



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK PERSONELİ KADINLARDA**  
**ANKSİYETE, DEPRESYON VE UYKU KALİTESİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gülsüm ÇİNĞİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Mustafa ÇELİK**

**KAHRAMANMARAŞ-2017**



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK PERSONELİ KADINLARDA**  
**ANKSİYETE, DEPRESYON VE UYKU KALİTESİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gülsüm ÇİNĞİ**

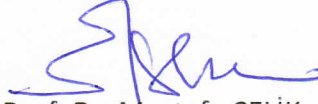
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Mustafa ÇELİK**

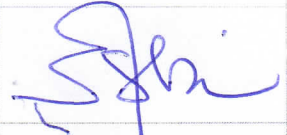
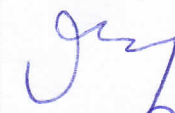

**KAHRAMANMARAŞ-2017**

T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Gülsüm ÇİNGİ tarafından hazırlanan "**Sağlık Personeli Kadınlarda Anksiyete, Depresyon Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi**" adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

  
Prof. Dr. Mustafa ÇELİK  
Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak 08/12/2017 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:			İmza:
Başkan	Prof. Dr. Mustafa ÇELİK	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : 08/12/2017



Prof. Dr. Tufan MERT  
Dekan V.

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren ve tezimin her aşamasında destek olan, hoşgörülü bir ortamda çalışmamıza olanak sağlayan ve tez danışmanım olan ana bilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Uzmanlık eğitimimin ilk iki yılında tecrübelerinden ve bilgi birikiminden faydalandığım, yetişmemde emeği olan Prof. Dr. Ruhuşen KUTLU'ya ve Doç. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren ve tezimin her aşamasında destek ve yardımlarını gördüğüm, birlikte çalışmaktan keyif aldığım Yrd. Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM'a,

Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Gülizar SÖKMEN'e, Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN'a,

Tez istatistiğime büyük bir özveri ve sabırla yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Adem DOĞANER'e

Uzmanlık eğitimim süresince daima yakın destek ve dostluklarını gördüğüm asistan arkadaşlarıma,

Benim için her türlü maddi ve manevi fedakarlığı yapan sevgili anneme, babama, desteklerimi her zaman hissettiğim kardeşlerime ve zamanından fedakarlık yapan oğluma,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gülsüm ÇİNĞİ

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET .....	viii
ABSTRACT.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Depresyon .....	2
2.1.1. Giriş .....	2
2.1.2. Tanım.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji .....	3
2.1.4. Etyopatogenez .....	4
2.1.4.1. Genetik Faktörler .....	4
2.1.4.2. Biyolojik Faktörler.....	5
2.1.4.3. Psikososyal Faktörler .....	6
2.1.5. Depresyonda risk faktörleri .....	6
2.1.5.2. Cinsiyet .....	6
2.1.5.3. Biyolojik Etmenler.....	7
2.1.5.4. Psikolojik Etmenler.....	7
2.1.5.5. Medeni Durum .....	7
2.1.5.6. Aile Öyküsü ve Genetik.....	7
2.1.5.7. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları .....	8
2.1.5.8. Sosyoekonomik ve Kültürel Etkenler .....	8
2.1.5.9. Gebelik ve Postpartum Dönem .....	8
2.1.6. Depresyonda eş tanı.....	8
2.1.7. Depresyon belirtileri .....	8
2.1.7.1. Genel görünüm ve dışa vuran davranışlarla ilgili belirtiler .....	8
2.1.7.2. Konuşma ve ilişki kurma ile ilgili belirtiler .....	9
2.1.7.3. Duygular ile ilgili belirtiler .....	9
2.1.7.4. Bilişsel yetiler ile ilgili belirtiler .....	9

2.1.7.5. Düşünce akımı ve içeriği ile ilgili belirtiler .....	9
2.1.7.6. Hareketler ile ilgili belirtiler .....	9
2.1.7.7. Fizik ve fizyolojik belirtiler .....	10
2.1.8. Depresyonda Klinik Tanı .....	10
2.1.9. Depresyonda Ayırıcı Tanı .....	11
2.1.9.1. Tıbbi Hastalıklar .....	11
2.1.9.2. Nörolojik Durumlar .....	12
2.1.9.3. Psödodemans .....	12
2.1.9.4. Ruhsal Hastalıklar .....	12
2.1.10. Depresyonun Tedavisi .....	13
2.2. Anksiyete.....	15
2.2.1. Giriş .....	15
2.2.2. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu.....	17
2.2.3. Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm) .....	18
2.2.4. Özgül Fobi .....	19
2.2.5. Sosyal Fobi .....	20
2.2.6. Panik Bozukluğu .....	22
2.2.7. Agorafobi.....	23
2.2.8. Yaygın Kaygı Bozukluğu .....	25
2.2.9. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu .....	26
2.2.10. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu .....	27
2.2.11. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu .....	27
2.3. Uyku Kalitesi .....	27
2.3.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi .....	27
2.3.2. Nörotransmitterler .....	29
2.3.2.1. Serotonin.....	29
2.3.2.2. Asetilkolin.....	29
2.3.2.3. Norepinefrin.....	30
2.3.2.4. Oreksin (hipokretin).....	30
2.3.2.5. Glutamat.....	30
2.3.2.6. Galanin.....	30
2.3.2.7. Melatonin .....	30
2.3.2.8. Adenozin.....	30

2.3.2.9. Melanin Konsantre Edici Hormon (MKH).....	30
2.3.3. Uyku Evreleri ve Özellikleri .....	31
2.3.4. Uyku Gereksinimi .....	32
2.3.5. Sirkadiyen Ritim.....	32
2.3.6. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler .....	33
2.3.6.1. Yaş .....	33
2.3.6.2. Cinsiyet .....	33
2.3.6.3. Çevresel Faktörler.....	33
2.3.6.4. Yaşam Stili.....	33
2.3.6.5. İlaç Kullanımı .....	34
2.3.6.6. Alkol/Sigara Kullanımı.....	34
2.3.6.7. Emosyonel Durum .....	34
2.3.6.8. Beslenme.....	34
2.3.6.9. Hastalıklar.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü.....	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	36
3.4. Verilerin Toplanması .....	37
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	37
3.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	37
3.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....	38
3.8. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) .....	38
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	39
3.10. Araştırmanın Uygulanması .....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA .....	54
6. SONUÇ.....	61
7. KAYNAKLAR .....	62
8. EKLER.....	72
9. ÖZGEÇMİŞ .....	88

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Depresif Belirtilerin Eşlik Ettiği Ruhsal Bozukluklar.....	13
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ile çalışma yılı, haftalık çalışma süresi ve nöbet sayısı durumlarının karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.</b> Sosyodemografik özelliklerin gruplara göre dağılımı .....	43
<b>Tablo 3.</b> Sosyodemografik özelliklerin dağılımı.....	42
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların BDÖ, BAÖ ve PUKİ puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların BDÖ, BAÖ, PUKİ kesme puanları ile nöbet tutma durumlarına göre karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların nöbet tutan ve tutmayanlarda BDÖ, BAÖ ve PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin gruplara göre dağılımı ...	46
<b>Tablo 9.</b> Depresyon ve anksiyete düzeylerinin nöbet durumuna göre dağılımı.....	47
<b>Tablo 10.</b> PUKİ uyku kalitesi bileşenlerinin gruplara göre karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 11.</b> PUKİ bileşenleri ortalama puanlarının nöbet tutma durumuna göre karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 12. Katılımcıların</b> BDÖ, BAÖ ve PUKİ puan ortalamalarının sigara tüketimine göre karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 13. Katılımcıların</b> depresyon ve anksiyete düzeylerinin sigara tüketme durumuna göre dağılımı.....	50
<b>Tablo 14.</b> Uyku kalitesi bileşenleri puan ortalamalarının sigara içme durumuna göre karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 15.</b> BAÖ, BDÖ ve PUKİ puan ortalamalarının korelasyonları .....	52



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Uyku Mekanizmasında Görevli Yolaklar.....	29
<b>Şekil 2.</b> Uyku Mekanizmasında Görevli Yolaklar.....	29
<b>Şekil 3.</b> Ölçeklerin Güvenilirlik Geçerlilik Katsayıları .....	39
<b>Şekil 4.</b> Katılımcıların yaş ortalaması grafiği.....	40
<b>Şekil 5.</b> Katılımcıların depresyon (BDÖ), anksiyete (BAÖ) ve uyku kalitesi (PUKİ) ortalama puanlarına dağılım grafiği.....	44
<b>Şekil 6.</b> Nöbet tutan ve tutmayanlarda BDÖ, BAÖ ve PUKİ puanlarının karşılaştırılması grafiği.....	46
<b>Şekil 7.</b> Sağlık personeli ve kontrol grubunda anksiyete ve depresyon seviyelerinin karşılaştırılması grafiği .....	47
<b>Şekil 8.</b> Nöbet tutan ve tutmayanlarda depresyon ve anksiyete seviyelerinin karşılaştırılması grafiği .....	48
<b>Şekil 9.</b> Depresyon ve anksiyete düzeylerinin sigara tüketme durumuna göre dağılımı grafiği.....	51
<b>Şekil 10.</b> Uyku kalitesi bileşenleri puanlarının sigara tüketme durumuna göre karşılaştırılması grafiği .....	52
<b>Şekil 11.</b> Anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi korelasyonları .....	53

## **KISALTMALAR**

<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>DSM</b>	: The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
<b>GSA</b>	: Genel Sağlık Ölçeği
<b>HAD</b>	: Hastane Anksiyete Depresyon
<b>HPQ</b>	: Health and Productivity Questionnaire
<b>MAOI</b>	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
<b>MD</b>	: Majör Depresyon
<b>MDB</b>	: Majör Depresif Bozukluk
<b>PUKI</b>	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
<b>SAS</b>	: Self-Rating Anxiety Scale
<b>SDS</b>	: Self-Rating Depression Scale
<b>SEQ</b>	: Sleep Evaluation Questionnaire
<b>SSRI</b>	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
<b>TSA</b>	: Trisiklik Antidepresan

**SAĞLIK PERSONELİ KADINLARDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE  
UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Tıpta Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Gülsüm ÇINĞI**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**ARALIK 2017**

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada, çalışan ve çalışmayan kadınların anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi karşılaştırılarak, sağlık sektöründe çalışmakta olan ve çalışmayan kadınların bu değişkenler üzerinden incelenmesi hedeflenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza 01.02.2017 ile 01.05.2017 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan kadın doktor ve hemşireler ile Kahramanmaraş il merkezindeki rastgele seçilmiş ASM (Aile Sağlığı Merkezi)'lere gelen sağlıklı ev hanımları dahil edilmiştir. Çalışmaya katılımı kabul eden katılımcılara gönüllü onam formu imzalatılarak, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) anket formları yüz yüze görüşme metodu ile dolduruldu. Çalışmamıza toplam 406 kişi ile başlandı ancak çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen 3 kişi ve antidepresan tedavi alan 3 kişi dışlanarak çalışmamız 400 kişi ile tamamlanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan sağlık personelinin yaş ortalaması  $28,87 \pm 6,41$ , ev hanımlarının yaş ortalaması  $35,13 \pm 7,48$  idi. Sağlık personelinin tıbbi tanı konmuş rahatsızlığı ev hanımlarından fazlaydı. Ev hanımlarının evli olma, çocuk sahibi olma durumu sağlık personelinden anlamlı derecede fazlaydı. Ev hanımlarında sigarayı hiç denemeyenler sağlık personeline göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur.

Ev hanımlarının BDÖ ve BAÖ toplam skoru sağlık personelinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0,002$ ;  $p<0,001$ ).

PUKİ toplam skoru açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Nöbet tutan katılımcıların BAÖ ve PUKİ toplam skoru bakımından, nöbet tutmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,006$ ;  $p=0,021$ ). BDÖ, BAÖ, PUKİ toplam puanlarının sigara tüketimine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla,  $p<0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,001$ ).

Sağlık personelinde uyku kalitesiyle depresyon, depresyonla anksiyete arasında iyi derecede; uyku kalitesiyle anksiyete arasında zayıf-orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda ise uyku kalitesiyle depresyon, uyku kalitesiyle anksiyete, depresyonla anksiyete arasında zayıf-orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır.

**Sonuç:** Sağlık personeli kadınların anksiyete ve depresyon skoru ev hanımlarından anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Uyku kalitesi toplam skoru açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Sağlık sektöründe çalışmak her ne kadar riskli ve stresli olsa da, çalışmanın stresle başa çıkmak konusunda kişilerde ayrı bir motivasyon geliştirdiğini düşünmekteyiz. Toplumda kadın olmanın iş stresi olmadan da anksiyete ve depresyonu tek başına ne kadar artırdığını görmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Personeli, Anksiyete, Depresyon

**EVALUATION OF ANXIETY, DEPRESSION AND SLEEP QUALITY  
IN HEALTH STAFF WOMEN**

**Specialization Thesis)**

**Dr. Gülsüm ÇILĞI**

**KAHRAMANMARAS SUTCU IMAM UNIVERSITY**

**FACULTY OF MEDICINE**

**DECEMBER 2017**

**ABSTRACT**

**Purpose:** This study; anxiety, depression and sleep quality of working and non-working women were compared and it was aimed to examine the women working and not working in the health sector on these variables.

**Material and method:** In our study were included with female doctors and nurses working at Kahramanmaraş Sutçü İmam University Medical Faculty Hospital and healthy housewives from randomly selected Family Health Centers in Kahramanmaraş city center between 01.02.2017 and 01.05.2017. A voluntary consent form was signed by the participant who accepted the participation in the study and the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire forms were filled in by face to face interview method. A total of 406 people started to work but 3 people who did not accept to work and 2 people who were treated with antidepressants were excluded and we were completed with 400 people.

**Findings:** The average age of the participating health personnel was  $28.87 \pm 6.41$  and the mean age of housewives was  $35.13 \pm 7.48$ . Healthcare staff's diagnosed medical disorder was more than housewives. Housewives' being married and having children was significantly higher than the healthcare staff. Housewives who never tried smoking are significantly more than the health care workers.

The BDI and BAI total scores of housewives were found to be statistically significantly higher than the health personnel (respectively,  $p=0,002$ ;  $p<0,001$ ).

There was no statistically significant difference between groups in terms of PSQI total score.

A statistically significant difference for BAI and PUKI total score was found between shift-workers vs. non-shift-workers (respectively,  $p=0,006$ ;  $p=0,021$ ).

A statistically significant difference was found when the total scores of BDI, BAI and PUKI were compared according to cigarette consumption(respectively,  $p<0,001$ ;  $p= 0,001$ ;  $p<0,001$ ).

There was a weak to moderate positive relationship between sleep quality-anxiety and also good positive relationship between sleep quality-depression and depression-anxiety in the health staff. A weak to moderate positive relationship between depression-anxiety, sleep quality-anxiety and sleep quality-depression was found in the control group.

**Conclusion:** The anxiety and depression scores of the health professional women were significantly lower than the housewives. There was no significant difference in sleep quality total score. Although working in the health sector is risky and stressful, we think that working has developed a distinct motivation for people to cope with stress. We see how much anxiety and depression increase alone being a woman in society without a job stress.



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

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde kadının toplumdaki rolleri ve sorumlulukları, çalışma hayatına katılımı ile birlikte çeşitlilik göstermiştir. Kadınlara verilen görev ve sorumlulukların ev ve aile hayatının düzenini sağlamakla ilgili olduğu eski dönemlerden farklı olarak, modernleşen toplumlarda kadınların hem kariyer basamaklarını tırmandığını hem de ev ve aile ilgili sorumluluklarını yerine getirdiğini görmekteyiz. Çalışan ve çalışmayan kadınların öznel iyilik hali ve işlevselliğini ele alan karşılaştırmalı çalışmalarda, her iki grubun, sahip oldukları konum, roller ve rollerin gerektirdiği görev ve sorumlulukların kapsamı bakımından farklı stres faktörlerine maruz kaldıkları görülmektedir (1).

Sağlık hizmeti veren kişilerle ilgili yapılan araştırmalar göstermiştir ki kurum içinde yaşanan problemler, çalışanların psikolojik ve fizyolojik sağlığını fazlaca etkilemekte ve olumsuz neticeler doğurmaktadır. Çalışılan kurumlardaki karşılaşılan problemler, bu problemlerin uzun sürmesi ve sık olarak karşılaşılmaması strese sebep olmaktadır. Bu da çalışanlarda uyku problemleri, kaslarda gerginlik, yorgunluk, migren, koroner arter hastalıkları gibi fiziksel sağlık sorunlarına; anksiyete, çaresizlik, depresyon, alkol ve madde kullanımı gibi birçok psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına, iş tatminsizliğine, özgüven kaybına, iş veriminde düşmeye, işe gelmeme durumlarının görülmesine, tükenmişlik sendromuna kapılmaya, işten ayrılmaya, sigara, alkol, ilaç alışkanlığı gibi çeşitli madde bağımlılıklarının ortaya çıkmasına, aile ortamının bozulmasına, bireyler arası uyum ve iletişim problemlerine mesleki ve sosyal problemlere sebep olduğu görülmüştür (2).

Bu çalışmada, çalışan ve çalışmayan kadınların anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi karşılaştırılarak, sağlık sektöründe çalışmakta olan ve çalışmayan kadınların bu değişkenler üzerinden incelenmesi hedeflenmiştir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Depresyon

#### 2.1.1. Giriş

Depresyon kelimesinin Latince ‘depressus’ kelimesinden yani ‘alçakta olmak, bastırmak’tan gelmektedir. Depresyon terimi 16. yy’dan beri kullanılmaktadır (3). Depresyon, psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülen rahatsızlıktır (4).

Depresif bozukluklar; kişisel, toplumsal, mesleki, ekonomik kayıplara ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen psikiyatrik hastalıklardır. İntihar gibi çok dramatik ve geri dönüşü olmayan bir komplikasyonla sonlanabilen depresif bozukluklar yaygınlığı ve yol açtığı yeti yitimi nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmakta ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanılarının başında gelmektedir (5).

Depresyon bir tek hastalıktan ziyade birçok alt gruptan oluşan hastalıklar topluluğudur. Psikiyatrik bozuklukları gruplandırmak için değişik sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Dünya çapında en fazla kullanılan sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulmuş olan DSM-V’tir. DSM-V, dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemidir. DSM-V’e göre depresyonun alt grupları şöyle belirlenmiştir (6).

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

Depresyonun özellikleri; çökkün duygulanım, enerji azlığı ve bir şeyden alınan zevkin kaybolmasıdır. Ayrıca konsantrasyonda azalma, özgüven eksikliği, karamsarlık, intihar düşünceleri, uyku düzeninde bozulma ve cinsel istekte azalma diğer sık görülen



belirtilerdir. Bu bağlamda insancıl ve mesleki işlevlerde de bozulma görülmektedir. Bir kişiye depresyon tanısı koyulması için bu tablonun en az iki hafta sürmesi gerekmektedir. Her depresyon atağının şiddeti farklı olabilir ve semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirlemektedir. DSM-V-TR depresyonun şiddetini hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayırmaktadır (DSM-V). Yapılan araştırmalarda depresyonun görülme sıklığı, genel nüfusun %20-30'unda depresif belirtilerden bir ya da daha fazlasının, %10-15'inde ise depresyon tanısı konabilecek ve tedavisi gerektirecek belirtilerin bulunduğunu göstermektedir.

Çocukluk döneminde depresyon sıklığı kız ve erkeklerde eşit iken ergenlik dönemi ile birlikte kadınlarda depresyon görülme sıklığı iki katına çıkmaktadır. Kadınlarda depresyonun daha sık görülmesinde; hormonal faktörler, hamilelik, düşük yapma, doğum sonrası dönem, menopoz öncesi ve menopoz gibi birçok faktör rol oynayabilir (7).

### **2.1.2. Tanım**

Depresyon terimi, hafiften şiddetliye ve geçiciden kalıcıya değişen duygudurum bozukluğu spektrumunu ifade eder. Kelime olarak "çöküş" anlamına gelir ve belirli bir düzeyden alçalmayı ifade eder. Depresyon; üzüntü duygusuna bireyin etkinliğini ve günlük hayatını etkileyen, duygusal, zihinsel ve davranışsal semptomların eşlik ettiği bir durumdur. En geniş anlamıyla depresyon; insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe dair yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukları içeren bir hastalık olarak tanımlanabilir (8,9).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Depresyon ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar insidans çalışmalarından ziyade prevalans (yaygınlık) çalışmalarını içermektedir. Farklı popülasyonlarda depresyon yaygınlığı da farklı olarak bulunmuştur. Genel popülasyona oranla, ergenlerde, ileri yaşlı kişilerde, yatan hastalarda ve kronik hastalığı olanlarda MD daha çok görülmektedir. Depresyon spektrum bozuklukları ve semptomları oldukça sıktır. Yaşam boyu anlamlı depresif semptom prevalans oranları %13-20'dir. Major depresif bozukluk; adolesan ve erişkin bayanlarda, adolesan ve erişkin erkeklere göre 2 ila 3 kat daha yaygın görülmektedir. Erkek ve kadınlarda en yüksek oranlar 25- 44 yaş

arasındadır (10). Genel popülasyonda MD görülme oranı %3.7 ile %6.7 arasında iken hastanelerde yatan hastalar arasında bu oran %5-10, ayaktan tedavi gören hastalar arasında ise %9-16 olarak bildirilmektedir (11-13).

