm 6,2$	28,0 (15,0-46,0)
İntihar düşüncesi	$14,2 \pm 5,1$	14,0 (8,0-29,0)
Olumsuzluk kendilik	$21,9 \pm 4,9$	22,0 (11,0-44,0)

4.4 Cinsiyete Göre Sosyodemografik Bulgular

Kadınların %24,6'sı (n:17), erkeklerin %21,1'i (n:4) ilköğretim, kadınların %36,2'si (n:25), erkeklerin %21,1'i (n:4) lise, kadınların %39,1'i (n:27) erkeklerin ise % 57,9'u (n:11) üniversite mezunudur. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,306). Grupların medeni durumlarına bakıldığında; kadınların %48,5'i (n:33) evli, %45,6'si (n:31) bekar, eşinden ayrılmış ya da eşi vefat edenler ise %5,9 (n:4) olarak saptandı. Erkeklerin %36,8'i (n:7) evli, %52,6'sı (n:10) bekar, %10,5'inin ise eşi vefat etmiş ya da ayrılmıştır. Yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,596). Kadınların %50'si (n:34), erkeklerin ise %52,6'sı (n:10) çocuk sahibidir, gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmadı (p:1,000). Çekirdek ailede yaşama oranı; kadınlarda %73,9 (n:51) erkeklerde %68,4 (n:13), yalnız yaşama oranı; kadınlarda %18,8 (n:13), erkeklerde %26,3

(n:5), geniş ailede yaşama oranı ise kadınlarda %7,2 (n:5), erkeklerde %5,3 olarak saptandı (n:1). Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmadı (p:0,765). Meslek durumlarına bakıldığında; kadınların %29,0'u (n:20) aktif bir görevde tam zamanlı çalışırken, %63,8'i (n:44) herhangi bir işte çalışmamaktadır ve %7,2'si (n:5) emekli olmuştur. Erkeklerin %52,6'sı (n:10) aktif bir görevde tam zamanlı çalışırken, %42,1'i (n:8) herhangi bir işte çalışmamaktadır ve %5,3'ü (n:1) emekli olarak yaşamını sürdürmektedir. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmadı (p:0,168) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Cinsiyete göre sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	
	n (%)	n (%)	p
Eğitim durumu			0,306
İlköğretim	17 (24,6)	4 (21,1)	
Lise	25 (36,2)	4 (21,1)	
Üniversite	27 (39,1)	11 (57,9)	
Medeni durum			0,596
Evli	33 (48,5)	7 (36,8)	
Bekar	31 (45,6)	10 (52,6)	
Boşanmış/eşi ölmüş	4 (5,9)	2 (10,5)	
Çocuk sahibi olma durumu			1,000
Var	34 (50,0)	10 (52,6)	
Yok	34 (50,0)	9 (47,4)	
Kiminle yaşadığı?			0,765
Yalnız	13 (18,8)	5 (26,3)	
Çekirdek aile	51 (73,9)	13 (68,4)	
Geniş aile	5 (7,2)	1 (5,3)	
Çalışma durumu			0,168
Çalışıyor	20 (29,0)	10 (52,6)	
Çalışmıyor	44 (63,8)	8 (42,1)	
Emekli	5 (7,2)	1 (5,3)	

#: sütun yüzdesi, p: Ki-Kare Testi

4.5 Cinsiyete Göre Klinik Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Uygulanan klinik ölçekler açısından değerlendirildiğinde; HADÖ ortalama puan değeri kadınlarda $13,8\pm7,7$, erkeklerde $10,3\pm5,0$, HDDÖ ortalama puan değeri kadınlarda $16,2\pm4,3$, erkeklerde $15,4\pm4,9$, SAÖ ortalama puan değeri kadınlarda $46,9\pm10,9$ iken erkeklerde $50,2\pm10,1$ olarak saptandı (Tablo 3.8). Gruplar arasında yapılan Mann Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı HADÖ (p:0,101), HDDÖ (p:0,425) ve SAÖ (p:0,247) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Cinsiyete göre klinik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Kadın (n=69)	Erkek (n=19)	
	ort.±ss	ort.±ss	p
Hamilton anksiyete ölçeği	13,8±7,7	10,3±5,0	0,101
Hamilton depresyon ölçeği	16,2±4,3	15,4±4,9	0,425
Sabahçıl akşamcıl ölçeği	46,9±10,9	50,2±10,1	0,247

ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

4.5.1 Cinsiyete göre PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Kadın ve erkeklerin PUKİ toplam puan ortalamaları sırasıyla $9,8\pm3,9$ ve $9,6\pm3,9$ olarak hesaplanmıştır ve yapılan Mann Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,902). Uyku kalitesi indeksi alt grup puan ortalamaları incelemesine göre; öznel uyku kalitesi kadınlarda $1,4\pm0,9$ erkeklerde $1,5\pm0,9$ olarak bulunmuş ve Mann Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,643). Uyku latensi puan ortalaması kadınlarda

2,1±1,1, erkeklerde 1,8±1,0 olup yapılan Mann Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,251). Uyku süresi ortalaması kadın ve erkeklerde 1,3±1,2 şeklinde eşit bulunmuş ve yapılan Mann Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,953). Uyku bozukluğu ortalaması kadınlarda 1,6±0,6, erkeklerde 1,7±0,6 olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,422). Uyku ilacı kullanımı ortalama değerleri kadınlarda 0,2±0,6 iken erkeklerde 0,2±0,7 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında yapılan Mann Whitney U testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,550). Alışılmış uyku etkinliği ortalama puanları kadınlarda 1,3±1,1, erkeklerde 1,2±1,2, gündüz işlev bozukluğu ortalama değerleri kadınlarda 1,4±0,9, erkeklerde ise 1,5±0,9 olarak bulunmuştur ancak gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde her iki alt ölçek için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,550), (p:0,643) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Cinsiyete göre PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Pittsburgh	Kadın (n=68)	Erkek (n=19)	
	ort.±ss	ort.±ss	p
Toplam	9,8±3,9	9,6±3,9	0,902
Öznel uyku kalitesi	1,4±0,9	1,5±0,9	0,643
Uyku latensi	2,1±1,1	1,8±1,0	0,251
Uyku süresi	1,3±1,2	1,3±1,2	0,953
Uyku bozukluğu	1,6±0,6	1,7±0,6	0,422
Uyku ilacı kullanımı	0,2±0,6	0,2±0,7	0,897
Alışılmış uyku etkinliği	1,3±1,1	1,2±1,2	0,550
Gündüz işlev bozukluğu	1,4±0,9	1,5±0,9	0,643

ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

4.5.2 Cinsiyete Göre TEMPS-A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kadın ve erkeklerin TEMPS-A mizaç ölçeği alt kategorilerinin ortalama puan ve p değerleri sırasıyla; depresif mizaç ort: $9,5\pm3,8$ - $8,7\pm3,9$ ve p: 0,378, siklotimik mizaç ort: $11,8\pm4,5$ - $11,9\pm3,6$ ve p: 0,980, hipertimik mizaç ort: $8,4\pm4,2$ - $9,2\pm4,3$ ve p: 0,515, irritable mizaç ort: $7,1\pm4,2$ - $7,1\pm4,7$ ve p: 0,895, anksiyöz mizaç ort: $12,5\pm5,5$ - $9,9\pm5,8$ ve p: 0,151 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Cinsiyete göre TEMPS-A puan ortalamalarının karşılaştırılması

TEMPS-A	Kadın (n=69)	Erkek (n=19)	
	ort.±ss	ort.±ss	p
Depresif (1-18)	$9,5\pm3,8$	$8,7\pm3,9$	0,378
Siklotimik (19-37)	$11,8\pm4,5$	$11,9\pm3,6$	0,980
Hipertimik (38-57)	$8,4\pm4,2$	$9,2\pm4,3$	0,515
İrritabl (58-75)	$7,1\pm4,2$	$7,1\pm4,7$	0,895
Anksiyöz (76-99)	$12,5\pm5,5$	$9,9\pm5,8$	0,151

ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

4.5.3 Cinsiyete Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyete göre karşılaştırılma yapıldığında İÖÖ toplam puan ortalama değeri kadınlarda $78,8\pm12,3$, erkeklerde ise $79,6\pm12,6$ saptanmıştır ve yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,951). İntihar olasılığı ölçeği alt kategorileri ortalama puanları incelenmiştir. Buna göre düşmanlık ortalama puan değerleri kadınlarda $13,9\pm3,6$, erkeklerde ise $13,3\pm3,1$ olarak saptanmış ve gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U

testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,457). Umutsuzluk alt ölçeği ortalama değeri kadınlarda 28,8±6,0, erkeklerde 31,1±6,7 olup gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,211). İntihar düşüncesi alt ölçeğinde kadın ve erkeklerin ortalama puan değeri 14,2±5,2 bulunmuş ve gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,976). Olumsuz kendilik alt ölçeğindeki ortalama değerler ise kadınlarda 22,1±5,3, erkeklerde 21,1±3,6 olarak saptanmış ve gruplar arasında yapılan Mann-Whitney U testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,259) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 Cinsiyete göre intihar olasılığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

İntihar olasılığı ölçeği	Kadın (n=69)	Erkek (n=19)	
	ort.±ss	ort.±ss	p
Toplam	78,8±12,3	79,6±12,6	0,951
Düşmanlık	13,9±3,6	13,3±3,1	0,457
Umutsuzluk	28,8±6,0	31,1±6,7	0,211
İntihar düşüncesi	14,2±5,2	14,2±5,2	0,976
Olumsuzluk kendilik	22,1±5,3	21,1±3,6	0,259

ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

4.6 Sosyodemografik Veri ve Klinik Ölçeklere Göre Depresyon Şiddetinin Karşılaştırılması

Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği kesme puanlarına göre kadınların %44,9'unda hafif, %55,1'inde ise orta şiddette depresyon görülürken; erkeklerin %68,4'ünde hafif, %31,6'sında ise orta şiddette depresyon

görülmüştür. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,120$) (Tablo 4.12).

Hamilton anksiyete ölçeğine göre gruplar arasında depresyon şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,014$) ve bu fark yüksek düzey anksiyete grubundan kaynaklanmaktadır. Hamilton anksiyete ölçeğine göre yüksek düzey anksiyete olan grubunun %69,7'sinde depresyon şiddeti orta derece iken; hafif düzey anksiyete grubun %36,4'ünde, anksiyete olmayan grubun ise %45,5'inde depresyon şiddeti orta saptanmıştır (Tablo 4.12).

Mizaç envanteri (TEMPS-A) alt gruplarına göre değerlendirildiğinde; depresif mizaçta olmayanların %57,6'sında depresyon şiddeti hafif, %42,4'ünde ise depresyon şiddeti orta olarak saptanmıştır. Bununla birlikte depresif mizaçta olanların %27,3'ünde depresyon şiddeti hafif, %72,7'sinde ise depresyon şiddeti orta olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testine göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,027$) (Tablo 4.13). Anksiyöz mizaçta olmayanların %56,3'ü hafif dereceli depresyon, %43,7'si orta dereceli depresyon grubunda iken; anksiyöz mizaçta olanların %23,5'i hafif dereceli depresyon grubunda, %76,5'i orta dereceli depresyon grubundaydı ve bu fark yapılan Ki-Kare testine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,031$) (Tablo 4.12).

Orta dereceli depresyon grubu İÖÖ puanı ortalaması ($82,5\pm 12,9$), hafif dereceli depresyon grubu puan ortalamasından ($75,5\pm 10,6$) daha yüksek saptanmıştır ve bu fark gruplar arası yapılan Ki-Kare testine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,007$) (Tablo 4.12, Şekil 4.10).

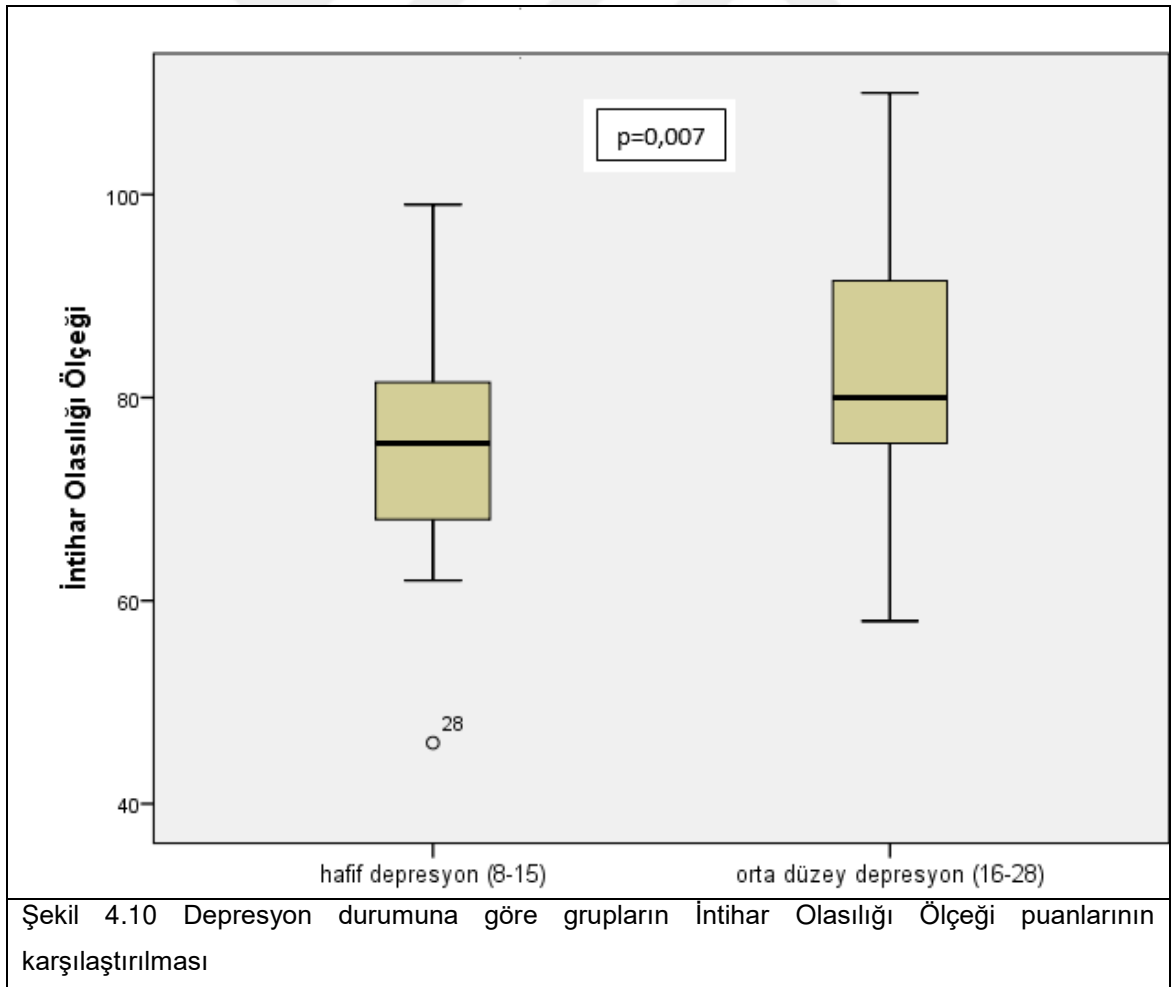
Tablo 4.12 Sosyodemografik değişken ve klinik ölçeklere göre depresyon şiddetinin karşılaştırılması

	HDDÖ-Hafif şiddette depresyon (n=44)	HDDÖ-Orta şiddette depresyon (n=44)	
	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet			0,120
Kadın	31 (44,9)	38 (55,1)	
Erkek	13 (68,4)	6 (31,6)	
Eğitim durumu			0,430
İlköğretim	9 (42,9)	12 (57,1)	
Lise	13 (44,8)	16 (55,2)	
Üniversite	22 (57,9)	16 (42,1)	
Medeni durum			0,200
Evli	21 (52,5)	19 (47,5)	
Bekar	22 (53,7)	19 (46,3)	
Boşanmış/eşi ölmüş	1 (16,7)	5 (83,3)	
Çocuk sahibi olma durumu			0,591
Var	23 (52,3)	21 (47,7)	
Yok	20 (46,5)	23 (53,5)	
Kiminle yaşadığı?			0,227
Yalnız	12 (66,7)	6 (33,3)	
Çekirdek aile	30 (46,9)	34 (53,1)	
Geniş aile	2 (33,3)	4 (66,7)	
Çalışma durumu			0,656
Çalışıyor	17 (56,7)	13 (43,3)	
Çalışmıyor	24 (46,2)	28 (53,8)	
Emekli	3 (50,0)	3 (50,0)	
HADÖ			0,014
Anksiyet yok	6 (54,5)	5 (45,5)	
Hafif anksiyete	28 (63,6)	16 (36,4)	
Yüksek anksiyete	10 (30,3)	23 (69,7)	
PUKİ			0,157
5'in altı	6 (75,0)	2 (25,0)	
5 ve üzeri	37 (46,8)	42 (53,2)	
TEMPS-A depresif mizaç			0,027
Depresif değil	38 (57,6)	28 (42,4)	

Tablo 4.12 (devam)

Depresif	6 (27,3)	16 (72,7)	
TEMPS-A siklotimik mizaç			0,110
Siklotimik değil	43 (53,1)	38 (46,9)	
Siklotimik	1 (14,3)	6 (85,7)	
TEMPS-A irritabl mizaç			1,000
İrritabl değil	39 (50,6)	38 (49,4)	
İrritabl	5 (45,5)	6 (54,5)	
TEMPS-A anksiyöz mizaç			0,031
Anksiyöz değil	40 (56,3)	31 (43,7)	
Anksiyöz	4 (23,5)	13 (76,5)	
	ort.±ss	ort.±ss	
İÖÖ	75,5±10,6	82,5±12,9	0,007*

%; satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi, p*: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi



4.7 Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçeklere Göre Kronotip Özelliklerinin Karşılaştırılması

Cinsiyete göre kronotip dağılımına bakıldığında; kadınların %31,9'u (n:22) akşamcıl tip, %58'i (n:40) ara tip, %10,1'i ise (n:7) sabahçıl kronotip özelliği göstermektedir. Erkeklerin i %26,3'ü (n:5) akşamcıl tip, % 57,9'u (n:11) ara tip, % 15,8'i (n:3) sabahçıl kronotip özelliği göstermektedir. Yapılan Ki-Kare testinde, cinsiyetler arasında kronotip özellikleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,763). Katılımcıların eğitim durumları ve kronotip özellikleri incelemesinde; ilköğretim mezunlarının % 4,8'i (n:1), lise mezunlarının %37,9'u (n:11) ve üniversite mezunlarının %39,5'i (n:15) akşamcıl tip kronotip grubundadır. İlköğretim mezunlarında akşamcıl kronotip görülme sıklığı diğer gruplara göre daha az saptanmış olup gruplar arası yapılan Ki-Kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,007) (Tablo 4.13).

Anksiyete olamayan grubun %36,4'ü (n:4) akşamcıl tip, %45,5'i (n:5) ara tip, %18,2'si (n:2) sabahçıl tiptir. Minör anksiyete grubunun %29,5'i (n:13) akşamcıl tip, %56,8'i (n:25) ara tip, %13,6'sı (n:6) ise sabahçıl tip özelliğindedir. Major anksiyete grubunun %30,3'ü (n:10) akşamcıl tip, %63,6'sı (n:21) ara tip, %6,1'i (n:2) ise sabahçıl tip kronotip yapısında saptanmış olup gruplar arası yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (p: 0,701) (Tablo 4.13).

