



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**KONTROLSÜZ ANTİDEPRESAN KULLANAN HASTALARIN
BECK DEPRESYON, BECK ANKSİYETE ve BECK UMUTSUZLUK
ÖLÇEKLERİ KULLANILARAK ŞİMDİKİ DURUMLARININ ve
İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ ARAŞTIRILMASI**

DR. BARANSEL VARHAN

PROF. DR. MEHMET EMİN CEYLAN

İstanbul, 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KONTROLSÜZ ANTİDEPRESAN KULLANAN HASTALARIN
BECK DEPRESYON, BECK ANKSİYETE ve BECK
UMUTSUZLUK ÖLÇEKLERİ KULLANILARAK ŞİMDİKİ
DURUMLARI ve İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ
ARAŞTIRILMASI

DR. BARANSEL VARHAN

134102015

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN : PROF. DR. M. EMİN CEYLAN

İstanbul - 2017

Gereği için arz olunur.

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Kontrolsüz Antidepresan Kullanan Hastaların Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Beck Umutsuzluk Ölçekleri Kullanılarak Şimdiki Durumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Araştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

30.11.2017

Dr. Baransel VARHAN

İmza





www.uskudar.edu.tr

99R70R 14 -4R0J1H1R - M8S22Y43EKJKLJ
Abuzade: eba. Iba.: Turkey Sk. No:11 06370- Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel.: 90 216 700 22 22 Fax: +90 216 477 12 56 E posta: yfabus@usku.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 58

16 Mart 15

Prof. Dr. Mehmet Emin Ceylan (Baransel Varhan)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Mart 2015 tarihinde, 03 No.lu toplantısında değerlendirilmeye alınmış olduğu "Kontrolstig antidepresan kullanan hastaların Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Beck Umutsuzluk Ölçekleri kullanılarak son durumlarının ve ilaç kullanım alışkanlıklarının araştırılması" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumbur TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

ASLI GİBİDİR



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102015
Öğrenci Adı Soyadı	: Baransel VARHAN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Mehmet Emin CEYLAN
Tezin Başlığı	: KONTROLSÜZ ANTİDEPRESAN KULLANAN HASTALARIN BECK DEPRESYON, BECK ABKSIYETE ve BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEKLERİ KULLANILARAK ŞİMDİKİ DURUMLARININ ve İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ ARAŞTIRILMASI.

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 02.06.2017	Saati	: 17:45
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Mehmet Emin CEYLAN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR	

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Bilimsel Etik Sayfası	i
Bilimsel Etik Kurul Formu	ii
İçindekiler.....	iii
Önsöz/Teşekkür	iv
Özet	v
Summary	vi
Tablolar Listesi	vii
Şekiller Listesi.....	x
Kısaltmalar Listesi.....	xi
Ekler listesi	xii
BÖLÜM I: GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Tanımlar.....	4
BÖLÜM II: KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	5
2.1. Antidepresanlar.....	5
2.1.1. Antidepresanların Kısa Tarihçesi.....	5
2.1.2. Antidepresan Tedavi.....	6
2.1.3. Hekimlerin Antidepresanlara Yaklaşımı.....	7
2.2. Kontrolsüz Antidepresan Kullanan Hasta.....	8
2.3. Depresyon.....	10
2.3.1. Depresyona Kültürel Yaklaşımlar.....	10
2.3.2. Depresyon.....	12
BÖLÜM III: YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Modeli.....	17
3.2. Evren ve Örneklem.....	17
3.3. Veri Toplama Araçları.....	18
3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği.....	18
3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	18
3.3.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	19
3.3.4. Sosyodemografik Veri Formu.....	20
3.3.5. İlaç Kullanım Özellikleri ve İlaç Kullanım İhtiyaçlarını Tespit Formu.....	20
3.3.6. Aile Hekimi/Pratisyen Depresyon ve Anksiyete Yaklaşım Formu.....	20
3.4. Araştırmanın İşlem Yolu.....	20
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Teknikleri.....	21
BÖLÜM IV: BULGULAR.....	22
4.1. Aile Hekimi Pratisyen Depresyon Ve Yaklaşım Formu.....	22
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri.....	33
4.3. Hastaların İlaç Kullanım Özellikleri Ve İlaç Kullanım İhtiyaçları.....	51
4.4. Ölçekler.....	61
4.5. Çeşitli Faktörlere Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılıklar.....	64
BÖLÜM V: TARTIŞMA VE SONUÇ.....	74
BÖLÜM VI: ÖNERİLER.....	78
KAYNAKÇA.....	80
EKLER.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	93

ÖNSÖZ / TEŞEKKÜR

Araştırmamda bana yardımcı olan tez danışmanın Sayın Prof. Dr. M. Emin Ceylan'a, araştırmanın oluşmasında yoğun mesailerinden zaman ayıran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan Üsküdar bölgesindeki Aile Hekimlerine, en önemlisi tezin tüm aşamalarında yanında olan bilgi ve fikirlerini paylaşan ve bu çalışmanın ortaya çıkabilmesi için tüm desteği ve yardımını benden esirgemeyen sevgili eşim Özlem'e teşekkür ederim.