Tıp hekimleri arasında depresyonun sıklığı önemli derecede yüksektir. Özellikle tıp fakültesinden yeni mezun olanlar arasında depresyon görülme sıklığı ilk yılda %30'lara kadar çıkabilir. Hekimlerin diğer bireyler ile karşılaştırıldığında daha depresif olmaları hekimlik mesleğini yapanların depresyon için daha çok risk altında olduklarını göstermektedir (14, 15).

#### **2.1.4. Etyopatogenez**

Uzun süredir bilinen depresyonla ilgili bilgiler arttıkça, hastalığa neden olan durumlar ile ilgili çok farklı görüşler ortaya atılmış ve değişik araştırmalar yapılmıştır. Depresyonla alakalı yapılan çalışmalar özellikle 20. yüzyılda önemli ölçüde artmıştır. Çalışmalar daha çok depresyonun etyopatogenezine ışık tutmak, klinik semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hastalığın tedavisi için yeni seçenekler geliştirmek üzerine yoğunlaşmaktadır. Tüm bu araştırmalara rağmen depresyonun altta yatan nedenleri açıkça belirlenememiştir. Depresyon çok yönlü bir hastalıktır. Hastalığın bir çok alt tipinin olması, altta yatan nedenlerin çok sayıda olması depresyonu bir sendrom olarak tanımlamamıza neden olmaktadır. Depresyonu meydana getiren nedenleri üç temel başlıkta inceleyebiliriz. Bunlar genetik faktörler, biyolojik faktörler ve psikososyal faktörlerdir (16).

##### **2.1.4.1. Genetik Faktörler**

Psikiyatrik rahatsızlıklarda altta yatan neden olarak genetik yatkınlık, tartışılmaz bir durumdur. Tek yumurta ikizi kardeşlerden herhangi birinin depresyon olması halinde diğerinin de olma oranı %50'dir. Aile çalışmaları bize MD'si olan bireylerin birinci derece akrabalarında ciddi düzeyde bir depresyona yatkınlık olduğunu göstermiştir. Normal popülasyona göre 2-3 kat fazladır. Bu durum genetik yatkınlık ve depresyon arasındaki ilişkiyi açıkça göstermektedir. Duygulanım bozuklukları monozigot ikizlerde %50 ile %100 oranında görülebilmekteyken bu oran dizigotik ikizlerde %25 oranında bulunmuştur. Evlatlık olarak verilmiş bireylerde yapılan çalışmalarda; depresyonu olan evlatlıkların biyolojik ebeveynlerinde depresyona yakalanma riski daha yüksek bulunmuştur. Genetik geçişi göstermek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Bunlar arasında G-G-PDH, membran transport özelliği, ABO kan grubu, Xg (X'e bağlı dominant marker), HLA antijeni, renk körlüğü ve trombosit MAO aktivitesi

bulunmaktadır. Bu çalışmalarda elde edilen verilerin sonuçlarına binaen depresyonda genetik bir geçiş varlığı benimsenmiştir. Her ne kadar kalıtımın depresyonda önemli bir neden olduğu bilinse de, genetik geçiş net olarak ortaya konulamamıştır. X'e bağlı otozomal dominant bir geçişin olabileceği öne sürülse de bu görüşün karşıt görüşleri de vardır. Sonuç olarak depresyondaki genetik etkinin poligenetik ve heterojen olduğu görüşü en fazla kabul gören düşüncedir (17).

#### 2.1.4.2. Biyolojik Faktörler

Çok sayıda çalışmada duygudurum bozukluğu olan hastalarda biyolojik anormallikler olduğu gösterilmiştir. Son döneme kadar monoamin transmitterler olan norepinefrin, dopamin, serotonin ve histamin; bu bozuklukların etiyojisini araştırmaya yönelik teoriler ve araştırmaların temel odağıydı. Daha sonra tek nörotransmitter sistemdeki bozukluklara odaklanmaktan ziyade, nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve daha karmaşık nöroregülasyon mekanizmalarının incelenmesine doğru bir kayma meydana gelmiştir. Dolayısıyla monoaminergic sistemler şu anda daha geniş nöromodülatör sistemler olarak ele alınmakta ve bozukluklar doğrudan veya nedensel olarak etiyoji ve patolojiyle ilişkili olabilecekleri gibi, sekonder veya epifenomenal etkilere de bağlı olabilmektedir.

**Biyolojik Aminler:** Biyojenik aminler içinde norepinefrin ve serotonin duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde en fazla bahsedilen iki nörotransmitterdir. Yeni dopamin reseptörü alt tiplerinin de keşfiyle de dopaminle duygudurum bozukluğu arasındaki ilişkiyle ilgili kanıtlar zenginleşmektedir.

**İkinci Mesajcılar ve Hücre İçi Kaskadlar:** İkinci mesajcılar nöronal membran iyon kanallarının fonksiyonlarını düzenler. Artan kanıtlar duygudurum dengeleyici ilaçların G proteinleri veya diğer ikincil mesajcılar üzerinden etki ettiğini göstermektedir.

**Hormonal Düzenlemede Değişiklik:** Nöroendokrin ve davranışsal yanıtlarda uzun süren değişiklikler erken dönemdeki şiddetli düzeydeki strese kaynaklanıyor olabilir. Depresif bireylerde yapılan yeni çalışmalar, erken dönemde travma öyküsünün HPA (adrenokortikal hiperaktivite) aktivitesindeki artışla ve serebral korteksteki yapısal değişikliklerle ilişkili olduğunu (örneğin; atrofi veya azalmış hacim) göstermiştir.

**Tiroid Ekseni Aktivitesi:** Depresyon açısından incelenen kişilerin yaklaşık yüzde 5 ila 10'unda daha önce tespit edilmemiş olan tiroid işlev bozukluğu bulunmuştur.

**Büyüme Hormonu:** Depresyonda azalmış düzeylerde gözlenmektedir.

Uyku Nörofizyolojisinde Değişiklikler: Depresyon derin uykunun erken döneminde kayıp ve gece uyanmalarda artışla ilişkilidir.

İmmünolojik Bozukluk: Depresif bozukluklar mitojenlere cevap olarak azalmış lenfosit proliferasyonu ve başka türlü bozuk hücrel bağışıklık sorunları dahil pek çok immünolojik anormalliklerle ilişkilidir (18).

#### 2.1.4.3. Psikososyal Faktörler

Ekonomik sıkıntılar, ailevi sorunlar, çalışma hayatındaki sorunlar ve doyumsuzluklar, iş kaybı, sevgi nesnesinin kaybı, fiziksel sağlığının bozulması, benliği inciten davranışlara maruz kalmak ve daha birçok bedensel veya psikososyal olay depresyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Ancak olumsuz yaşam olaylarının tek başına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psikojenik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyona neden olduğu düşünülmektedir. Birçok insan olumsuz hadiseler yaşadığı halde depresyona girmemektedir. Yaşanan olayların kendisinden çok, o olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı ruhsal açıdan çok daha önemlidir (19).

#### 2.1.5. Depresyonda risk faktörleri

2.1.5.1. Yaş: Majör depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 yaş olup, hastaların yaklaşık yarısında hastalık 20 ile 50 yaşları arasında başlar (18). Tüm çalışmalar birbirini destekler şekilde depresyonun özellikle erken erişkinlik döneminde (20'li yaşların sonu) ilk kez ortaya çıktığını göstermiştir. Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmaları Konsorsiyumunda (The International Consortium of Psychiatric Epidemiology Surveys) tüm coğrafyalarda MD başlangıcında ortalama yaş 30-35 yaşlar arasında olduğu belirtilmiştir (20). Yaş ilerledikçe depresyon oranı yükselmektedir. Yaşlılık çağındaki depresyonun prevalansı ile ilgili bulgular çeşitli yaşlı popülasyonlarında yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Yaşlılarda depresyon sıklığı, alınan grubun özelliği, yapılan çalışmaların amacı ve kullanılan çalışma yöntemlerine göre %1 ile 60 arasında değişmektedir (21,22).

#### 2.1.5.2. Cinsiyet

Yapılan çalışmaların ortak sonuçlarından biri de, depresyonun kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğüdür. Oranlar ülkeden ülkeye veya çalışmaya göre farklılık gösterse de kadın cinsiyette daha sık görüldüğü gerçeği değişmemektedir. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda MDB riski erkeklerin 1,5-3 katı olarak bulunmuştur (21-24).

#### 2.1.5.3. Biyolojik Etmenler

Kadınlarda fizyolojik olarak gelişen menstrüel sıkluse bağlı gelişen hormonal değişiklikler depresyona neden olabilmektedir. Bazı hormonal nedenler, menopo ve doğum kontrol ilaçlarının etkisi de ek sebepler olabilmektedir. Ayrıca kadınlarda tiroid fonksiyon bozuklukları ve mono-amino oksidaz seviyelerinin yükselmesi daha sık görülmektedir. Oral kontraseptiflerin kullanımına bağlı progesteron düzeyinin artmasıyla depresyon belirtilerinin artması bu görüşü destekler niteliktedir (3).

#### 2.1.5.4. Psikolojik Etmenler

Bireyin, kişiler arası ilişkilerde, ailede, sağlıkta, iş ve ekonomik alanlarda yaşadığı istenmeyen olayları depresyon başlangıcıyla ilişkilendirilmiştir (25). Sıkıntı verici yaşam olayları ve depresyona genetik/ailesel yatkınlık ile bunlarla başa çıkma tarzları ve kişilik özellikleri arasında depresyon riski düzeyinde karşılıklı bir etkileşim vardır. Stresin MD'ye sebep olduğu bilinmektedir. Stres nedenleri arasında en çok dikkati çeken durum kötü bir haber alma veya iş değişikliğidir (26).

#### 2.1.5.5. Medeni Durum

Çalışmalar majör depresyon riskinin bekarlarda, eşi vefat etmiş veya boşanmış olanlarda, ayrı yaşayanlarda evlilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir (27).

#### 2.1.5.6. Aile Öyküsü ve Genetik

Prospektif bir çalışmada, stresli yaşam olayları bazı kişilerde depresyona sebep olurken, diğerlerini neden etkilemediği incelenmiş, serotonin transporter (5-HT T) geninin promoter bölgesindeki fonksiyonel polimorfizmin depresyonda stresli yaşam olaylarının etkisini azalttığı bulunmuştur. 5-HT T promoter bölgesinin kısa allelinin 1 veya 2 kopyasında polimorfizmi olan kişilerin uzun allel için homozigot olanlara göre, stresli yaşam olaylarına daha fazla depresif semptomlar, tanı konulacak düzeyde depresyon ve intihar girişimi sergilemişlerdir. Bu çalışma gen-çevre ilişkisinde çevresel yaranmalara bireysel cevabın kişinin genetik yapısıyla ilişkili olduğu kanıtını ortaya koymuştur (28). Yapılan başka çalışmalarda da, majör depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında majör depresyon riskinin toplumdaki riske göre 2-4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (29).

#### 2.1.5.7. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları

Çocukluk çağı travmaları ve yaşanan olumsuz olaylar, yetişkin dönemde depresyonu ağırlaştırması ve var olan depresyon durumunun şiddetinin artması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çocukluk döneminde yaşanan cinsel kötüye kullanım, fiziksel şiddet ve ihmal ile depresyon arasında sıkı bir bağlantı vardır. Yapılan birçok çalışma bu durumu desteklemiştir (30-32).

#### 2.1.5.8. Sosyoekonomik ve Kültürel Etkenler

Sosyoekonomik durum ve majör depresif bozukluk arasında bir bağlantı bulunmamıştır. Depresyon kırsal alanda kentlere göre daha yaygındır. Duygudurum bozukluğunun yaygınlığı ırklar arasında değişiklik göstermez. Ancak muayene eden kişilerin, kendilerinden farklı ırk ve kültürel yapıya sahip olan hastalarına, daha az duygudurum bozukluğu tanısı ve daha fazla şizofreni tanısı koyma eğiliminde oldukları görülmektedir (18).

#### 2.1.5.9. Gebelik ve Postpartum Dönem

Gebelik ve postpartum dönemde depresyon daha fazla görülmektedir, ortaya çıkan depresyon için ise düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri suçlanmaktadır (33).

#### **2.1.6. Depresyonda eş tanı**

Majör duygudurum bozukluğu olan bireylerde bir veya daha çok eş tanılı bozukluğun olma riski artmıştır. En sık görülen bozukluklar; alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve sosyal kaygı (anksiyete) bozukluğudur. Bunun tersi olarak, yani madde kullanım bozukluğu ve kaygı (anksiyete) bozukluğu olan hastalarda da yaşam boyu ve güncel duygudurum bozukluğu eş tanı riski artmıştır (18).

#### **2.1.7. Depresyon belirtileri**

Depresyon kendini değişik belirtilerle ortaya koyabilir. Bu belirtiler şu şekilde sıralanmaktadır.

##### 2.1.7.1. Genel görünüm ve dışa vuran davranışlarla ilgili belirtiler

Hareketlerde yavaşlama ve durağanlık gözlenmektedir. Hasta kendi bakımını yapabilecek gücü kendinde bulamamaktadır. Postürü omuzlar çökmüş ve baş öne eğik şekildedir. Üzgün, tedirgin, sıkıntılı, endişeli bir yüz ifadesi mevcuttur. Depresif bir kişide genel olarak yüz çizgileri belirgindir; katatonik, stupor ve psikomotor ajitasyon gözlemlenmektedir.

#### 2.1.7.2. Konuşma ve ilişki kurma ile ilgili belirtiler

Kısık ses tonuyla ve yavaş bir şekilde konuşmaktadır. İçeride dönüktür. Konuşmak istemez, sorulara kısa, kaçamak yanıtlar verir ya da hiç cevap vermez. Ancak hafif ve orta derecelerdeki depresif hastalar ile iletişim kurmak o kadar da zor değildir. Çok ağır durumlardaki hastalarla ilişki kurmak zorlaşmaktadır.

#### 2.1.7.3. Duygular ile ilgili belirtiler

Duygularda genel bir keyifsizlik halinden derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine varan bir artış vardır. Sık ağlamalar görülmekle beraber, bazı hastalarda üzüntü ile birlikte bunaltı (anksiyete), tedirginlik ve öfke olabilmektedir. Kişide genel bir isteksizlik hali görülmekte, kişiler eskiden istekle ve zevkle yaptıkları şeylere karşı artık isteksiz olduklarını, yaptıkları işten zevk alamadıklarını belirtmektedirler.

#### 2.1.7.4. Bilişsel yetiler ile ilgili belirtiler

Kişiler sıklıkla unutkanlıktan şikayet ederler. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu bulunmamaktadır. Zaman algılaması ve değerlendirmesi ruhsal durum dalgalanmalarına bağlı olarak değişebilmektedir. Ayrıca bu durumdaki kişiler karar vermede güçlük çektiklerini, basit kararları bile vermekte zorlandıklarını ifade etmektedirler.

#### 2.1.7.5. Düşünce akımı ve içeriği ile ilgili belirtiler

Düşünme gücü yavaşlamıştır. Kişi, düşüncelerini düşük bir ses tonu ile yavaş ve zorlukla söylemektedir. Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar, acı veren olumsuz anılar, gelecek korkusu ile dolu olmaktadır. Çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri kişinin ruhsal yaşamına hakimdir. Kendisini suçlama eğilimleri olan bu kişilerin öz saygıları da azalmıştır. Kendilerini işe yaramaz, değersiz ve küçük görmektedirler. Kendini öldürme (intihar) düşüncesine sahiptirler.

#### 2.1.7.6. Hareketler ile ilgili belirtiler

Ruhsal süreçlerdeki yavaşlamaya bağlı olarak hareketlerde de yavaşlama gözlenir. Kişinin konuşması, yürümesi, iş yapması güçlüklerle olmaktadır. Ancak ağır durumlarda yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirgin hareketler görülebilmektedir.

#### 2.1.7.7. Fizik ve fizyolojik belirtiler

Kişilerin çoğunda yemek yeme isteğinde azalma görülmektedir. Bu nedenle, kısa sürede zayıflama görülmekte ve kişiler genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınmaktadırlar. Ayrıca uyku bozuklukları, uykuya dalmada güçlük, uykunun sık sık bölünmesi ya da erken uyanma ve sonrasında uykuya dalmama gibi yakınmalar da görülebilmektedir. Cinsel istek kayıpları da depresyondaki kişilerde görülen diğer önemli bir belirtidir (8,34).

#### 2.1.8. Depresyonda Klinik Tanı

DSM-V'e Göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri (6).

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

1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bilir ya da bu durum başkaları tarafından gözlenir.
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunları yapmaktan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.
3. Kilo verme çabası yokken çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içerisinde ağırlığın %5'inden fazla değişiklik) ya da neredeyse her gün yeme isteğinde artma ya da azalma.
4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama.
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir).



8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

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

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

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

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

### **2.1.9. Depresyonda Ayırıcı Tanı**

#### **2.1.9.1. Tıbbi Hastalıklar**

Genel tıbbi duruma bağlı duygulanım bozukluğu tanısı dikkate alınmalıdır. Klinik öykünün iyi sorgulanmaması veya hastanın mevcut durumunun iyi incelenmemesi tanıda yanlışlıklara yol açabilir. Depresif ergenleri klinisyenler mononükleoz açısından, aşırı kilolu veya zayıf hastaları da adrenal ve tiroid işlevleri açısından değerlendirmelidir. Homoseksüeller, biseksüel erkekler, hayat kadınları ve damar içi madde kötüye kullanımı olan kişiler edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu (AIDS) için değerlendirilmelidir. Daha yaşlı hastalar viral pnömoni ve diğer tıbbi durumlar açısından değerlendirilmelidir.

Pek çok nörolojik, tıbbi durum ve farmakolojik ajanlar depresyon belirtilerine sebep olabilmektedir. Depresif bozukluğu olan hastalar genellikle somatik yakınmalarından dolayı ilk olarak bir pratisyen hekime başvurumaktadırlar. Depresif

bozukluğa neden olan birçok tıbbi durum kapsamlı bir tıbbi öykü sorgulaması, tam bir fizik ve nörolojik muayene ve rutin kan ve idrar testleri ile tespit edilebilir. Tiroit ve adrenal işlev bozuklukları depresif bozukluk biçiminde ortaya çıkabildiğinden tetkikler bu sistemleri değerlendiren testleri de içermelidir. Madde kaynaklı duygudurum bozukluğunda, eğer ki depresif hasta herhangi bir ilaç kullanıyorsa, ilaç bu durum için potansiyel bir risk etkeni olarak kabul edilmelidir. Kardiyak ilaçlar, antihipertansifler, sedatifler, hipnotikler, antipsikotikler, antiepileptikler, antiparkinson ilaçlar, analjezikler, antibakteriyel ve antineoplastiklerin tümü yaygın biçimde depresif belirtilerle ilişkili olabilirler.

#### 2.1.9.2. Nörolojik Durumlar

Parkinson hastalığı, demansiyel hastalıklar, epilepsi, serebrovasküler hastalıklar ve tümörleri depresif belirtilerle açığa çıkan en sık nörolojik problemlerdir. Tüm Parkinson hastalarının yaklaşık yüzde 50 ile 75'inde depresif bozukluğun belirgin belirtileri gözlenmektedir.

#### 2.1.9.3. Psödodemans

Klinisyenler majör depresif bozuklukta görülen psödodemansı, demansiyel hastalıklardan (Alzheimer tipi gibi) klinik özellikleriyle genellikle ayırt edebilmektedirler. Majör depresif bozuklukta bilişsel belirtiler ani başlangıçlıdır ve bozukluğun diğer belirtileri, örneğin kendini suçlama da belirtiler arasında bulunmaktadır. Primer demanslarda görülmeyen bilişsel problemlerde gün içi değişkenlik depresyonda görülebilir. Depresif hastalar sorulara sıklıkla yanıt vermeye çalışmazken ('Bilmiyorum'), demans hastaları sizinle sohbet edebilir (konfabulasyon). Görüşme esnasında depresif hastalar yönlendirilebilir ve anıları hatırlatılabilir ama demans hastası için bu kaybolmuş bir yetenektir.

#### 2.1.9.4. Ruhsal Hastalıklar

Depresyon hemen hemen her ruhsal bozuklukta görülebilir.

Tablo 1’de listenen ruhsal bozukluklar ayırıcı tanıda özellikle dikkate alınmalıdır (18).