Depresyon şiddeti hafif olan grubunun % 34,1'i (n:15) akşamcıl tip; %47,7'si (n:21) ara tip, % 18,2'si (n:8) sabahçıl tip , depresyon şiddeti orta olan grubun %27,3'ü (n:12) akşamcıl tip, %68,2'si (n:30) ara tip ve %4,5'i ise sabahçıl tiptir. Depresyon şiddeti ve kronotip grupları arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (p: 0,063) (Tablo 4.13).

Pittsburgh uyku kalitesi indeksinden 5'in altında puan alanların %62,5'i akşamcıl iken 5 ve üzerinde puan alanların %63,3'ü ara tiptir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,017) (Tablo 14). Bununla birlikte akşamcıl tip olanların PUKİ puanı ortalaması $9,0 \pm 4,3$ ortancası 9,5 (min:3,0; maks:17,0); ara

tipin ortalaması $9,9 \pm 3,4$ ortancası 10,0 (min:4,0; maks:20,0); sabahçıl tip olanların ortalaması $10,8 \pm 5,1$ ortancası 10,5 (min:3,0; maks:18,0) puandır. Sabahçıl akşamcıl ölçeğine göre gruplar arasında PUKİ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Şekil 4.11).

Mizaç özellikleri incelendiğinde; depresif mizaçtaki katılımcıların %18,2'si (n:4) akşamcıl tip, % 68,2'si (n:15) ara tip, % 13,6'sı (n:3) sabahçıl kronotip özelliği göstermektedir ve gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,315). Anksiyöz mizaç özelliklerine sahip katılımcıların %35,3'ü (n:6) akşamcıl tip, %58,8'i (n:10), %5,9'u ise sabahçıl kronotiptir ve gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,672). Siklotimik mizaç özelliklerine sahip katılımcıların %57,1'i (n:4) akşamcıl tip, %42,9'u (n:3) ara tip olarak saptanmış olup bu bireylerde sabahçıl kronotipe rastlanmamıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,183). İritabl mizaç özelliklerine sahip katılımcıların %27,3'ü (n:3) akşamcıl tip, %63,6'sı (n:7) ara tip, %9,1'i (n:1) ise sabahçıl tiptir ve gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,672) (Tablo 4.13).

İntihar olasılığı ölçeği ortalama puan değerleri; akşamcıl tip grupta $77,2 \pm 10,9$, ara tip grupta $80,2 \pm 13,3$ ve sabahçıl tip grupta ise $77,5 \pm 10,3$ olarak bulunmuş ve gruplar arasında yapılan Kruskal Wallis testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,686) (Tablo 4.13, şekil 4.12).

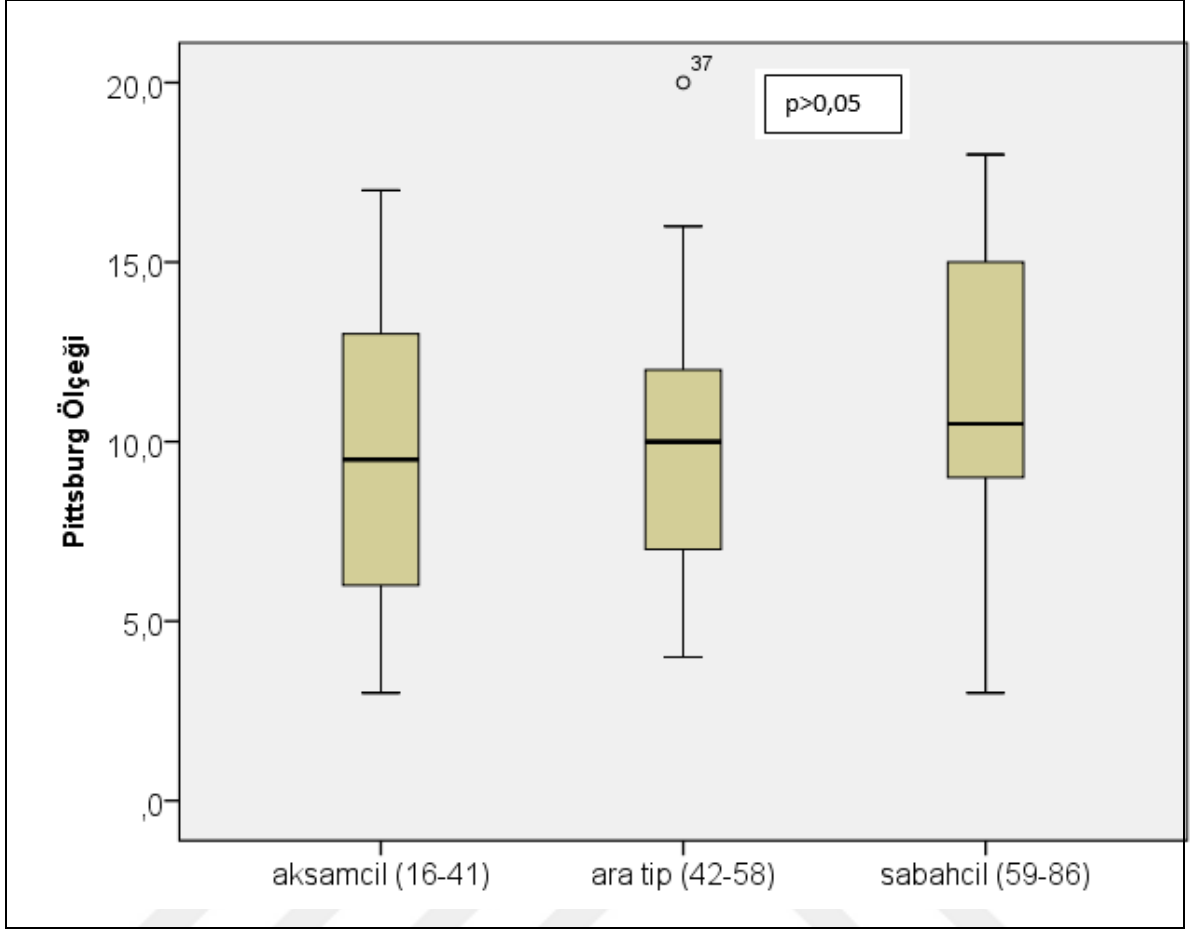
Tablo 4.13 Sosyodemografik değişkenler ve klinik ölçeklere göre kronotip durumunun karşılaştırılması

	Akşamcıl (n=27)	Ara tip (n=51)	Sabahçıl (n=10)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet				0,763
Kadın	22 (31,9)	40 (58,0)	7 (10,1)	
Erkek	5 (26,3)	11 (57,9)	3 (15,8)	
Eğitim durumu				0,007
İlköğretim	1 (4,8)	15 (71,4)	5 (23,8)	
Lise	11 (37,9)	17 (58,6)	1 (3,4)	
Üniversite	15 (39,5)	19 (50,0)	4 (10,5)	
Medeni durum				0,359
Evli	11 (27,5)	22 (55,0)	7 (17,5)	
Bekar	15 (36,6)	24 (58,5)	2 (4,9)	
Boşanmış/eşi ölmüş	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	
Çocuk sahibi olma durumu				0,218
Var	16 (36,4)	25 (56,8)	3 (6,8)	
Yok	10 (23,3)	26 (60,5)	7 (16,3)	
Kiminle yaşadığı				0,308
Yalnız	7 (38,9)	7 (38,9)	4 (22,2)	
Çekirdek aile	19 (29,7)	40 (62,5)	5 (7,8)	
Geniş aile	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	
Çalışma durumu				0,270
Çalışıyor	8 (26,7)	17 (56,7)	5 (16,7)	
Çalışmıyor	17 (32,7)	32 (61,5)	3 (5,8)	
Emekli	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	
HADÖ				
Anksiyet yok	4 (36,4)	5 (45,5)	2 (18,2)	0,701
Hafif anksiyete	13 (29,5)	25 (56,8)	6 (13,6)	
Şiddetli anksiyete	10 (30,3)	21 (63,6)	2 (6,1)	
Depresyon durumu				0,063
Hafif depresyon	15 (34,1)	21 (47,7)	8 (18,2)	
Orta depresyon	12 (27,3)	30 (68,2)	2 (4,5)	

Tablo 4.13 (devam)

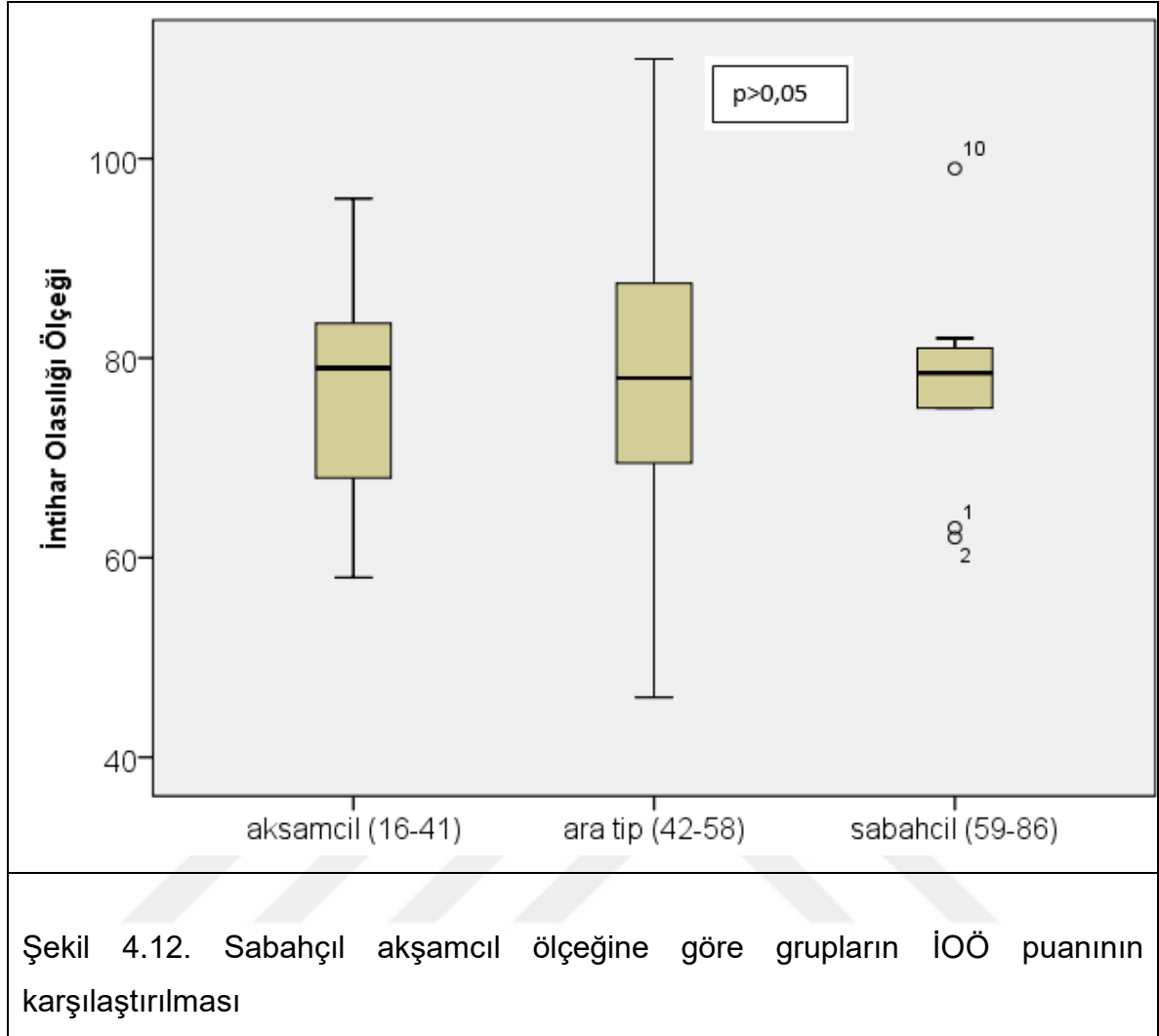
Uyku kalitesine göre				0,017
5'in altı	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	
5 ve üzeri	21 (26,6)	50 (63,3)	8 (10,1)	
TEMPS-A depresif mizaç				0,315
Depresif değil	23 (34,8)	36 (54,5)	7 (10,6)	
Depresif	4 (18,2)	15 (68,2)	3 (13,6)	
TEMPS-A siklotimik mizaç				0,183
Siklotimik değil	23 (28,4)	48 (59,3)	10 (12,3)	
Siklotimik	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0,0)	
TEMPS-A irritabl mizaç				0,915
İrritabl değil	24 (31,2)	44 (57,1)	9 (11,7)	
İrritabl	3 (27,3)	7 (63,6)	1 (9,1)	
TEMPS-A anksiyöz mizaç				0,672
Anksiyöz değil	21 (29,6)	41 (57,7)	9 (12,7)	
Anksiyöz	6 (35,3)	10 (58,8)	1 (5,9)	
	ort.±ss	ort.±ss	ort.±ss	
İntihar olasılığı ölçeği	77,2±10,9	80,2±13,3	77,5±10,3	0,686*

ss: standart sapma, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi, p*: Kruskal Wallis Testi



Şekil 4.11 Sabahçıl akşamcıl ölçeğine göre grupların PUKİ puanının karşılaştırılması

p: Kruskal Wallis Testi



p: Kruskal Wallis Testi

4.8 Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçklere Göre Anksiyete Durumunun Karşılaştırılması

Kadınların %46,4'ünde (n:32) ve erkeklerin %63,2'sinde (n:12) hafif düzey, kadınların %42'sinde (n:29) ve erkeklerin %21,1'inde (n:4) yüksek düzey anksiyete saptanmış olup kadınların %11,6'sında (n:8), erkeklerin ise %15,8'inde (n:3) anksiyete saptanmamıştır. Gruplar arası yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,225). Hafif düzey anksiyete oranı ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarında sırasıyla; % 42,9 (n:9), %37,9 (n:11), %63,2 (n:24) olarak bulunmuştur. Yüksek düzey anksiyete oranı ilköğretim, lise

ve üniversite mezunlarında sırasıyla %38,1 (n:8), %55,2 (n:16), %23,7 (n:9) olarak bulunmuş olup gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,084).

Yalnız veya birlikte yaşama durumuna göre gruplar arasında anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004) (Tablo 4.14). Yalnız yaşayanların %66,7'si ve çekirdek ailede yaşayanların %50,0'si hafif düzey anksiyeteye sahip iken, geniş ailede yaşayanların %100'ü yüksek düzey anksiyeteye sahiptir (Tablo 4.14).

Pittsburgh uyku kalitesi indeksinden 5 ve üzeri puan alanların %49,4'ünde (n:39) hafif düzey, %39,2'sinde (n:31) ise yüksek düzey, PUKİ 5'in altında puan alanların %50'sinde (n:4) hafif düzey, %25'inde (n:2) ise yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Fakat gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,525) (Tablo 4.14).

Depresif mizaca sahip olan grubun %45,5'inde (n:10) hafif düzey, %40,9'unda ise (n:9) yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Ayrıca depresif mizaçta olmayan grubun %51,5'inde (n:34) hafif düzey, % 36,4'ünde (n:24) ise yüksek düzey anksiyete saptanmış olup; gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:0,886). Siklotimik mizaca sahip grubun 542,9'unda (n:3) hafif düzey, %40,9'unda (n:9) yüksek düzey anksiyete saptanırken; siklotimik mizaca sahip olmayan grubun %50,6'sında (n:41) hafif, %37'sinde (n:30) ise yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,925). İrritabl mizaca sahip grubun %45,5'inde (n:5) hafif düzey, %36,4'ünde (n:4) yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. İrritabl mizaca sahip olmayan grubun ise %50,6'sında (n:41) hafif düzey, %37,7'sinde (n:29) yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,840). Anksiyöz mizaca sahip olan grubun %52,9'unda (n:9) hafif düzey, %41,2'sinde (n:7) ise yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Ayrıca anksiyöz mizaçta olmayan grubun %49,3'ünde (n:35) hafif düzey, %36,6'sında

(n:26) ise yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,610) (Tablo 4.14).

Anksiyete olmayan grubun İÖÖ puanı ortalaması $74,7 \pm 15,3$ ortancası 68,0 (min: 58,0; maks: 110,0) puan, hafif düzey anksiyete olan grubun ortalaması $77,2 \pm 11,8$ ortancası 76,5 (min: 46,0; maks: 110,0) puan ve yüksek düzey anksiyete olan grubun ortalaması $82,8 \pm 11,1$ ortancası 80,0 (min: 63,0; maks: 109,0) puandı (Tablo 15). Anksiyete durumuna göre gruplar arasında İÖÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,028). Yüksek düzey anksiyete grubunun puan ortalaması anksiyete olmayan ve hafif düzey anksiyete olan gruptan daha yüksekti. Fakat Benferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Şekil 4.13).