VARHAN, Baransel, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017

KontROLSÜZ Antidepresan Kullanan Hastaların, Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Beck Umutsuzluk Ölçekleri Kullanılarak Şimdiki Durumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Araştırılması

Özet: Bu araştırmada amaçlanmış olan, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne de konu olmuş antidepresan kullanımının kontrolsüzlüğünün tespit edilmesidir. 2020 yılında yeti yitimi bakımından 2. sıraya yükseleceği tahmin edilen ruh sağlığı hastalıklarının 1. basamak hekimleri tarafından nasıl tedavi edildiğine dair veriler elde edilmeye çalışılmış ve bu yaklaşımın kontrolsüzlükteki rolü tespit edilmek istenmiştir.

Araştırmanın örneklemini olarak; İstanbul ili Üsküdar bölgesinde görev yapan 150 aile hekiminden araştırmaya katılmaya gönüllü 30 doktora Aile hekimi/Pratisyen Depresyon ve Anksiyete Yaklaşım formu gönderilmiş ve bu aile hekimlerine kayıtlı altı aydan uzun süredir antidepresan kullanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş 56 hastadan 54'ü çalışmaya kabul edilmiştir.

Araştırmanın sonucunda uzun dönemdir antidepresan kullanıyor olmalarına rağmen %31,5'inde ilaç kullanım endikasyonu olan orta ve yüksek düzeyde BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) skorlarının yanı sıra geriye kalanların ilaç kullanım endikasyonu olmamasına rağmen uzun dönemdir ilaç kullandıkları tespit edilmiştir. Bunun yanında %50'sine psikiyatri hekimleri tarafından ilaç başlanmış ve ilaç başlayan hekimlere ortalama üç yılda sadece bir veya iki defa gidildiği tespit edilmiştir. Araştırma sorularına göre ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında; kontrolsüzün tanımı yapılırken ortaya konan tanının standardizasyonu için nesnel ölçümlerin ve ölçeklerin bilinmesine rağmen kullanılmadığı. Aynı zamanda takiplerde de kullanılmadığı. Bunun yanı sıra altı ay içinde en az altı defa görüşme yapılması gereken bu kişilerin ortalama üç yıldan fazla süredir ilaç kullanmalarına rağmen, bir veya iki defa ilaç başlayan doktora kontrole gittikleri. Ölçek skorlarının yarısına yakınının da yüksek olması geri kalanların ilaç endikasyonu bulunmamasına rağmen ilaç kullanılıyor olması, kontrolsüz ilaç kullanımı tespiti olarak görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kontrolsüz, antidepresan, ilaç, depresyon

VARHAN, Baransel, Master's Thesis, İstanbul, 2017

A Study on the Current State and the Habitual Use of Medications of the Patients Using Uncontrolled Antidepressants through Beck Depression and Beck Anxiety Inventory and Beck Hopelessness Scale

Summary: The aim of this study is to determine the uncontrolled use of antidepressant medications, which has been an issue in the Parliament of Turkish Republic as well. Data regarding how mental health disorders, which are expected to have risen up to the second rank by 2020 in view of disabilities, are treated by the primary care physicians has been collected, and the role of this approach in the uncontrolled use has been aimed to be diagnosed.

For the research paradigm, 30 voluntary medical doctors out of 150 working in the Üsküdar district in the province of Istanbul were sent the family/practicing physician depression and anxiety approach form, and 54 voluntary patients out of 56 who were registered to these family physicians as well as using antidepressant medications were accepted to take place in the study.

As a result of the study, despite using antidepressants for a long time, 31.5% of the patients were diagnosed as having medium and high levels of Beck Depression Inventory (BDI) which is the indication for the use of medication whereas the rest of the patients were diagnosed to have been using medication for a long time even though they lacked the indication. Furthermore, 50% were prescribed medication by psychiatry physicians, and these physicians who prescribed the medication were observed to have been visited around once or twice in three years. Analysing the results based on the research questions, for the standardization of the diagnosis while defining the “uncontrolled”, the fact that the objective measurements and scales are not used despite the common knowledge of them, that they are not used for the follow-up as well, that the individuals who are to see the doctors for at least three times in six months have seen the doctors prescribing the medication once or twice even though they have been using it more than three years, and that almost half of them have a high scale while the rest have been using the medication despite a lack of indication have been observed as the diagnosis of the uncontrolled use of medication.