**Tablo 1:** Depresif Belirtilerin Eşlik Ettiği Ruhsal Bozukluklar

Depresif mizaçlı uyum bozukluğu
Alkol kullanım bozuklukları
Kaygı (anksiyete) bozuklukları
Yaygın kaygı (anksiyete) bozukluğu
Karışık kaygı (anksiyete) ve depresif bozukluk
Panik bozukluk
Travma sonrası stres bozukluğu
Obsesif kompulsif bozukluk
Yeme bozuklukları
Anoreksiya nevroza
Duygudurum bozuklukları
Bipolar I bozukluk
Bipolar II bozukluk
Siklotimik bozukluk
Distimik bozukluk
Majör depresif bozukluk
Minör depresif bozukluk
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozuklukları
Tekrarlayan kısa depresif bozukluk
Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu
Şizofreni
Şizofreni benzeri bozukluk
Somatoform bozukluklar (özellikle somatizasyon bozukluğu)

### 2.1.10. Depresyonun Tedavisi

Majör depresif bozukluk, gerek kişide yol açtığı yetenek kaybı gerekse toplumda yüksek düzeyde maddi kayıplara neden olmasıyla ön plana çıkmaktadır. Depresyon gelişmiş ülkelerde yeti kaybı oluşturan sebeplerin en başında gelmektedir ve dünya çapında ise dördüncü sırada yer almaktadır (35).

Karşımızdaki depresyon hastasının depresyon tanısının klinik seyrini bilmek; hastanın şikayetlerinin değerlendirilmesi, tedavisi ve yönetilmesi açısından gereklidir. Yani ‘Hastanın ilk depresif epizodu mu?’, ‘Arada tam düzelmeye seyreden unipolar depresyon mu?’ , ‘Arada tam düzelmeye olmadan kalıntı belirtilerin olduğu yinelenen epizotlarla seyreden depresyon mu?’, ‘Kronik gidişli depresyon mu?’ olduğunun tespiti muhakkak yapılmalıdır.

Depresyon önceleri tedaviye oldukça iyi yanıt veren bir psikiyatrik bozukluk olarak biliniyordu ancak bugün depresif bozuklukların önemli bir kısmının iyileşmediği ve depresyonda süregenleşme oranının sanıldığından daha yüksek olduğu bilinmektedir. Çeşitli çalışmalarda depresyonda süregenleşme oranı farklılık göstermekle birlikte, bir

depresif nöbeti izleyen iki yıl içinde iyileşmeyen ve kronik seyir gösteren olguların oranı % 12-21 arasında değişmektedir (36).

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar şunlardır:

### 1. Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

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

### 2. Trisiklik Antidepresan (TSA)

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

### 3. Diğer Antidepresanlar

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

Hasta ve hasta yakınlarına MD teşhisi konulduktan sonra, bu rahatsızlık ile ilgili ayrıntılı bilgi aktarılmalıdır. Verilen tedavinin tesirinin hemen başlamayacağı, ilaçların düzenli kullanılmasının gerekliliği, ilaçlara karşı bağımlılık gelişmeyeceği ve oluşabilecek istenmeyen etkiler hakkında kapsamlı bilgi verilmelidir. Hastanın semptomlar düzelse dahi, ilacın altı ay boyunca ve mevcut dozda kullanımı sürdürmesi sağlanmalıdır. SSRI'lar (trisiklik antidepresanlar ve fluoksetin dışındaki) kesilirken, sıklıkla çok şiddetli olmayan çekilme semptomları oluşabileceğinden, mevcut kullanılan miktarın azaltılarak bırakılması faydalıdır. Hastalığın tekrar etmesi durumunda, tedavi süresi daha uzun tutulmalıdır. Devam tedavisi verilecekse, hastanın yarar gördüğü miktar kullanılmalı, doz değiştirilmemelidir. Lityum tekrar eden depresyonlarda farklı bir profilaktik çözümdür. Kanda ölçülen lityum miktarının 0.6-0.8 mEq/L arasında olması, lityum profilaksisi için önemlidir. 600-1200 mg doz aralığında kullanılan, lityum kandaki bu miktarı sağlamak için kâfidir (37).

Antidepresan ilaç seçerken ilaçla ilgili dikkat edilmesi gereken önemli özellikler; etkinlik, yan etki profili ve ilacın güvenilirliğidir. Serotonin geri alım inhibitörleri ve ikili etki gösteren (serotonin-noradrenalin) antidepresan ilaçlar, TSA ve MAOI'lere göre daha iyi yan etki profiline sahiptir ve birçok olguda etkinlik açısından bu ilaçlarla karşılaştırılabilir düzeydedir. Yan etki profili, klinik etkinlik, uzun süre kullanımda güvenilirlik gibi ölçütler göz önüne alındığında trisiklik antidepresan ilaçlar

öncelikle seçilmemeli, dirençli olgularda ek ilaç olarak veya tek başlarına kullanılmalıdır. İki nörotransmitter üzerinden etki eden antidepresan ilaçların etkinliğinin daha iyi olduğu konusunda gözlemler olmakla birlikte bu konu kesinleşmemiştir. Tianeptin, mirtazapin, moklobemid gibi ilaçların cinsel işlev bozukluğu açısından daha güvenilir olduğu unutulmamalıdır (38).

## **2.2. Anksiyete**

### **2.2.1. Giriş**

Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım şeklidir. Kaygı veya bunaltı olarak da adlandırılır. Fizyolojik olarak çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilerin yanında psikolojik özellikler olarak sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu sayılabilir. Bazı tanımlar anksiyeteyi, kaynağı büyük bir ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisiyle sınırlandırarak korkudan ayırt eder. Anksiyete, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici bir işlev görebilir. Anksiyete, uyum sağlayıcı, ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevi yanında, engelleyici işlev de görebilir. Anksiyetenin ne zaman maladaptif, nerede adaptif olduğunun tespiti önem arz etmektedir. Anksiyeteye ilgili uyarılmışlığın performansı olumlu etkilediği optimal bir aralık vardır. Süregenleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya sebep olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği anksiyete durumları patolojik olarak değerlendirilmelidir (39).

Yukarıda da anlatıldığı gibi her anksiyeteyi patolojik olarak kabul etmek doğru bir davranış değildir. Aksine yaşanan anksiyete duygusu bireylerin yaşadıklarının içsel veya dışsal değişikliklere verdiği cevabın göstergesidir. Anksiyete daha da önemli olarak kişilerin belirli dönemlerinde yaşadıkları yeni ortama benlik ve bedensel olarak adaptasyon yeteneğini de geliştirilmesine katkı sağlayan bireyler için yararlı bir duygulanım halidir (40).

Anksiyete hayatı tehdit eden hadiselerde, kişide hayal kırıklığı oluşturan nedenler, sevilen birinden veya ortamdaki ayrılma, fiziksel hastalıklar gibi yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Anksiyete ile beraber bireylerde otonomik ve somatik semptomlar eş zamanlı görülmektedir. Bu durum koruyucu bir mekanizma olarak kişilerin daha fazla zarar görmesini engeller. Bazı durumlarda hiçbir

dış uyaran olmaksızın bireyin iç dünyasında gelen uyaranlar bireylerde otomatik olarak anksiyete hissi gelişmesine neden olabilmektedir. Eğer kişilerdeki savunma mekanizmaları yani ruhsal olarak sağlıklı ise anksiyete hissini kontrol altına alarak baş edebilir fakat bireyler tam olarak ruhsal olarak sağlıklı değilse anksiyete hissi kronik bir hal alabilir. Kişi anksiyete duygusunu kontrol edemez ise anksiyete bozukluğu denilen ruhsal hastalık ortaya çıkar. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda (%30) erkeklere (%19) göre yaşam prevalansı daha yüksektir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda bu oran azalmaktadır (41).

Depresyon ve anksiyetenin ortak bazı klinik semptomları vardır bunlar; duygusal (sık sık ağlama disfori, irritabilite), davranışsal (zayıf sosyal beceriler, aktivitede azalma ve düşük enerji düzeyi), bedensel (uyku bozuklukları ve panik ataklar), bilişsel (endişe çaresizlik, kendine güvende azalma) belirtilerdir. Daha fazla depresyona özgül olan durumlar ise; anhedoni, psikomotor retardasyon, cinsel isteksizlik, azalmış SSS uyanıklığı, iştah azalması, ilgisizlik, isteksizlik, ağır keder ve umutsuzluk olarak sayılabilir. Daha sıklıkla anksiyetede görülen durumlar ise artmış aktivite, prematür ejakülasyon, hipervijilans, belirsizlik duygusu, artmış SSS uyanıklığı, ajitasyon, korku ve gerginliktir (42).

DSM-V'e göre anksiyete bozukluklarının alt tipleri şöyledir (6);

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

### 2.2.2. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB); en az 4 hafta boyunca çocuğun evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı olarak gelişim düzeyine göre beklenenden daha fazla ve yineleyici anksiyete duyması şeklinde tanımlanabilir. Çocuğun bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir anksiyete yaşadığı, ayrılma korkusu nedeniyle, okula ya da başka bir yere gitmek istemediği görülür. Ayrılma anksiyetesi bozukluğunda çocuk, kendisi için önemli işlevsellik alanlarında (okulda ya da okul dışı arkadaş ilişkilerinde, sosyal yaşantısında) zorluklar yaşar (43).

Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun oluşumunda çeşitli risk etmenleri bulunmaktadır. Okulla ilgili bazı olumsuzluklar, yeni kardeş doğumu, bir yakının ölümü, çocuğun anne ya da babasından uzun süre ayrı kalması, anne-çocuk ilişkisinde karşılıklı bağımlılık, üzerinde en çok durulan başlıklardır (44-46). Çocuğun okulla ilk tanıştığı dönemlerde, okulda yaşadığı başarısızlıklar geçici olarak okula gitmek istememesine neden olabilir; ancak bu korkular uygun ebeveyn tutumu ve okulun desteği ile aşılabılır (44). Anksiyete bozukluğu olan çocuklarla ilgili çalışmalarda, çocuktaki uyum sorununun nöropsikolojik işlev bozuklukları, genetik özellikler ve kalıtımın yanında, çevresel etkileşimler ve ebeveynlerinin özellikleriyle de ilişkili olduğu bulunmuştur (47). Psikodinamik yaklaşıma göre; ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı alan çocuk, daha önceki gelişim dönemlerinden geçişinde sorunlar (bağlanma sorunları, önceki ayrılma güçlükleri gibi) yaşamış ve başarısız olmuştur (48).

Ayrılma kaygısı bozukluğu DSM-V'e göre tanı kriterleri (6).

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

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.

3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn. kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
  4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
  5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
  6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
  7. Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içerene karabasanlar görme
  8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (örn. baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı, kusma) ilgili yineleyen yakınmalarının olması.
- B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, ergenlerde altı ay ya da daha uzun sürer.
- C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.
- D. Bu bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozuklukta değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

### **2.2.3. Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm)**

Ayrı bir bozukluk olmasına rağmen, sosyal kaybı bozukluğu ile ilişkili olduğuna inanılan seçici konuşmazlık, çocukta bir ya da birden fazla özgül sosyal ortamda özellikle okul ortamında ısrarcı şekilde konuşmama ile karakterizedir. Seçici konuşmazlık olan bir çocuk tamamen ya da genellikle sessizdir. Bazı olgular sesli



konuşma yerine fısıltıyla konuşurlar. Seçici konuşmazlık, genellikle 5 yaş öncesinde başlamasına rağmen çocuğun okul ortamında yüksek sesle okuması ya da konuşması beklenene kadar belirgin olmayabilir. Seçici konuşmazlığın en yeni kavramsallaştırılması altta yatan sosyal kaygı ile sonrasında beliren konuşmama arasındaki ilişkinin aydınlığa kavuşturulmasıdır. Seçici konuşmazlık olan birçok çocuk stresli ortamlarda tamamen sessizken bazıları ise kısa sözcükleri işitilmeyecek düzeyde söylerler. Seçici konuşmazlığı olan çocuklar dil edinimi ve konuşma gecikmesi açısından artmış riske rağmen, sosyal kaygı oluşturmayan ortamlarda iyi konuşabilme kapasitesine sahiptir. Bu olguların bazıları göz teması ya da sözel olmayan mimiklerle iletişim kurarlar. Bu çocuklar ev ve diğer bazı tanıdık ortamlarda akılcı konuşurlar. Seçici konuşmazlığın seçici sosyal ortamlarda dışa vurum özelliği sebebiyle sosyal fobinin dışa vurumunun başka bir tarzı olduğuna inanılmaktadır (18).

Seçici konuşmazlık (mutizm)'in DSM-V'e göre tanı kriterleri şu şekildedir (6);

- A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda ), sürekli bir biçimde, konuşamıyor olma.
- B. Bu bozukluk, eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar.
- C. Bu bozukluğun süresi en az bir aydır(okulun birinci ayıyla sınırlı değildir).
- D. Konuşamıyor olma, söz konusu toplumsal durumlarda konuşulan dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama ile ilişkili değildir.
- E. Bu bozukluk, iletişim bozukluğu (örn. çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

#### **2.2.4. Özgül Fobi**

Fobi kelimesi karşılaşılan bir nesne, olay veya duruma karşı belirgin şiddetli, ısrarlı, mantıksız korku yaşanmasıdır. Fobik uyaranla karşılaşıldığı an anksiyete başlar ve kaçabilmenin yolları aranır. Kaçabilme ihtimaline göre anksiyetenin şiddeti değişkenlik gösterir (49).

Özgül fobinin DSM-V'e göre tanı kriterleri (6).

- A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).
- B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.
- C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.
- D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesnelere ya da durumlar gibi (takıntı- zorlantı bozukluğunda olduğu gibi); örseleyici olayları anımsatıcı gibi (örseleme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

#### **2.2.5. Sosyal Fobi**

Sosyal fobi kişinin başkalarınınca değerlendirileceği birden çok durumdan sürekli korkma; sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilip aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşecek biçimde davranacağından korkma durumu olarak tanımlanmıştır. Sosyal fobisi olan bireylerin sosyal ortamlarda kendilerini eleştirme eğilimleri artar, kızarma, çarpıntı, terleme, titreme gibi fiziksel belirtiler gösterirler. Sosyal fobi toplumda yaygın görülen bir bozukluktur. Popülasyonun %3 ve %13'ünde

görülmektedir ve en yaygın ikinci kaygı bozukluğudur. Bu kadar sık görülmesine karşın tanıyı karşılayanların %1,1'i tedavi seçenekleri aramaktadır (49) .

DSM-V'e göre sosyal fobi tanı kriterleri (6) şunlardır;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.2.6. Panik Bozukluğu**

Aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan, yoğun iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan panik ataklarla karakterize bir hastalıktır (49, 50). Panik bozukluk çoğunlukla 15-30 yaş aralığında başlar. Yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığı azalmaktadır (51). En sık karşılaşılan anksiyete bozukluğu panik bozukluktur (52).

Panik bozukluğun DSM-V'e göre tanı kriterleri (6).

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.2.7. Agorafobi**

Agorafobinin hemen hemen her zaman panik bozukluğu olan hastalarda bir komplikasyon olarak oluştuğuna inanılır. Bu da kaçmanın zor olacağı toplumsal alanlarda panik atak geçirileceği korkusunun agorafobiye neden olduğu düşüncesidir. Agorafobi sıklıkla panik bozukluğu ile bir arada olmasına rağmen DSM-V agorafobiyi ayrı bir durum olarak sınıflandırır.

Agorafobi terimi,1871’de toplumsal yerlere yalnız başına girmeye korkan hastaların durumunu tanımlamak için kullanılmıştır. Terim Yunanca ‘agora’ ve ‘phobos’ kelimelerinden türetilmiş olup ‘pazar yeri kokusu’ anlamına gelmektedir (18).

Agorafobinin DSM-V’te geçen tanı kriterleri (6);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(örseleme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir.

Not: Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur.

Kişinin klinik görünümü, hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini

karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır.

### **2.2.8. Yaygın Kaygı Bozukluğu**

Yaygın kaygı bozukluğu sık karşılaşılan bir durumdur; 1 yıllık yaygınlık oranı için uygun tahminler %3-8 arasında değişir. Bu bozukluğa sahip kadınların erkeklere oranı 2/1'dir, ancak bu bozukluk için yatarak tedavi gören kadınların erkeklere oranı yaklaşık 1/1'dir. Olguların sıklıkla daha ileri yaşlarda görülmesine rağmen, bozukluk genellikle geç ergenlik veya erken erişkinlik döneminde başlar (18).

DSM-V'e göre tanı kriterleri (6).

- A.** En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B.** Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C.** Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
  2. Kolay yorulma.
  3. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
  4. Kolay kızma.
  5. Kas gerginliği.
  6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D.** Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikle düşmeye neden olur.
  - E.** Bu bozukluk, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Hipertirodi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
  - F.** Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden

ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

### **2.2.9. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu**

Madde ile ilişkili kaygı bozukluğu hem sözde keyif verici ilaçların hem de reçetelenen ilaçların kullanımı sonucu sık görülür. Pek çok madde herhangi bir DSM-V kaygı bozukluğunun kaygı belirtilerine benzer belirtilere yol açabilir (18).

Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu'nun DSM-V'e göre tanı kriterleri (6)

- A.** Klinik görünümüne panik atakları ya da kaygı egemendir.
- B.** Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:
  - 1.** A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esikliği (intoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da en az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.
  - 2.** Söz konusu madde/ilacın, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.
- C.** Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir kaygı bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir kaygı bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir:
- D.** Belirtiler, madde/ilacın kullanımından önce de vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre (örn. yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı kaygı bozukluğunun başka kanıtları vardır (örn. maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin olduğuna ilişkin bir öykü).
- E.** Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- F.** Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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



### **2.2.10. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu**

Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu'nun DSM-V'e göre tanı kriterleri (6) şunlardır;

- A. Klinik görünümüne panik atakları ya da kaygı egemendir.
- B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.
- C. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz
- D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

### **2.2.11. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu**

Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu kategorisi, kaygı bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır.

“Tanımlanmış diğer bir” adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır (6);

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

## **2.3. Uyku Kalitesi**

### **2.3.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi**

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyarımlarla geri döndürülebilir şekilde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak tanımlanmaktadır (53). Çok eski çağlardan beri insanoğlu uykunun doğası ve mekanizmasını anlamaya çalışmaktadır. Yaşamımızın yaklaşık olarak 1/3'ü uykuda geçer. Uyku; aktif, kompleks, organize, amacı tam olarak bilinmeyen esansiyel bir durumdur. Uykunun organizma için yaşamsal olduğu bilindiği halde, görevlerini tam olarak belirlemek henüz mümkün olmamıştır (54).

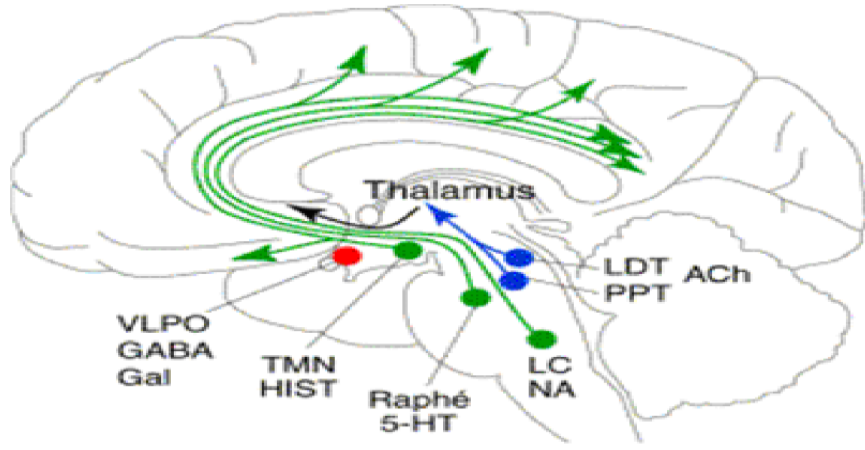
Uyku kalitesi olarak da adlandırılan yeterli uyku, uyandığında bireyin kendini dinlenmiş ve yenilenmiş hissetmesidir (55).

Uyku mekanizması ağırlıklı olarak Merkezi Sinir Sistemi (MSS) tarafından kontrol edilirken endokrin, kardiyovasküler, solunum ve kas sistemindeki değişikliklerden ve periferik sinirlerden etkilendiği de belirtilmektedir (56). Uyku halinde istemli davranış ve düşüncenin kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı ve kas aktivitesinin azaldığı bilinmektedir. Tek başına bağımsız bir süreç olmayan uyku, uyanıklık ile sürekli etkileşim içindedir (57).