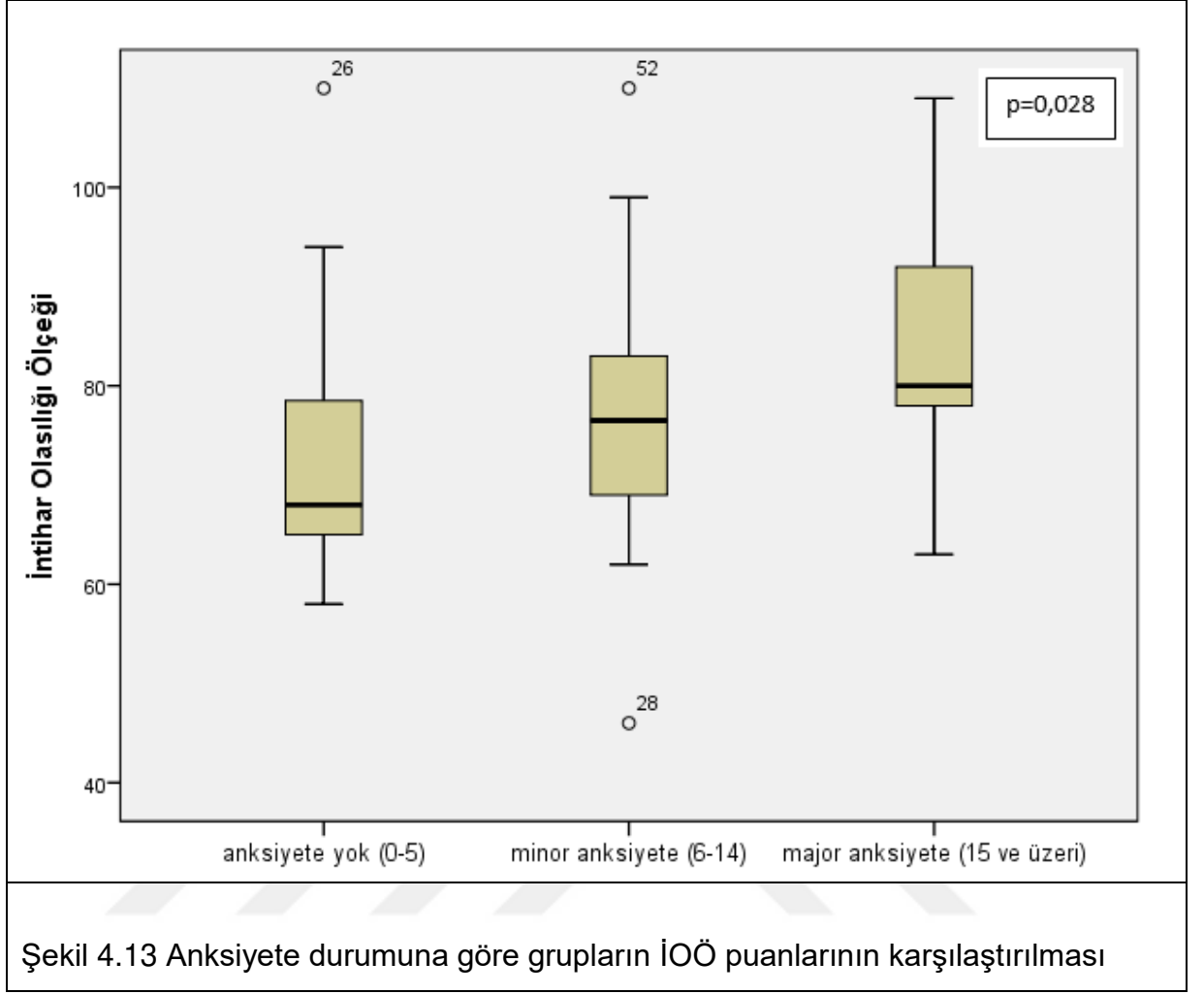
Tablo 4.14 Sosyodemografik değişkenler ve klinik ölçeklere göre anksiyete durumunun karşılaştırılması

	Anksiyete yok (n=11)	Hafif düzey anksiyete (n=44)	Yüksek düzey anksiyete (n=33)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet				0,225
Kadın	8 (11,6)	32 (46,4)	29 (42,0)	
Erkek	3 (15,8)	12 (63,2)	4 (21,1)	
Eğitim durumu				0,084
İlköğretim	4 (19,0)	9 (42,9)	8 (38,1)	
Lise	2 (6,9)	11 (37,9)	16 (55,2)	
Üniversite	5 (13,2)	24 (63,2)	9 (23,7)	
Medeni durum				0,797
Evli	5 (12,5)	20 (50,0)	15 (37,5)	
Bekar	5 (12,2)	21 (51,2)	15 (36,6)	
Boşanmış/eşi ölmüş	0 (0,0)	3 (50,0)	3 (50,0)	
Çocuk sahibi olma durumu				0,936
Var	6 (13,6)	21 (47,7)	17 (38,6)	
Yok	5 (11,6)	22 (51,2)	16 (37,2)	

Tablo 4.14 (devam)

Kiminle yaşadığı				0,004
Yalnız	3 (16,7)	12 (66,7)	3 (16,7)	
Çekirdek aile	8 (12,5)	32 (50,0)	24 (37,5)	
Geniş aile	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	
Çalışma durumu				0,222
Çalışıyor	3 (10,0)	15 (50,0)	12 (40,0)	
Çalışmıyor	5 (9,6)	27 (51,9)	20 (38,5)	
Emekli	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	
Uyku kalitesine göre				0,525
5'in altı	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	
5 ve üzeri	9 (11,4)	39 (49,4)	31 (39,2)	
TEMPS-A depresyona göre				0,886
Depresif değil	8 (12,1)	34 (51,5)	24 (36,4)	
Depresif	3 (13,6)	10 (45,5)	9 (40,9)	
TEMPS-A siklotimiğe göre				0,925
Siklotimik değil	10 (12,3)	41 (50,6)	30 (37,0)	
Siklotimik	1 (14,3)	3 (42,9)	3 (42,9)	
TEMPS-A irritabla göre				0,840
İrritabl değil	9 (11,7)	39 (50,6)	29 (37,7)	
İrritabl	2 (18,2)	5 (45,5)	4 (36,4)	
TEMPS-A anksiyöze göre				0,610
Anksiyöz değil	10 (14,1)	35 (49,3)	26 (36,6)	
Anksiyöz	1 (5,9)	9 (52,9)	7 (41,2)	
	ort.±ss	ort.±ss	ort.±ss	
İntihar olasılığı ölçeği	74,7±15,3	77,2±11,8	82,8±11,1	0,028*

ss: standart sapma, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi, p*: Kruskal Wallis Testi



4.9 Sosyodemografik Değişkenlere ve Klinik Ölçeklere Göre Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması

Kadınların %8,8'i (n:6), erkeklerin %10,5'i (n:2) PUKİ toplam puanları ölçeğin kesme değerinin (5) altına idi. Kadınların %91,2'si (n:62) ve erkeklerin %89,5'inde (n:17) uyku kalitesinde bozukluk (5 ve üzeri) saptandı, cinsiyete göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (p:1,000) (Tablo 4.15).

Depresif mizaç grubunun %4,5'inin (n:1) PUKİ puanları 5'in altında, %95,5'inin ise 5'in üstünde idi. Depresif mizaca sahip olmayan grubun PUKİ puanları; %10,8'inde (n:7) 5'in altında, %89,2'sinde (n:58) 5'in üstünde hesaplanmıştır. Depresif mizaç ve depresif mizaçta olmayan gruplar arasında

yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmadı (p:0,673). Uyku kalitesi indeksinden 5'in altında puan alanlar; siklotimik mizaç grubunda %14,3 (n:1), siklotimik olmayan grupta ise %8,8 (n:7) olarak saptanmıştır. Uyku kalitesi indeksinden 5'in üstünde puan alanlar siklotimik mizaç grubunda %85,7 (n:6), siklotimik olmayan grupta ise %91,2 (n:73) olarak saptanmıştır ve gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,504). Uyku kalitesi indeksinden 5'in altında puan alanlar irritabl mizaç grubunda %9,1 (n:1), irritabl olmayan grupta %9,2 (n:7), 5'in üstünde puan alanlar ise irritabl mizaç grubunda %90,9 (n:10), irritabl mizaçta olmayan grupta %90,8 (n:69) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:1,000). Uyku kalitesi indeksinden 5'in altında puan alanlar anksiyöz mizaç grubunda %6,2 (n:1), anksiyöz mizaçta olmayan grupta %9,9 (n:7), 5'in üstünde puan alanlar ise anksiyöz mizaç grubunda %93,8 (n:15), anksiyöz mizaçta olmayan grupta %90,1 (n:64) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:1,000) (Tablo 4.15).

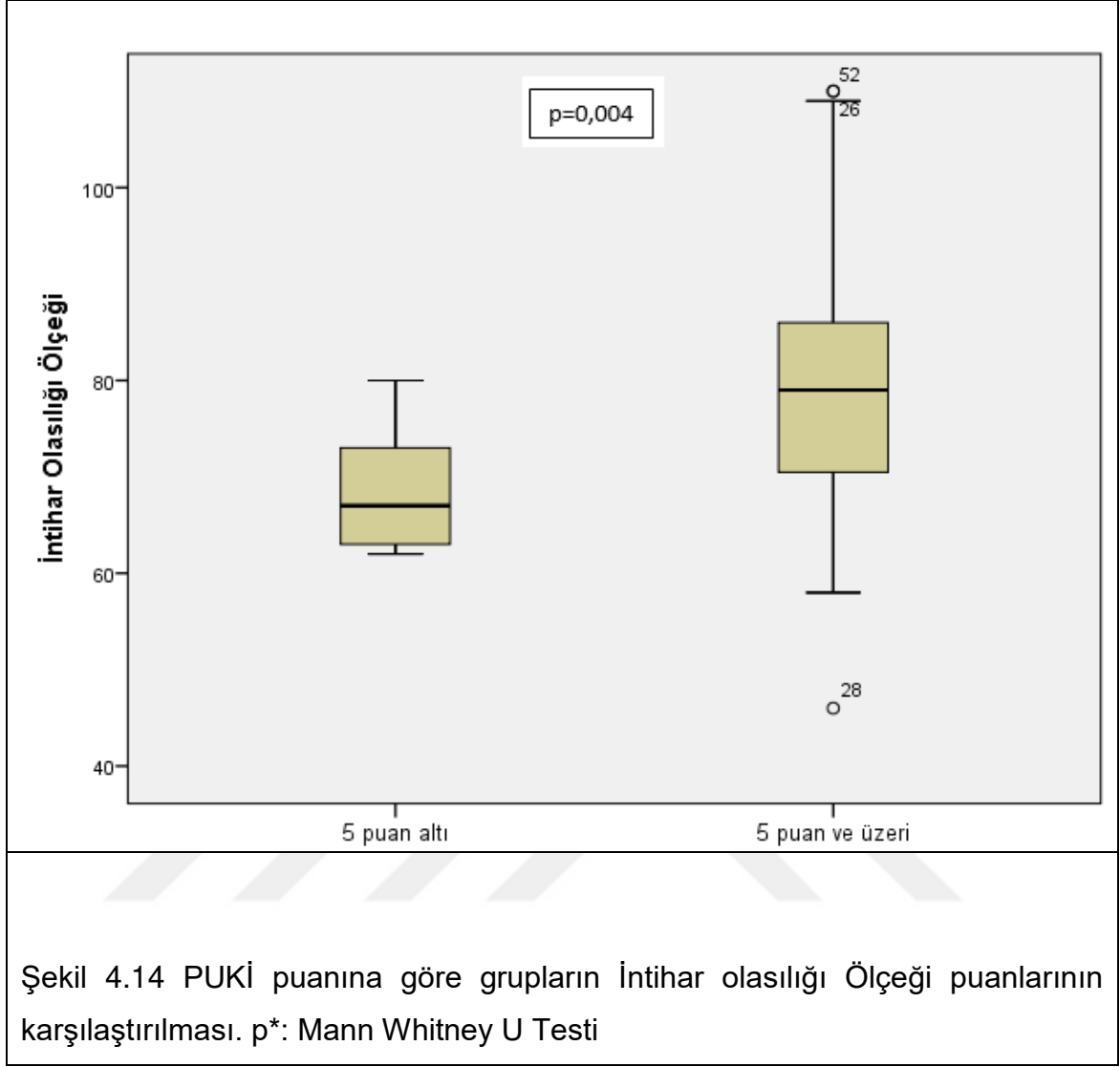
Pittsburgh uyku kalitesi indeksinden 5'in altında puan alan grubun İÖÖ puan ortalaması $68,5 \pm 6,5$ ortancası 67,0 (min: 62,0; maks: 80,0) puan; 5'in üstünde puan alan grubun ortalaması $79,9 \pm 12,3$ ortancası 79,0 (min: 46,0; maks: 110,0) olarak saptanmıştır (Tablo 16). Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre gruplar arasında İÖÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004) (Şekil 4.14).

Tablo 4.15 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçüklere göre uyku durumunun karşılaştırılması

	5'in altı (n=8)	5 ve üzeri (n=79)	
	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet			1,000
Kadın	6 (8,8)	62 (91,2)	
Erkek	2 (10,5)	17 (89,5)	
Eğitim durumu			0,143

İlköğretim	1 (4,8)	20 (95,2)	
Lise	1 (3,4)	28 (96,6)	
Üniversite	6 (16,2)	31 (83,8)	
Medeni durum			0,543
Evli	4 (10,3)	35 (89,7)	
Bekar	4 (9,8)	37 (90,2)	
Boşanmış/eşi ölmüş	0 (0,0)	6 (100,0)	
Çocuk sahibi olma durumu			1,000
Var	4 (9,1)	40 (90,9)	
Yok	4 (9,3)	39 (90,7)	
Kiminle yaşadığı			0,442
Yalnız	1 (5,9)	16 (94,1)	
Çekirdek aile	7 (10,9)	57 (89,1)	
Geniş aile	0 (0,0)	6 (100,0)	
Çalışma durumu			0,441
Çalışıyor	4 (13,3)	26 (86,7)	
Çalışmıyor	3 (5,9)	48 (94,1)	
Emekli	1 (16,7)	5 (83,3)	
TEMPS-A depresyona göre			0,673
Depresif değil	7 (10,8)	58 (89,2)	
Depresif	1 (4,5)	21 (95,5)	
TEMPS-A siklotimiğe göre			0,504
Siklotimik değil	7 (8,8)	73 (91,2)	
Siklotimik	1 (14,3)	6 (85,7)	
TEMPS-A irritable göre			1,000
İrritabl değil	7 (9,2)	69 (90,8)	
İrritabl	1 (9,1)	10 (90,9)	
TEMPS-A anksiyöze göre			1,000
Anksiyöz değil	7 (9,9)	64 (90,1)	
Anksiyöz	1 (6,2)	15 (93,8)	
	ort.±ss	ort.±ss	
İntihar olasılığı ölçeği	68,5±6,5	79,9±12,3	0,004*

ss: standart sapma, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi, p*: Mann Whitney U Testi



4.10 Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçeklere Göre TEMPS-A Mizaç Envanterinin Karşılaştırılması

4.10.1 TEMPS-A Depresif Özellikli Mizaç Grubunun Karşılaştırılması

Depresif özellikli mizaç sıklığı kadın ve erkeklerde sırasıyla % 26,1 (n:18), %21,1 (n:4) olarak bulunmuştur ve gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,771). Eğitim durumu ile depresif özellikli mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,018) ve bu fark ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan gruptan

kaynaklanmaktadır. İlköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların %47,6'sı depresif mizaç grubunda iken; lise düzeyinde eğitime sahip olanların %13,8'i, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların ise %21,1'i depresif mizaç grubunda idi (Tablo 4.16).

Depresif özellikli mizaçta olmayan grubun İÖÖ puan ortalaması $77,5 \pm 12,4$ ortancası 76,5 (min: 46,0; maks: 110,0) puan; depresif özellikli mizaç grubunun ortalaması $83,5 \pm 10,9$ ortancası 80,0 (min: 64,0; maks: 110,0) puan olarak saptanmıştır. Yapılan Mann Whitney U testinde; depresif mizaç alt grubunda İÖÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,035$) (Tablo 4.16) (Şekil 4.15).

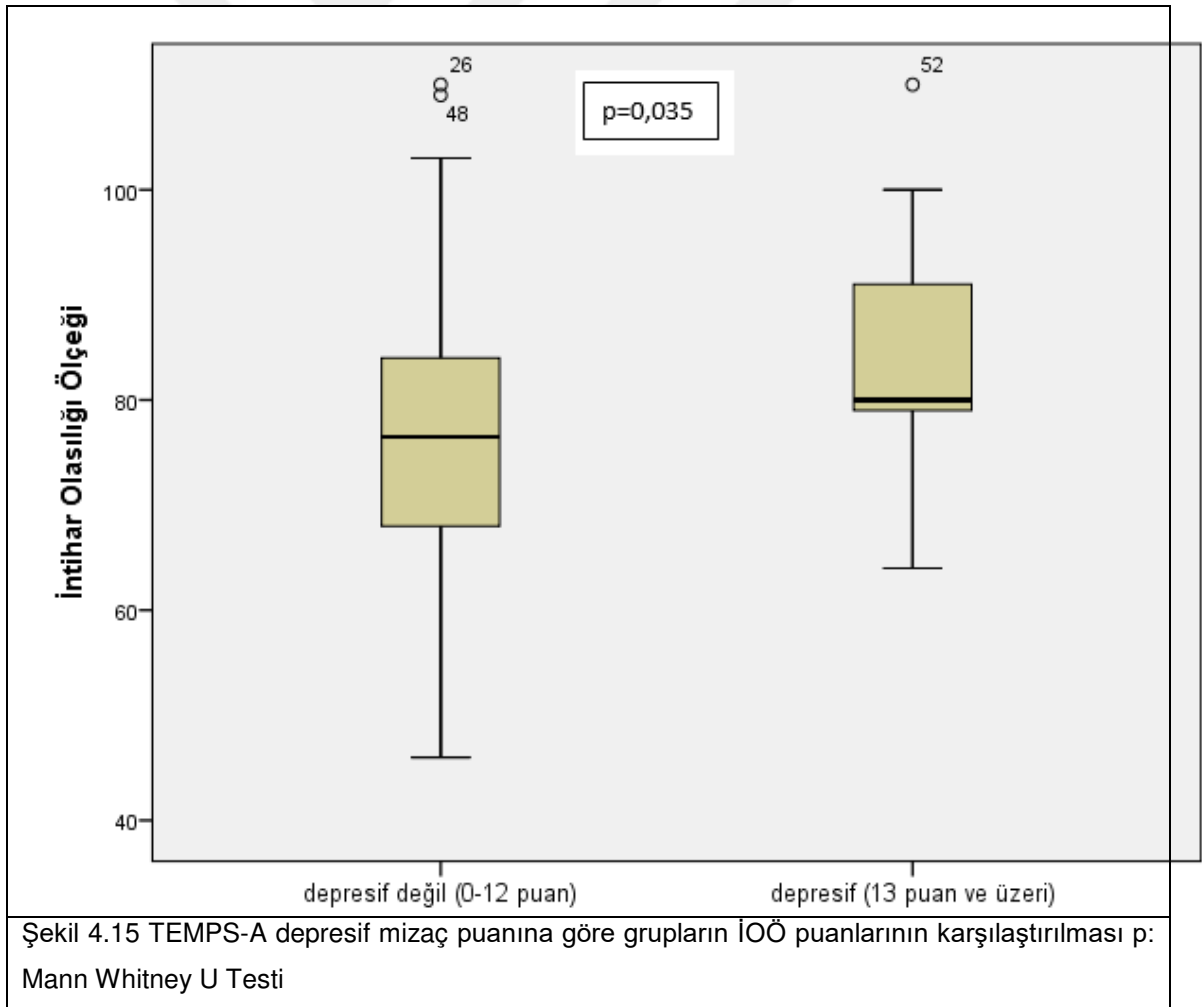
Tablo 4.16 Sosyodemografik değişkenler ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A depresif özellikli mizaç grubunun karşılaştırılması

	Depresif mizaç değil (n=66)	Depresif mizaç (n=22)	
	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet			0,771
Kadın	51 (73,9)	18 (26,1)	
Erkek	15 (78,9)	4 (21,1)	
Eğitim durumu			0,018
İlköğretim	11 (52,4)	10 (47,6)	
Lise	25 (86,2)	4 (13,8)	
Üniversite	30 (78,9)	8 (21,1)	
Medeni durum			0,191
Evli	29 (72,5)	11 (27,5)	
Bekar	34 (82,9)	7 (17,1)	
Boşanmış/eşi ölmüş	3 (50,0)	3 (50,0)	
Çocuk sahibi olma durumu			0,195
Var	36 (81,8)	8 (18,2)	
Yok	29 (67,4)	14 (32,6)	

Tablo 4.16 (devam)

Kiminle yaşadığı			0,081
Yalnız	14 (77,8)	4 (22,2)	
Çekirdek aile	50 (78,1)	14 (21,9)	
Geniş aile	2 (33,3)	4 (66,7)	
Çalışma durumu			0,694
Çalışıyor	24 (80,0)	6 (20,0)	
Çalışmıyor	38 (73,1)	14 (26,9)	
Emekli	4 (66,7)	2 (33,3)	
	ort.±ss	ort.±ss	
İntihar olasılığı ölçeği	77,5±12,4	83,5±10,9	0,035*

ss: standart sapma, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi, p*: Mann Whitney U Testi



4.10.2 TEMPS-A Siklotimik Özellikli Mizaç Grubunun Karşılaştırılması

Siklotimik özellikli mizaç sıklığı kadınlarda %10,1 (n:7) iken erkeklerde siklotimik özellikli mizaca rastlanmamıştır. Kadınların % 89,9'u (n:62), erkeklerin ise tamamı siklotimik mizaca sahip değildi. Yapılan Ki-Kare testinde; cinsiyet ile siklotimik özellikli mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:0,338). Medeni durum ile siklotimik özellikli mizaç grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,008) ve bu fark boşanmış ya da eşi ölmüş olan gruptan kaynaklanmaktadır. Evli grubun %2,5'i, bekâr grubun %7,3'ü siklotimik mizaç grubunda iken, boşanmış ya da eşi ölmüş grubun %50,0'si siklotimik mizaç grubundadır (Tablo 4.17).