Key Word: Uncontrolled, antidepressant, medication, depression,

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Aile Hekimi/Pratisyen Depresyon ve Anksiyeteye Yaklaşım Formu

Tablo 4.1	: Cinsiyet.....	22
Tablo 4.2	: Yaş.....	22
Tablo 4.3	: Mezuniyet tarihi.....	23
Tablo 4.4	: Aktif hekimlik süresi	23
Tablo 4.5	: Aylık ortalama antidepresan reçeteleme sayısı.....	24
Tablo 4.6	: Depresyon ve anksiyete tanısı durumunda yapılan işlem.....	24
Tablo 4.7	: Tedaviye başlanılan hastanın ilaç etkilerini gözlemlemek için geçirilen süre.....	25
Tablo 4.8	: Anksiyete ve depresyon eğitimi varlığı.....	28
Tablo 4.9	: Alınan anksiyete ve depresyon eğitim sayısı.....	29
Tablo 4.10	: Anksiyete ve depresyon eğitiminin alındığı kurum.....	29
Tablo 4.11	: Depresyon veya anksiyeteli hastaya karşı yeterlilik düşüncesi.....	30
Tablo 4.12	: Hastanın ilacı uygun dozda alıp almadığına karar verme şekli.....	31
Tablo 4.13	: Hastanın ilaca devam etme durumuna karar verme şekli.....	31
Tablo 4.14	: Hastayla yalnız görüşme.....	32
Tablo 4.15	: Bir hastaya ayrılan en fazla süre.....	32
Katılımcıların sosyodemografik bilgileri		
Tablo 4.16	: Cinsiyet.....	33
Tablo 4.17	: Yaş.....	33
Tablo 4.18	: Medeni durum.....	34
Tablo 4.19	: Evlilik süresi.....	34
Tablo 4.20	: Dul/boşanma evli kalma süresi.....	35
Tablo 4.21	: Evlenme yaşı.....	36
Tablo 4.22	: Dul/boşanma yaşı.....	36
Tablo 4.23	: Çocuk sayısı.....	37
Tablo 4.24	: Eğitim düzeyi.....	37
Tablo 4.25	: Meslek.....	38
Tablo 4.26	: Aynı işte çalışma süresi.....	38
Tablo 4.27	: Emekli olduktan sonra geçen süre.....	39
Tablo 4.28	: Ailede etkilenilen bir ölüm varlığı.....	40
Tablo 4.29	: Ölen kişinin yakınlık durumu.....	40
Tablo 4.30	: Ölümün üzerinden geçen süre.....	41
Tablo 4.31	: Gelir düzeyi seviyesi.....	41
Tablo 4.32	: Aylık toplam evdeki bireylerin kazançları.....	42
Tablo 4.33	: Aile bireylerinin birbirlerine karşı tutumları.....	43
Tablo 4.34	: Eşin sosyal desteğini hissetme.....	44
Tablo 4.35	: Çocukların sosyal desteğini hissetme.....	44
Tablo 4.36	: Akrabaların sosyal desteğini hissetme.....	45
Tablo 4.37	: Dostların sosyal desteğini hissetme.....	45
Tablo 4.38	: Evde birlikte yaşanan kişiler.....	46
Tablo 4.39	: Oturulan evin mülk durumu.....	46
Tablo 4.40	: Banka kredisi borcu varlığı.....	47
Tablo 4.41	: Kredi kartı borcu varlığı.....	47
Tablo 4.42	: Diğer borçlar.....	48

Tablo 4.43	: Borcun gelirden fazla olması durumu.....	48
Tablo 4.44	: Herhangi bir hukuksal problemin varlığı.....	49
Tablo 4.45	: Hukuksal problemin devam ettiği süre.....	49
Tablo 4.46	: Engelli bir çocuk sahibi olma durumu.....	50
Tablo 4.47	: Bakımı üstlenilen yatalak bir yakının varlığı.....	50
Hastaların ilaç kullanım özellikleri ve ilaç kullanım ihtiyaçları		
Tablo 4.48	: Ara vermeden antidepresan kullanma süresi.....	51
Tablo 4.49	: Kullanılan antidepresan ismi.....	51
Tablo 4.50	: Daha önce antidepresan kullanımı.....	52
Tablo 4.51	: En son başlanılan antidepresanı reçete eden branş.....	53
Tablo 4.52	: İlk reçete eden doktor tarafından sözel veya yazılı teste tabi tutulma.....	53
Çözülme üzere verilmiş testleri daha önce çözmüş olma durumu		
Tablo 4.53	: Beck Depresyon Ölçeği.....	54
Tablo 4.54	: Beck Anksiyete Ölçeği.....	54
Tablo 4.55	: Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	55
Tablo 4.56	: Tedaviye başlayan doktora kontrole gitme sayısı.....	55
Tablo 4.57	: İlk kontrole gitmek için geçen süre.....	56
Tablo 4.58	: Kontrolde sözel veya yazılı bir teste tabi tutulma.....	56
Tablo 4.59	: İlaça başlarken doktor tarafından tanının söylenmesi..	57
Tablo 4.60	: İlaça başlarken doktor tarafından söylenen tanı.....	57
Tablo 4.61	: İlacın devamında doktor değişikliği yapıldı ise, yeni doktor tarafından herhangi bir sözel yada yazılı teste tabi tutulma.....	58
Tablo 4.62	: Herhangi bir kronik hastalığın varlığı.....	59
Tablo 4.63	: Günlük düzenli içilen ilaç sayısı.....	60
Tablo 4.64	: İlaç harici veya ilaçla birlikte terapi görme.....	61
Ölçek skorları		
Tablo 4.65	: Beck anksiyete ölçeği skorları.....	61
Tablo 4.66	: Beck depresyon ölçeği skorları.....	62
Tablo 4.67	: Beck umutsuzluk ölçeği skorları.....	63
Tablo 4.68	: Beck umutsuzluk ölçeği alt faktörleri.....	63
Çeşitli faktörlere bağlı olarak ölçek skorlarında farklılaşmalar		
Tablo 4.69	: Ara vermeden antidepresan kullanma süresine bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşmalar.....	64
Tablo 4.70	: En son başlanılan antidepresan reçete eden branşa bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşmalar.....	65
Tablo 4.71	: İlk reçete eden doktor tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulmasına bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşma.....	66
Tablo 4.72	: Tedaviye başlayan doktora kontrole gitme sayısına bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşma.....	67
Tablo 4.73	: İlk kontrole çağrılma için geçen süreye bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşma.....	68
Tablo 4.74	: Kontrolde herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulmaya bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşma.....	69
Tablo 4.75	: İlaça başlarken doktor tarafından tanının söylenmesine bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşmalar.....	70
Tablo 4.76	: İlaça başlarken doktor tarafından söylenen tanıya bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşmalar.....	71