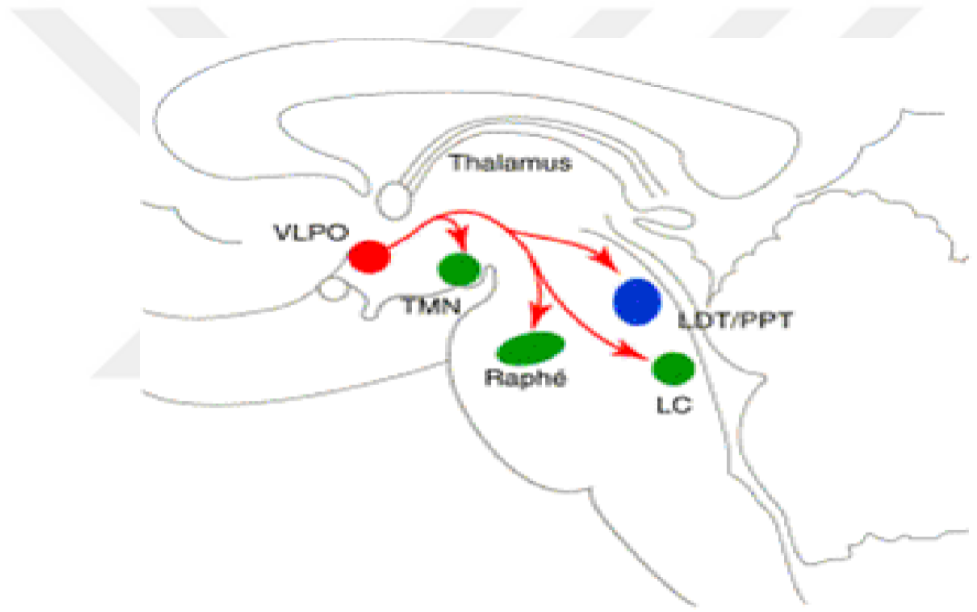
Beynin uyuması, bir çok kendi kendini yöneten osilasyonlardan oluşan kompleks bir sistem aracılığı ile olur, bu osilasyonlar internal olarak oluşturulur ve intrinsik bağlantılarla birbirine bağlı beynin farklı bölümlerinde aktivasyon/deaktivasyon süreçlerinin oluşumunu sağlar (58).

İntraselüler çalışmalar, uyku-uyanıklık döngüsünün kontrolünü sağlayan kortikal ve subkortikal yapılar arasındaki karşılıklı etkileşimin talamus, hipotalamus, önbeyin ve beyin sapı arasında olduğunu göstermektedir (59).

Szymusiak ve ark. uyku başlangıcında ventrolateral preoptik nukleusta uykuyu sağlayan nöronlarda ateşleme oranında artış olduğunu ve uyku derinliğinin artışı ile orantılı olarak ateşleme oranının arttığını, eş zamanlı olarak beyin sapında aktivasyonun azaldığını göstermişlerdir. Sonuç olarak, talamokortikal nöronlar hafif uykudan derin uykuya geçerken yavaş yavaş daha hiperpolarize hale gelir. Aksine uyanıklık veya REM uykusuna dönüşü sağlamak amacıyla beyin sapındaki eksitatör impulslar talamokortikal nöronları depolarize eder (58).



Şekil 1. Uyku Mekanizmasında Görevli Yolaklar



Şekil 2. Uyku Mekanizmasında Görevli Yolaklar

### 2.3.2. Nörotransmitterler

Dopamin, serotonin, histamin, norepinefrin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler uykuda rol oynarlar.

#### 2.3.2.1. Serotonin

Uykuyu başlatan en önemli nörotransmitterdir.

#### 2.3.2.2. Asetilkolin

Uyanıklık durumunda ve REM uykusunun başlatılmasında etkindir.

#### 2.3.2.3. Norepinefrin

Genel olarak uyanıklığın sağlanması ve devamlılığında sorumludur. Mezensefalonda ile pons arasında yer alan Rafe çekirdeği serotonin salgılar. Beynin bu alanı BSR (Bulbar Synchronizing Region) olarak da adlandırılır. Uyku ile BSR'un aktivitesinde artma meydana gelir. Serotonin seviyesi yeterince yükseldiğinde RAS inhibe olur (60,61).

#### 2.3.2.4. Oreksin (hipokretin)

Lateral, perifornikal ve posterior hipotalamusta bulunan nöronlar tarafından üretilir (62,63). Oreksin sistemi, uyanıklığın düzenlenmesinde önemli bir işleve sahiptir (62).

#### 2.3.2.5. Glutamat

Beyindeki en temel eksitator nörotransmitterdir (64). Serebral korteksteki glutaminerjik yayılımların çoğu, talamusta bulunan özgül ve özgül olmayan nükleuslardan kaynaklanır (65). Talamusun özgül olmayan nöronları, bir taraftan doğrudan uyanıklılığı destekleyici bir etki gösterirken diğer taraftan uyanıklığı destekleyen kolinerjik ve histaminerjik nöronlar tarafından uyarılır.

#### 2.3.2.6. Galanin

İnhibitör bir nörotransmitterdir. GABAerjik nöronlar gibi uyku sağlayıcı etkiye sahiptir.

#### 2.3.2.7. Melatonin

Pineal bez tarafından üretilen bir hormondur. Bu hormonun sentezi, çalışması ışık düzeyi tarafından düzenlenen suprakiazmatik nükleus tarafından kontrol edilir (66). Melatoninin insanlardaki sirkadiyen uyanıklık mekanizmasını inhibe ederek uykuyu artırdığı düşünülmektedir (67).

#### 2.3.2.8. Adenozin

Santral sinir sisteminde genel inhibitör bir nöromodulator olarak kabul edilir. Adenozin A-1 reseptörleri inhibitör, A-2a reseptörleri eksitator olarak kabul edilir (68). Adenozin reseptör agonistleri uykuyu artırırken; kafein gibi adenozin reseptör blokörleri ise uyanıklık sağlarlar (69).

#### 2.3.2.9. Melanin Konsantre Edici Hormon (MKH)

MKH, lateral hipotalamusta oreksinerjik nöronlarla birarada bulunur. MKH nöronları uyanıklık sırasında durgun, yavaş dalga uykusu sırasında çok az aktif ve REM uykusu sırasında ise yüksek düzeyde aktiftirler (66).

### **2.3.3. Uyku Evreleri ve Özellikleri**

Uyku evreleri; Evre 1 (hafif uyku), Evre 2, Evre 3 ve Evre 4 (derin veya delta uykusu) ve REM uykusudur. Son yıllarda Evre 3 ve 4 birleştirilmiş Evre 3 olarak isimlendirilmiştir. Bu uyku evreleri (Evre 1, 2 ve 3) Non-REM uykusunu oluşturmaktadır.

Normal uyku evreleri:

Uyku Non-REM ve REM uykusu olmak üzere iki bölümde incelenir.

**a. Non-REM uykusu:** 4 evreden oluşur. Birinci ve ikinci evrelere yüzeysel uyku, üçüncü ve dördüncü evrelere ise derin uyku (yavaş dalga uykusu) denilmektedir.

Non-REM Evre 1: Tüm gece uykusunun % 1-5'i

Non-REM Evre 2: Tüm gece uykusunun % 40-50'si

Non-REM Evre 3 ve 4: Tüm gece uykusunun % 20-25'ini oluşturur

**b. REM uykusu (paradoksal uyku)**

Tüm gece uykusunun % 20-25'ini oluşturur. Hızlı göz hareketlerinin olduğu, diğer kasların atonik olduğu uyku evresidir. Gece boyunca uyku evrelerinin gelişimi uyku yapısı olarak isimlendirilir. Uykunun başlangıcından ilk REM döneminin sonuna kadar olan döneme bir uyku siklusu denilmektedir. 90-120 dakika süreli bu sikluslar gece boyunca 4 ile 6 defa tekrar etmektedir. İlk REM periyodu 10-60 dk arası olabilmektedir. Gecenin ilk yarısında gerek sayı, gerekse süre açısından Non-REM, ikinci yarısında ise REM dönemi ağırlık kazanmaktadır (70).

REM döneminin önemli özelliklerinden biri de rüyaların uykunun bu evresinde görülmesidir. Rüyalar, görsel imgeler, sesler ve diğer bedensel duymalara eşlik eden duygu ve düşüncelerden oluşur. Rüyaların biyolojik işleyişi, içeriği ve amaçları tümüyle anlaşılabilir değildir. Rüyaları psikolojik ve nörofizyolojik olarak bilimsel yoldan açıklamaya çalışan ilk bilim adamı olan Freud, zihnin uyku sırasında da etkin bir biçimde çalıştığını ve bunun kanıtının rüyalar olduğunu ileri sürmüştür (71).

Uykunun geri kalan % 70-80'lik bölümünü oluşturan NREM uykusu döneminin özgül EEG değişiklikleri ile kendi içinde yüzeysel uyku dönemi olarak kabul edilen 1 ve 2. evre ile derin uyku olarak kabul edilen 3 ve 4. evreleri tanımlanmıştır (60,61). Göz hareketlerinin olmadığı, kas tonusunun azalmış, nabız ve solunumun ise yavaşlamış olduğu bu evrede EEG'de yüksek amplitüdü yavaş dalgalar ve içcikler gözlenir (Tablo-1). Genel olarak uykunun ilk 1/3'lük bölümünde derin uyku, son 1/3'ünde de REM

uykusu daha fazla yer almakta, uykunun yapısal özellikleri üzerinde en belirleyici rolü yaş oynamaktadır (60,61).

#### **2.3.4. Uyku Gereksinimi**

Yeterli uyku süresi, bireyin yaşına, cinsiyetine, beslenmesine, fiziksel aktivitesine, sağlık koşullarına, çevresel koşullara ve kişisel özelliklerine göre farklılık göstermektedir (56).

The National Sleep Foundation (NSF) son yayınladığı raporda çoğu yaş grubu için daha uygun olan uyku aralıklarını önermiştir. Çocuklar ve gençler için altı tane yaş grubu içeren ve yeni yaş grubu kategorileri eklenen raporda önerilen uyku aralıkları revize edilmiştir. NSF'nin yeni önerileri (63).

Yeni doğan (0-3 ay): 14-17 saat/gün (daha önce 12-18 saat)

Bebekler (4-11 ay): 12-15 saat/gün (daha önce 14-15 saat)

Bebekler (1-2 yaş): 11-14 saat/gün (daha önce 12-14 saat)

Okul öncesi çocuklar (3-5 yaş): 10-13 saat/gün (daha önce 11-13 saat)

Okul çağındaki çocuklar (6-13 yaş): 9-11 saat/gün (daha önce 10-11 saat)

Gençler (14-17): 8-10 saat/gün (daha önce 8.5-9.5 saat)

Genç yetişkinler (18-25): 7-9 saat/gün (yeni yaş kategorisi)

Yetişkinler (26-64): 7-9 saat/gün (uyku aralığı değişmedi)

Yaşlı yetişkinler (65+): 7-8 saat/gün (yeni yaş kategorisi)

#### **2.3.5. Sirkadiyen Ritim**

Sirkadiyen kelimesi, Latince 'circa' (yaklaşık) ve 'dies' (gün) sözcüklerinin birleşmesiyle oluşmuştur ve 'yaklaşık bir gün' anlamına gelmektedir. Yaklaşık olarak bir günde gerçekleşen fizyolojik ve biyolojik süreçlerdeki değişimleri ifade etmektedir (58). Sirkadiyen ritimler, metabolizmanın çevresel değişimlere verdiği bir yanıt olmayıp, endojen olarak üretilmektedir (59). Sirkadiyen ritim anterior hipotalamusta bulunan suprakiazmatik nükleus (SKN) tarafından kontrol edilmektedir (58). Son gelişmeler, sirkadiyen ritimlerin düzenlenmesinde "clock gen" olarak bilinen transkripsiyonel regülatörler ile ilgili bir dizi genden oluşan bir moleküler zamanlayıcının rol aldığını göstermektedir (70). Bu genler (Clock, BMAL1, Period, Cryptochrome genleri) SKN'den aldıkları dönütler ile birbirlerini kontrol etmekte ve kendilerine özgü bir ritmik düzen edinmektedir.

### **2.3.6. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler**

Uyku kalitesi, bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni güne hazır hissetmesidir (68).

Uyku kalitesi niteliksel ve niceliksel olarak kötü olduğunda dikkat/bellek bozuklukları, emosyonel değişkenlik, hatta varsanı ve sanrılar görülebilmekte; normal çalışma verimi azalmakta; kronobiyolojik değişmelerle birlikte bu belirtilerin şiddeti daha da artabilmektedir (72).

Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında yaş, cinsiyet, çevresel faktörler, meslek, sosyal, ekonomik durum, genel sağlık durumu, yaşam stili, metabolik hız, hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol/sigara kullanımı, anksiyete gibi psikolojik durumlar sayılır (64,65).

#### **2.3.6.1. Yaş**

Genel olarak toplam uyku süresi yaşla azalmaktadır (66). REM uyku süresinde yaşla değişiklik olmazken, çocukların erişkinlere göre daha fazla, yaşlıların ise daha az yavaş dalga uykusu (NREM 3. ve 4. evre) olduğu bilinmektedir (67).

#### **2.3.6.2. Cinsiyet**

Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda uyku bozuklukları yaşadıkları, uyku kalitelerinin erkeklerden daha kötü olduğu ve daha fazla uykuya gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Uyku kalitesi ve süresinin sadece cinsiyet farklılığından değil, aynı zamanda kadının toplumdaki ve aile içindeki rolleri gibi sosyal faktörlerden de etkilendiği görülmektedir (69).

#### **2.3.6.3. Çevresel Faktörler**

Kişiler genellikle kendi evlerinde, alışkın oldukları ortamda daha rahat ederler ve daha kolay uyurlar. Bazı kişiler sessiz, sakin, ışsız bir ortamda uyuyabilirken, kimileri de hafif ışıklı ortamı tercih edebilir (35).

#### **2.3.6.4. Yaşam Stili**

Yaşam biçimi, uyku düzeni ve uyku kalitesini etkileyen etmenler arasında bulunmaktadır. Çalışma düzeni vardiya şeklinde olan kişilerin değişen uyku saatlerine uyum sağlaması zor olmaktadır. Gece saatlerinde çalışan bireylerde bir-iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olmaktadır. Vardiyalı çalışma, kesintili uyku ve yorgunluk ile yaşanan sağlık problemleri arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir (36).

#### 2.3.6.5. İlaç Kullanımı

Bazı ilaçların kullanılması uyku alışkanlıklarını ve sistemini bozduğu için, uyku problemleri için kullanılan birtakım ilaçlar da yararlarından çok yeni problemlere neden olduğu için uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (73). Ayrıca hormonal tedaviler, antiemetikler, antidepresanlar, psikostimülanlar, benzodiazepinler, bronkodilatörler, kortikosteroidler, diüretikler, nöroleptikler, biyolojik ajanlar normal uyku kalitesini değiştirmektedir. Bununla birlikte barbitürat, antihistaminik, majör trankilizan, benzodiazepin, antidepresan gibi bazı ilaçların yoksunluğu da uyku kalitesini değiştirebilmektedir (74). Hipnotik ve benzodiazepinler REM uyku dönemini arttırmakla birlikte irritabiliteye neden olmaktadır. Aniden kesilmesi ile sinirlilik, ajitasyon ve gece kabusları gelişebilir (75).

#### 2.3.6.6. Alkol/Sigara Kullanımı

Az veya orta miktarda alkol tüketilmesi başlangıçta sedatif etki göstererek uykuya geçişi kolaylaştırmakta, ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM 4. Evre ve REM uykusunda azalmaya neden olmaktadır (37,38). Nikotin uyarıcı bir madde olduğu için uykuya geçişi zorlaştırmakta; sigara içen bireylerde uykuya dalma gücü ve hafif uyuma daha sık görülmektedir (18,76).

#### 2.3.6.7. Emosyonel Durum

Yaşanılan çeşitli psikolojik durumlar uykuya dalmayı güçleştirerek veya sık sık uyanmalara sebep olarak olumsuz etkileyebilmektedir. Anksiyete nörepinefrin salgısının artmasına sebep olur. Artan nörepinefrin salınımı NREM III ve REM uykusu sürelerinde azalmaya sebep olur, uyanma durumları artar (53,54).

#### 2.3.6.8. Beslenme

Aşırı yemek yeme, çikolata, kola, çay, yetersiz proteinli öğünler (süt, yumurta, peynir vb.) uyku düzenini bozabilir. Uyku problemi yaşayanlara hafif yemek yemeleri ve süt, yoğurt gibi yiyecekleri tüketmeleri önerilmektedir. Bu ürünler serotonin yapımına katılan, uyku en önemli aminoasit olan L-triptofan bulundurmaktadırlar (53,56).

#### 2.3.6.9. Hastalıklar

Hastalıkların bireylerde yarattığı hem fizyolojik hem de psikolojik etkileri uyku kaliteleri bozabilir. Hasta bireyler uyabilmek, uykuda kalabilmek için oldukça zorlanmaktadır. Ancak hasta kişilerin iyileşmek ve tedavi süreçlerini hızlandırmak için daha fazla uykuya ihtiyaç vardır. Gastro özofageal reflü, duodenal ülser, anjina pektoris,



konjestif kalp yetmezliği, üremi, alerjik rinit, nöbetler, hipertiroidi, diabetis mellitus gibi rahatsızlıklar uykusuzluğa neden olurken, hipotiroidi, enfeksiyonlar, myotonik distrofi, tümörler, serebro-vasküler rahatsızlıklar, hidrosefali, hipoglisemi, hiponatremi, karaciğer ve böbrek yetmezliği ve fiziksel travmalar ise fazla uyuma isteği oluşturabilir. Menopoz sonrası ateş basmaları ve gece sık idrara çıkma, sık öksürüğe neden olan astım vb. rahatsızlıklar uykuya dalmayı ve uykuda dalmayı güçleştirmektedir. Aynı şekilde psikiyatrik hastalarda uyku kalitesinde olumsuz durumlarla karşılaşmaktadırlar (54,57).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü**

Araştırma; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan kesitsel, vaka-kontrol tipi bir çalışmadır. Çalışma öncesinde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alındı (18.01.2017 tarihli 2017/01 nolu oturumun 12 nolu kararı). Çalışma protokolü Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü. Bu çalışma ile Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan sağlık personeli kadınlarda ve Kahramanmaraş il merkezinde rastgele seçilmiş Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'lere başvuran sağlıklı ev hanımlarında gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) testleri yapılarak anksiyete, depresyon ve uyku kalitesinin saptanması planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan sağlık personeli kadınlara ve Kahramanmaraş il merkezinde rastgele seçilmiş ASM'lere başvuran sağlıklı ev hanımlarında 1.02.2017 ile 01.05.2017 tarihleri arasında prospektif olarak yapıldı. Çalışmaya katılımı kabul eden katılımcılara gönüllü onam formu imzalatılarak, anket formları yüz yüze görüşme metodu ile dolduruldu.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmaya; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan kadın doktor ve hemşireler ve Kahramanmaraş il merkezinde rastgele seçilmiş ASM'lere başvuran sağlıklı ev hanımları dahil edilmiştir.

Çalışmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizi uygulanmıştır. Buna göre  $\alpha:0,05$  önem düzeyinde ve 0.80 testin gücünde 187 kişi vaka grubu, 187 kişi kontrol grubu olmak üzere toplam 374 bireyin alınması planlanmıştır. 203 vaka 202 kontrol olmak üzere toplamda 405 kişiye yapılmıştır. Anketin yapıldığı gün ve son 6 aylık periodda depresyon ve anksiyete nedeniyle tedavi görmüş 5 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. 400 kişi ile çalışmamız tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. 18 -65 yaş aralığında olma
2. Aydınlatılmış onam formu alınmış olması
3. Vaka grubu için; sağlık çalışanı olma

4. Kontrol grubu için; çalışmıyor olma
5. Son 6 aydır psikiyatrik tedavi almıyor olması
6. Depresyon ve anksiyete yapabilecek ve uyku kalitesini etkileyecek eşlik eden kronik hastalığı olmaması

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

1. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olma
2. Aydınlatılmış onam formunun alınmamış olması
3. Depresyon ve anksiyete yapabilecek ve uyku kalitesini etkileyecek eşlik eden kronik hastalığının olması
4. Son 6 ayda psikiyatrik tedavi almış olması

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Daha önce belirtilmiş olan kriterlere uygun olarak çalışmaya alınan bireylere ekteki (Ek-1-2-3) formlar uygulanmıştır. Bireylerin depresyon, anksiyete ve uyku kalitelerini belirlemek için dünyaca kabul görmüş ve standartize edilmiş çeşitli depresyon, anksiyete ve uyku kalitesi ölçekleri mevcuttur. Biz de bunlardan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan BDÖ, BAÖ ve PUKİ kullanılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmamızın sadece bayanlarda yapılmış olması dolayısıyla cinsiyetler arası farka belirlenememiş olması, sağlık personeli bayanların kendi arasında meslek grubuna göre farklarına bakılamamış olması, kronik hastalığı olanlarda hastalıklarının detaylandırılıp anksiyete, depresyon ve uykuyu ne ölçüde değiştirdiğinin ölçülememiş olması araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturuyor.

### **3.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (77) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (78) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir.

### 3.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyon açısından riskli grubu belirlemek için Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen, 1978 yılında tekrar düzenlemesi yapılan Beck Depresyon Envanteri kullanıldı. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir grup cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye 0-3 arasında numaralar verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. 21 maddeden oluşan, toplam puanı 0-63 arasında değişen ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (79) ve Tegin (80) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Ölçüte bağlı geçerliliği  $r: 0.75$  ve test-yarılama yöntemi güvenilirliği  $r: 0.74$  olarak bulunmuş ve ülkemizde kullanılabilir olduğu bildirilmiştir.