Siklotimik özellikli mizaca sahip olmayan grubun İÖÖ puanı ortalaması; 78,2±11,9 ortancası 78,0 (min: 46,0; maks: 110,0) puan, siklotimik özellikli mizaç grubunun ortalaması 87,9±14,4 ortancası 95,0 (min: 64,0; maks: 103,0) olarak bulunmuştur. Mizaç envanteri siklotimi alt ölçeğine göre gruplar arasında İÖÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p:0,075) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A siklotimik özellikli mizaç grubunun karşılaştırılması

	Siklotimik değil (n=81)	Siklotimik mizaç (n=7)	
	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet			0,338
Kadın	62 (89,9)	7 (10,1)	
Erkek	19 (100,0)	0 (0,0)	
Eğitim durumu			0,705
İlköğretim	19 (90,5)	2 (9,5)	
Lise	26 (89,7)	3 (10,3)	

Tablo 4.17 (devam)

Üniversite	6 (94,7)	2 (5,3)	
Medeni durum			0,008
Evli	39 (97,5)	1 (2,5)	
Bekar	38 (92,7)	3 (7,3)	
Boşanmış/eşi ölmüş	3 (50,0)	3 (50,0)	
Çocuk sahibi olma durumu			1,000
Var	40 (90,9)	4 (9,1)	
Yok	40 (93,3)	3 (7,0)	
Kiminle yaşadığı			0,725
Yalnız	17 (94,4)	1 (5,6)	
Çekirdek aile	59 (92,2)	5 (7,8)	
Geniş aile	5 (83,3)	1 (16,7)	
Çalışma durumu			0,560
Çalışıyor	27 (90,0)	3 (10,0)	
Çalışmıyor	48 (92,3)	4 (7,7)	
Emekli	6 (100,0)	0 (0,0)	
	ort.±ss	ort.±ss	
İntihar olasılığı ölçeği	78,2±11,9	87,9±14,4	0,075

ss: standart sapma, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi

4.10.3 TEMPS-A İrritabl Özellikli Mizaç Grubunun Karşılaştırılması

İrritabl mizaç sıklığı kadın ve erkeklerde sırasıyla % 11,6 (n:8), %15,8 (n:3) olarak bulunmuş olup gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,697) (Tablo 4.18).

Yalnız yaşama durumu ile irritabl mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,023) ve bu fark çekirdek aile grubundan kaynaklanmaktadır. Yalnız yaşayanlar ile geniş aile olarak yaşayanlarda irritabl

özelliikli mizaca rastlanmamakla birlikte çekirdek ailede yaşayanların %17,2'si irritable özelliikli mizaca sahiptir (Tablo 4.18).

İrritable mizaç grubunda olanların İÖÖ puan ortalaması, irritable mizaçta olmayanların ortalamasından daha yüksektir ve bu fark yapılan Mann Whitney U testine göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,008$) (Tablo 4.18) (Şekil 4.16).

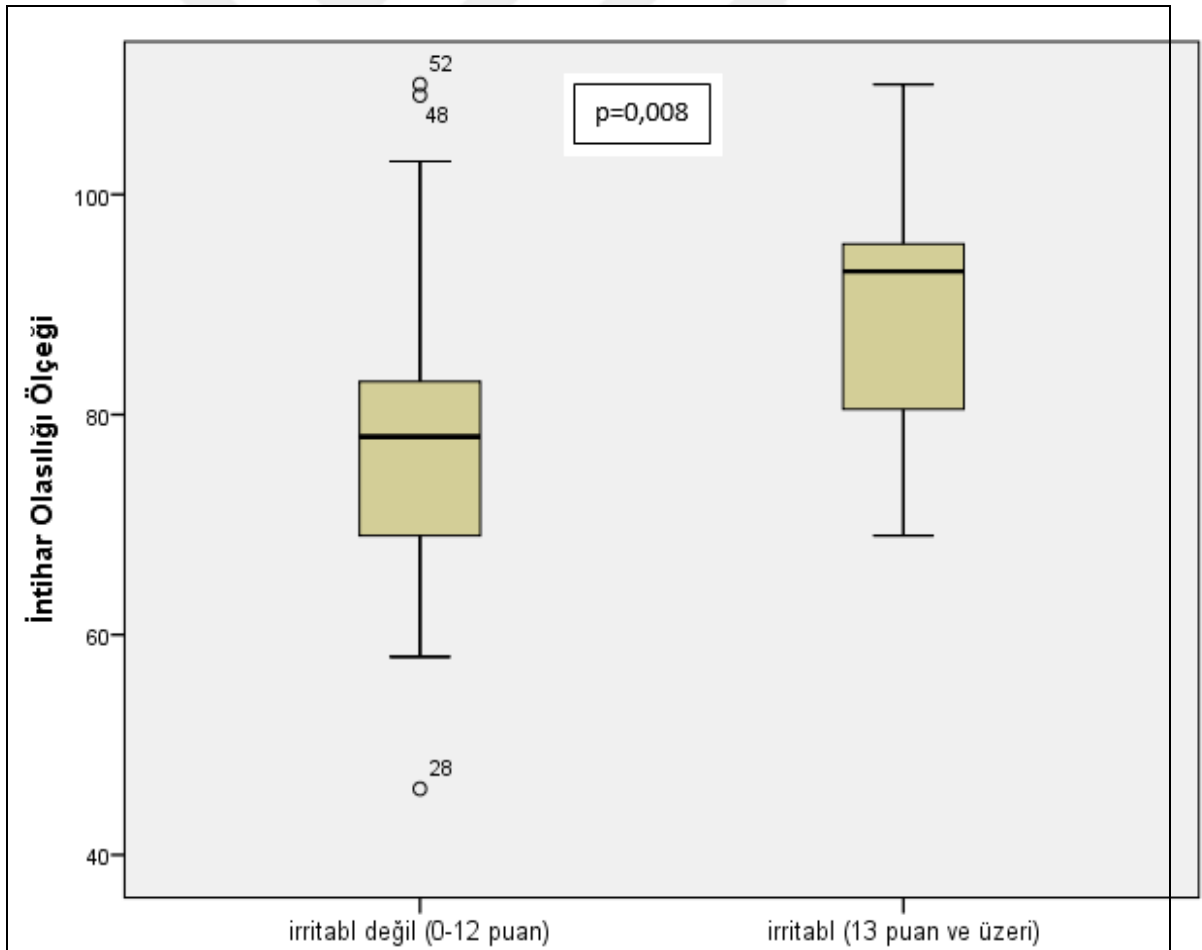
Tablo 4.18 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A İrritable özelliikli mizaç grubunun karşılaştırılması

	İrritable özelliikli değil (n=77)	İrritable mizaç (n=11)	
	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet			0,697
Kadın	61 (88,4)	8 (11,6)	
Erkek	16 (84,2)	3 (15,8)	
Eğitim durumu			0,068
İlköğretim	19 (90,5)	2 (9,5)	
Lise	22 (75,9)	7 (24,1)	
Üniversite	36 (94,7)	2 (5,3)	
Medeni durum			0,047
Evli	5 (87,5)	5 (12,5)	
Bekar	38 (92,7)	3 (7,3)	
Boşanmış/eşi ölmüş	3 (50,0)	3 (50,0)	
Çocuk sahibi olma durumu			0,967
Var	39 (88,6)	5 (11,4)	
Yok	37 (86,0)	6 (14,0)	
Kiminle yaşadığı			0,023
Yalnız	18 (100,0)	0 (0,0)	

Tablo 4.18 (devam)

Çekirdek aile	53 (82,8)	11 (17,2)	
Geniş aile	6 (100,0)	0 (0,0)	
Çalışma durumu			0,927
Çalışıyor	26 (86,7)	4 (13,3)	
Çalışmıyor	46 (88,5)	6 (11,5)	
Emekli	5 (83,3)	1 (16,7)	
	ort.±ss	ort.±ss	
İntihar olasılığı ölçeği	77,6±11,8	88,5±12,3	0,008

ss: standart sapma, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi, p*: Mann Whitney U Testi



Şekil 4.16 TEMPS-A irritabl mizaç puanına göre grupların İÖÖ puanlarının karşılaştırılması

4.10.4 TEMPS-A Anksiyöz Özellikli Mizaç Grubunun Karşılaştırılması

Anksiyöz özellikli mizaç sıklığı kadın ve erkeklerde sırasıyla % 21,7 (n:15), %10,5 (n:2) olarak bulunmuş olup gruplar arasında yapılan Ki-Kare testinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,344) (Tablo 4.20).

Anksiyöz özellikli mizaçta olmayan grubun İÖÖ ortalaması 76,7±11,6 ortancası 76,0 (min: 46,0; maks: 110,0) puan; anksiyöz özellikli mizaç grubunun İÖÖ ortalaması 88,5±10,5 ortancası 87,0 (min: 76,0; maks: 110,0) olarak bulunmuştur. Anksiyöz mizaçta olan ve olmayan gruplar arasında İÖÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,0001), (Tablo 4.19), (Şekil 4.17) .

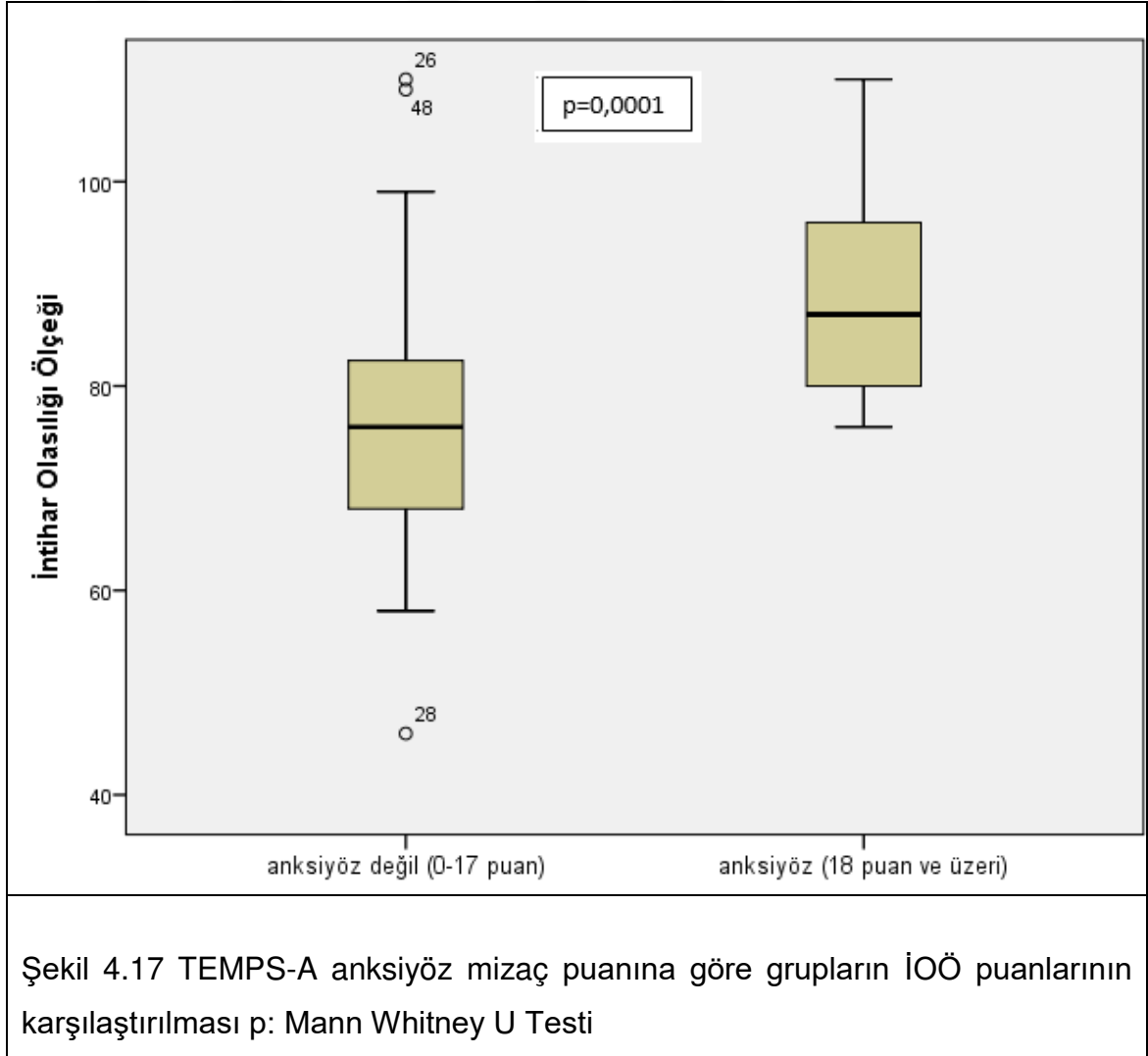
Tablo 4.19 Sosyodemografik değişkenlere ve klinik ölçeklere göre TEMPS-A anksiyöz özellikli mizaç grubunun karşılaştırılması

	Anksiyöz değil (n=71)	Anksiyöz (n=17)	
	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet			0,344
Kadın	54 (78,3)	15 (21,7)	
Erkek	17 (89,5)	2 (10,5)	
Eğitim durumu			0,431
İlköğretim	16 (76,2)	5 (23,8)	
Lise	22 (75,9)	7 (24,1)	
Üniversite	33 (86,8)	5 (13,2)	
Medeni durum			0,217
Evli	33 (82,5)	7 (17,5)	
Bekar	34 (82,9)	7 (17,1)	
Boşanmış/eşi ölmüş	3 (50,0)	3 (50,0)	
Çocuk sahibi olma durumu			1,000
Var	36 (81,8)	8 (18,2)	
Yok	35 (81,4)	8 (18,6)	
Kiminle yaşadığı			0,211
Yalnız	15 (83,3)	3 (16,7)	
Çekirdek aile	53 (82,8)	11 (17,2)	

Tablo 4.19 (devam)

Geniş aile	3 (50,0)	3 (50,0)	
Çalışma durumu			0,205
Çalışıyor	25 (83,3)	5 (16,7)	
Çalışmıyor	40 (76,9)	12 (23,1)	
Emekli	6 (100,0)	0 (0,0)	
	ort.±ss	ort.±ss	
İntihar olasılığı ölçeği	76,7±11,6	88,5±10,5	0,0001*

ss: standart sapma, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare Testi, p*: Mann Whitney U Testi



4.11 Depresyon Şiddetini Etkileyen Risk Faktörleri

Katılımcıların depresyon şiddetini etkileyebilecek risk faktörleri; Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon analizi üzerinden ele alınmıştır. Regresyon modeline sayısal değişkenler olarak; kronotip yapısı (SAÖ), anksiyete şiddeti (HADÖ), intihar olasılığı (İÖÖ), uyku kalitesi (PUKİ), baskın mizaç özelliği alınmıştır. Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon analizinde depresyon şiddetini (HDDÖ toplam puanı) etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bir değişken saptanmamıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20 Katılımcıların depresyon şiddetini etkileyebilecek risk faktörlerinin incelenmesi

	Beta	P*	B	%95 GA	
Constant		0,0001	21,417	11,429	31,406
Sabahçıl akşamcıl ölçeği	-0,013	0,908	-0,007	-0,125	0,111
HADÖ	0,067	0,551	0,052	-0,120	0,223
İntihar olasılığı ölçeği	0,232	0,078	0,107	-0,012	0,226
PUKİ	0,036	0,757	0,052	-0,280	0,383
TEMPS-A depresif	0,035	0,807	0,052	-0,372	0,476
TEMPS-A siklotimik	-0,105	0,422	-0,138	-0,479	0,203
TEMPS-A hipertimik	-0,046	0,701	-0,062	-0,382	0,258
TEMPS-A irritabl	-0,031	0,830	-0,041	-0,423	0,340
TEMPS-A anksiyöz	0,249	0,088	0,251	-0,038	0,540

p: Multiple Regresyon Enter Modeli, Beta: Kısmi regresyon katsayısı, GA: Güven aralığı

4.12 Kronotip Tercihini Etkileyen Değişkenler

Katılımcıların kronotip tercihini etkileyebilecek faktörler Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon analizi üzerinden ele alınmıştır. Regresyon modeline sayısal değişkenler olarak; anksiyete şiddeti (HADÖ), intihar olasılığı (İÖÖ), uyku kalitesi (PUKİ), baskın mizaç özelliği alınmıştır. Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon Analizinde Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği puanını etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bir değişken saptanmamıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21 Kronotip tercihlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi

	Beta	P*	B	%95 GA	
Constant		0,0001	40,135	20,754	59,515
HADÖ	-0,004	0,972	-0,006	-0,338	0,326
İntihar olasılığı ölçeği	-0,013	0,908	-0,026	-0,463	0,412
PUKİ	0,150	0,195	0,415	-0,217	1,048
TEMPS-A depresif	0,444	0,002	1,262	0,497	2,028
TEMPS-A siklotimik	-0,032	0,808	-0,081	-0,740	0,579
TEMPS-A hipertimik	0,261	0,030	0,663	0,065	1,261
TEMPS-A anksiyöz	-0,036	0,808	-0,070	-0,637	0,498
TEMPS-A irritabl	-0,134	0,360	-0,339	-1,071	0,394

p: Multiple Regresyon Enter Modeli, Beta: Kısmi regresyon katsayısı GA: Güven aralığı

4.13 Anksiyete Durumunu Etkileyen Risk Faktörleri

Katılımcıların anksiyete durumunu etkileyebilecek risk faktörleri; Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon analizi üzerinden ele alınmıştır. Regresyon modeline sayısal değişkenler olarak; intihar olasılığı riski (İÖÖ), uyku kalitesi (PUKİ), baskın mizaç özelliği ve kronotip tercihi (SAÖ) alınmıştır. Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon Analizinde Hamilton Anksiyete Ölçeği puanını etkilen istatistiksel olarak anlamlı bir değişken saptanmamıştır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22 Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği puanını etkileyen faktörlerin incelenmesi

	Beta	P*	B	%95 GA	
Constant		0,543	-4,490	-19,106	10,126
İntihar olasılığı ölçeği	0,069	0,551	0,090	-0,209	0,388
PUKİ	0,013	0,910	0,025	-0,413	0,463
TEMPS-A depresif	0,022	0,881	0,042	-0,517	0,601
TEMPS-A siklotimik	0,121	0,359	0,208	-0,241	0,657
TEMPS-A hipertimik	0,100	0,416	0,173	-0,248	0,593
TEMPS-A irritabl	-0,300	0,040	-0,514	-1,004	-0,024
TEMPS-A anksiyöz	0,173	0,246	0,226	-0,159	0,611
Sabahçıl aksamcıl ölçeği	-0,004	0,972	-0,003	-0,158	0,152

p: Multiple Regresyon Enter Modeli, Beta: Kısmi regresyon katsayısı GA: Güven aralığı

4.14 İntihar Olasılığını Etkileyen Risk Faktörleri

Katılımcıların intihar olasılığını etkileyebilecek risk faktörleri; Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon analizi üzerinden ele alınmıştır. Regresyon modeline sayısal değişkenler olarak; uyku kalitesi (PUKİ), baskın mizaç özelliği alınmıştır. Enter Modeli ile kurulan Multiple Regresyon Analizinde intihar olasılığını etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bir değişken saptanmamıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23 İntihar olasılığını etkileyen faktörlerin incelenmesi

	Beta	P*	B	%95 GA	
Constant		0,0001	49,552	32,174	66,929
PUKİ	0,074	0,454	0,233	-0,383	0,849
TEMPS-A depresif	0,142	0,247	0,458	-0,325	1,242
TEMPS-A hipertimik	-0,003	0,976	-0,009	-0,605	0,587
TEMPS-A siklotimik	0,158	0,157	0,451	-0,178	1,081
TEMPS-A irritabl	0,143	0,250	0,411	-0,295	1,117
TEMPS-A anksiyöz	0,164	0,193	0,359	-0,185	0,902
HDDÖ	0,171	0,078	0,371	-0,043	0,786
HADÖ	0,169	0,077	0,282	-0,032	0,597
Sabahçıl akşamcıl ölçeği	-0,093	0,339	-0,105	-0,323	0,113

p: Multiple Regresyon Enter Modeli, Beta: Kısmi regresyon katsayısı GA: Güven aralığı

5 TARTIŞMA

Bu araştırmada unipolar depresyonda kronotip özelliklerinin mizaç ve özkıyım ile olan ilişkisinin incelemesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarımız bu ilişkinin farklı yönlerine vurgu yapmaktadır. Depresyon, ataklarla giden ve süregelenleşebilen bir hastalıktır. Ayrıca kalıtsal, yapısal ve çevresel birçok etken ile ortaya çıktığı iyi bilinmektedir (3). Özkıyım ise ruhsal hastalık sonucunda ortaya çıkan yaşamı tehdit eden önemli bir klinik durumdur (139). Unipolar depresyonda özkıyım riskini birçok etken öngörür (140). Mizaç, genetik ve çevresel faktörler ise bunlardan sadece birkaçıdır. Kronotip özellikleri, hem unipolar depresyonun klinik özelliklerine olan etkisi hem de özkıyım riski açısından giderek artan ilginin uyandırdığı bir alan olmuştur.