Tablo 4.77	: İlacın devamında doktor değişikliği yapıldı ise, yeni doktor tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulmaya bağlı olarak ölçek skorlarındaki farklılaşmalar.....	72
-------------------	--	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 4.1	: Kullanımı bilinen testler.....	26
Şekil 4.2	: Tedavi ve takipte kullanılan testler.....	27
Şekil 4.3	: Antidepresan kullanan hastada tedavinin devamı veya ilaç değişimi için karar verme şekli.....	28



KISALTMALAR

SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
AİK	: Akılcıİlaç Kullanımı
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı
ICD	: Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi
WONCA	: Dünya Aile Hekimliği Organizasyonu
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği



EKLER LİSTESİ:

- EK 1** : Beck Depresyon Ölçeği
Ek 2 : Beck Anksiyete Ölçeği
Ek 3 : Beck Umutsuzluk Ölçeği
Ek 4 : Sosyodemografik Veri Formu
Ek 5 : İlaç Kullanım Özelliklerini Ve İlaç Kullanım İhtiyaçlarını Tespit Formu
Ek 6 : Aile Hekimi/Pratisyen Depresyon Ve Anksiyeteye Yaklaşım Formu



BÖLÜM I: GİRİŞ

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında (2011-2023) Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal bozukluk geçirdiğini belirtmektedir (Erol vd., 1998). Hıfzıssıhha Mektebi’nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması’nda da benzer bulgular ortaya konmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalıklara göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık gurubunun yer aldığı görülmektedir. Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları’nın (Years Lost with Disability – YLD) ilk 20 nedeninin dağılımında (2004) erkeklerde unipolar depresif bozukluk 2. sırada, kadınlarda ile 1. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2006; Sağlık Bakanlığı 2011).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de depresyon ve antidepresan kullanımı konusunda bir farkındalık oluşmuştur. 2010 yılında Türkiye Ekonomi Politikalar Araştırma Vakfı (TEPAV) Girişimcilik Enstitüsü’nden Ümit Barış Urhan’ın ‘‘Türkiye’de Antidepresan Kullanımları Artıyor mu? Sosyo-Psikolojik Göstergeler Çerçevesinde Bir Değerlendirme’’ başlıklı araştırmasında Türkiye’de son beş yılda antidepresan kullanımı % 65 oranında artmıştır ve 2005’te yaklaşık 20 milyon kutu olan kullanım 2010’da 34 milyon kutuyu geçmiştir (Urban 2010).

Bu rapor sonrasında, kamuoyunda, medyada ve bilim çevrelerinde ülkemizde antidepresan tüketimine dair endişeler yoğun bir şekilde dile getirilmiştir. Konunun medyada ve bilim çevrelerinde bu kadar konuşulmasından sonra Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne de taşınmıştır. Mersin Milletvekili Mehmet ÖZ, Sağlık Bakanı Müezzinoğlu’nun yanıtlanması istemiyle TBMM Başkanlığı’na sunduğu soru önergesinde, dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de depresyon teşhisi sayısında artış olduğunu, Dünya Sağlık Örgütü’nün 2020’de depresyon yaygınlığının günümüzdekinin iki katına çıkacağı uyarısı yaptığına dikkat çekti. Önergesinde Türkiye’deki depresyon ve antidepresan ilaç kullanımı ve alınan önlemlerin ne olduğunu sordu.

Sağlık Bakanı Müezzinoğlu ise, Öz'e yanıt için TBMM'ye gönderdiği yazıda, "SGK'dan alınan verilere göre son 5 yılda antidepresan tüketimi yüzde 56 oranında artmıştır" dedi. 2008'de 16 milyon 527 bin 26 kutu antidepresan tüketiminin 2012'de 25 milyon 958 bin 725 kutuya çıktığını kaydetti.

Sağlık Bakanı Müezzinoğlu, Türkiye'de antidepresan ilaç kullanımının artmasının nedenlerini şöyle sıraladı: "Söz konusu artışın birden fazla sebeplerinden biri bu ilaçların diğer branş hekimlerince de reçete ediliyor olması, antidepresanların başka rahatsızlıkların tedavisinde kullanılması ve hizmette ulaşılabilirliğin artışı gibi etkenlere dayanmaktadır" diye cevapladı.