Ölçeğin değerlendirilmesi (79):

- 0-10 puan Depresyon yok
- 11-17 puan Hafif şiddette depresyon
- 18-23 puan Orta şiddette depresyon
- 24 ve üzeri Ağır şiddette depresyon

### 3.8. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Son bir aylık uyku kalitesini, miktarını, uyku bozukluğunun varlığını ve şiddetini değerlendirmemizi sağlayan ve 19 soru içeren PUKİ, hastalarla birebir görüşme ile aynı hekim tarafından dolduruldu. PUKİ; (1) subjektif uyku kalitesi, (2) uyku gecikmesi, (3) uyku süresi, (4) uyku verimliliği, (5) uyku bozukluğu, (6) uyku ilacı kullanımı ve (7) gündüz işlevlerinde bozulmanın değerlendirildiği 7 ögeden oluşmaktadır. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanmaktadır. Puanlama geçen ay hiç olmamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak yapılmaktadır. Ankette sorulan uyku kalitesi değerlendirmesi ise; çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kötü 3 olarak puanlanmaktadır. Elde edilen global skor 0-21 arasında değişmektedir. Global skorun 5 veya üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu göstermektedir. Tanısal

duyarlılığı %89.6, özgüllüğü %86.5'dir (76, 81). PUKİ anketinin Türk hastalarına uyarlanmasını Agargun ve arkadaşları yapmıştır (81).

### 3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Grupların karşılaştırmalarında bağımsız iki örnek t testi kullanıldı. Kategorik verilerin dağılımları arasındaki farklılık Chi-Square testi ve Fisher exact testi ile incelendi. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler pearson korelasyon testi ile incelendi. Verilerin tanımlanmasında Ortalama $\pm$ SS parametreleri kullanıldı. Kategorik veriler oran ve frekanslar ile temsil edildi. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi. Veriler SPSS versiyon 22 ile analiz edildi.

### Şekil 3. Ölçeklerin Güvenilirlik Geçerlilik Katsayıları

Ölçekler	Cronbach's Alpha Katsayısı	Madde Sayısı
BAÖ	0,865	21
BDÖ	0,861	21

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

### 3.10. Araştırmanın Uygulanması

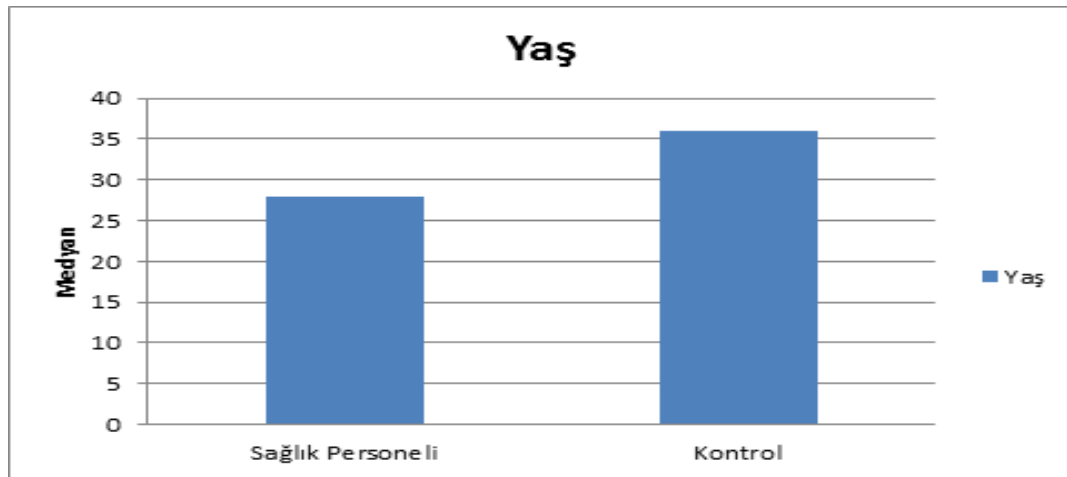
Çalışmamızda 01.02.2017 ile 01.05.2017 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan kadın doktor ve hemşireler ve Kahramanmaraş il merkezindeki rastgele seçilmiş asmlere gelen sağlıklı ev hanımları dahil edilmiştir. Aydınlatılmış onam formu alındıktan sonra sosyodemografik özellikler, BDÖ, BAÖ ve PUKİ uygulanmıştır. Çalışmamıza toplam 406 kişi ile başlandı ancak çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen 3 kişi ve antidepresan tedavi alan 2 kişi çalışma dışı bırakılarak çalışmamız 400 kişi ile tamamlanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza 200 sağlık personeli ve 200 ev hanımı olmak üzere 400 kişi gönüllü olarak katıldı. Sağlık personeli olan Grup 1'in yaş ortalaması  $28,87 \pm 6,41$ , kontrol grubu olan Grup 2'nin yaş ortalaması  $35,13 \pm 7,48$  idi. Katılımcıların yaş, çocuk sayısı gibi bazı sosyodemografik özellikleri ile çalışma yılı, haftalık çalışma süresi ve nöbet sayısı durumları **Tablo 2**'de, yaş ortalaması grafiği de **Şekil 4**'te gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ile çalışma yılı, haftalık çalışma süresi ve nöbet sayısı durumlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Grup 1		Grup 2	
	Medyan (Min.-Maks.)	Standart sapma	Medyan (Min.-Maks.)	Standart sapma
Yaş	28 (18-51)	6,41	36 (18-50)	7,48
Çocuk sayısı	3 (2-7)	0,92	4 (2-9)	1,22
Çalışma yılı	4 (0,5-28,0)	5,60		
Haftalık çalışma süresi	40 (20-48)	5,62		
Nöbet sayısı	10 (3-18)	3,05		



**Şekil 4.** Katılımcıların yaş ortalaması grafiği

Ev hanımlarının %90'ı evliyken, sağlık personelinin %56,5'u evlidir. Sağlık personelinin %24,5'unda tıbbi tanı konmuş rahatsızlık saptanmıştır ve ev hanımlarına

göre anlamlı derecede yüksektir. Bunun nedeninin sağlık konusunda daha bilinçli olmak ve sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik olduğunu düşünmekteyiz.

Ev hanımlarının %88,5'inin, sağlık personelinin %43'ünün çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayısı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Sağlık personelinin en düşük eğitim seviyesi lise iken, ev hanımlarının %66'sı liseye kadar bile eğitim almamışlardır.

Sağlık personelinin ortalama çalışma yılı 4,0 (0,5-28,0)'dür. Haftalık çalışma süresi ortalama 40 (20-48)'dir. Nöbet tutanlarda ortalama nöbet sayısı 10 (3-18)'dur.

Ev hanımlarının %63'ü sigarayı hiç denememişti ve bu durum sağlık personeline göre istatistiksel anlamlı derecede yüksektir.

Katılımcıların medeni durumu ile BDÖ, BAÖ ve PUKİ toplam puanları karşılaştırılmış olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0,02$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,024$ ). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı **Tablo 3**'de gösterilmiştir.

**Tablo 4**'de sosyodemografik özelliklerin gruplara göre dağılımı verilmiştir. Grup 1 ve 2'nin karşılaştırılmasında medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olup olmamaları, sağlık problemi olup olmaması, sigara içme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla:  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,034$ ;  $p=0,005$ ).

Grup 1 ve 2'nin karşılaştırılmasında gelir düzeyi, sosyal etkinlik, sigara içme durumu, son 1 yılda önemli stres yaşıyıp yaşamama, ruhsal sorun varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla;  $p=0,602$ ;  $p=0,249$ ;  $p=0,078$ ;  $p=0,476$ ;  $p=0,161$ ).

**Tablo 3.** Sosyodemografik özelliklerin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		n	%	
Grup	1	Sağlık personeli	200	50,0
	2	Kontrol	200	50,0
Medeni hal	Evli	293	73,3	
	Bekar	97	24,3	
	Boşanmış	6	1,5	
	Eşi vefat etmiş	4	1,0	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	6	1,5	
	İlköğretim	80	20,0	
	Ortaokul	47	11,8	
	Lise	85	21,3	
	Yüksekokul	30	7,5	
	Lisans	70	17,5	
	Yükseklisans ve doktora	82	20,5	
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	137	34,3	
	Var	263	65,8	
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden fazla	52	13,0	
	Gelirim giderimi ancak karşılıyor	296	74,0	
	Giderim gelirimden fazla	52	13,0	
Meslek	Öğretim üyesi	7	3,5	
	Asistan doktor	60	30,0	
	Ebe hemşire	125	62,5	
	Diğer	8	4,0	
Nöbet durumu	Tutuyor	114	57,0	
	Tutmuyor	86	43,0	
Sağlık problemi	Yok	319	79,8	
	Var	81	20,3	
Sosyal etkinlik	Yok	75	18,8	
	Var	325	81,3	
Sigara içme durumu	Hiç denemedim	226	56,5	
	Denemiş ama şu an içmiyor	88	22,0	
	Geçmişte 6 ay içmiş ve bırakalı 6 aydan az oldu	5	1,3	
	Geçmişte 6 ay içmiş ve bırakalı 6 aydan fazla oldu	13	3,3	
	Ara sıra içiyor	22	5,5	
	Günde 1 veya daha fazla içiyor	46	11,5	
Sigara içme durumu	İçiyor	65	16,3	
	İçmiyor	335	83,8	
Son 1 yılda önemli stres	Yok	237	59,3	
	Var	163	40,8	
Ruhsal sorun varlığı	Yok	230	57,5	
	Var ama destek almadı	99	24,8	
	İlaç	56	14,0	
	İlaç ve psikoterapi	12	3,0	
	Hastaneye yatış öyküsü	3	0,8	



**Tablo 4.** Sosyodemografik özelliklerin gruplara göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Grup 1	Grup 2	p
		n (%)	n (%)	
Medeni hal	Evli	113 (56,5)	180 (90)	p<0,001*
	Bekar	84 (42,0)	13 (6,5)	
	Boşanmış	3 (1,5)	3 (1,5)	
	Eşi vefat etmiş	0 (0,0)	4 (2,0)	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	0 (0,0)	6 (3,0)	p<0,001*
	İlköğretim	0 (0,0)	80 (40,0)	
	Ortaokul	0 (0,0)	47 (23,5)	
	Lise	45 (22,5)	40 (20,0)	
	Yüksekokul	19 (9,5)	11 (5,5)	
	Lisans	54 (27,0)	16 (8,0)	
	Yükseklisans ve doktora	82 (41,0)	0 (0,0)	
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	114 (57,0)	23 (11,5)	p<0,001*
	Var	86 (43,0)	177 (88,5)	
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden fazla	28 (14,0)	24 (12,0)	0,602
	Gelirim giderimi ancak karşılıyor	149 (74,5)	147 (73,5)	
	Giderim gelirimden fazla	23 (11,5)	29 (14,5)	
Meslek	Öğretim üyesi	7 (3,5)	0 (0,0)	-
	Asistan doktor	60 (30,0)	0 (0,0)	
	Ebe hemşire	125 (62,5)	0 (0,0)	
	Diğer	8 (4,0)	0 (0,0)	
Sağlık problemi	Yok	151 (75,5)	168 (84,0)	0,034*
	Var	49 (24,5)	32 (16,0)	
Sosyal etkinlik	Yok	42 (21,0)	33 (16,5)	0,249
	Var	158 (79,0)	167 (83,5)	
Sigara içme durumu	Hiç denemedim	100 (50,0)	126 (63,0)	0,005*
	Denemiş ama şu an içmiyor	49 (24,5)	39 (19,5)	
	Geçmişte 6 ay içmiş ve bırakalı 6 aydan az oldu	1 (0,5)	4 (2,0)	
	Geçmişte 6 ay içmiş ve bırakalı 6 aydan fazla oldu	11 (5,5)	2 (1,0)	
	Ara sıra içiyor	16 (8,0)	6 (3,0)	
	Günde 1 veya daha fazla içiyor	23 (11,5)	23 (11,5)	
Sigara içme durumu	İçiyor	39 (19,5)	26 (13,0)	0,078
	İçmiyor	161 (80,5)	174 (87,0)	
Son 1 yılda önemli stres	Yok	122 (61,0)	115 (57,5)	0,476
	Var	78(39,0)	85 (42,5)	
Ruhsal sorun varlığı	Yok	109 (54,5)	121 (60,5)	0,161
	Var ama destek almadı	54 (27,0)	45 (22,5)	
	İlaç	33(16,5)	23 (11,5)	
	İlaç ve psikoterapi	3 (1,5)	9 (4,5)	
	Hastaneye yatış öyküsü	1 (0,5)	2 (1,0)	

Katılımcıların BDÖ, BAÖ ve PUKİ puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması verilmiştir.

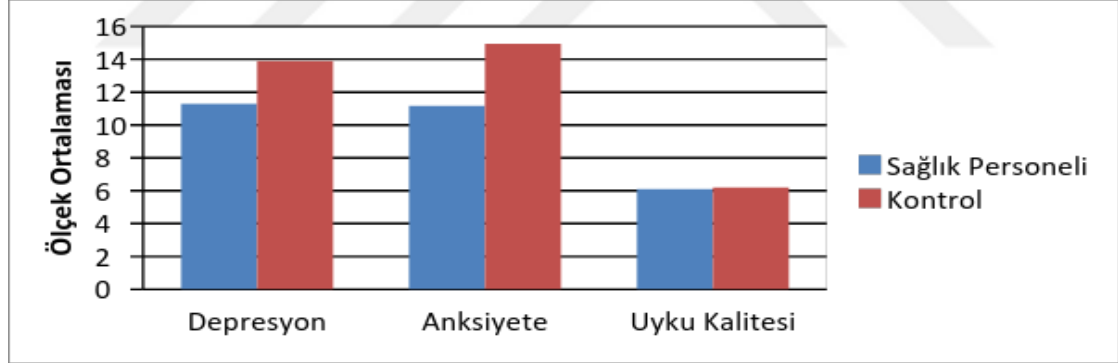
Grup 1 ve 2 arasında BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,002$ ,  $p<0,001$ ). PUKİ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,737$ ), (Tablo 5 ve Şekil 5).

**Tablo 5.** Katılımcıların BDÖ, BAÖ ve PUKİ puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması

Ölçekler	Grup 1 (n=200)	Grup 2 (n=200)	p
	Puan (Ortalama±SS)	Puan (Ortalama±SS)	
BDÖ	11,28±8,19	13,91±8,62	0,002*
BAÖ	11,17±9,12	14,96±9,97	$p<0,001$ *
PUKİ	6,09±3,20	6,20±3,35	0,737

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

\* Ki-kare testi, istatistiksel olarak anlamlı.



**Şekil 5.** Katılımcıların depresyon (BDÖ), anksiyete (BAÖ) ve uyku kalitesi (PUKİ) ortalama puanlarına dağılım grafiği

Nöbet tutan ve tutmayanlar arasında BDÖ ve BAÖ kesme puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark varken ( $p<0,001$ ), PUKİ kesme puanına göre iyi ve kötü uyku kalitesi olarak değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,837$ ), (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların BDÖ, BAÖ, PUKİ kesme puanları ile nöbet tutma durumlarına göre karşılaştırılması

Ölçekler	Kesme Puanları	Nöbet Tutma Durumu				p
		Tutuyor		Tutmuyor		
		n	%	n	%	
BDÖ	<17	159	79,5	129	64,5	p<0,001*
	≥17	41	20,5	71	35,5	
BAÖ	<17	157	78,5	128	64,0	p<0,001*
	≥17	43	21,5	72	36,0	
PUKİ	<5	78	39,0	76	38,0	0,837
	≥5	122	61,0	124	62,0	

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

\*Ki-kare testi, istatistiksel olarak anlamlı.

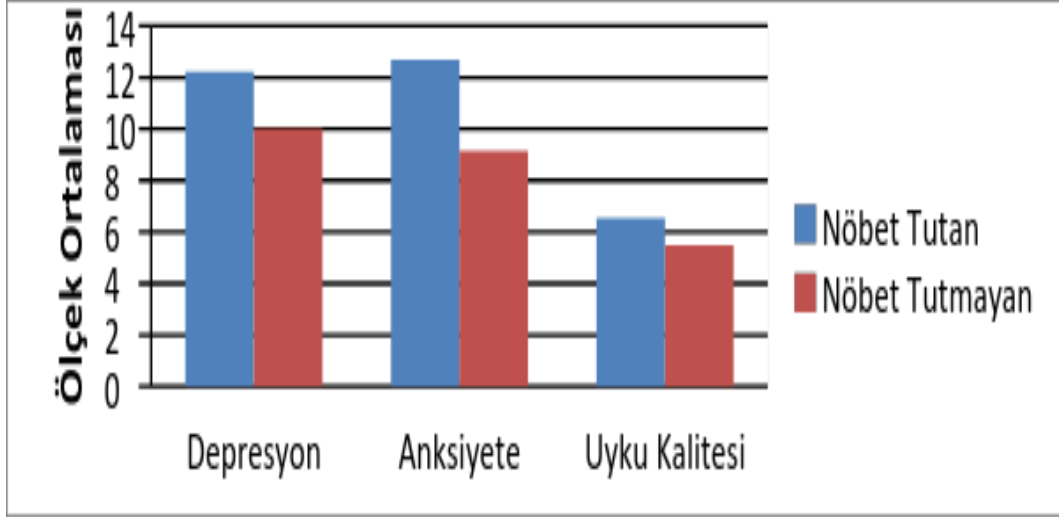
Nöbet tutan katılımcıların BAÖ ve PUKİ puan ortalamaları bakımından, nöbet tutmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla, **p=0,006**; **p=0,021**). Nöbet tutan ve tutmayanlarda BDÖ toplam skoru açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,062). **Tablo 7**'de ve **Şekil 6**'da BDÖ, BAÖ, PUKİ toplam puanlarının nöbet tutma durumuna göre karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 7.** Katılımcıların nöbet tutan ve tutmayanlarda BDÖ, BAÖ ve PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Nöbet Tutma Durumu		p
	Tutuyor (n=114)	Tutmuyor (n=86)	
	Puan Ortalaması±SS	Puan Ortalaması±SS	
BDÖ	12,22±8,11	10,03±8,20	0,062
BAÖ	12,70±9,94	9,14±7,50	0,006*
PUKİ	6,54±3,49	5,49±2,68	0,021*

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

\* Ki-kare testi, istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).



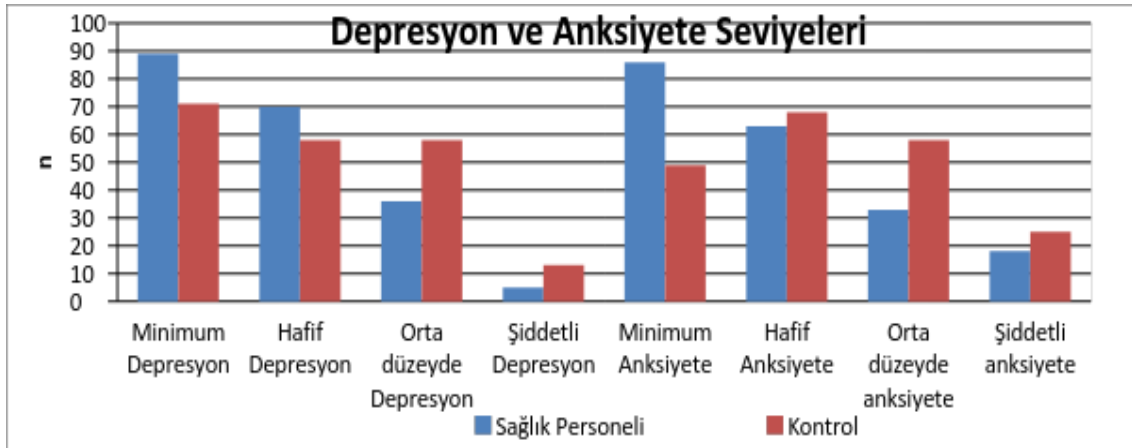
**Şekil 6.** Nöbet tutan ve tutmayanlarda BDÖ, BAÖ ve PUKİ puanlarının karşılaştırılması grafiği

Grup 1 ve 2 arasında depresyon ve anksiyete düzeyi bakımından anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,008$ ,  $p<0,001$ ). Tablo 8’de ve Şekil 7’de depresyon ve anksiyete düzeylerinin gruplara göre dağılımı verilmiştir.