Sağlıklı veya klinik örnekleme kronotip, özkıyım, mizaç ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmektedir. Bazı çalışmalarda; akşamcıl özelliğin ruhsal hastalıklara yatkınlık oluşturduğu (10,133) ve özkıyım riskini artırdığı gözlenmiştir (132,141). Yavuz ve ark.'nın (133) yaptığı çalışmada ise akşamcıl özelliğin tek başına özkıyım riskini artırmadığı gösterilmiştir. Araştırma sonuçları unipolar depresyonda demografik özellikler, klinik özellikler, mizaç özellikleri ve kronotip özelliklerinin ilişkisinin incelendiği belirli bir sıralama içinde sunulacaktır.

5.1 Majör Depresif Bozukluk ve Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların yaklaşık %80'i kadınlardan oluşmaktadır. Ülkemizde tedavi birimlerine kadınların daha kolay ulaşabilmeleri ve örneklemimizin ayaktan başvuran hastalardan oluşması bu oranı açıklar. Benzer şekilde yapılan klinik araştırmalarda da kadın sayısının daha fazla olduğu görülmektedir (142,143). Ayrıca kadınların, erkeklere göre daha çok yardım arayışı içinde olmaları ve depresyonun kadınlarda daha yaygın görülmesiyle ilişkili olabilir. Nitekim Kalkan ve Odacı'nın (144) çalışmalarında, kadınların yardım arayışına daha olumlu baktıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada ayrıca kadınsılık rolü ile psikolojik yardım alma tutumu arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (144).

Eğitim durumuna bakıldığında katılımcıların daha çok niversite mezunu olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin çoğunlukla il merkezinde ikamet etmesi ve gelir düzeyleri, 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını kolaylaştırabilir. Evrim ve arkadaşlarının (143) ok merkezli yürüttükleri çalışmada da benzer olarak yüksek eğitim düzeyi ve il merkezinde yaşayan katılımcılar çoğunluktadır. Ayrıca depresyona karşı tutumun değerlendirildiği bir çalışmada; kırsal kesimde yaşayanlarda depresyon kavramının yeterince anlaşılmadığı gözlenmiştir (145).

Diğer sosyodemografik değerşkenlere bakıldığında; evli ya da bekar olanlar, aktif bir işte çalışanlar ya da çalışmayanlar ile ocuk sahibi olan ve olmayan grupların oranları birbirine benzerlik göstermektedir. Aile durumuna bakıldığında ise çekirdek ailede yaşayan katılımcılar çoğunluktadır. Güleç ve ark. (146)'nın araştırmalarında da benzer olarak çekirdek ailede yaşayanların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada çekirdek ailede yaşayanların, geniş ailede yaşayanlara göre daha fazla oranda kendi iç sıkıntılarını, ruhsal hastalık nedeni olarak gördükleri belirlenmiştir (146). Geniş ailede yaşayanların ise psikiyatri dışı bölümlere daha sık başvurduğu görülmüştür (146). Bu durum çekirdek aile yapısındaki bireylerin kendilerine daha fazla zaman ayırabilmeleri ve böylece içsel süreçlerine olan farkındalıklarının artmasıyla ilişkili olabilir.

5.2 Çalışma Grubunun Klinik zellikleri

rneklemimizdeki hastalarda, geçirilmiş psikiyatrik hastalık; en sık depresyon, ikinci olarak anksiyete bozuklukları olarak bildirilmiştir. Bilimsel yazında depresyon hastalarında özgeçmişte en sık geçirilmiş olan ruhsal hastalıkların, birinci sırada depresyon, sırasıyla anksiyete ve somatoform bozukluklar olduğu bildirilmektedir (147). Bu durumda araştırma sonuçlarımız bilimsel yazında bildirilen sıralamayla benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla depresif hasta grubundan oluşan örneklem için doğal bir sonuçtur. Ülkemizde Annagür ve ark (148) ile Aslan ve ark' (149) nin yaptıkları çalışmada depresyon hastalarının yaşam boyu ek hastalık oranları sırasıyla %73.3 (148) ve %60.2 (149) olarak saptanmıştır ve bulgularımız ile yakın oranlardır.

Örneklemedeki hastaların %98,9'u daha önce herhangi bir yataklı psikiyatri biriminde tedavi görmediği belirlendi. Bu durum eş tanılarının olmadığı, ayaktan başvuran kişilerin hastalık dönemlerinin şiddetli olmaması ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte araştırmamızda örneklem seçiminde oldukça katı dışlama ölçütlerini kullanmaya çalışmamız eşlik eden ruhsal ve fiziksel patolojileri dışlayarak olabildiğince saf bir unipolar depresyon örnekleminde çalışmak istememiz nedeniyle olmuştur. Bunun sebebi; olabildiğince kronotip ve ilişkili klinik özelliklerin ve mizaç yapısının özkıyıma olan etkisini daha dolaysız bir şekilde incelemeye çalışmaktır. Karıştırıcı faktörleri dışlamak bilimsel yazında yapılmış olan diğer çalışmalara olan önemli bir üstünlüğüdür. Dışlama kriterlerinde bulunan tüm bu hastalıklardan herhangi birinin varlığında bir diğerinin görülme olasılığı artmaktadır.

Geçmişte en sık kullanılan psikofarmakolojik ilaç grubunun SSRI (%24,1) olduğu gözlenmiştir. Ruhsal şikayet veya belirtiler ile yapılan başvurularda temel ve ileri basamak sağlık hizmetlerinde sıklıkla serotonin grubu antidepresan ilaçların yazılmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Katılımcıların %24,1'inde geçmişte en az bir kez özkıyım girişimi olduğu tespit edilmiştir. Bilindiği üzere MD özkıyım için önemli bir risk etmenidir ve MD hastalarında %15 gibi yüksek oranda özkıyım görülebilmektedir (3). Bizim sonuçlarımız ise %15'in üstündedir ve bu durum ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (%48,9) ve özkıyım girişimi (%14,9) olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca Aslan ve ark'ı MD hastaları ile yaptıkları çalışmada yaşam boyu özkıyım girişim oranını %31.3 olarak saptamışlardır (149) ve bu değer bizim sonuçlarımız ile benzerdir .

5.3 Hamilton Depresyon Değerlendirme ve Hamilton Anksiyete Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızdaki MD hastalarının %50'sinde hafif diğer %50'sinde ise orta şiddette depresyon saptanmıştır. Herhangi bir hastada ağır şiddette depresyon görülmemiştir. Bu durumun nedeni; ayaktan takip edilen, I. ve II. ekseninde hastalığı bulunmayan örneklem ile çalışmamızdır. Bilindiği üzere depresyondaki hastaların anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol ve madde kullanım

bozuklukları gibi I. eksen, kişilik bozuklukları gibi II. eksen tanıları hastalık şiddetini artırmaktadır.

Çalışmamızda cinsiyete göre depresyon şiddetinde anlamlı fark saptanmamıştır. Bozkurt (2004) ve Erözkan (2005) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda BDE ortalama puanı ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki olmadığını göstermişlerdir (150,151). Ancak Akdemir ve ark. (152)'ı HDDÖ geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kadınların HDDÖ ve BDE ortalama puanlarının daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. Aynı çalışmada, her iki ölçekteki bazı alt madde ortalama puanlarının kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır (152). Bizim araştırmamızda da kadınların HDDÖ ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum erkek sayısının az olması ile ilişkili olabilir.

Eğitim, medeni durum, aile durumu ve iş durumu gibi demografik veriler ile depresyon şiddeti arasında anlamlı istatistiksel veri elde edilmemiştir. Benzer olarak Akdemir ve ark (152)'nin çalışmalarında HDDÖ puanlarının demografik verilerden etkilenmediği görülmüştür. Bu durum alt gruplardaki örneklem sayısının yeterli olmamasıyla ilişkili olabilir. Daha geniş örneklemlerle araştırmalarda farklı bulgular elde edilebilir.

Yüksek düzey anksiyete grubunun depresyon şiddetinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Depresyonda anksiyete düzeyinin yüksek olması; hastalığın seyrini, şiddetini ve tedaviye yanıtını etkileyebilmektedir.

Depresif, anksiyöz ve irritabl mizaçlı bireylerin HDDÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Mizaç ve duygudurum bozukluklarının ilişkili olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (149,153). Akiskal ve ark. (111) affektif mizaçların duygudurum bozukluklarının temeli olduğunu ileri sürmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, MD grubunda anksiyöz ve depresif mizaç görülme sıklığı diğer gruplardan yüksek bulunmuştur (153). Anksiyöz ve depresif mizaç özellikleri depresyona yatkınlık oluşturabildiği gibi hastalık şiddetini de artırabileceği söylenebilir.

Orta şiddet depresyon hasta grubunun İÖÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Depresyon şiddeti özkıyım riskini etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda depresyon şiddetindeki artışın özkıyım riskini artırdığı gözlenmiştir. Depresyon şiddeti ve özkıyım ilişkisinde depresyon hastalarında gözlemlenen umutsuzluğun etkili olabileceği belirtilmektedir (154). Bununla birlikte Ak ve ark. (155) depresyon şiddeti ile özkıyım arasında ilişkinin olmadığını, umutsuzluğun özkıyım riskini artırdığını belirtmişlerdir. Umutsuzluk, hastalık şiddetini etkileyebilir. Özkıyım riskinin depresyon şiddeti ile artabileceği, yoğun umutsuzluk görülen hastalarda bu riskin daha ciddi boyutlarda olabileceği söylenebilir.

Kadınlarda HADÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu gözlendi. Fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğu bilinmektedir (156). Ayrıca kadınlarda anksiyete duyarlılığı daha yüksektir (150). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında farklılığın saptanmaması erkek sayısının yetersiz olmasıyla ilişkili olabilir.

Demografik özelliklerin HADÖ puanlarını etkilemediği gözlenmiştir. Alt gruplardaki örneklem sayısının yetersiz olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Geniş ailede yaşayanların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Güleç ve ark. (146)'ı psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların farklı özelliklerini incelemişlerdir. Bu çalışmada geniş ailede yaşayanların yatarak tedavi beklentilerinin çekirdek ve yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (146). Geniş ailede yaşamamanın olumlu sonuçları gibi kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan olumsuz sonuçları da olabilir. İş yükü yoğunluğu, bireylerin birbirine ayırdıkları kaliteli zamanın az olması gibi sebepler anksiyete düzeyini artırabilir. Çözümlememiş iç meseleler kişilerde gerginlik veya endişe uyandırabilir.

5.4 Uyku Kalitesi İndeksinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların %90'ında uyku kalitesinde bozukluk saptanmıştır. Uyku sorunları depresyonun çekirdek belirtileri arasındadır. Bu sebeple MD

örnekleminde yüksek oranlarda saptanması beklenen bir durumdur. Depresyon ve uyku bozuklukları ilişkisinde oksidatif stres yükü ve immünolojik yolların etkili olduğu belirtilmektedir. Cho ve arkadaşları (157) daha önce depresyon atağı geçirmemiş, depresyon atağı geçirmiş ve iyileşmiş, halen depresif atakta olan 3 farklı grubu uyku bozuklukları ve oksidatif stres yükü açısından kıyaslamıştır. Halen depresyonda olan grubun PUKİ puanları diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca uyku bozukluğu ve oksidatif stres ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur (157).

Kadın ve erkeklerin PUKİ ortalama değerleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bilimsel yazında, insomni ve uyku bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir (158). Bununla birlikte ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada cinsiyet ve PUKİ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (159). Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerdir. Ancak çalışmamızda erkek sayısının az olması genelleme yapmamızı engellemektedir. Genelleme yapılması için daha büyük örneklemeler ile çalışılması gerekmektedir.

Uyku kalitesi bozuk olan grubun İÖÖ puanı, diğer gruptan daha yüksek saptanmıştır. Birçok araştırmacı, uyku bozukluklarının özkıyım riskini artırdığını bildirmektedir (160–163). Soehner ve arkadaşları (55) depresif hastalarda, hipersomni nedeniyle özkıyım riskinde artış olduğunu saptamışlardır. Çalışma sonuçlarımız intihar olasılığının uyku kalitesinde oluşabilecek sorunlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bilimsel yazında belirtilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

5.5 TEMPS-A Mizaç Envanterinin Değerlendirilmesi

Katılımcılarda en sık depresif (%25) mizaç özellikleri saptanmıştır. Diğer mizaç özellikleri sıklık sırasına göre, anksiyöz (%19,3), irritabl (%12,5) ve siklotimik (%8) şeklindeydi. Örnekleminiz içinde hipertimik mizaçlı birey saptanmamıştır. Vahip ve arkadaşları (164) sağlıklı örneklem ile yaptıkları mizaç çalışmasında depresif mizaç sıklığını %3,1 olarak bulmuştur. Depresif hasta grupları ile yapılan çalışmalarda ise depresif mizaç yaygınlığı toplum örneklemelerinden daha yüksek saptanmıştır (149,165). Akdeniz ve arkadaşları

(165), UDB, İUMB ve kontrol grubuyla yaptıkları çalışmada, depresif ve anksiyöz mizaç özelliklerinin UDB grubunda, siklotimik mizaç özelliklerinin ise UDB ve İUMB gruplarında daha sık olduğunu gözlemlemiştir. Ayrıca aynı çalışmada hipertimik mizaç özellikleri sadece İUMB grubunda gözlenmiştir (165). Benzer sonuç Aslan ve Demir (149)'in UDB hasta grubuyla yaptıkları çalışmada da görülmektedir. Depresif hasta grubunda hipertimik mizaç özellikleri saptanmamıştır. Kesebir ve arkadaşları (166) UDB hasta grubunda mizaç ve ruhsal dayanıklılık ilişkisini araştırmıştır. Anksiyöz ve irritabl mizaç özellikleri ile ruhsal dayanıklılık arasında negatif ilişki saptamıştır. Yazarlar özellikle depresif ve anksiyöz mizaç özelliklerinin birlikteliğine ve depresyon etiolojisindeki önemine dikkat çekmektedir. Moleküler genetik çalışmalarda, depresif ve anksiyöz mizacın, serotonin taşıyıcı genin s aleli ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (109,167). Aynı genin depresyonda da etkinlik göstermesi mizaç ve depresyon ilişkisini kuvvetlendirmektedir (109,167). Çalışmamızda saptadığımız mizaç özellikleri sonuçlarımız bilimsel yazın ile benzemektedir. Örneklemimizde hipertimik mizaca sahip bireyin olmaması ise İUMB öyküsü olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi ile açıklanabilir.

Cinsiyetler arasında baskın mizaç özellikleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Üniversite öğrencileri ile yapılan ve TEMPS-A kullanılan çalışmada; hipertimik mizacın erkeklerde, anksiyöz mizacın ise kadınlarda daha yaygın olduğu, depresif, irritabl ve siklotimik mizaçlar açısından ise cinsiyetler arasında fark olmadığı saptanmıştır (164). Bulgularımızın literatür ile benzerlik göstermemesini ise örnekteki erkek hasta sayısının az olmasıyla açıklayabiliriz. Öte yandan kadın hastalarda mizaç özelliklerinin yaygınlığını tanımlaması açısından değerli bir bulgu olduğunu düşünmekteyiz.

Depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç gruplarında, İÖÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Araştırmalarda; depresif, anksiyöz, irritabl ve siklotimik mizacın özkıyım için yordayıcı olduğunu gösterilmiştir (168,169). Karam ve arkadaşları yaptıkları ulusal çalışmada; anksiyöz mizacın tek başına ya da ruhsal hastalık varlığında, depresif ve irritabl mizacın ise ruhsal hastalık varlığında özkıyım riskini artırdığını saptamıştır (170). Araştırmamızda bu mizaç

gruplarının depresyon şiddeti daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlar ile birlikte araştırma sonuçlarımızı yorumladığımızda; mizaç özelliklerinin depresyon şiddetini etkilemesi dolaylı olarak özkıyım riskinde artışa neden olabilir. İntihar olasılığının mizaç özelliklerinden ise depresyon şiddetiyle ilişkili olduğunu söyleyebiliriz.

5.6 İntihar Olasılığı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Tuğcu (124), çalışmasında MD hasta grubu ile kontrol grubunun İÖÖ puanlarını sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırmıştır. Ailesinde özkıyım öyküsü olan MD grubu İÖÖ ortalaması 80,38, ailesinde özkıyım girişimi bulunmayan MD grubu İÖÖ ortalamasını ise 77,49 olarak saptamıştır. Ayrıca aynı çalışmada kontrol grubu İÖÖ ortalama değerlerini ailede özkıyım öyküsüne göre ayrı hesaplamış ve aile öyküsü olanlarda 70,67, olmayanlarda ise 52,28 olarak saptamıştır. Depresyon ve aile öyküsü olanlarda İÖÖ puanları daha yüksek çıkmaktadır (124). Çalışma grubumuzdaki İÖÖ ortalama değeri 78,9 olarak saptanmıştır. Bu değer Tuğcu'nun çalışmasında saptanan değerlere oldukça yakındır.

Cinsiyetler arasında İÖÖ puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bilimsel yazında özkıyım girişiminin kadınlarda daha yüksek, tamamlanmış özkıyımların ise erkeklerde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (125). Ülkemizde lise ve üniversite öğrencileri ile yapılan ve kadın katılımcıların çoğunlukta olduğu çalışmada her iki grubun erkeklerinde İÖÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (171). Bununla birlikte Elbozan ve arkadaşlarının (172) erkek katılımcıların çoğunlukta olduğu yatarak tedavi gören MD hastalarıyla yaptıkları çalışmada ise intihar düşünce ve girişimlerinin cinsiyete göre değişmediği gösterilmiştir. Toplum veya klinik örnekleme yapılan çalışmalarda intihar düşünceleri ile cinsiyetler arasında farklı sonuçlar çıkabilmektedir. Öyle ki bilimsel yazında, intihar düşüncelerinin kadınlarda daha fazla (173), erkeklerde daha fazla (174) saptandığı ve her iki cinsiyet arasında fark saptanmadığı (175) bildirilmiştir. Sonuçlarımız bilimsel yazında belirtilen bulgulardan farklıdır. Çalışmaların yöntemleri, uygulanan klinik ölçekler, örneklem genişliği ve cinsiyete göre dağılımı bu sonuçları etkileyebilir.