Türkiye'de hasta başına düşen psikolog oranlarına da değinen Sağlık Bakanı şunları kaydetti: "Ulusal Ruh Sağlığı Planı kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalışan 100 bin kişiye 1.25 oranındaki psikolog sayısının 6'ya çıkarılması hedeflenmektedir. 100 bin kişiye 2.20 olan ruh sağlığı uzmanı sayısının da arttırılması için uzmanlık eğitimi verilecek eğitim kliniklerinin açılması da yine hedefler arasında bulunmaktadır." (Aktuelpsikoloji 2017).

Yukarıdaki rakamlar göz önüne alındığında 'Türkiye'de hizmet veren mevcut psikiyatristlerin, yıllık 35 milyon kutu ilaç önerebilecek sayıda olmadığı ve tüketilen antidepresanların önemli bir kısmının doktor kontrolü dışında kullanıldığı ya da insanların günlük sıkıntı ve problemlerini aşmak için gereksiz yere antidepresan kullanılmakta olduğu' şeklinde haberler ve açıklamalar geniş yer bulmuştur (Aydın 2013; Haberturk 2017).

Psikofarmakoloji Derneği Türkiye'de Psikotrop İlaç Tüketiminin ve Mevcut Uygulamaların Tıbbi, Etik ve Ekonomik Sonuçları Raporu'nda "Antidepresan reçetelerinin uzmanlık alanına göre dağılımının incelenmesinde 2008 den beri aile hekimi+pratisyenlerin yazdığı reçete sayısının psikiyatristlerden fazla olduğunu; Yeni reçete sayıları da aile hekimlerinin psikiyatri uzmanlarından daha fazla antidepresan kullanımına yönelik psikiyatrik tanı koyduğunu ve tedavi başladığını göstermektedir.

Toplam reçetelerde diğer hekimlerin oranını psikiyatristlerle kıyaslırsak psikiyatristlerin baktığı hasta sayısını 100 kabul ettiğimizde 2008'de aile hekimi+pratisyenler %40 daha fazla antidepresan içeren psikiyatrik tedavi düzenlemiştir. 2012'de aile hekimlerinin her 100 psikiyatri hastasına karşılık toplam

reçete sayıları üzerinden %60 oranında daha fazla antidepresan tedavisi gerektirecek hastalık tedavisi yaptıkları değerlendirilecektir.

İlk kez antidepresan başlama oranlarına bakıldığında ise 2008’de aile hekimi+pratisyenlerin yazdığı reçete sayısı %34 daha fazla olmuştur. 2012 yılı verilerine bakıldığında; bu oran aile hekimleri için psikiyatristlerin %155 i olmuştur.” (Aydın 2013).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu rakamlara bakıldığında ülkemizde bu kadar çok antidepresan tüketiminde bazı sorunlar olduğu aşikârdır. Kontrollü ve ölçeklerle antidepresan ilaç kullanımı öncesi ve sonrası durumları tespit edilmiş birçok çalışma olmasına rağmen kontrolsüz antidepresan kavramı ve kontrolsüz antidepresan kullanımıyla ilgili literatür taraması sırasında herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile İstanbul ili Üsküdar ilçesinde bulunan aile hekimliğine kayıtlı; 6 aydan uzun süredir antidepresan kullanan ve kullanım sırasında ilaç ve hastalığı ile ilgili sorgulanmayan, ilk reçete eden doktor tarafından takip edilmemiş ve kontrolsüz kabul edilen hastaların, antidepresan kullanım alışkanlıklarının; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) , Sosyodemografik Veri Formu ve İlaç Kullanım Özelliklerini ve İlaç Kullanım İhtiyaçlarının Tespit Formu ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu değerlendirme sırasında kontrol grubu olarak Üsküdar İlçesinde 1. Basamakta Aile Hekimliği yapan doktorlar kullanılmıştır. Üsküdar ilçesinde Aile Hekimliği yapan hekimlerin Depresyon ve Anksiyeteye Yaklaşım Formu kullanılarak, tedaviye başlama ve takip süreçlerinin hastaların kullanım alışkanlıklarıyla uyumlu olup olmadığı karşılaştırılmak istenmiştir.

Bu bağlamda çıkacak sonuçların 1. Basamakta depresyona yaklaşım ve antidepresan kullanımıyla ilgili yanlışlık ve eksiklerin tespiti ve 1. Basamakta yapılabileceklere yol gösterici olması hedeflenmiştir.

1.2. TANIMLAR

Depresyon: Sözlük anlamı çökkünlük olan depresyon terimi çeşitli depresif bozuklukların tümü için kullanılmaktadır. Depresif bozukluklar işlevselliği bozacak düzeyde ciddiyet ve süreğenlik taşıyan üzüntü hali ile belirli olup, bazı durumlarda etkinliklerden zevk alamama ve ilgi kaybı ile birlikte giden semptomlar topluluğudur (Merck 2006).