**Tablo 8.** Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin gruplara göre dağılımı

Depresyon ve Anksiyete Durumu	Grup 1	Grup 2	Toplam	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Depresyon</b>				
Minimum	89 (44,5)	71 (35,5)	160 (40,0)	0,008*
Hafif	70 (35,0)	58 (29,0)	128 (32,0)	
Orta	36 (18,0)	58 (29,0)	94 (23,5)	
Şiddetli	5 (2,5)	13 (6,5)	18 (4,5)	
<b>Anksiyete</b>				
Minimum	86 (43,0)	49 (24,5)	135 (33,8)	$p<0,001$ *
Hafif	63 (31,5)	68 (34,0)	131 (32,8)	
Orta	33 (16,5)	58 (29,0)	91 (22,8)	
Şiddetli	18 (9,0)	25 (12,5)	43 (10,8)	

\*Fisher exact testi, istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ).



**Şekil 7.** Sağlık personeli ve kontrol grubunda anksiyete ve depresyon seviyelerinin karşılaştırılması grafiği

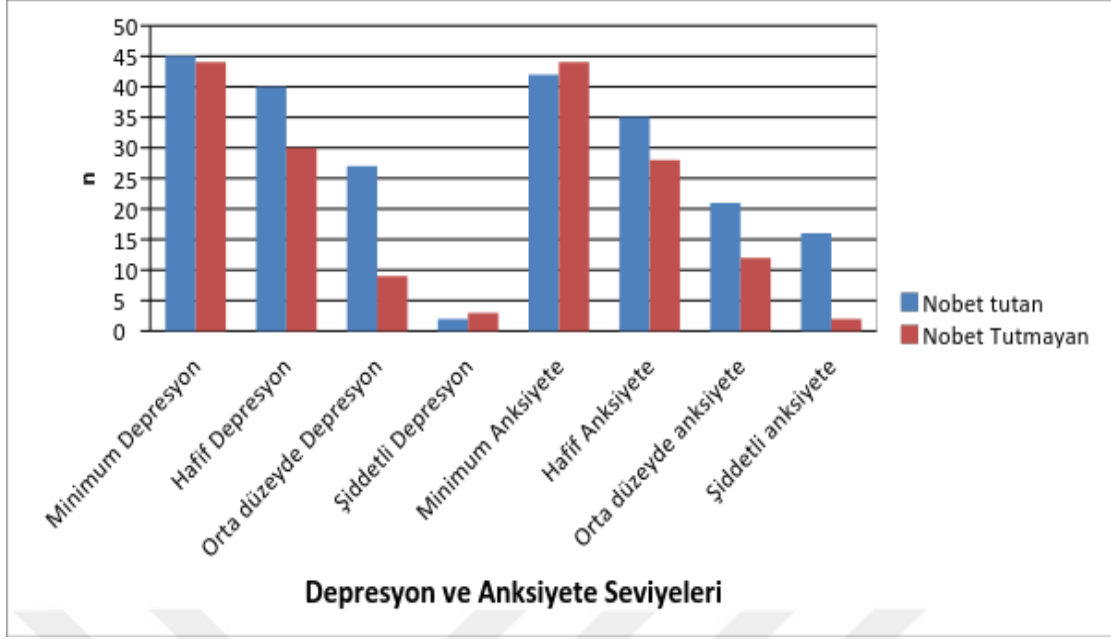
**Tablo 9'**de depresyon ve anksiyete düzeylerinin nöbet durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Anksiyete düzeyi açısından, nöbet tutan ve tutmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,015$ ) ancak depresyon düzeyi açısından, nöbet tutan ve tutmayanlarda açısından anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,077$ ), (Şekil 8).

**Tablo 9.** Depresyon ve anksiyete düzeylerinin nöbet durumuna göre dağılımı

Depresyon ve Anksiyete Durumu	Nöbet Tutma Durumu		Total	p
	Tutuyor	Tutmuyor		
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Depresyon</b>				
Minimum	45 (39,5)	44 (51,2)	89 (44,5)	0,077
Hafif	40 (35,1)	30 (34,9)	70 (35,0)	
Orta	27 (23,7)	9 (10,5)	36 (18,0)	
Şiddetli	2 (1,8)	3 (3,5)	5 (2,5)	
<b>Anksiyete</b>				
Minimum	42 (36,8)	44 (51,2)	86 (43,0)	0,015*
Hafif	35 (30,7)	28 (32,6)	63 (31,5)	
Orta	21 (18,4)	12 (14,0)	33 (16,5)	
Şiddetli	16 (14,0)	2 (2,3)	18 (9,0)	

\*Fisher exact testi, istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ).



**Şekil 8.** Nöbet tutan ve tutmayanlarda depresyon ve anksiyete seviyelerinin karşılaştırılması grafiği

**Tablo 10'**da Pittsburg uyku kalitesi indeksi bileşenlerinin gruplara göre karşılaştırılması verilmiştir.

Grup 1 ve 2 arasında Pittsburg uyku kalitesi indeksi bileşenleri açısından bakıldığında; öznel uyku kalitesi, uyku latansı, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; **p=0,033; p=0,030; p=0,002; p=0,009; p=0,004**).

Grup 1 ve 2 arasında PUKİ bileşenleri açısından bakıldığında; uyku süresi ve uyku ilacı kullanımı bakımından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,312; p=0,337).

**Tablo 10.** PUKİ uyku kalitesi bileşenlerinin gruplara göre karşılaştırılması

Uyku kalitesi bileşenleri	Grup 1	Grup 2	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Öznel uyku kalitesi	1,35±0,73	1,18±0,85	0,033*
Uyku latansı	0,97±0,74	1,14±0,82	0,030*
Uyku süresi	0,93±0,91	0,83±0,96	0,312
Alışılmış uyku etkinliği	0,32±0,75	0,58±0,94	0,002*
Uyku bozukluğu	1,31±,62	1,48±0,71	0,009*
Uyku ilacı kullanımı	0,09±0,36	0,13±0,46	0,337
Gündüz işlev bozukluğu	1,14±1,05	0,85±0,90	0,004*

\* Bağımsız gruplarda t testi, istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).

PUKİ bileşenleri ortalama puanlarının nöbet tutma durumuna göre karşılaştırıldığında; öznel uyku kalitesi, uyku latansı ve gündüz işlev bozukluğunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; **p=0,021; p=0,045; p=0,003**), (**Tablo 11**).

PUKİ bileşenleri ortalama puanlarının nöbet tutma durumuna göre karşılaştırıldığında; uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla; p=0,703; p=0,864; p=0,151; p=0,063), (**Tablo 11**).

**Tablo 11.** PUKİ bileşenleri ortalama puanlarının nöbet tutma durumuna göre karşılaştırılması

Uyku kalitesi bileşenleri	Nöbet Tutma Durumu		p
	Tutuyor	Tutmuyor	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Öznel uyku kalitesi	1,45±0,78	1,21±0,61	0,021*
Uyku latansı	1,06±0,77	0,85±0,67	0,045*
Uyku süresi	0,90±0,97	0,95±0,82	0,703
Alışılmış uyku etkinliği	0,31±0,71	0,33±0,80	0,864
Uyku bozukluğu	1,36±0,65	1,23±0,56	0,151
Uyku ilacı kullanımı	0,13±0,45	0,03±0,185	0,063
Gündüz işlev bozukluğu	1,32±1,12	0,88±0,90	0,003*

\* Bağımsız gruplarda t testi, istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).

**Tablo 12'**de BDÖ, BAÖ, PUKİ puan ortalamalarının sigara tüketimine göre karşılaştırılması verilmiştir.

BDÖ, BAÖ, PUKİ puan ortalamalarının sigara tüketimine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; **p<0,001; p=0,001; p<0,001**).

**Tablo 12. Katılımcıların BDÖ, BAÖ ve PUKİ puan ortalamalarının sigara tüketimine göre karşılaştırılması**

Ölçekler	Sigara İçme Durumu		p
	İçiyor	İçmiyor	
	Puan Ortalaması±SS	Puan Ortalaması±SS	
BDÖ	16,40±7,76	11,86±8,46	p<0,001*
BAÖ	16,71±9,80	12,36±9,57	0,001*
PUKİ	7,66±3,54	5,85±3,14	p<0,001*

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

\* Ki-Kare testi, İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).

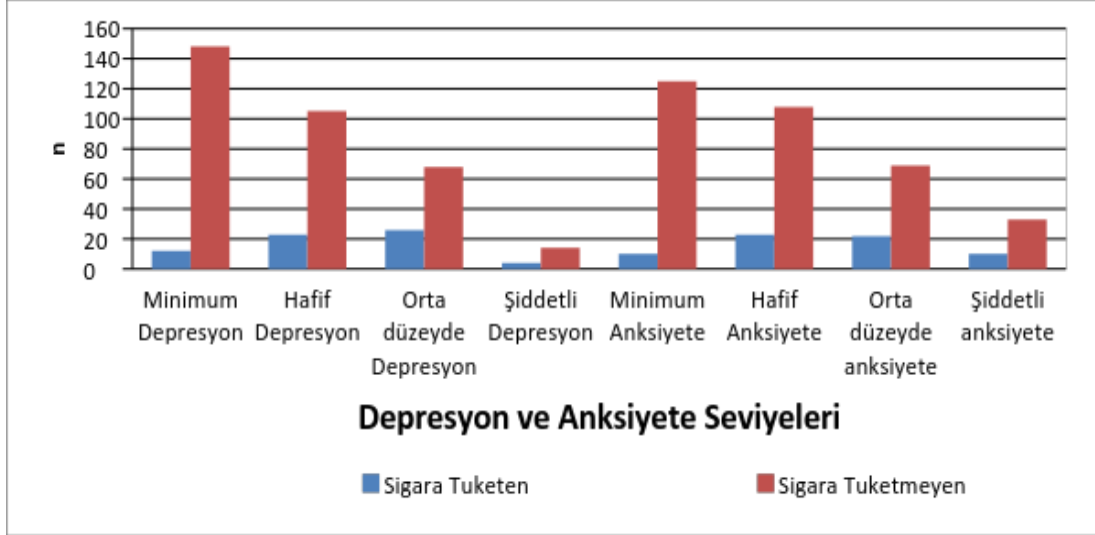
Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri sigara tüketme durumuna göre karşılaştırıldığında; depresyon ve anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**p<0,001; p=0,003**), (Tablo 13, Şekil 10)

**Tablo 13. Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin sigara tüketme durumuna göre dağılımı**

Depresyon ve Anksiyete Durumu	Sigara İçme Durumu		Toplam	p
	İçiyor	İçmiyor		
	n (%)	n (%)		
<b>Depresyon</b>				
Minimum	12 (18,5)	148 (44,2)	160 (40,0)	p<0,001*
Hafif	23 (35,4)	105 (31,3)	128 (32,0)	
Orta	26 (40,0)	68 (20,3)	94 (23,5)	
Şiddetli	4 (6,2)	14 (4,2)	18 (4,5)	
<b>Anksiyete</b>				
Minimum	10 (15,4)	125 (37,3)	135 (33,8)	0,003*
Hafif	23 (35,4)	108 (32,2)	131 (32,8)	
Orta	22 (33,8)	69 (20,6)	91 (22,8)	
Şiddetli	10 (15,4)	33 (9,9)	43 (10,8)	

\* Ki-Kare testi, İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).





**Şekil 9.** Depresyon ve anksiyete düzeylerinin sigara tüketme durumuna göre dağılımı grafiği

**Tablo 14'**de PUKİ bileşenleri puan ortalamalarının sigara içme durumuna göre karşılaştırılması verilmiştir (Şekil 11).

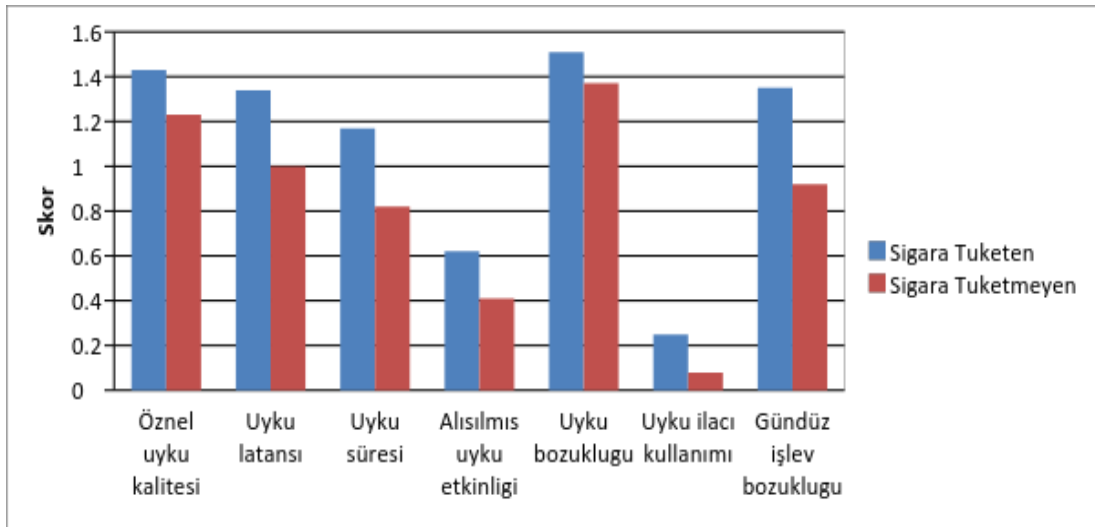
PUKİ bileşenleri sigara içme durumuna göre karşılaştırıldığında; uyku latansı, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,003$ ;  $p=0,006$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,003$ ).

PUKİ bileşenleri sigara içme durumuna göre karşılaştırıldığında; öznel uyku kalitesi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu açısından anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla,  $p=0,059$ ;  $p=0,086$ ;  $p=0,130$ ).

**Tablo 14.** Uyku kalitesi bileşenleri puan ortalamalarının sigara içme durumuna göre karşılaştırılması

Uyku kalitesi bileşenleri	Sigara İçme Durumu		p
	İçiyor	İçmiyor	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Öznel uyku kalitesi	1,43±0,80	1,23±0,79	0,059
Uyku latansı	1,34±0,81	1,00±0,77	0,003*
Uyku süresi	1,17±0,97	0,82±0,92	0,006*
Alışılmış uyku etkinliği	0,62±0,97	0,41±0,836	0,086
Uyku bozukluğu	1,51±0,66	1,37±0,67	0,130
Uyku ilacı kullanımı	0,25±0,58	0,08±0,37	0,004*
Gündüz işlev bozukluğu	1,35±1,03	0,92±0,96	0,003*

\*Bağımsız gruplarda t testi, istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ).



**Şekil 10.** Uyku kalitesi bileşenleri puanlarının sigara tüketme durumuna göre karşılaştırılması grafiği

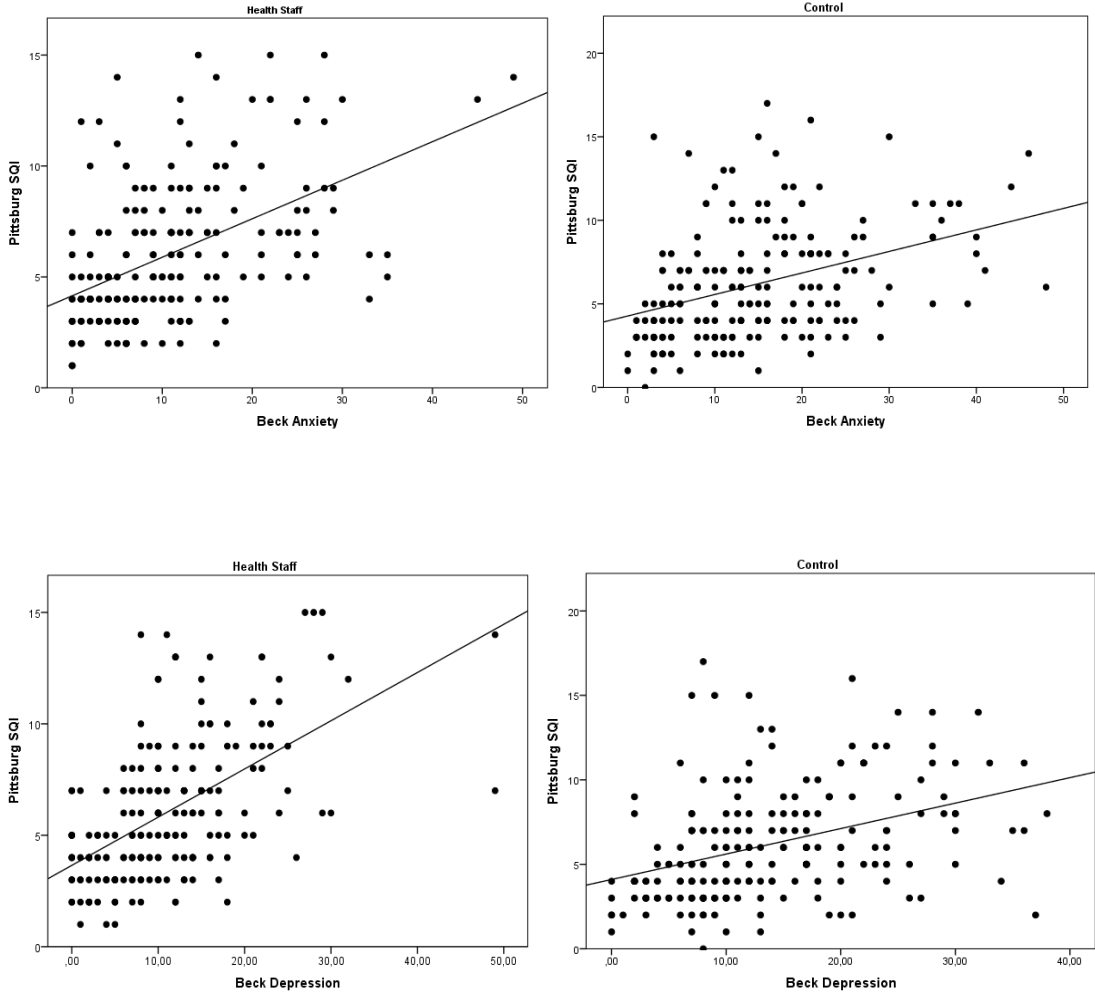
Anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi arasında yapılan korelasyon analizine göre; sağlık personeli ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla,  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık personelinde uyku kalitesiyle depresyon, depresyonla anksiyete arasında iyi derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır. Uyku kalitesiyle anksiyete arasında zayıf-orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda ise uyku kalitesiyle depresyon, uyku kalitesiyle anksiyete, depresyonla anksiyete arasında zayıf-orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır. **Tablo 15** ve **Şekil 12**'de anksiyete, depresyon ve uyku kalitesinin pearson korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir.

**Tablo 15.** BAÖ, BDÖ ve PUKİ puan ortalamalarının korelasyonları

Grup	Ölçekler	PUKİ		BDÖ		BAÖ	
		r	p	r	p	r	p
Grup 1	BDÖ	0,554**	$p<0,001^*$	-	-	0,579**	$p<0,001^*$
	BAÖ	0,495**	$p<0,001^*$	0,579**	$p<0,001^*$	-	-
	PUKİ	-	-	0,554**	$p<0,001$	0,495**	$p<0,001^*$
Grup 2	Depresyon	0,387**	$p<0,001^*$	-	-	0,430**	$p<0,001^*$
	Anksiyete	0,383**	$p<0,001^*$	0,430**	$p<0,001^*$	-	-
	Uyku Kalitesi	-	-	0,387**	$p<0,001$	0,383**	$p<0,001^*$

\* Pearson korelasyon testi, korelasyon istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ),

\*\*Pearson korelasyon katsayısı



Şekil 11. Anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi korelasyonları

## 5. TARTIŞMA

Manisa’da 15-49 yaş grubundaki 225 kadında yapılan çalışmada depresif belirti yaygınlığı (BDÖ $\geq$ 17) %14,7 olarak saptanmıştır (82). Bizim çalışmamızda %35,5 bulunmuştur ve aradaki farkın bu çalışmadaki kadınların %12’sinin çalışıyor olması ve son birkaç yılda depresyon prevalansının giderek artmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz.

Ankara’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gençlik Ünitesi’ne başvuran yaşları 12-24 arasında değişen toplam 176 kadında yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon puanları (BAÖ:15,9 $\pm$ 11,8; BDÖ:12,85 $\pm$ 10,12) bizim çalışmamızla benzer (BAÖ:14,96 $\pm$ 9,97; BDÖ:13,91 $\pm$ 8,62) olarak bulunmuştur (83). 20-65 yaş arası kişilerde yapılan bir çalışmada kadınların %51,5’unun uyku kalitesi kötü olarak bulunmuştur (84). Bizim çalışmamızda bu sıklığın daha yüksek (%62) bulunmasının sebebinin yaş aralıkları arasındaki farklılıktan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Okyay tarafından 461 doğurganlık çağındaki kadında Genel Sağlık Ölçeği ile yapılan çalışmada kadınların %35,5’inde anksiyete ve depresyon belirtileri olduğu gösterilmiştir (85). Bizim çalışmamızda da ev hanımlarında benzer sonuçlar (anksiyete %36 ve depresyon sıklığı %35,5) bulunmuştur.