Araştırmamızda cinsiyetler arasında intihar olasılığı açısından fark saptanmamıştır. Örneklemimizdeki kadın sayısının fazla olması ile açıklayabiliriz. Bununla birlikte her iki cinsiyet grubunda depresyon ve mizaç açısından da fark saptanmaması sonuçlarımızı desteklemektedir.

5.7 Sabahçıl – Akşamcıl Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Kronotip özelliklerine göre katılımcıların en sık olarak ara tipte (%58) olduğu gözlenmiştir. Bilimsel yazını incelediğimizde gerek toplum gerekse klinik örneklerde de en sık saptanan kronotip özelliğinin ara tip olduğunu görmekteyiz (70,78,83,133). Çalışmamızda, akşamcıl tipleri (%30,7) sabahçıl tiplerden (%11,4) daha fazla saptadık. Bilimsel yazında bu konuyla ilgili farklı sonuçların olduğunu görmekteyiz. Yapılan bazı araştırmalarda sabahçıl tip bireyler (70,133), bazılarında ise akşamcıl tip bireyler çoğunlukta saptanmıştır. (14,78). Paine ve arkadaşları (83) araştırmalarında akşamcıl tip bireylerin genç erişkinlerde (30-34 yaş) daha yaygın olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte genç erişkinlerde sabahçıl tip bireylerin daha fazla saptandığı araştırmalar da mevcuttur (70,133). Bu durum kronotip tercihinin sadece yaşa bağlı olarak değil, sosyokültürel ve coğrafi özelliklere göre de değişebileceğini düşündürebilir. Masal ve arkadaşları (76), 9-21 yaş aralığındaki öğrencilerle yaptıkları çalışmada ülkemizin batısına gidildikçe akşamcıl kronotip sıklığında artış olduğunu belirtmiştir. Coğrafi konum ve sosyokültürel etkenler kronotip özelliklerini etkileyebilmektedir (76). Araştırmamızda akşamcıl tip bireylerin sabahçıl tiplere göre daha fazla olmasını; katılımcıların ülkemizin batısında yaşaması ve yaş ortalamasının 33,3 olması ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda, cinsiyete ve kronotip arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Cinsiyet ve kronotip ilişkisinin incelendiği çalışmalarda birbiriyle çelişen sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalar sabahçıl kronotipin kadınlarda daha yaygın olduğunu vurgulamaktadır (76). Ancak cinsiyet ve kronotip tercihleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, yaş aralığına göre değişebileceği ifade edilmektedir (77,78). Örneklemimizin çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır buna bağlı olarak cinsiyete göre genelleyebileceğimiz verilere ulaşmak mümkün değildir.

Çalışmamızda yüksek eğitim düzeyli grupta akşamcıl kronotipin daha yaygın olduğunu saptadık. Bilimsel yazın gözden geçirildiğinde ise sabahçıl tiplerin akademik başarılarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Sabahçıl tip bireylerin uyku alışkanlıkları, geleneksel eğitim saatleriyle daha uyumludur ve akademik başarı açısından avantaj sağlamaktadır (160). Ayrıca sabahçıl tipler, akşamcıl tiplere göre eğitim hayatlarında daha yüksek başarı elde etme eğiliminde olmaktadır (176). Horzum ve arkadaşları (14), sabahçıl özellikteki öğrencilerin akademik motivasyonlarını, akşamcıl özellikteki öğrencilerden daha yüksek saptamıştır. Uzaktan eğitim sisteminde ise kronotipler arasında farklılık saptanmamıştır (14,177). Bu durum uzaktan eğitimin sunduğu esneklik sayesinde, bireylerin kronotip yapılarına göre çalışma saatlerini oluşturabilmelerine bağlı olabilir. Eğitim durumu ve kronotip ilişkisinin değerlendirildiği çalışma örneklemi öğrencilerden oluşturulmuştur. Eğitim durumları aynı olan grupların başarı durumları ve kronotip yapıları kıyaslanmıştır. Bizim çalışma örneğimiz ise eğitim durumu açısından heterojen yapıdadır. Sonuçlarımızın buna bağlı olarak bilimsel yazından farklı olduğunu söyleyebiliriz .

Paine ve arkadaşları (83) kronotip ve sosyoekonomik durum ilişkisini incelemek üzere 2500 kişilik örneklem ile çalışmışlardır. Herhangi bir işte çalışmayan grupta sabahçıl kronotipin daha az görüldüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada vardiyalı bir işte çalışanların daha çok akşamcıl tipte olduğu saptanmıştır (83). Çalışmamızda medeni durum, aile ve çalışma durumuna göre kronotip tercihlerinin etkilenmediği saptanmıştır. Bu durumun nedeni olarak alt örneklemdeki kişi sayılarının az olmasını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda PUKİ 5 ve üzerinde puan alanların çoğunlukla ara tipte olduğu gözlenmiştir. Bilimsel yazında sabahçıl tiplerde insomnia, gün içindeki uykusuzluk gibi uyku sorunlarının daha az görüldüğü (81), akşamcıl tiplerin ise daha düşük uyku kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir (133). Çalışmamızda kronotipler arasında PUKİ puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum, katılımcıların uyku kalitesindeki bozulmanın kronotip özelliğinden çok depresyon kliniğiyle ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Kronotip ile mizaç özellikleri arasında anlamlı özellik saptamadık. Bilimsel yazında; depresif, anksiyöz, irritabl ve siklotimik mizacın akşamcıl tiplerde, hipertimik mizacın ise sabahçıl tiplerde daha yaygın olduğu belirtilmektedir (114). Biz bu çalışmada mizaç özelliklerini sırasıyla; depresif (%25), anksiyöz (%19,3), irritabl (%12,5) ve siklotimik (%8) olarak saptadık. Ayrıca örnekleminizde hipertimik mizaç özelliği yoktu. Bilimsel yazında belirtilen akşamcıl ve sabahçıl tipte mizaç açısından farklılık yaratan hipertimik mizacın varlığıdır. Depresif ve anksiyöz mizaç hem akşamcıl hem de sabahçıl kronotipte en yaygın görülen mizaç özelliği olarak bulunmuştur. Bunun nedenini örnekleminizin demografik ve klinik özelliklerinin genel popülasyona daha yakın olmasıyla açıklayabiliriz. Ayrıca hipertimik mizaç özelliklerinin bu örnekleme olmaması mizaç açısından akşamcıl ve sabahçıl kronotipte benzer mizaç özelliklerinin saptanmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmalarda, akşamcıl kronotipin depresyon kliniğini etkilediğini ve hastalık şiddetini artırdığı belirtilmektedir (10,133). Ancak bizim çalışmamızda akşamcıl tip özelliklerinin depresyon şiddeti üzerine etkisi saptanmamıştır. Çalışmamızda depresyon şiddetini belirlemede kullanılan HDDÖ; araştırmacı tarafından uygulanan bir ölçektir. Akşamcıl kronotip ve depresyon şiddetinde ilişki saptanan araştırmalarda ise Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır (10,133). Öz bildirim ölçekleri ile değerlendirme yapılan araştırmalar ile klinisyenin uyguladığı ölçekler ile yapılan araştırma sonuçları arasında bulunan bu farklılık yöntemsel olarak klinisyenin uyguladığı ölçeklerin kullanılması gerektiğini göstermektedir. Bununla ilgili olarak sağlıklı popülasyon ile yapılan iki farklı çalışmada; akşamcıl tiplerin subjektif depresif yakınmalarının daha sık olduğu saptanmıştır (108,178). Çalışmamızdaki akşamcıl tip bireylerin HDDÖ puanlarında anlamlı yükseklik saptanmamıştır. Akşamcıl bireylerin depresif belirtileri daha şiddetli hissettikleri ancak objektif ölçümlere bu farklılığın her zaman yansımadağı söylenebilir.

Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilere göre özkıym davranışı mevsimsel ve sirkadiyen özellikler taşımaktadır. Ayrıca akşamcıl tip bireylerde özkıym düşünce ve davranışlarının daha sık olduğu belirtilmektedir

(130,132,141). Ancak yaptığımız tanımlayıcı istatistiklerde, kronotip tercihi ve İÖÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptamadık. Bununla birlikte özkıyım ve akşamcıl kronotipin ilişkili olduğunu bildiren çalışmalarda nedensellik kurulurken yaş, cinsiyet, eş tanı, eğitim düzeyi vb gibi etmenlerin dışlandığını fakat depresyon şiddeti ile uyku düzensizliklerinin dışlanmadığını görmekteyiz (130,132,141). Bilindiği üzere MD hastalarında özkıyım riski; hastalık şiddeti ve uyku bozukluklarına bağlı olarak artmaktadır. Çalışmamızda akşamcıl kronotipin depresyon şiddeti ve uyku bozukluğu ile ilişkili bulunmaması beraberinde özkıyım riskinde artışa neden olmaması birbiri ile uyumlu sonuçlardır. Selvi ve ekibinin araştırma verileri ile bulgularımız benzerlik göstermektedir. Selvi ve ark.'nın çalışmalarında depresyon şiddeti dışlandığında akşamcıl kronotip ve özkıyım riski arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (133). Yine genç erişkinlerle yapılan başka bir çalışmada da özkıyım düşünce ve davranışlarının, akşamcıl yapıdan bağımsız olarak depresyon şiddetiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (9). Çalışmamızda özkıyım risk faktörlerini; uyku kalitesi, mizaç özellikleri, depresyon şiddeti, anksiyete düzeyi ve kronotip tercihlerini ele alarak inceledik. Yaptığımız Multiple Regresyon analizlerinde İÖÖ puanını etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bir değişken saptamadık. Depresyon şiddeti ile özkıyım ilişkisinin çalışmamızda gözlenmemesi; herhangi bir katılımcıda ağır şiddetli depresyon olmaması ile ilişkili olabilir. Ayrıca tanımlayıcı istatistiklerde; uyku kalitesindeki bozukluk, mizaç özellikleri (depresif, anksiyöz, irritabl), depresyon ve anksiyete şiddetleri ile İÖÖ puanlarında anlamlı ilişki saptadık. Bu durumda, kişilik bozukluklarının ve diğer psikiyatrik hastalıkların görülmediği ve orta şiddete kadar depresyonu olan bireylerdeki özkıyım riskinin, sadece depresyon şiddeti ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki kısıtlılıkları, hasta sayısının az olması, cinsiyet ve alt grupların sayılarının az olması ve bölgesel bir çalışma olmasıdır. Bölgesel çalışmalarda çevresel etkenler baskın olabilmektedir. Depresyon, özkıyım girişimi ve kronotip tercihleri arasındaki ilişkinin daha iyi saptanabilmesi için farklı bölgeleri içeren ve örneklem grubunun daha büyük olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

6 SONUÇ

Yapılan çalışmada, UDB örnekleminde kadın hastaların çoğunlukta olduğu (%80) görülmüştür. Kadınların daha kolay yardım arayışında bulunmaları, depresif bozukluk gibi ruhsal hastalıkların kadınlarda daha fazla görülmesi klinik örneklemdaki cinsiyet dağılımını etkilemektedir. Çalışma grubunda en sık geçirilmiş psikiyatrik hastalığın depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Depresyon hastalarında, geçirilmiş ruhsal hastalıkların ilk sırasında depresyon yer almaktadır. Orta derece depresyon görülen grubun intihar olasılığı puanları hafif derece depresyon grubundan daha yüksek saptanmıştır. Depresif hastalarda, hastalığın şiddeti özkıyım olasılığında artışa neden olabilmektedir.

Araştırmamızda, katılımcıların %90'ında uyku kalitesinde bozukluk saptanmıştır. Depresyon hastalarının birçoğunda uyku bozuklukları görülmektedir. Ayrıca uyku kalitesinde bozukluk olan grubun İÖÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Bu durumda, uyku kalitesinde bozulma ile özkıyım olasılığının ilişkili olduğu söylenebilir.

Katılımcılarda en sık depresif (%25) ve ikinci olarak da anksiyöz (%19,3) mizaç özellikleri saptanmıştır. Buna ilaveten depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç özellikleri gösteren katılımcılarda, depresyon şiddeti daha yüksek saptanmıştır. Mizaç özellikleri depresyon kliniğini etkilemektedir.

Kronotip özelliklerini incelediğimizde, cinsiyetler arasında farklılık saptamadık. Kronotip özellikleri ile depresyon şiddeti, mizaç özellikleri, intihar olasılığı arasında ilişki saptamadık .

Çalışmamızda özkıyım risk faktörleri; uyku kalitesi, mizaç özellikleri, depresyon şiddeti, anksiyete düzeyi ve kronotip tercihleri ele alınarak değerlendirilmiştir. Yapılan Multiple Regresyon analizlerinde İÖÖ puanını etkileyen istatistiksel olarak anlamlı bir değişken saptanmamıştır. Ek ruhsal hastalıkların görülmediği orta şiddet depresif hasta grubunda, depresyon

şiddeti, mizaç özellikleri, uyku kalitesi ve kronotip tercihi özkıym davranışı için risk oluşturmamaktadır. Bu grup hastalarda özkıym riskini değerlendirmede, klinisyenin gözlemi, hastaların ayrı ayrı bireysel özellik ve öykülerinin belirlenmesi; mizaç, kronotip tercihleri ve uyku kalitesinden daha önemli veriler sağlayabilir.



Kaynaklar

1. SADOCK, B., ALCOTT, V., SADOCK P., RUIZ. KAPLAN&SADOCK Psikiyatri Davranış Bilimleri. 11th ed. .Bozkurt A., çev editor. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2011. a)348-360, b)763.
2. ULUŞAHİN A. (2003). Depresyona Genel Yaklaşım Vol. X. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences*. p. 79–88.
3. ÖZTÜRK, O., ULUŞAHİN, A. (2016), Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14th ed. ANKARA; 261-340 .
4. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU, İntihar İstatistikleri, 2015. 2016. Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>) Erişim Tarihi: 19.12.2017
5. DİNÇER DOĞUTEPE, E (2010). Biyolojik saat ve kaygının temel bilişsel işlevler üzerindeki etkileri. Yüksek lisans Tezi Ulusal Tez Merkezi. Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü/Deneysel Psikoloji Bilim Dalı.
6. SELVİ, Y., BEŞİROĞLU, L., AYDIN,A. (2011). Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları - Chronobiology and Mood Disorders. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 3(3):368–86.
7. AKINCI, E., ORHAN, FÖ. (2016). Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları Circadian rhythm sleep disorders. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry*. 8(2):178–89.
8. Adan, A., Archer, SN., Hidalgo, MP., Di Milia, L., Natale, V., Randler, C. (2012). Circadian typology: A comprehensive review. *Chronobiology International*. 29:1153-1175
9. LESTER, D. (2015). Morningness—eveningness, current depression, and past suicidality. *Psychol Rep*. 116(2):331–336.
10. MÜLLER, MJ., OLSCHİNSKİ, C., KUNDERMANN, B., CABANEL, N. (2016). Patterns of self-reported depressive symptoms in relation to morningness-eveningness in inpatients with a depressive disorder. *Psychiatry Res*. 239:163–8.
11. SELVİ, Y., AYDİN, A., ATLI, A., BOYSAN, M., SELVİ, F., BESİROĞLU, L. (2011). Chronotype differences in suicidal behavior and impulsivity among

- suicide attempters. *Chronobiol Int* . 28(2):170–5.
12. LEE, S-J., PARK, C-S., KİM, B-J., LEE, C-S., CHA, B., LEE, YJ., et al. (2017). Association between morningness and resilience in Korean college students. *Chronobiol Int*. 33(10):1391–9.
 13. Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychol Rewiev*. 97(1):90–113.
 14. HORZUM, MB., ÖNDER, I., BEŞOLUK, Ş. (2014). Chronotype and academic achievement among online learning students. *Learn Individ Differ*. 30:106–11.
 15. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan (2013). çev. KÖROĞLU, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 93-94 p.
 16. SCHECHTER, LE., RİNG, RH., BEYER, CE., HUGHES, A., KHAWAJA, X., MALBERG, JE., et al. (2005). Innovative approaches for the development of antidepressant drugs : current and future strategies. *J Am Soc Exp Neurother*. 2(October):590–611.
 17. ÇELİK H, F., HOCAOĞLU Ç. (2016). “ Major depresif bozukluk ” tanımı , etyolojisi ve epidemiyolojisi : bir gözden geçirme “ Major depressive disorder ” definition , etiology and epidemiology : *Contemp Med*. 6(1):51–66.
 18. MCINTYRE RS, FİLTEAU MJ, MARTİN L, PATRY S, CARVALHO A, CHA DS, et al. (2014). Treatment-resistant depression: Definitions, review of the evidence, and algorithmic approach , *Journal of Affective Disorders*. 156: 1–7.
 19. KARAMUSTAFALIOĞLU, O., YUMRUKÇAL, H. (2011) Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *ŞEEAH Tıp Bülteni*. 45(2):65–74.
 20. ALBAYRAK Ö., CEYLAN, ME. (2004). Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*. 17(1):27–33.
 21. DEAN, J., KESHAVAN, M. (2017) The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr* 27(2017):101–11.
 22. ÜÇEL Uİ.(2016) Depresyon etiyolojisi ve sitokinlerin rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*. 6(1):41–5.
 23. DEVANE, CL., GROTHE, DR., SMİTH, SL. (2002). Pharmacology of antidepressants: Focus on nefazodone *Journal of Clinical Psychiatry*. 63:10–7.
 24. SLATTERY, DA., HUDSON, AL., NUTT, DJ. (2004) Invited review: The evolution of antidepressant mechanisms. *Fundam Clin Pharmacol*. 18(1):1–21.
 25. BOURİN, M., DAVID, DJP., JOLLİET, P., GARDİER, A. (2002). Mechanism of

- action of antidepressants and therapeutic perspectives. *Therapie* 57(4):385–96.
26. UZBAY, T. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. *Klin Psikiyatr Derg.* 4:3–11.
 27. SOZERİVARMA, G. (2014). Neuroinflammatory hypothesis in major depressive disorder. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar - Curr Approaches Psychiatry.* 6(1):1.
 28. ÇORUMLU P.E., ULUPINAR, E. (2016). Prenatal stres maruziyetinin nörobiyolojik etkileri. *Osmangazi tıp dergisi, özel sayı.* 38(1):89–98.
 29. KOTAN, Z., SARANDÖL, A., EKER, SS., AKKAYA, C. (2009) Depresyon, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 1(1):22–35.
 30. PECHTEL, P., PIZZAGALLI, DA. (2011) Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature. *Psychopharmacology.* Springer-Verlag; 214: 55–70.
 31. WİLLNER, P. (2005). Chronic mild stress (CMS) revisited: Consistency and behavioural- neurobiological concordance in the effects of CMS. *Neuropsychobiology.* 52:90–110.
 32. YANG, B., REN, Q., ZHANG, JC., CHEN, QX., HASHİMOTO, K. (2017). Altered expression of BDNF, BDNF pro-peptide and their precursor proBDNF in brain and liver tissues from psychiatric disorders: Rethinking the brain-liver axis. *Transl Psychiatry.* 7(5):e1128.
 33. QİAO, H., AN, S-C., XU, C., MA, X-M. (2017) Role of proBDNF and BDNF in dendritic spine plasticity and depressive-like behaviors induced by an animal model of depression. *Brain Res* 1663:29–37.
 34. AYDEMİR, Ö., DEVECİ, A., TANELİ, F. (2005). The effect of chronic antidepressant treatment on serum brain-derived neurotrophic factor levels in depressed patients: A preliminary study. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* 29(2):261–5.
 35. BREMNER, JD., NARAYAN, M., ANDERSON, ER., STAİB, LH., MİLLER, HL., CHARNEY, DS. (2000). Hippocampal volume reduction in major depression. *Am J Psychiatry.* 157(1):115–8.
 36. SALEH, A., POTTER, GG., MCQUOİD, DR., BOYD, B., TURNER, R., MACFALL, JR., et al. (2017). Effects of early life stress on depression, cognitive performance and brain morphology. *Psychol Med.* 47(1):171–81.
 37. JOSHI, SH., ESPİNOZA, RT., PİRNIÀ, T., SHİ, J., WANG, Y., AYERS, B., et al. (2016). Structural Plasticity of the Hippocampus and Amygdala Induced by