Antidepresan: Depresif bozuklukların tedavisinde kullanılan, genel prensip olarak monoaminler olan dopamin, norepinefrin ve serotoninden bir veya daha fazlasının sinaptik etkisini arttırmak suretiyle depresif semptomlarda düzelme sağlayan ilaç grubunun genel adı (Stahl 2012).

Kontrolsüz antidepresan kullanan hasta: Altı aydan uzun süredir antidepresan kullanan; ilacın etkinliği ve semptomlarının durumuyla ilgili ölçek veya self ölçeklerle taranmamış ve hekim kontrollerine sadece ilaç yazımı nedeniyle gidip hekim tarafından sorgulanmamış hastalar kontrolsüz antidepresan kullanan hasta grubu olarak kabul edilmiştir.

BÖLÜM II: KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. ANTİDEPRESANLAR

2.1.2. Antidepresanların kısa tarihçesi

1951 yılında Selifok ve Robirzek kötü prognozlu tüberküloz hastalarına izoniyazid ve iproniyazid vermelerinden sonra hastaların genel durumları hızla düzeldi, neşe kuvvet ve canlılık kazandılar. 1952 de Dr. Max Lurie ve Harry Salzer izoniyazidi depresyonda denediler ve ilk olarak antidepresan terimini kullandılar. Jacson Smith, Gordon Kamman ve George Crane iproniyazidi depresyonda denediler. Rocland State Hastanesi Araştırma Şefi Dr. Nethan Kline iproniyazidi popüler eden kişi olarak satışlarının patlamasını sağladı. 1961’de ölümcül karaciğer hasarı yaptığı anlaşıldı. 1958’de ilk Monoaminoksidaz İnhibitörleri (MAOI) İpraniyazid ve imipramine ile antidepresanların hikayesi başladı. 1961'den 1980’e antidepresanların patlamasıyla MAOI ve trisiklik antidepresan grupları hızla ilaç endüstrisinde yerlerini aldı.

1987’ye gelindiğinde depresyon tedavisinde mucize ilaç olarak ortaya çıkan Prozac (Fluoxetine) Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerinin (SSRI) ilk temsilcisi ve depresyon tedavisinde mucize ilaç olarak raflarda yerini aldı (Tan 2016; Antidepression 2008). Aynı zamanda adına kitaplar (Prozac Nation, Elizabeth Wurtzel) ve filmler yapılmış ve birçok gazete makalesine konu olmuş en popüler ilaçlar arasında ilk sıraya oturdu. 1991’den 1998’e kadar bir çok yeni SSRI molekülü; bunlar 1991 sertraline, 1992 paroksetine ve 1998 sitolopram Prozac’ın peşinden eczanelerde yerini aldı. Bunun yanında SSRI’lara benzer özellik gösteren fakat aynı zamanda norepinefrinide hedef alan yeni grup Serotonin Norepinefrine Geri Alım İnhibitörleri (SNRI) 1993’te venflaksasine ve 1994’te nefazadone antidepresan ilaçlar arasındaki yerini aldı.

2000 yılından sonra antidepresan patentleri durunca, FDA eski ilaçları antidepresan tedavisinde kullanılabilmesi için onayladı. Birçok ilaç depresyon tedavisinde takviye edici ilaç olarak tekrar ruhsatlandırıldı. Bunlar arasında bazıları

2002 mirtazapin, 2006 bupropion ve 2007 aripiprazolü sayabiliriz. 2006 ile 2010 yılları arasında ise her 10 antidepresan patentinden 9'u patentlerini kaybetti ve ilaç endüstrisinde büyük finansal kayıplara neden oldu (Tan 2016; Antidepressyon 2008).

2.1.2. Antidepresan Tedavi

Depresyon geçiren ve herhangi bir antidepresan kullanan hastaların çoğunlukla semptomlarında düzelme gözlemlenir; bu düzelme semptom seviyesinde en az %50 veya daha fazla ise bu yanıt olarak adlandırılır. Bu esas olarak tedavinin amacıdır. Buna rağmen güncel tedavi şekli yakın zamanda belirgin bir şekilde kayma göstermiştir. Güncel tedavilerin amacı semptomların tamamen düzelmesi ve düzelme seviyesinin sürdürülmesidir. Bu şekilde tedaviden kısa bir süre sonra nüks etmemesi ve hastanın ileride tekrarlayan bir epizod geçirmemesi hedeflenir (Stahl 2012).

Depresyon tedavisi tüm semptomların düzelmesi ile sonuçlandıysa ve bu durum 6-12 aydan daha uzun sürdüyse bu iyileşme olarak adlandırılır (Stahl 2012). Pazarlama onayı almış ve klinik denemelerde çalışılan tüm antidepresanlar hastaların üçte ikisinde başlangıç tedavisinden 8 hafta içinde yanıt verirler (Stahl 2012).

Antidepresan tedavideki büyük sorun, klinik pratikte hastaların üçte birinin ilk antidepresan tedavilerini tamamlamamaları, tamamlayanların ise yarısından azının ikinci ay tedavisi alması, ancak dörtte birinden azının yeterli olarak 3 aylık veya daha fazla tedaviyi almasıdır. Antidepresanlar yeterli doz ve derecede alınmadıklarında işe yaramayacaklardır. Bu yüzden antidepresanların klinik pratikte etkinliği tedavinin yeterli bir süre 'kalıcı' olarak başarılabilmesi nedeniyle azalmaktadır (Stahl 2012).