Çalışmamızda ev hanımlarının BAÖ puan ortalamaları sağlık personeline göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Anksiyete ev hanımlarında %36, sağlık personeline %21,5 bulunmuştur. Bunun sebebinin; ev hanımlarının ekonomik özgürlüklerinin olmayışı, devamlı surette ev işleri ve çocukların sorumluluğuyla ilgilenmenin kronik strese maruziyete sebep olup, bunun da ruhsal durumu etkilemesinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca herhangi bir işte çalışmanın, stresli bir iş ortamı dahi olsa; özgüven oluşturup, stresle başa çıkma konusunda kadınlara güç verdiğini görmekteyiz.

Uluslararası literatürde kötü uyku kalitesi prevalansı %32,5-57,5 arasında değiştiği rapor edilmektedir (86-88). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kötü uyku kalitesi prevalansının %50,5-59 arasında değiştiği bildirilmektedir (89-91). Bu oranın çalışmamızda da yukarıdaki çalışmalara benzer olduğu (%62) tespit edilmiştir. Hem ulusal hem de uluslararası düzeyde yapılan çalışmalar yetişkinler arasında kötü uyku kalitesinin yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir.

Yoon ve Kim'in yaptığı bir çalışmada hemşirelerin depresif belirtiler yaşama oranına KOSS (Korean Occupational Stress Scale) ile bakılmış ve %38 olarak bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda BDÖ'ne göre %20,5'i depresif olarak tespit edilmiştir. Bu farkın ölçek farklılığından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda evli olanların depresyon skoru bekarlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuşken ( $p=0,02$ ), bu çalışmada genç ve bekar hemşirelerin depresif belirtileri daha yüksekti.

362 hemşirede yapılan bir başka çalışmada depresyonu, sosyal desteği ve baş etme stratejilerini değerlendirmek için bir anket kullanıldı. Depresyon prevalansı %41,7 idi. Lojistik regresyonlar, 20 yaşlarında ve bekar olan hemşirelerin, depresyon riski artışı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (93). Depresyonun genç kadınlarda sıklıkla yaşandığını ve evli kadınların evli olmayanlara göre daha az depresyona girdiklerini, böylece evlilik, daha fazla duygusal ve sosyal destek verdiği için psikolojik sıkıntıdan koruma sağladığı hipotezini desteklemektedir (94). Ancak bizim çalışmamızda evlilerin depresyon puanı bekarlara göre anlamlı düzeyde farklı çıkmıştır ( $p=0,02$ ).

BDÖ puan ortalamaları 124 sağlık personelinde ( $13,79\pm 9,48$ ) ve 117 araştırma görevlisinde ( $9,3\pm 9,4$ ) yapılan iki ayrı çalışmada bizim çalışmamızla ( $11,28\pm 8,19$ ) benzer olarak bulunmuştur (95,96).

Obi ve arkadaşları tarafından 2017'de 309 sağlık çalışanında yapılan çalışmada Nijerya'lı hastalarda geçerliliği gösterilmiş bir ölçek olan; Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) veri toplamak için kullanıp 309 çalışanın 46'sında (%14,9) depresif belirtiler tespit etmişlerdir (97). Bu çalışmada medeni durum ile depresyon arasında anlamlı bir birliktelik tespit edilmemiştir. Bizim çalışmamızda ise evlilerde depresyon daha fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda depresyonun daha fazla çıkma nedeninin; ölçekler arasındaki farklılıktan, bu çalışmadaki yaş ortalamasının ( $33,3\pm 8,7$ ) bizim çalışmamıza katılanlardaki yaş ortalamasından ( $28\pm 6,41$ ) büyük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ambulans çalışanlarında yapılan ve HAD ölçeği kullanılan bir çalışmada ambulans çalışanlarının yaklaşık 1/5'inde anksiyete riski, yaklaşık 1/3'ünde depresyon riski saptanmıştır (98). Bizim çalışmamızda ise anksiyete ve depresyon riski (%21,5;%20,5) olarak bulunmuştur. Yani anksiyete oranı benzer, depresyon ise bizim çalışmamızdan yüksek olarak bulunmuştur. Bunun nedeni; ölçekler arası farklılıklar, örneklem büyüklüğü ve ambulans çalışanlarının acil sağlık hizmetlerinde çalışmanın

doğası gereği daha riskli ortamlarda çalışması ve işe bağlı gerginliklerinin de yüksek olması nedeniyle ruhsal ya da fiziksel sağlık sorunlarının daha çok görülmesi olabilir.

Muslu ve arkadaşlarının 2012’de yaptığı çalışma kapsamında 50’si hastane 50’si birinci basamakta olmak üzere toplam 100 hemşireye yapılan depresyon değerlendirmesinde; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde BDÖ ortalaması  $9,2\pm 6,5$ ; birinci basamakta çalışan hemşirelerde ise  $9,2\pm 6,4$  olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır (99). Bizim çalışmamızda üniversite hastanesinde çalışmakta olan sağlık personeli bayanlarda BDÖ ortalaması  $11,28\pm 8,19$  olarak bulunmuştur. Bu durum, üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde çalışmanın zorluğuna ek olarak, bu çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı bölümlerin yoğun bakım, acil servis gibi çalışılan ortamın daha stresli ve iş yükünün daha ağır olduğu bölümleri içermemesinden kaynaklanabilir.

Abdullah ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada acil tıp stajına başlayan 131 6.sınıf öğrencisine ilk gün ve son gün yapılan BDÖ ortalama puanı kadınlarda ilk gün  $10,31\pm 5,90$  son gün  $5,52\pm 4,35$  idi. BAÖ’den ise kadın katılımcıların ilk gün  $8,70\pm 6,56$  iken son gün  $3,93\pm 4,35$  idi (100). Bizim çalışmamızda BDÖ puanı bu çalışmanın ilk gün sonuçlarıyla yakın ( $11,28\pm 8,19$ ), BAÖ puanı ( $11,17\pm 9,12$ ) ise daha yüksek olarak bulunmuştur. BDÖ puanının yakın ve yüksek olmasının; değişen çevre, uyku alışkanlığının değişmesi, stresli bir ortamda çalışacak olma, hasta ve hasta yakınlarının diğer servislere göre daha anksiyöz ve aceleci olmaları, 6.sınıf öğrencilerinin kendilerini yeterli donanımda hissetmemeleri olabilir. Bizim çalışmamızda ise anksiyetenin daha yüksek olma sebebi; primer sorumluluğun öğrenciden ziyade sağlık personeline olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çin’de 2641 doktorda SAS ve SDS (Self-Rating Depression Scale) kullanılarak yapılan bir çalışmada doktorların %25,67’sinde anksiyete semptomları, %28,13’ünde depresyon semptomları mevcuttu (101) . Bizim çalışmamızda ise anksiyete ve depresyon daha düşük (%21,5;%20,5) olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızla arasındaki farkın ölçeklerden, örneklem büyüklüğünden, Çin’deki doktor-hasta ilişkilerinin de stresli olup iş yükünün fazla olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Radyoloji çalışanlarında yapılan bir çalışmada anksiyete puanı (BAÖ:  $10,26\pm 11,66$ ) bizim çalışmamıza (BAÖ:  $11,17\pm 9,12$ ) yakın bulunmuş ve depresyon puanı (BDÖ:  $7,00\pm 6,54$ ) bizim çalışmamızdan (BDÖ:  $11,28\pm 8,19$ ) düşük bulunmuştur. BAÖ ve BDÖ değerleri arasında çalışmamıza benzer şekilde pozitif anlamlı korelasyon

gözlenmiştir (102) . Bilindiği üzere depresyon kadın cinsiyette daha fazladır ve BDÖ puanındaki farklılığın bizim çalışmamızın sadece kadınlarda yapılmış olmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Gao ve arkadaşlarının SAS kullanarak yaptığı bir çalışmada  $\geq 40$  kesme puanı olarak kullanarak, bu hemşirelerdeki anksiyete belirtilerinin prevalansı % 43,4 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin anksiyete belirtileri normal popülasyona göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Demografik faktörler arasında eğitim, kronik hastalıklar ve yaşam olayları anksiyete belirtileriyle anlamlı derecede ilişkili iken, yaş, çalışma süresi ve medeni durum arasında fark yoktu (103) . Bizim çalışmamızda medeni durum açısından anlamlı fark saptanmakla birlikte ( $p < 0,01$ ) çalışma süresi açısından fark bulunmamıştır. Bu çalışmada nöbet tutma ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiş ( $p = 0,302$ ) olup, bizim çalışmamızda nöbet tutma durumu ile anksiyete seviyesi arasında anlamlı ilişki vardır ( $p = 0,006$ ).

Araştırmalar, hemşirelerde kaygı prevalansının genel olarak ülkeden ülkeye veya farklı hemşirelik spesifikasyonlarına göre çok farklı olmasına rağmen, genel olarak normal popülasyondan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bildirilen en düşük yaygınlık oranı (%7), akut bakım hastanelerinde çalışan Japon hemşirelerde (iç hastalıkları, cerrahi, yoğun bakım, ameliyathane ve poliklinik bölümleri dahil) görülmüştür (104). Bildirilen en yüksek kaygı sıklığı İran'da hastanede vardiyalı çalışan hemşirelerde % 43,2'tür (105). Bizim çalışmamızda anksiyete sıklığı (%21,5) Çin'e (%43,4) ve İran'a (%43,2) göre düşük bulunmuştur. Bu farklılık, bahsi geçen ülkelerdeki sağlık sisteminin iş yükünün ve stresinin ülkemizden fazla olmasından kaynaklanabilir. Japonya'ya (%7) göre sonuçlarımız ciddi yüksektir. Bunun da gelişmişlik düzeyi ve sağlık sisteminin yeterliliği dolayısıyla azalmış strese bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Singapur'da ve ABD'de yapılan iki farklı çalışmada anksiyete sıklığı bizim çalışmamıza benzer olarak bulunmuştur (%21, %20) (106,107) .

Sigara içimi, artmış anksiyete ve depresyon riski ile kuvvetli bir şekilde ilişkilidir ve ilişkinin çift yönlü olduğuna dair yapılmış birçok çalışma mevcuttur (108,112). Bizim çalışmamızda da sigara içenlerde BDÖ ve BAÖ puanı içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek ( $p < 0,001$ ;  $p = 0,001$ ) saptanmıştır. Sigara içenlerin %35,4'ünde hafif, %40'ında orta düzeyde, %6,2'sinde de şiddetli düzeyde depresyon saptanmıştır.

Covey ve arkadaşlarının 255 yetişkin DEHB sigara içicisi hastada yaptığı çalışmada; sigara bırakıldıktan 6 hafta sonra yapılan BDÖ ve BAÖ skorlarında anlamlı düzeyde düşme saptanmıştır (113). Bu çalışma hastaların ve hekimlerin nikotin yoksunluk belirtileri ile anksiyete ve depresyonun artacağı yönündeki kaygılarına cevap niteliğindedir. Yoksunluk belirtilerinin azaldığı zaman dilimine girildiğinde anksiyete ve depresyon da azalmıştır. Bizim çalışmamıza benzer çalışmalara dahil olup sigara içen kişilere, nikotin bağımlılığı tedavisi verilerek fizyolojik bağımlılığın azaldığı dönemde tekrar anksiyete ve depresyon düzeylerine bakılarak yeni çalışmalar yapılabilir.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporuna (2010) göre, ülkemizde 15 yaşından büyük yetişkinlerin yaklaşık üçte biri (%31,2) tütün kullanmaktadır. Erkekler (%47,9) kadınlardan (%15,2) daha fazla sigara kullanmaktadır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından yapılan bir araştırma da Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmakta olan 4761 kişinin sigara kullanım sıklığı hemşire ve ebelerde %29,5 olarak bulunmuştur (114). Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarında sigara kullanma sıklığı daha az (%19,5) bulunmuştur. Bunun nedeninin son yıllardaki tütün bağımlılığı mücadelesinin artmasına bağlamaktayız. 765 tıp fakültesi öğrencisinde yapılan bir çalışmada ise sigara içme sıklığı %17,3 bulunmuştur (115). Bu sonucun bizim sonucumuzdan düşük olma sebebinin mezuniyet sonrası sigaraya başlama oranlarının daha fazla olmasına bağlamaktayız.

Muslu ve arkadaşlarının çalışmasında hastanedeki hemşirelerin birinci basamakta çalışan hemşirelere göre Epworth uyku ölümlük ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum hastanede çalışan hemşirelerin vardiya usulü çalışmaları, iş yüklerinin daha fazla olması, iş ortamlarından kaynaklanan stres ve baskının daha yoğun olması ile açıklanabilir. Literatürde bununla ilgili yapılan birçok çalışmada kötü uyku kalitesinin iş yükünün fazla olması ve vardiya usulü çalışma şartlarından kaynaklandığı rapor edilmiştir (116). Bizim çalışmamızda da nöbet tutan katılımcıların uyku kalitesi, tutmayanlara göre anlamlı derecede kötü bulunmuştur. Nöbet tutanlarla tutmayanlar arasında öznel uyku kalitesi, uyku latansı ve gündüz işlev bozukluğunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0,021$ ;  $p=0,045$ ;  $p=0,003$ ).

Çin'de 4951 klinik hemşiresinde yapılan çalışmada bulunan kötü uyku kalitesi yüzdesi (%63,9) bizim çalışmamızla (%61) benzerdir. Ancak bu çalışmada nöbet tutanların uyku kalitesinin tutmayanlara göre anlamlı düzeyde farklı ( $p<0.001$ ) olduğu gösterilmekle(117) birlikte bizim çalışmamızda fark bulunamamıştır ( $p<0,05$ ).



İran'da 975 sağlık çalışanında Health and Productivity Questionnaire (HPQ) kullanılarak yapılan bir çalışmada kadınların %47,6'sının uyku sorunu olduğu tespit edilmiştir, nöbet tutanların ise %48,1'inde uyku kalitesi kötü bulunmuştur (118). Bizim çalışmamızda sağlık personelinin %61'inin uyku kalitesi (PUKİ kesme puanı >5) kötü bulunmuş olup uyku probleminin daha fazla çıkma nedeninin ölçek farklılığından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Gomez-Garcia ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı çalışmada uyku kalitesi toplam skoru (6,8±3,39) bizim çalışmamızla (6,09±3,20) benzer bulunmasına rağmen bizim çalışmamızdan farklı olarak nöbet tutanlarla tutmayanlar arasında uyku kalitesi açısından anlamlı fark saptamışlardır (p=0,017) (119). PUKİ kesme skoruna göre değerlendirdiğimizde bizim çalışmamızda nöbet tutanlarla tutmayanlar arasında anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,189).

Zhang ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması, medeni durumu ve çocuk sahibi olanların yüzdesi bizim çalışmamızla benzerdi. Hemşirelerin uyku kalitesinin bozuk olma yüzdesi (%72,1) bizim çalışmamızdan (%61) fazlaydı. Bu çalışmada PUKİ komponentlerinden; öznel uyku kalitesi, uyku latansı, gündüz fonksiyonları ve uyku süresi komponenti nöbet tutanlarda tutmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (p<0,001). Bizim sonuçlarımız da bu çalışma ile benzerlik göstermekte olup sadece uyku süresi açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0,05) (120).

Günaydın'ın 105 hemşirede yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %70,9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur (121). Bizim çalışmamızla arasındaki farklılık çocuk sahibi olanların yüzdesinin (%85,8) bizim çalışmamızın (%43) neredeyse iki katı olmasından ve yaş ortalamasının (41.10±0.66) bizim çalışmamızın yaş ortalamasından (28±6,41) fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Zamanian ve arkadaşlarının İran'da 11 hastanede 1456 hemşireyi kapsayan çalışmasında hemşirelerin %84'ünün uyku kalitesinin düşük olduğu (PUKİ skoru >5) bulunmuştur (122). Uyku kalitesi kötü olanların bizim çalışmamızdan (%61) yüksek olmasının nedeninin öncelikle İran'daki sağlık sistemini şartlarının daha sıkıntılı olmasına bağlı olabilir. Ek olarak çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının daha büyük (30.81±7.8) olmasının da bu oranı artırmış olabileceğini düşünmekteyiz.

İzmir'de klinikte çalışan 280 hemşire üzerinde Sleep Evaluation Questionnaire (SEQ) kullanılarak yapılan çalışmada hemşirelerin %45'i uyku kalitesini iyi düzeyde

değerlendirmiştir (123). Bizim çalışmamızdan (%62) daha düşük oranda uyku sorunu tespit edilmiş olup, bu fark ölçekler arasındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.



## 6. SONUÇ

Kadınlar, sağlık sistemindeki iş gücünün vazgeçilmez bir bileşenidir. Bu yüzden kadınların çalışma performansının artırılması, zihinsel sağlıklarının korunup iyileştirilmesi dikkate değer bir meseledir.

Yaptığımız çalışmada sağlık personeli kadınların anksiyete ve depresyon ev hanımlarından düşük bulunmuştur. Uyku kalitesi açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Sağlık sektöründe çalışmak her ne kadar riskli ve stresli olsa da, çalışmanın stresle başa çıkmak konusunda kişilerde ayrı bir motivasyon geliştirdiğini düşünmekteyiz. Bu çalışma ile toplumda kadın olmanın; iş stresi olmadan da, anksiyete ve depresyonu tek başına ne kadar artırdığını görmekteyiz. Çalışmamıza vardiyalı sistemle çalışanlar sağlık çalışanları da dahil edildiği halde uyku kalitesi bakımından ev hanımlarıyla anlamlı farklılık bulunamaması da dikkat edilmesi gereken bir husustur.

İş yükünü en aza indirmek, sağlık personeli-hasta ilişkilerini geliştirmek, sağlık personeli arasında yaygın olan kaygı ve depresif belirtilerle mücadele etmek ve sağlıklı yaşam biçimlerini geliştirmeye yardımcı olmak için uygulanan müdahaleler mesleki performansı artırabilir.

Kadınların ailenin, ailenin de toplumun temel taşı olduğu düşünülürse; kadınların ruh sağlığı ve yaşam motivasyonunun korunması aynı hızla tüm topluma sirayet edecektir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Deniz P. Çalışan ve çalışmayan kadınlardaki obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete ve mizaç özelliklerinin incelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
2. Sıkık N. İnsanları yönetme sanatı. 3. Baskı, Gönen Yayınları, Adana, 2002.
3. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, 6, Rota Tıp Yayınevi, 2013.
4. Shorter E, Marshall JC. A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac. John Wiley and Sons Inc, New York, 1997.
5. Tezcan AE. Depresyon. Elma Yayınevi, İstanbul, 2012.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
7. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2004;2(70):70-74.
8. Küllü Z. Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon durumunun değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2008.
9. Alper Y. Depresyon psikoterapisi. Alfa Yayınları, İstanbul, 2001.
10. Leckman JF. Current diagnosis and treatment in psychiatry. Ed. Ebert M.H, Loosen PT and Nurcombe B. pp. 304-320, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2000.
11. Silverstone PH. Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in medically ill. J Psychosom Res 1996;41:161-70.
12. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984;41:949-8.
13. Katon WJ, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:237-47.
14. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdil M, Yaşar E. İstanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışan uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Derg 2007;18(1):31-7.
15. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;8(4):241-7.
16. Yemez B, Alptekin K. Depresyon etiyojisi. Psikiyatri Dünyası 1998; 2(1):21-25.

17. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda biyolojik göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi 4. Koroğlu E (Ed). Hekimler Yayın Birliği; s.175-200, Ankara, 1993.
18. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Çeviri Editörü: Bozkurt A), 11.baskı, Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2015.
19. Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010.
20. Andreada L, Caraveo-Anduaga JJ, Berlund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the The International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int Methods Psychiatr Res* 2003;12(1):3-21.
21. Alexopoulos GS. Mood disorders. In: Saddock BJ, SV, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Edition, pp.3060-7, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000.
22. Kavakçı Ö, Bilici M, Çam G, Ülgen M. Trabzon ilinde elli beş yaşından büyüklerde depresyon ve bilişsel bozulma yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12(4):258-65.
23. Blazer DG. Is depression more frequent in late life? An honest look at the evidence. *Am J Geriatr Psychiatr* 1994;2(3):193-9.
24. Wu LT, Anthony JC. The estimated rate of depressed mood in US adults: Recent evidence for a peak in later life. *J Affect Disord* 2000;60(3): 159-71.
25. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol* 1997; 48: 191-214.
26. Brundtland GH. *The World Health Report: Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization, 2001.
27. Joska JA, Stein DJ. Mood disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO, eds. *Textbook of Psychiatry*. 5th Edition, pp.457-504, American Psychiatry Publishing, Washington DC, 2008.
28. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301(5631):386-9.