- Electroconvulsive Therapy in Major Depression. *Biol Psychiatry* .79(4):282–92.
38. OLİNİ, N., ROTHFUCHS, I., AZZİNNARİ, D., PRYCE, CR., KURTH, S., HUBER, R. (2017). Chronic social stress leads to altered sleep homeostasis in mice. *Behav Brain Res* . 327:167–73.
 39. RYE, DB. (1997). Contributions of the pedunculopontine region to normal and altered REM sleep. *Sleep*. 20: 757–88.
 40. YILMAZ, H., BİLİCİ M., ÖZBAY YENEL, S., ORAL, E., YETKİN, S., AKINCI E., ORHAN, FÖ., ÇALİYURT, O., DEMİRCİ, K., DEMİRCİ, S., DANACIE, A., AYDIN, O., BALIKÇI, K., TUNÇEL K, Ö., VAHİP, S. UYKU BOZUKLUKLARI Tanı ve Tedavi Kılavuzu. (2016) Vol I. ANKARA: *Türk Psikiyatri Derneği*; BÖLÜM 3-11b -19-172 p.
 41. KARAKAŞ, S., İRKEÇ, C., İŞERİ, E., KARAKAŞ, H.M., YÜKSEL, N., ARIKAN, O., UZBAY İ.T. MÖ. (2011). Kognitif Nörobilimler. *Nobel Tıp Kitabevi*; 289-300 p.
 42. CARSKADON, MA., DEMENT, WC. (2011). Chapter 2 – Normal Human Sleep : An Overview. In: Principles and practice of sleep medicine 5th ed. St. Louis p. 16–26.
 43. UNIVERSITY OF WISCONSİN-MADİSON. (2006). Sleep. In: Neuroscience Resource Page. p. 1003–28.
 44. CİARLEGLİO, CM., RESUEHR, HES., MCMAHON, DG. (2011). Neuroscience forefront review interactions of the serotonin and circadian systems: nature and nurture in rhythms and blues. *NSC*. 197:8–16.
 45. GLASS JD, DİNARDO LA, EHLEN JC.(2000). Dorsal raphe nuclear stimulation of SCN serotonin release and circadian phase-resetting. *Brain Res* . 859(2):224–32.
 46. PARKER, JA., BLOOM, SR. (2012) . Hypothalamic neuropeptides and the regulation of appetite. *Neuropharmacology. Pergamon*. 63: 18–30.
 47. KAYNAK, H., ARDIÇ, S. (2010). Uyku Fizyolojisi Ve Hastalıkları. ANKARA: *Nobel Tıp Kitabevi*. p.
 48. ACHERMANN, P., BORBÉLY, AA. (2017) Sleep Homeostasis and Models of Sleep Regulation. In: Principles and Practice of Sleep Medicine 6th ed. Elsevier; Chapter 36
 49. BENİNGTON, JH., FRANK, MG. (2003). Cellular and molecular connections between sleep and synaptic plasticity. *Prog Neurobiol*. 69(2):71–101.

50. ŞAHİN, L., AŞÇIOĞLU, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi . *J Heal Sci* . 22(1):93–8.
51. HUTCHISON IC, RATHORE S. (2015). The role of REM sleep theta activity in emotional memory. *Frontiers in Psychology. Frontiers Media SA*. 6: p. 1439.
52. MURPHY MJ, PETERSON MJ. (2015). Sleep disturbances in depression. *Sleep Medicine Clinics*. 10: 17–23.
53. Geoffroy PA, Hoertel N, Etain B, Bellivier F, Delorme R, Limosin F, et al. Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: Prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study. *J Affect Disord*. 2017;226:132–41.
54. TUNÇEL K, Ö., VAHİP, S. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 1. Baskı Akıncı Erhan, Orhan F Özlem DMM, editor. *Ankara: Türk Psikiyatri Derneği*; 161-172 p.
55. SOEHNER AM, KAPLAN KA, HARVEY AG. (2014). Prevalence and clinical correlates of co-occurring insomnia and hypersomnia symptoms in depression. *J Affect Disord*. 167:93–7.
56. PERLİS M., GİELES D., BUYSSEB J, D., TUB X., KUPFERB J,D. (1997) Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord*. 1;42(2–3):209–12.
57. BRESLAU, N., ROTH T., ROSENTHAL, L., ANDRESKİ, P. (1996) Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*. 39(6):411–8.
58. MEDİNA AB, LECHUGA DYA, ESCANDÓN OS, MOCTEZUMA JV. (2014). Update of sleep alterations in depression. *Sleep Science*. 7: 165–9.
59. GİLES DE, KUPFER DJ, RUSH AJ, ROFFWARG HP. (1998). Controlled comparison of electrophysiological sleep in families of probands with unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 155(2):192–9.
60. MODELL, S., LAUER, CJ. (2007). Rapid eye movement (REM) sleep: an endophenotype for depression. *Curr Psychiatry Rep*. 9(6):480–5.
61. BARON GLAZER, K., REİD, KJ. (2014). *Circadian Misalignment and Health. International Review of Psychiatry*. 26 (2): 139-154.
62. TANKOVA I, ADAN A, BUELA-CASAL G. (1994). Circadian typology and individual differences. A review. *Pers Individ Dif* . 16(5):671–84.
63. Eldebiran A, Şen O .,Toros H. (2003). Biyolojik ritim. III. Atmosfer BİLİMLERİ

Sempozyumu

64. KRÄUCHI K, CAJOCHEN C, WERTH E, WIRZ-JUSTICE A. (1999). Warm feet promote the rapid onset of sleep. *Nature* 401(6748):36–7.
65. CAJOCHEN C, KHALSA SB, WYATT JK, CZEISLER CA, DÍJK DJ. (1999). EEG and ocular correlates of circadian melatonin phase and human performance decrements during sleep loss. *Am J Physiol* . 277(3):R640–9.
66. MORİN, LP. (2013). Neuroanatomy of the extended circadian rhythm system. *Exp Neurol*. 243:4–20.
67. BELLINGHAM, J., FOSTER, RG. (2002). Opsins and mammalian photoentrainment. *Cell Tissue Res*. 309(1):57–71.
68. SADOCK BJ, SADOCK VA, RUIZ P, KAPLAN HI. (2009). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry 8th. Philadelphia . Ali Bozkurt A. çev editor.: Güneş Tıp Kitabevi; 161-169 p.
69. MOORE RY, SPEH JC. (2004). Serotonin innervation of the primate suprachiasmatic nucleus. *Brain Res* 1010(1–2):169–73.
70. PÜNDÜK, Z., GÜR, H.,ERCAN, İ. (2005). Sabahçıl akşamcıl anketi türkçe uyarlamasında güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatı Derg.* 16(1):40–5.
71. KORCZAK AL, MARTYNHAK BJ, PEDRAZZOLİ M, BRİTO AF, LOUZADA FM. (2008). Influence of chronotype and social zeitgebers on sleep/wake patterns. *Braz J Med Biol Res* . 41(41):914–9.
72. NATALE V, ADAN A. (1999). Season of birth modulates morningness-eveningness preference in humans. *Neurosci Lett* . 274(2):139–41.
73. KURT C. (2010). Kronobiyoloji ve fiziksel performans. 2(2):103–8.
74. FİSCHER D, LOMBARDİ DA, MARUCCİ-WELLMAN H, ROENNEBERG T. (2017). Chronotypes in the US – Influence of age and sex. Tosini G, editor. PLoS One 12(6):e0178782.
75. RANDLER C, FABL C, KALB N. (2017). From Lark to Owl: developmental changes in morningness-eveningness from new-borns to early adulthood. *Sci Rep* . 7:45874.
76. MASAL E, RANDLER C, BEŞOLUK Ş, ÖNDER İ, HORZUM MB, VOLLMER C. (2015). Effects of longitude, latitude and social factors on chronotype in Turkish students. *Pers Individ Dif*. 86:73–81.
77. ANDERSEN ML, MORENO C, RİTA L, BİTTENCOURT A, AMELİA A, PAULO BS, et al. (2011). Sleep Science. *Sleep Sci*. 4(2):39–80.

78. BAHAMMAM AS, ALMISTEHÍ W, ALMESTEHÍ W, ALBATLÍ A, ALSHAYA S. (2011). Distribution of chronotypes in a large sample of young adult Saudis. *Ann Saudi Med* . 31(2):183–6.
79. BARCLAY NL, ELEY TC, PARSONS MJ, WILLÍIS TA, GREGORY || AM. (2013). Monozygotic twin differences in non-shared environmental factors associated with chronotype. *J Biol Rhythms* . 28(1):51–61.
80. GREGORY AM, BARCLAY NL, ROWE R, O 'LEARY R, BREAM D. et al. (2016). Of biological rhythms genetics of diurnal preference and sleep quality Longitudinal Stability of Genetic and Environmental Influences on the Association between Diurnal Preference and Sleep Quality in Young Adult Twins and Siblings. *J Biol Rhythms*. 31(4):375–86.
81. LÁZÁR AS, SLAK A, CHÍ-YAN LO J, SANTHÍ N, VON SCHANTZ M, ARCHER SN, et al. (2012). Chronobiology international sleep, diurnal preference, health, and psychological well-being: a prospective single- allelic-variation study *Chronobiol Int* . 29(2):131–46.
82. GOEL N. (2017). Genetic markers of sleep and sleepiness. *Sleep Med Clin* . 12(3):289–99.
83. PAÍNE S-J, GANDER PH, TRAVÍER N. (2006). The epidemiology of morningness/eveningness: influence of age, gender, ethnicity, and socioeconomic factors in adults (30-49 Years). *J Biol Rhythms* . 21(1):68–76.
84. HORNE JA, OSTBERG O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness- eveningness in human circadian rhythms. *J Chronobiol*. 4: 97–110.
85. KERKHOF A. (1985). Inter-individual differences in the human circadian system: a review. *Biological Psychology*. 20:83–112.
86. BAEHR E.K., REVELLE W. ECJ. (2000). Individual differences in the phase and amplitude of the human circadian temperature rhythm : with an emphasis on morningness \pm eveningness. *J. of Sleep Res*. 9:117-27
87. MORERA-FUMERO AL, ABREU-GONZÁLEZ P, HENRY-BENÍTEZ M, DÍAZ-MESA E, YELMO-CRUZ S, GRACÍA-MARCO R. (2013). Chronotype as modulator of morning serum melatonin levels. *Actas Esp Psiquiatr* 414141(333):149–53149.
88. WÍLSON GD. (1990). Personality, time of day and arousal. *Pers Individ Dif*. 1;11(2):153–68.

89. JANKOWSKI KS. The role of temperament in the relationship between morningness-eveningness and mood. *Chronobiol Int* . 31(1):114–22.
90. NATALE V, BALLARDINI D, SCHUMANN R, MENCARELLI C, MAGELLI V. (2008). Morningness–eveningness preference and eating disorders. *Pers Individ Dif* . 45(6):549–53.
91. MECACCI L, ROCCHETTI G. (1998). Morning and evening types: stress-related personality aspects. *Pers Individ Dif*. 25:537–42.
92. ADEM A.(2008) Depresyonu olan hastalarda sirkadiyen tercihler ve özkıyımaya yatkınlık arasındaki ilişki. Doktora Tezi. Van Yüzüncüyıl Üniv. Tıp Fak.
93. CZEISLER CA, DUFFY JF, SHANAHAN TL, BROWN EN, MITCHELL JF, RIMMER DW, et al. (1999). Stability , Precision , and Near – 24-Hour Period of the Human Circadian Pacemaker. *Science* . 284:2177–82.
94. PANDI-PERUMAL SR, MOSCOVITCH A, SRINIVASAN V, SPENCE DW, CARDINALI DP, BROWN GM. (2009). Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: Lessons from agomelatine. *Prog Neurobiol*. 88(4):264–71.
95. SALVATORE P, INDIC P, MURRAY G, BALDESSARINI RJ. (2012). Biological rhythms and mood disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 14(4):369–79.
96. MCCLUNG CA. (2007). Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacol Ther* .114(2):222–32.
97. KRONFELD-SCHOR N, EINAT H. (2012). Circadian rhythms and depression: Human psychopathology and animal models. *Neuropharmacology*. 62(1):101–14.
98. CHELLAPPA SL, SCHRÖDER C, CAJOCHEN C.(2009). Chronobiology, excessive daytime sleepiness and depression: Is there a link?n. *Sleep Med* .10(5):505–14.
99. ÖZDEMİR Z, AK O, CEM YÜCEER H, AKGÖR D, AYSUN D, ASPARUK DANIŞMAN Ç, et al. Drakula Hormon: MELATONİN. Erişim adresi:(http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/600/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmp_zsnm16/16.P7.pdf)
Erişim tarihi: 08.10.2017
100. WEHR T, WIRZ-JUSTICE* A. (1982). Circadian rhythm mechanisms in affective illness and in antidepressant drug action. *Pharmacopsychiatry* .15(1):31–9.
101. KARAMUSTAFALIOĞLU O, BARAN E. (2012). Agomelatin ve Etki

- Mekanizması. *Journal of Mood Disorders* .2: 6–13.
102. SOUËTRE E, SALVATI E, BELUGOU JL, PRINGUEY D, CANDITO M, KREBS B, et al. (1989). Circadian rhythms in depression and recovery: Evidence for blunted amplitude as the main chronobiological abnormality. *Psychiatry Res.* 28(3):263–78.
 103. HERBERT J. (2013). Cortisol and depression: three questions for psychiatry. *Psychol Med* . 43(3):449–69.
 104. COOKE JR, ANCOLI-ISRAEL S. (2006). Sleep and its disorders in older adults *Psychiatric Clinics of North America.* 29: 1077–93.
 105. LEWY AJ, SACK RL, SINGER CM, WHATE DM, HOBAN TM. (1988). Winter depression and the phase-shift hypothesis for bright light's therapeutic effects: history, theory, and experimental evidence. *J Biol Rhythms.* 29;3(2):121–34.
 106. ROYBAL K, THEOBOLD D, GRAHAM A, DINIERI JA, RUSSO SJ, KRISHNAN V, (2007). et al. Mania-like behavior induced by disruption of CLOCK. *Proc Natl Acad Sci* 104(15):6406–11.
 107. KEERS R, PEDROSO I, BREEN G, AITCHISON KJ, NOLAN PM, CICHON S, et al. (2012). Reduced anxiety and depression-like behaviours in the circadian period mutant mouse afterhours. Yamazaki S, editor. *PLoS One* . 7(6):e38263.
 108. CHROBAK AA, TERESZKO A, DEMBINSKA-KRAJEWSKA D, ARCISZEWSKA A, SIWEK M, DUDEK D, et al. (2017). Morningness–eveningness and affective temperaments assessed by the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa and San Diego-Autoquestionnaire (TEMPS-A). *Chronobiol Int.* 34(1):57–65.
 109. RİHMER Z, AKISKAL KK, RİHMER A, AKISKAL HS. (2010). Affektif mizaçlar konusundaki güncel ara ş tirmalar.;12–8.
 110. AKISKAL HS, HIRSCHFELD RM, YEREVANIAN BI. (1983). The relationship of personality to affective disorders (a critical review). *Arch Gen Psychiatry* .40:801–10.
 111. AKISKAL HS, MALLYA G. (1987). Criteria for the “soft” bipolar spectrum: Treatment implications. *Psychopharmacol Bull* . 23(1):68–73.
 112. AKISKAL HS. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatr Scand.* 98(s393):66–73.
 113. SAYIN A, ASLAN S. Duygudurum bozuklukları ile huy , karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatı Derg.* 16(4):276–83.
 114. PARK C IL, AN SK, KİM HW, KOH MJ, NAMKOONG K, KANG JI, et al. (2015).

- Relationships between chronotypes and affective temperaments in healthy young adults. *J Affect Disord* . 175:256–9.
115. ROBERT CLONINGER C, THOMAS RP. A (1993).Psychobiological model of temperament and character. differences. 73(4):983–1007.
116. ANA ADAN, JUDİT LACHICA HC& VN. (2010). Circadian typology and temperament and character personality dimensions. *Chronobiol Int*. 27:181–93.
117. ADAN A, NATALE V, CACI H, PRAT G. Chronobiology International relationship between circadian typology and functional and dysfunctional impulsivity relationship between circadian typology and functional and dysfunctional impulsivity. *Chronobiol Int*. 2010;273:606–19.
118. MURO A, GOMÀ-I-FREIXANET M, ADAN A, CLADELLAS R. Chronobiology international circadian typology, age, and the alternative five- factor personality model in an adult women sample *Chronobiol Int*. 288:690–6.
119. Türk Dil Kurumu. 2012. Erişim adresi:(
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.59d736ec1daf83.58641920)
120. ERKUT RAGIP, KÜÇÜKER H, BULUT NS. (2012) İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhur Med J* . 34(1):128–37.
121. ODAĞ C. (2008). İntihar. 3. baskı. İZMİR: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri; p:131
122. SAYAR KEMAL BF. (2004). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar niyeti ve ölümcüllüğün belirleyicileri. *Yeni Symp* 42:28–36.
123. ORGANİZATİON WH. (2014) Preventing suicide: A global imperative. 2014.
124. TUĞCU H. (2003) Çeşitli faktörlere göre intihar olgusu çalışması. *Kriz Derg*. 14(2):17–21.
125. FENNİG S, GEVA K, ZALZMAN G, WEİTZMAN A, FENNİG S, APTER A. (2005). Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. *Compr Psychiatry*. 46(2):90–7.
126. BAT D. (2008) İntihar olasılığı ve cinsiyet iletişim becerileri , yaşamı sürdürme nedenleri , yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. 23(62):65–75.
127. KÖROĞLU E., GÜLEÇ C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı II. Baskı. ANKARA: Hekimler Yayın Birliği; p: 556-562.
128. POLAT, S., ÇELİKHELVACI FG., KÖROĞLU, A., ASLAN, M., HOCAOĞLU, Ç. (2016). Bir Eğitim hastanesine intihar girişimi ile başvuran olguların

- değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Derg.* 17:18–23.
129. ATKİNS EL, WİLTSEY MT, HEY AL, SCHENKER NM. (2013). The link between borderline personality disorder and homicidal behavior. *Am J Forensic Psychol.* 31(2):21–35.
 130. CHAN JWY, LAM SP, Lİ SX, YU MWM, CHAN NY, ZHANG J, et al. (2014). Eveningness and insomnia: independent risk factors of nonremission in major depressive disorder. *Sleep* . 37(5):911–7.
 131. BENARD, V., GEOFFROY, PA., BELLİVİER, F. (2015). Saisons rythmes circadiens, sommeil et vulnérabilité aux conduites suicidaires. *Encephale* . 41(4):S29–37.
 132. GASPAR-BARBA E, CALATİ R, CRUZ-FUENTES CS, ONTİVEROS-URİBE MP, NATALE V, DE RONCHİ D, et al. (2009) Depressive symptomatology is influenced by chronotypes. *J Affect Disord.* 119(1–3):100–6.
 133. SELVİ Y, AYDİN A, BOYSAN M, ATLİ A, AGARGUN MY, BESİROĞLU L. (2010). Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiol Int.* 27(9–10):1813–28.
 134. GAU SSF, SHANG CY, MERİKANGAS KR, CHİU YN, SOONG WT, CHENG ATA. (2007). Association between morningness-eveningness and behavioral/emotional problems among adolescents. In: *Journal of Biological Rhythms.* 22: 268–74.
 135. ATLI Z, ESKİN M, DEREBOY Ç. (2009). İntihar olasılığı ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemede geçerlik ve güvenilirliği. *Klin Psikiyatr.* 12:111–24.
 136. KÖROĞLU, E., AYDEMİR Ö. (2009). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 4th ed. ANKARA: Hekimler Yayın Birliği; p:135, 211.
 137. FİSTİKÇİ N, HACİOĞLU M, EREK Ş, TABO A, ERTEN E, GÜLER AS, et al. (2013). Differences in affective temperaments in anxiety disorders: comparison of panic disorder and obsessive compulsive disorder. *Noro Psikiyatr Ars.* 50(4):337–43.
 138. AYDİN, A., SELVİ, Y., ÖZDEMİR, PG. (2013) . The effect of alexithymia on somatization and sleep quality in patients with depression. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 50:65-69
 139. ŞEVİK A, ÖZCAN H, UYSAL E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klin Psikiyatri.* 15:218–25.