Antidepresan kullanan hasta iyileşme gösteriyorsa veya az sayıda inatçı semptomu varsa kaygılanmalıyız. Kaygılanmalıyız çünkü hem iyi hem kötü sonuçları gösteren uzun süre antidepresan tedavide iyi sonuç: Eğer antidepresan hastayı iyileşmeye sokuyorsa hasta anlamlı olarak düşük nüks oranı gösterir. Kötü sonuç ise depresyonu azaltan hastalarda çok sık nüks görülebilmekte ve nüks oranları hasta iyileşebilmek için daha fazla tedavi alma ihtiyacı duyduğunda kötüleşebilmektedir (Stahl 2012).

Antidepresan tedavide iyileşme göstermeyen hastalarda nüks oranı bir tedaviden sonra 12 ayda %60 iken dört tedaviden sonra 6 ayda %70 seviyesine çıkmaktadır.

Sonuçta iyileşmeyi sağlayabilmek için dört tedavi alındığında iyileşmenin koruyucu etkisi hemen hemen ortadan kalkmaktadır (Stahl 2012).

Bu sonuçlar göstermektedir ki halk sağlığı problemi haline gelen ve hızlı bir şekilde tanınıp sadece semptomların azaltılmasına yönelik değil, agresif bir şekilde hastalığın ilerlemesinin azaltılması amaçlanmalıdır. Depresyonun kronik olduğu fikri, tedaviye dirençli olması ve nüks göstermesi ancak hızlı ve agresif tedavilerle azaltılabilir, tüm semptomlar hafifletilebilir ve böylelikle hastalık seyri modifiye edilebilir (Stahl 2012).

2.1.3. Hekimlerin Antidepresanlara Yaklaşımı

Tüm yukarıda yer alan bilgiler ışığında antidepresanlara hekimlerin yaklaşımının içinde bulunduğu toplumun ruhsal hastalıklara yaklaşımıyla örtüşüp örtüşmediğine dair yeterince araştırma yoktur.

Özmen ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada pratisyen hekimlerin depresyonu bir hastalık olarak değerlendirdiği, ancak etiolojisinde büyük oranda sosyal etmenleri sorumlu tuttuğunu bildirmektedir. Bu çalışmada depresyonun iyileştirilmesinde pratisyen hekimlerin hem farmakoterapiyi, hem de psikoterapiyi önemseydiği, depresyonun ilaçla tedavi edilebildiğini düşünüyor olmakla beraber ilaçlarla ilgili yanlış bilgiye sahip olduğu ve depresyonlu hastaların toplum içinde kabul edilebilirlikleri konusunda tereddütlere sahip olduğu görülmüştür (Özmen 2002).

Özmen ve arkadaşlarının yaptıkları bir diğer çalışmada psikiyatri dışı uzmanların (dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum, fizik tedavi ve onkoloji uzmanları) %70,3'ü 'depresyonun bir tıbbi hastalık önermesine tamamen katılıyorum' yanıtını vermiş. Katılımcıların %43'ü antidepresan ilaçların bağımlılık yapabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Bu çalışmaya katılan hekimlerin üçte ikisi yürütmekte oldukları sağlık hizmetinde ruhsal bozukluğu olan hastalara yardımcı olabileceğini düşündüğünü. Yine bu hekimlerin üçte ikisinin depresyonu tedavi etmenin bu uzmanlıkların işi olmadığını belirtmiştir (Özmen 2003).

Bu çalışmada ayrıca uzman hekimlerin beşte biri işsizlik, ailevi sorunlar gibi sosyal etmenlerin düzeltilmesi ile depresyonun düzelebileceğini düşünmektedir. Yine üçte birinin antidepresanların depresyonu iyileştirebileceğine inancı yoktur (Özmen

2003). Ancak pratisyen hekimlerle Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %91,3 depresyonun kişinin yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklandığını düşünmektedir (Özmen 2002)

Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucunda: Antidepresan tedavi ile ilgili uzman hekimlerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu; yarıya yakınının antidepresan ilaçların bağımlılık yapabileceğini; Antidepresan uzun süre kullanımının sakıncalı olabileceğini; üçte ikisi de hastaların belirtileri düzeldikten sonra antidepresan dozunun azaltılarak kesileceğini belirtmiştir (Özmen 2003). Bu bulgular Özmen ve arkadaşlarının pratisyen hekimlerle yaptığı çalışmada yer alan bulgularla uyumluluk göstermektedir. Pratisyen hekimlerin %97,3'ü depresyonun ilaçla tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu. %25.3 Depresyonun tedavisinde kullanılan ilaçların ciddi yan etkiler yapacağını. %20.5'i de antidepresanların bağımlılık yapacağını düşündüğünü belirtmiştir (Özmen 2002).