29. Binbay T ve ark. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Türk Psikiyatri Derg 2014; 25: 264-81.
30. Bifulco A, Brown GW. Cognitive coping response to crises and on set of depression, Social Psychiatry and Psychiatr Epidemil 1998;31(3-4):581-6.
31. Kessler RC, Zhaob S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence corraletes and course minor depression and major depression in national comorbidity survey. J Affect Disord 1997;45(1-2):19-30.
32. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J. Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. Arch Gen Psychiatry 2002;58:215-22.
33. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, s.20-32, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003.
34. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2004.
35. Aydemir Ö. Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi. Klin Psikofarmakol Bul 2011;21(Ek 1):1-9.
36. Demirarslan P, Gökalp P, Ögel K, Babaoğlu AN. Kronik depresyon ve major depresyonda antidepresan tedavi uygulamaları: karşılaştırmalı bir çalışma. Klin Psikofarmakol Bult 1998;8(1):8-13.
37. Andreasen NC, Black DW. Mood disorders. In Introductory Textbook of Psychiatry. 3rd Edition, pp.269-314, American Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, 2000.
38. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klin Psikiyatri 2004;4:17-24.
39. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete bozuklukları. (Ed: Karamustafalıoğlu O). Aile Hekimleri İçin Psikiyatri. 1.Baskı, s:71-88, MT Uluslararası Yayıncılık, İstanbul, 2010.
40. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45(2):65-74.
41. Mercan S. Deri Hastalıklarının psikojenik sonuçları ve komorbiditeler. Turkderm 2010;44(1): 25-35
42. Machelart G, Tignol A. Anxiété et dépression. Psychol Med 1989; 21: 1-22.

43. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents. *Epidemiology, diagnosis and management. CNS Drugs* 2001;15(2):93-104.
44. Bernstein GA. Anxiety disorders. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescent*. pp.64-82, WB Saunders Company, New York, USA 1990.
45. Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, et al. Childhood separation anxiety in patients with adult anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994;151(6):927-9.
46. Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczyński A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Compr Psychiatry* 1996;37(3):167-79.
47. Büküşoğlu N. Çocuklarda okul fobisi gelişimine etki eden faktörlerin incelenmesi. *Ege Pediatri Bülteni* 2004;11(2):125-34.
48. Field T. Attachment and separation in young children. *Ann Rev Psychol* 1996; 47(1): 541-61.
49. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text revision (DSM-IV-TR)*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
50. Angst J. Panic disorder: history and epidemiology. *European Psychiatry* 1998;13(2):51-5.
51. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000.
52. Tükel R. Panik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1997;1:12-7.
53. Taylor CR, Lillis C, Lemone P, et al. *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*, 6th Edition, pp.1335-63, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2008.
54. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. *Essentials for Nursing Practice*, 7th ed, 2009.
55. Carter PA, Clark AP. Assessing and Treating Sleep Problems In Family Caregivers Of Intensive Care Unit Patients. *Crit Care Nurse* 2005; 25(1): 16-23.
56. Taşkıran N. Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar, 2009.
57. Komşuk D. Ameliyathanede çalışan hemşirelerde uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2013.

58. Akıncı E, Orhan FÖ. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016; 8 (2): 178-89.
59. Hastings M. The brain, circadian rhythms, and clock genes. *Br Med J* 1998;317(7174):1704-7.
60. Ertekin S. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.
61. Lafçı D. Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2009.
62. Sakurai T, Mieda M. Connectomics of orexin-producing neurons: interface of systems of emotion, energy homeostasis and arousal. *Trends Pharmacol Sci* 2011;32(8):451-62.
63. Gotter AL, Roecker AJ, Hargreaver R, et al. Orexin receptors as therapeutic drug targets. Ed: Shekhar A, *The Orexin/Hypocretin System*, 1st Edition, p.163, Progress in Brain Research, USA, 2012.
64. Meabon JS, Lee A, Meeker KD, Bekris LM, Fujimura RK, Yu CE, et al. Differential expression of the glutamate transporter GLT-1 in pancreas. *J Histochem Cytochem* 2012;60(2):139-51.
65. Brown RE, Basheer R, McKenna JT, Strecker RE, McCarley RW. Control of sleep and wakefulness. *Physiol Rev* 2012;92(3):1087-187.
66. Szabadi E. Neuronal networks regulating sleep and arousal: effect of drugs. In: *Drug Treatment of Sleep Disorders*. pp.25-70, Springer International Publishing, 2015.
67. Wade AG, Ford I, Crawford G, McConnachie A, Nir T, Laudon M, et al. Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. *BMC Medicine* 2010;8(1):51.
68. Kalinchuk AV, McCarley RW, Stenberg D, Porkka-Heiskanen T, Basheer R. The role of cholinergic basal forebrain neurons in adenosine-mediated homeostatic control of sleep: Lessons from 192 IgG-saporin lesions. *Neuroscience* 2008;157(1):238-53.
69. España RA and Scammell TE. Sleep neurobiology from a clinical perspective. *Sleep* 2011;34(7):845-58.



70. Honmaa K, Hikosaka M, Mochizuki K. Loss of circadian rhythm of circulating insulin concentration induced by high-fat diet intake is associated with disrupted rhythmic expression of circadian clock genes in the liver. *Metabolism* 2016;65:482-91.
71. Demir B. Depresyon ve günlük ritimler. *Klin Psikiyatri Derg* 2012;15:3-8.
72. Karagözoğlu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nurs Outlook* 2008;56:298-307.
73. Ertekin S. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.
74. Yavuzşen T, Alacioğlu A, Çeltik A, Yılmaz U. Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onk Derg* 2014;29(3):112-9.
75. Chouinard G. Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound. *J Clin Psychiatry* 2004;65(5):7-12.
76. Doval O, Gaviria M, Kanner AM. Frontal lobe dysfunction in epilepsy. Ed: Ettinger AB, Kanner AM, *Psychiatric Issues in Epilepsy*. pp. 261-71, Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
77. Beck AT, Epstein N, Brown G, Stern RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol* 1988;56:893-7.
78. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother* 1996;12:163-72.
79. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988;6(22):118-26.
80. Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, HÜ Psikoloji Bölümü, Ankara, 1980.
81. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
82. Özyurt BC, Deveci A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:10-6.
83. Özcan H, Subaşı B, Budak B, Çelik M, Gürel ŞC, Yıldız M. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *J Mood Disord* 2013;3(3):107-13.

84. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg 2015;8(2):6070.
85. Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç, Beşer E. Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. Türk Psikiyatri Derg 2012;23(3):178-88.
86. Tirgari B, Forouzi MA, Iranmanesh S, Shahraki SK. Predictors of sleep quality and sleepiness in Iranian Adult: A population based study. J Comm Health Res 2013;1(3):144-52.
87. James BO, Omoaregba OJ, Igberase OO. Prevalance and correlates of poor sleep quality among medical students at a Nigerian University. Ann Nigerian Med 2011;5:1-5.
88. Lemma S, Patel SV, Tarekegn YA, Tadesse MG, Berhane Y, Gelaye B, Williams MA. The epidemiology of sleep quality, sleep patterns, consumption of caffeinated beverages, and khat use among ethiopian college students. Sleep Disorders 2012, 2012.
89. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, Günay İsmailoğlu E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2014;7(3):193-8.
90. Üstün Y, Yücel SC. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Derg 2011;1(4):29-38.
91. Çoban A, Yanıkerem UE. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. Ege Tıp Derg 2010;49(2):87-94.
92. Yoon SL, Kim JH. Emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. J Nurs Scholarsh 2013;45:169-76.
93. Kim JH, Hyun MY, Kim SY. Job stress, depression, social support, and coping strategies of clinical nurses. Korean J Occup Health Nurs 2009;18(2):219-31.
94. Wood RG, Goesling B, and Avellar S. The effects of marriage on health: A synthesis of recent research evidence. Mathematica Policy Research Inc, Princeton, NJ, 2007.
95. Bulut H. Sağlık çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi (Iğdır İli Devlet Hastanesi Örneği), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

96. Çeler A. Tıp fakültesi'ndeki araştırma görevlilerinde depresyon düzeyinin iş doyumu ile ilişkisinin incelenmesi. *Konuralp Tıp Derg* 2015;7(3):125-133.
97. Obi IE, Aniebue PN, Okonkwo KOB, Okeke TA, Ugwunna NCW. Prevalence of depression among health workers in Enugu, South East Nigeria. *Nigerian J Clin Pract* 2015;18(3):342-47.
98. Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G. Edirne'de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Derg* 2015;11(42):39-44.
99. Muşlu C. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. *Konuralp Tıp Derg* 2012;4(1):17-23.
100. Koçak AO. Acil tıp stajının 6.sınıf öğrencilerinde mesleki anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin araştırılması. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2016.
101. Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: A cross-sectional study. *PloS One* 2014;9(7):e103242.
102. Saygın M, Yaşar S, Çetinkaya G, Kayan M, Özgüner MF, Korucu CÇ. Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Derg* 2011;2(3):139-44.
103. Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry* 2012;12(1):141.
104. Kawano Y. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *J Occup Health* 2008;50(1):79-85.
105. Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci* 2008;11(12):1605-9.
106. Chan AO, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in a health care setting. *Occup Med (Lond)* 2004;54(3):207-12.
107. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175(7):693-7.

108. Pang X, Lewis AC. Carbonyl compounds in gas and particle phases of mainstream cigarette smoke. *SciTotal Environ* 2011;409(23): 5000-9.
109. Munafò MR, Araya R. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *B J Psych* 2010;196(6):425-6.
110. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, Griez EJ, Schruers KR. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2010;71(5):606.
111. Munafò MR, Hitsman B, Rende R, Metcalfe C, Niaura R. Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction* 2008;103(1):162-71.
112. Paperwalla KN, Levin TT, Weiner J, Saravay SM. Smoking and depression. *Med Clin North Am* 2004;88(6):1483-94.
113. Covey LS, Hu MC, Winhusen T, Lima J, Berlin I, Nunes E. Anxiety and depressed mood decline following smoking abstinence in adult smokers with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Subst Abuse Treat* 2015;59:104-8.
114. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. TC Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012.
115. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *TAF Prevent Med Bull* 2009;8(1):43-48.
116. Muşlu C. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. *Konuralp Tıp Derg* 2012;4(1):17-23.
117. Dong H, Zhang Q, Sun Z, Sang F, Xu Y. Sleep disturbances among Chinese clinical nurses in general hospitals and its influencing factors. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):241.
118. Ghalichi L, Pournik O, Ghaffari M, Vingard E. Sleep quality among health care workers. *Arch Iran Med* 2013;16(2):100-3.
119. Gómez-García T, Ruzafa-Martínez M, Fuentelsaz-Gallego C, Madrid JA, Rol MA, Martínez-Madrid MJ, et al. Nurses sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ Open* 2016;6(8):e012073.
120. Zhang L, Sun DM, Li CB, Tao MF. Influencing factors for sleep quality among shift-working nurses: A cross-sectional study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index. *Asian Nurs Res* 2016;10(4):277-82.
121. Günaydın N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *J Psychiat Nurs* 2014;5(1):33-40.

122. Zamanian Z, Nikeghbal K, Khajehnasiri F. Influence of sleep on quality of life among hospital nurses. *Electronic Physician* 2016;8(1):1811.
123. Fıfşkın A, Temel AB, Yıldırım G. Hemşirelerde uyku sorunları ve etkili etmenler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg* 2013;29(2):13-32.



## 8. EKLER

### Ek-1.Etik Kurul Karar Formu

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>Araştırmanın Başlığı</b>	Kadın Sağlık Personelinin Anksiyete, Depresyon ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi		
	<b>Sorumlu Araştırmacı</b>	Prof.Dr. Mustafa ÇELİK		
	<b>Başvuru Tarihi</b>	09.01.2017		
	<b>Protokol No</b>	10		
<b>ARAŞTIRMANIN TÜRÜ</b>	-Anket çalışmaları			
<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Oturum No: 2017/01</b>	<b>Karar No: 12</b>	<b>Tarih: 18.01.2017</b>	
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığı toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile <b>KABUL EDİLMİŞTİR.</b>			

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
Başkan Prof. Dr. Metin KILINÇ	Tıbbi Biyokimya	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sefa RESİM Üye	Üroloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Hafize ÖKSÜZ Üye	Anestezi ve Reanimasyon	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. B. Nurten AKKEÇECİ Üye	Fizyoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Adem DOĞANER Üye	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Murat BAYKARA Üye	Radyoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Burak DOĞAN Üye	Çocuk Cerrahisi	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
ŞERH (VARSA)							

## **Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

(Lütfen bu dökümanı dikkatlice okumak için zaman ayırınız)

### **Sayın:**

Sizi Prof. Dr. Mustafa Çelik tarafından yürütülen “KADIN SAĞLIK PERSONELİNDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası fayda ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz ve sorumlu araştırmacı tarafından doldurulmuş bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Araştırma Sorumlusu**  
**Prof. Dr. Mustafa Çelik**

**Araştırmanın Amacı:** Çalışmamızda sağlık çalışanı kadınlarla, çalışmayan kadınların; sosyodemografik özellikleri, depresyon/anksiyete düzeyleri ve uyku kalitesinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:** Vaka-Kontrol tipi olan bu araştırma; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan kadın doktor ve hemşireler vaka grubunu, Kahramanmaraş il merkezinde yaşayan ve il merkezindeki asmlere başvuran sağlıklı çalışmayan kadınlar kontrol grubunu oluşturacak şekilde planlanmıştır. Aydınlatılmış onam formu alındıktan sonra sosyodemografik özellikler, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi uygulanacaktır. Veriler SPSS 20.0 istatistik paket programında analiz edilecektir.

**Araştırmanın Süresi:** 3ay

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 400

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Kahramanmaraş İl Merkezi

**Katılma ve Çıkma:**

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Gizlilik:**

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

**Gönüllünün Beyanı:**

**(Kendi el yazısı ile)**

**Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)**

**Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**Adresi:**

**(varsa Telefon No, Faks No):**

**Tarih (gün/ay/yıl):** ..../..../....



**Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin**

**Veli veya Vasisinin (ke ndi el yazısı ile)**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Adresi:**

**Varsa Telefon No, Faks No:**

**Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....**

**Açıklamaları Yapan Araştırmacının**

**Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....**

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin  
(Klinikte yapılacak çalışmalar anket çalışmaları için geçerlidir)**

**Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**Görevi:**

**Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....**

### **Ek-3.Sağlık Personeli Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi Araştırma Anketi**

#### **Değerli Katılımcımız**

Bu ankete verdiğiniz cevaplar Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bir çalışmada kullanılacak olup başka kişi ve kuruluşlar tarafından kullanılmayacaktır. İsim yazmayınız. **Katılımınız ve cevaplarınızın içtenliği için şimdiden teşekkür ederiz.**

1. Yaşınız? .....

2. Medeni Durumunuz? • Evli • Bekar • Boşanmış • Eşi vefat etmiş

3. Çocuğunuz var mı?

•Yok

•Var ( Sayısını belirtin.....)

4. Eğitim durumunuz nedir?

• Lise • Yüksek okul • Lisans • Yüksek Lisans ve Doktora

5. Mesleğiniz? • Öğretim Üyesi • Asistan Doktor • Hemşire/Ebe • Diğer (.....)

**(Çalışmıyorsanız 12.soruya geçebilirsiniz)**

6. Çalışmakta olduğunuz birim\ ünite (lütfen belirtiniz)?

.....

7. Meslekte çalışma süresiniz nedir?(Yıl.....)

8. Haftalık ortalama çalışma süreniz nedir? ( Saat.....)

9.Aşağıdakilerden hangisi gelir düzeyinizi tam olarak tanımlar?

• Gelirim giderimden fazla

• Gelirim giderimi ancak karşılıyor

- Giderim gelirimden az

10. Nöbet tutuyor musunuz? • Evet • Hayır

11. Nöbet tutuyorsanız ayda kaç tane? ....

12. Sağlığınızla ilgili problemlerinizi nelerdir?

- Sağlıkla ilgili problemim yok
- Tıbbi tanı konmuş ve tedavi gördüğüm rahatsızlığım var

(Belirtiniz.....)

13. Katıldığınız sosyal etkinlikler nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Sosyal etkinliğim yok
- Sinema/ tiyatro/konser
- Spor
- Arkadaş / akraba ziyareti
- Diğer belirtiniz.....

14. Sigara içme durumunuz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

- Hiç denemedim
- Sigarayı denedim ama hiçbir zaman her gün içici olmadım ve halen içmiyorum
- Geçmişte 6 ay ya da daha uzun süre günde 1 ya da daha fazla sigara içtim ancak bırakalı 6 aydan az oldu
- Geçmişte 6 ay ya da daha uzun süre günde 1 ya da daha fazla sigara içtim ancak bırakalı 6 aydan fazla oldu
- Ara sıra içiyorum (Her gün içmiyorum, ayda ortalama..... tane içiyorum)
- Günde 1 veya daha fazla içiyorum (Her gün içiyorum), (Günde.....tane içiyorum)

15. Son bir yıl içerisinde yaşadığınız önemli bir stresli yaşam olayı var mı? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Yok
- Yakın birinin kaybı

- Önemli fiziksel hastalık
- Ciddi ekonomik sorunlar
- İş sorumluluğunda değişim
- Diğer ( Belirtiniz .....)

16.Daha önce ruhsal açıdan sorun yaşayıp destek aldınız mı?

- Ruhsal sorun yaşamadım.
- Ruhsal sorun yaşadım ama destek almadım.
- Ayaktan ilaç kullandım.
- Ayaktan ilaç aldım ve psikoterapi gördüm.
- Hastaneye yattım, psikiyatrik tedavi gördüm.



#### **Ek-4. Beck Depresyon Ölçeği**

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
  - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
  - (1) Gelecek için karamsarım.
  - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
  - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
  - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
  - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
  - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
  - (1) Kendimden pek memnun değilim.
  - (2) Kendime kızgınım.

- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum
- 13** (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.

- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum

**14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**15** (0) Uykum her zamanki gibi.

- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

**17** (0) İştahım her zamanki gibi.

- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum 114

**18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim

**19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum

**21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

### **Beck Depresyon Ölçeği Puanlama**

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

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

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

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



## Ek-5. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

İfadeler	Hiç	Hafif Düzeyde	Orta Düzeyde	Ciddi Düzeyde
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme(sıcağa bağlı olmayan)				

### **Beck Anksiyete Ölçeği Puanlama**

0-7 puan = Minimal düzeyde anksiyete belirtileri

8- 15 puan = Hafif düzeyde anksiyete belirtileri

16-25 puan = Orta düzeyde anksiyete belirtileri

26-63 puan = Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri



## Ek-6. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Aşağıdaki soruları son 1 ay içerisindeki uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

a) Hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

a) Hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

a) Hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

a) Hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

a) Hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

a) Hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

a) Hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(h) Kötü rüyalar gördünüz

a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya ↑

(i) Ağrı duydunuz

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz.

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

a) Çok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) Çok kötü

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

9. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

a) Hiç problem oluşturmadı b) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu c) Bir dereceye kadar problem oluşturdu d) Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

- a) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- b) Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- c) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- d) Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun .

(a) Gürültülü horlama

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

(b)Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz. a) Geçen hafta boyunca hiç

b) Haftada 1'den az c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 3'den fazla

### **Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Skorlama Klavuzu**

PUKİ hastanın kendisi tarafından derecelendirilen 19 adet sorudan ve oda arkadaşı olanlar için olan ve skorlamaya dahil edilemeyen 5 sorudan oluşmaktadır.

19 soru değişik kombinasyonlarda birleştirilerek her biri 0-3 arasında skorlanan 7 bölüm oluşturulur. 7 ayrı bölüm skorları toplanarak toplam PUKİ skoru belirlenir. Toplam PUKİ skoru 0-21 arasında değişebilir. 5'in üzeri kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilir.

KOMPONENT	SORU ve PUAN KARŞILIĞI	PUAN
<b>Komponent 1</b> (subjektif uyku kalitesi)	6.Soru Puanı (0-1-2-3)	
<b>Komponent 2</b> (uyku latansı)	2. soru: 60 dk:3 ve 5.soru a şıkkı puanı 0:0, 1-2:1, 3-4:2, 5-6: 3	
<b>Komponent 3</b> (uyku süresi)	4. soru: >7 saat:0, 6-7 saat:1, 5-6 saat:2,<5 saat:3	
<b>Komponent 4</b> (uyku etkinliği)	(uykuda geçen süre/yatakta kalma süresi)x100 >%85: 0, %75-84: 1, %65-74:2, <%65:3	
<b>Komponent 5</b> (uyku bozukluğu)	5b,5c,5d,5e,5f,5g,5,5i ve 5j nin toplamı: 0:0, 1-9: 1, 10-18: 2, 19-27: 3	
<b>Komponent 6</b> (ilaç kullanımı)	7.soru puanı (0-1-2-3)	
<b>Komponent 7</b> (gündüz fonksiyonları)	8.soru puanı+9.soru puanı	
<b>Toplam skor</b>		

## 9. ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Kahramanmaraş'ta dünyaya geldim. İlköğretim ve liseyi Afşin'de tamamladım. 2006 yılında Gaziantep Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım ve 2013 yılında mezun oldum. İlk görev yerim olan Afşin Devlet Hastanesi'de 3 ay çalıştıktan sonra 2014 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD'nda uzmanlık eğitimime başladım. 2016 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'na mazeretsiz yatay geçiş ile uzmanlık eğitimime devam etmek üzere geldim.

Yabancı dilim İngilizce olup, 1 çocuk annesiyim.

Gülsüm ÇİNĞİ