140. PALLIS DJ BARRACLOUGH B. (1975). Depression followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychol Med Cambridge Univ Press*. 5(1):55–61.
141. BAHK YC, HAN E, LEE SH. (2014). Biological rhythm differences and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 168:294–7.
142. TASKIN EO, GURLEK YUKSEL E, DEVECİ A, OZMEN E. (2009). Psikiyatri poliklinigine basvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 10(2):100–8.
143. ÖZKORUMAK E, GÜLEÇ H, KOSE S, BORCKARDT J, SAYAR K. (2006). Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: aleksitimi bir etken olabilir mi? *Klin Psikiyatr*. 9:161–9.
144. KILKAN, M., ODACI, H. (2003). Cinsiyet ve cinsiyet rolünün psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarla ilişkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merk*. 3(23):57–64.
145. ŞEN S, F., TAŞKIN EO., ÖZMEN, E., AYDEMİR, Ö., DEMET, MM. (2003) The public attitudes towards depression in a rural area in Turkey. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 4(2003):133–43.
146. GÜLEÇ, G., YENİLMEZ, Ç., AY, F. (2011) Bir anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klin Psikiyatr*. 14:131–42.
147. EROĞLU MZ, ANNAGÜR BB, İÇBAY E. (2012) The evaluation of generalized anxiety disorder in older adults. *Gaziantep Med J*. 18(3):143–7.
148. ANNAGÜR, BB., TAMAM, L. (2010). Major depresyon hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklar. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Derg*. 4(2):111–7.
149. ALAN, S., DEMİR Y, E. (2008). Yineleyici ve tek dönem major depresif bozukluğu olan hastaların kişilik ve affektif mizaç özellikleri. *Klin Psikiyatr*. 11:61–71.
150. BOZKURT N. (2004). Bir grup üniversite öğrencisinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler. *Eğitim ve Bilim*. 29(133):52–9.
151. ERÖZKAN A. (2005). Üniversite öğrencilerinde kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenler üzerinden incelenmesi. *Sosyoloji Bilim Enstitüsü*. 14:129–55.
152. AKDEMİR, A., ÖRSEL D, S., DAĞ, İ., TÜRKÇAPAR, MH., İŞCAN, N., ÖZBAY, H. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenilirliği

- ve klinikte kullanımı. *Psikiyati Psikol Derg.* 4(4):251–9.
153. İBİLOĞLU O, A., ÇAYKÖYLÜ A. (2011). Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatr Derg.* 22(3):159–65.
 154. WANG Y, JIANG N, CHEUNG EFC, SUN H, CHAN RCK. (2015). Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders.* 183: 83–9.
 155. ALİ BOZKURT, K.N. ÖZMENLER MA.(2006). Depresyon hastalarında belirti şiddeti ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi. *Kriz Derg.* 14(3):1–7.
 156. KESKİN A, ÜNLÜOĞLU İ, BİLGE U, YENİLMEZ Ç. (2013). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöro Psikiyatr Arşivi.* 50(4):344–51.
 157. CHO HJ, SAVİTZ J, DANTZER R, TEAGUE TK, DREVETS WC, IRWIN MR. (2017). Sleep disturbance and kynurenine metabolism in depression. *J Psychosom Res.* 99:1–7.
 158. ROTH T, COULOUVRAT C, HAJAK G, LAKOMA MD, SAMPSON NA, SHAHLY V, et al. (2011). Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; international statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision; and research diagnostic criteria/international classification of sleep disorders. *Biol Psychiatry.* 69(6):592–600.
 159. AYSAN E, KARAKÖSE S, ZAYBAK A, İSMAİLOĞLU EG. (2014). Sleep quality among undergraduate students and influencing factors. *Deuhyo Ed.* 7(3):193–8.
 160. BOSCHLOO A, OUWEHAND C, DEKKER S, LEE N, DE GROOT R, KRABBENDAM L, et al. (2012). The relation between breakfast skipping and school performance in adolescents. *Mind, Brain, Educ.* 6(2):81–8.
 161. QIAN Y, SUN L, ZHOU C, GE D, ZHANG L. (2017). The association between suicidal ideation and sleep quality in elderly individuals: A cross-sectional study in Shandong, China. *Psychiatry Res.* 256:453–7.
 162. BECKER SP, DVORSKY MR, HOLDAWAY AS, LUEBBE AM. (2017) Sleep problems and suicidal behaviors in college students. *J Psychiatr.* 99:122–8.

163. GELAYE B, ADDAE G, NEWAY B, LARRABURE-TORREALVA GT, QIU C, STONER L, et al. (2016). Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *J Affect Disord.* 209:195–200.
164. VAHİP S, KESEBİR S, ALKAN M, YAZICI O, AKISKAL KK, AKISKAL HS. (2005). Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: Initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord.* 85(1–2):113–25.
165. ADENİZ, F., KESEBİR, S., VAHİP, S., GÖNÜL, AS. (2004). Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatr Derg.* 15(3):183–90.
166. KESEBİR S, GÜNDOĞAR D, KÜÇÜKSUBAŞI Y, TATLİDİL YAYLACI E. (2013). The relation between affective temperament and resilience in depression: A controlled study. *J Affect Disord.* 148(2–3):352–6.
167. GOİS C, AKISKAL H, AKISKAL K, FIGUEİRA ML. (2012). The relationship between temperament, diabetes and depression. *J Affect Disord.* 142(SUPPL.):S67–71.
168. EKŞİOĞLU, S., GÜLEÇ, H., ŞİMŞEK, G., SEMİZ, ÜB. (2015) İntihar girişimi bulunan duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatr Derg.* 26(2):99–106.
169. POMPİLİ M, BALDESSARİNİ RJ, INAMMORATİ M, VÁZQUEZ GH, RİHMER Z, GONDA X, et al. (2018). Temperaments in psychotic and major affective disorders. *J Affect Disord.* 225:195–200.
170. KARAM EG, ITANİ L, FAYYAD J, HANTOUCHE E, KARAM A, MNEİMNEH Z, et al. Temperament and suicide: A national study. *J Affect Disord.* 184:123–8.
171. CEYHUN AG, CEYHUN B. (2003). Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi. *Klin Psikiyatr Derg.* 6:217–24.
172. ELBOZAN, B., KAYA, B., YALVAÇ, D., EMUL, MH., KAYA, M., ÜNAL, S. (2003). Bir üniversite psikiyatri klini ğ inde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 4:167–17.
173. MOLİNA JA, DUARTE R. (2006). Risk determinants of suicide attempts among adolescents. *Am J Econ Sociol.* 65(2):407–34.
174. HARRİSS L, HAWTON K, ZAHL D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br J Psychiatry.* 186:60–6.
175. KJOLER M, HELWEG-LARSEN M. (2000). Suicidal ideation and suicide

- attempts among adult Danes. *Scand J Public Heal.* 28(1):54–61.
176. RANDLER C, FRECH D. (2009). Young people's time-of-day preferences affect their school performance. *J Youth Stud.* 12(6):653–67.
177. JOVANOVSKI D, BASSILI JN. (2007) The relationship between morningness-eveningness preference and online learning. *Biol Rhythm Res.* 38(5):355–65.
178. KONTTINEN H, KRONHOLM E, PARTONEN T, KANERVA N, MÄNNISTÖ S, HAUKKALA A. (2014). Morningness–eveningness, depressive symptoms, and emotional eating: A population-based study. *Chronobiol Int.* 13;31(4):554–63.



8 EKLER

Ek 1

Ek 1 İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen, her cümlelerin sağ tarafındaki seçeneklerden size uygun olanın altındaki "D" harfini daire içine alarak işaretlemenizdir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkeli olduğum zaman elimi geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissederim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissederim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissederim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissederim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissederim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissederim.	D	D	D	D
11	Eğer ölüsem birçok insanın üzüleceğini hissederim.	D	D	D	D
12	Oylesine yalnızlık hissederim ki buna dayanamam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediklerini hissederim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissederim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapmadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümden dolayı...	D	D	D	D

İntihar Olasılığı Ölçeği

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler bekleediklerini hissedirim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissedirim.	D	D	D	D
21	Dünyanın yaşama değer olmadığını hissedirim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok netiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissedirim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissedirim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Ejime duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissedirim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissedirim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorğun ve birçok şeye ilgisiz hissedirim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olamadığımı hissedirim.	D	D	D	D

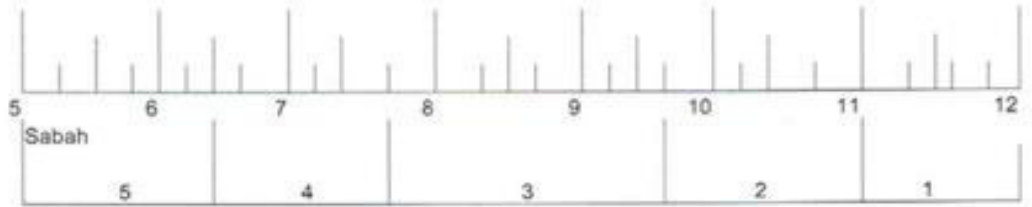
**İNSAN SİRKADİYEN RİTMİNDE SABAHÇIL- AKŞAMCIL TIPLERİ BELİRLEMEDE
KENDİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU
(Horne and Ostberg 1976)**

Uyulması gereken kurallar:

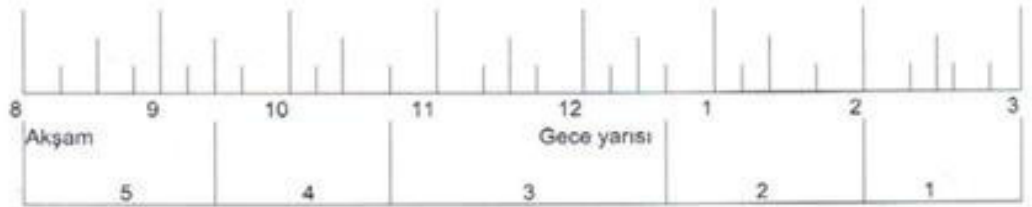
1. Her soruyu cevaplamaadan önce dikkatli okuyunuz.
2. Bütün soruları cevaplayınız.
3. Soruları numara sırasına göre cevaplayınız.
4. Her soru diğerlerinden bağımsız olarak cevaplandırılmalıdır.
Geri dönüp cevaplarınızı kontrol etmeyiniz.
5. Bütün soruların bir cevap seçeneği vardır. Her soru için düşündüğünüz sadece bir kutucuğu işaretleyiniz. Bazı soruların cevap seçenekleri yerine bir cetveli vardır.
Lütfen sizin için uygun aralığı işaretleyiniz.
6. Her sorunun altında bırakılan boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

Sorulardaki her seçenek puanlandırılmıştır.

1. Kendinizi "en iyi" hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak, gününüzü planlamak için tamamen özgür olsaydınız sabah saat kaçta kalkardınız ?



2. Kendinizi "en iyi" hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak, gecenizi planlamada tamamen özgür olsaydınız, saat kaçta yatmaya giderdiniz ?



3. Sabah belli bir saatte kalkmak zorunda olsanız uyanmak için çalar saat sizin için ne kadar gereklidir ?

Kesinlikle gerekli değil
Az derecede gerekli olabilir
Oldukça gereklidir
son derece gereklidir

.....	4
.....	3
.....	2
.....	1

4. Normal koşullar altında sabahları uyanmak sizin için ne kadar kolaydır ?
- Kesinlikle kolay değildir
Çok kolay değildir
Oldukça kolaydır
Son derece kolaydır
5. Sabah kalktığınızda ilk birkaç saat içinde kendinizi ne kadar uyanık hissedersiniz ?
- Tamamen uyanık hissetmem
Çok az uyanık hissedirim
Oldukça uyanık hissedirim
Çok uyanık hissedirim
6. Sabah kalktıktan sonra ilk bir saat içinde iştahınız nasıldır ?
- Çok kötüdür
Oldukça kötüdür
Oldukça iyidir
Çok iyidir
7. Sabah kalktığınızda ilk birkaç saat içinde kendinizi ne kadar yorgun hissedersiniz ?
- Çok yorgun
Oldukça yorgun
Oldukça iyi
Çok iyi
8. Bir gün sonrası için yapılacak bir şeyiniz yoksa, her zamanki ile karşılaştığınızda saat kaçta yatmaya gidersiniz ?
- Nadiren veya kesinlikle geç değildir
Bir saatten az gecikmeyle
1-2 saat gecikmeyle
2 saatten daha fazla gecikmeyle
9. Fiziksel bir egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız kendisi için en iyi zamanın sabah 7.00-8.00 arası olduğunu ve haftada 2 defa 1 saat uygulamanızı öneriyor. Hiçbir şey düşünmeksizin sadece kendinizi en iyi hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak bu zaman diliminde nasıl bir performans göstereceğinizi düşünürsünüz ?
- İyi düzeyde olabilir
İdare eder düzeyde olabilir
Yapmak zor olabilir
Çok zorlanırım
10. Akşamları uykuya ihtiyacınız olacak kadar kendinizi yorgun hissettiğiniz saat kaçtır ?



11. Aşırı beyin yorgunluğuna neden olan ve 2 saat süreceğini bildiğiniz bir test için performansınızın en-üst düzeyde olmasını diliyorsunuz. Gününüzü planlamada serbestsiniz ve "en iyi" hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak, yandaki test zamanından hangisini seçerdiniz?

Sabah saat 8.00-10.00 arası 6
Sabah saat 11.00-öğlen 1.00 arası 4
Akşam saat 3.00-5.00 arası 2
Akşam saat 7.00-9.00 arası 0

12. Gece saat 11.00'da yatağa gitseydiniz, hangi yorgunluk düzeyinde olurdunuz ?

Kesinlikle yorgun olmazdım 0
Biraz yorgun olurdum 2
Oldukça yorgun olurdum 3
Çok yorgun olurdum 5

13. Bazı nedenlerden dolayı alışmış olduğunuz saatten birkaç saat daha geç yatağa gittiniz, fakat sabah belirli bir saatte kalkma zorunluluğunuz yok. Aşağıdaki olaylardan hangisi sizin için uygundur ?

Her zaman uyandıığım saatte uyanırım ve tekrar uyumam 4

Her zaman uyandıığım saatte uyanırım ve sonra biraz şekerleme yaparım 3

Her zaman uyandıığım saatte uyanırım ve tekrar uykuya devam ederim 2

Her zaman uyandıığım saatte uyanmam ve uykuya devam ederim 1

14. Bir gecenin sabahında saat 4.00-6.00 arasında nöbete kalmak zorunda kaldınız. O gün içinde yapacak bir şeyiniz yok, aşağıdakilerden hangisi sizin için en uygundur ?

Nöbet bitene kadar hiç uyumam 1

Nöbet öncesi biraz kestirimim sonra uyurum 2

Nöbet öncesi uyurdum ve sonra hafif kestirdim 3

Nöbet öncesi tamamen uyurdum 4

15. İki saat ağır fiziksel çalışma yapmak zorundasınız. Gününüzü planlamada tamamen özgürsünüz. Sadece "en iyi" hissettiğiniz zamanı göz önüne alarak, aşağıdaki zamanlardan hangisini seçerdiniz ?

Sabah saat 8.00-10.00 arası
Sabah saat 10.00- öğlen 1.00 arası
Akşam saat 3.00-5.00 arası
Akşam saat 7.00-9.00 arası

16. Ağır bir fiziksel aktivite yapmaya karar verdinzi. Bir arkadaşınız kendisi için en iyi zamanın öğlen 10.00-11.00 saatleri arası olduğunu ve haftada 2 defa 1 saat uygulamanızı öneriyor. Hiç birşey düşünmeksizin kendinizi "en iyi" hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak fiziksel aktiviteyi ne kadar iyi yapabileceğinizi düşünüyorsunuz ?

İyi düzeyde olabilir
İdare eder düzeyde olabilir
Yapmak zor olabilir
Çok zorlanırım

.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

17. Çalışma saatlerinizi istediğiniz gibi seçebildiğinizi varsayarak (aralarda birlikte), işinizin ilginç olduğunu ve karşılığını da aldığınızı düşünün. Aralıksız olarak günün hangi 5 saatlik periyodunu seçerdiniz ?



18. Kendinizi "en iyi" hissettiğiniz zaman dilimi günün hangi saatine denk gelmektedir ?



19. Çeşitli şekillerde "sabahçıl" ve "akşamcı" insan tiplerinin olduğuna dair duyular aldınız. Bu tiplerden hangisinin size uygun olduğunu düşünüyorsunuz ?

Kesinlikle "sabahçıl tip"
Daha çok sabahçıl tip
Daha çok akşamcı tip
Kesinlikle "akşamcı tip"

.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

	<u>Toplam puan</u>
Kesinlikle Sabahçıl Tip	70-86
Sabahçıl Tipe Yakın	59-69
Ara Tip	42-58
Akşamcı Tipe yakın	31-41
Kesinlikle Akşamcı tip	16-30

Ek 3 Etik Kurul Onayı



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04/E.68967
Konu : Başvuru İncelemesi

08.06.2017

Sayın Doç.Dr. Demet Güleç ÖYEKÇİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Unipolar Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Kronotip Özelliklerinin Mizaç ve Özkıym ile Olan İlişkisinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.60049 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 07/06/2017 tarih ve 11-02 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :07.06.2017 14:00

Karar No :2017-11

Karar-02)2011-KAEK-27/2017-E.60049 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje araştırmacılarından Arş. Gör. Dr. Neslihan KILIÇ'ın sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR
Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanuna gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Faize OTURAN
Sekreter