2.2. KONTROLSÜZ ANTİDEPRESAN KULLANAN HASTA

Kontrolsüzün tanımını yaparken, 1985 yılında Nairobi'de yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) toplantısı Akılcı İlaç Kullanımını (AIK); kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşılabilmeleri olarak tanımlamasından yola çıkılmıştır.

Kişinin klinik bulguları: Ögel ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin depresyon tanısı koyarken depresyon tanı ölçütlerinden çok, önceki deneyimlerini dikkate aldıklarını belirlemiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde en yaygın kullanılan yöntem tarama testlerinin günlük uygulamasıdır. Bu şekilde depresyon tanısı koyma oranının 2-3 kat arttığı bildirilmiştir (Henkel vd., 2003). Psikolojik değerlendirme ölçekleri hastanın psişik, davranışsal özelliklerini ve bireysel ve toplumsal ilişkilerini sayısal olarak ifade etmeye ve karşılaştırma yapmaya yarar. Psikolojik değerlendirme ölçekleri pratikte sıklıkla tarama, tanı koyma, hastalığın şiddeti ve bu şiddetin tedaviyle değişimini belirleme amacıyla kullanılır (Ebrinç 2000).

Son dönemde psikiyatride tanısal sistem dahi betimleyici ve belirtiyeye dayalı olacak biçimde yeniden elden geçirilmiştir. Tanının standardizasyonu, nesnel ölçümlerin hastanın klinik durumundaki değişikliklerle ilgili kayıtlara dahil edilmesi ile

elele gider. Böyle nesnel ölçümler sorunları ve tedavi hedeflerini tanımlayan herhangi bir tedavinin zaman içerisindeki başarısını yada yetersizliğini izlemeye yarar (Aydemir 2009).

Tedavi kararının oluşturulmasına dair en etkili model, kanıta dayalı tıp olmuştur (Sackett 2000). Kanıta dayalı uygulama, hastanın sağlığı adına karar verme sürecinde klinik bilgi birikiminin hastanın değerlerinin ve en iyi araştırma kanıtlarının entegrasyonunun sağlanmasıdır. Klinik bilgi birikimi, klinisyenin tecrübelerinin, eğitiminin ve klinik becerilerinin toplamını ifade etmektedir. Hasta randevusuna kendi kişisel ve özel kaygılarını, beklentilerini ve değerlerini taşır. En iyi kanıt genellikle konuyla ilgili gerçekleştirilmiş klinik araştırma sonuçlarından sağlanır.

Kontrolsüzün tanımı yapılırken Akılcı İlaç Kullanımından yola çıktığımızda remisyonun sağlanması için kritik nokta, etkin antidepresanın seçimidir. Bu seçim, ilacın yan etkilerine, bireysel olarak güvenilirlik ve tolarebilitesine göre, hastanın tercihinine, klinik çalışmaların verilerine göre yapılmalıdır. Bir çok antidepresan ilaç seçenekleri olmasına karşın klinisyenlerin seçimlerini yönlendirecek çok az sayıda ampirik kanıt mevcuttur. Amerikan tedavi ile ilgili birçok derlemede tüm ilaçların hemen hemen aynı etkinlikte olduğu bildirilmektedir (AMJ Psyciatri 2000, Hansen 2005). Kontrolsüzün tanımında ilacın grubu yada etken maddesi değil tam remisyonun sağlanması için gerekli klinik takiplerin yapıp yapılmadığı göz önüne alındı. Bu bağlamda depresyon tedavisinde Yanıt, İyileşme (Remisyon), Nüks (Relaps) ve Tekrarlama (Rekürens) kavramları göz önünde bulunduruldu.

Yanıt: Depresyon tedavisi semptomlarda en az % 50 düzelme yaptığında, bu bir yanıt olarak tanımlanır. Önceden bu durum depresyon tedavisinin amacı farz edilirdi.(22) Geleneksel olarak yanıt kavramı ise Standart Ölçeklerin (Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği vs) skorlarında % 50'den fazla bir azalmanın olması olarak kabul edilir (VanValkenburg 1984).

İyileşme (Remisyon): Depresyon tedavisi tüm semptomların düzelmesi ile sonuçlandıysa ve bu durum 6 ila 12 aydan uzun sürdüyse iyileşme olarak adlandırılır. Bu tür hastalarda sadece düzelme değil tam bir iyileşme hali vardır. Ancak yine de tam olarak iyileşmemiş olabilirler. Çünkü depresyon yine ortaya çıkabilir. Tam bir iyileştirme depresyon hastalarının tedavi amacıdır (Stahl 2012).

Nüks (Relaps): Semptomlarda tam gerileme olmadan veya semptomların gerilemesinden sonra ki birkaç ay içinde depresyon yeniden ortaya çıkarsa, nüks olarak adlandırılır (Stahl 2012).

Tekrarlama (Rekkürens): hasta iyileştikten sonra depresyon yine oluşursa, bu tekrarlar olarak adlandırılır (Stahl 2012).

Bu kavramlardan yola çıkılarak akut fazın olduğu ilk 6-12 hafta içinde intihar riski, ilaç yan etkileri, semptomların durumu ve yanıtın göz önünde bulundurulacağı en az 4 kontrol ve iyileşmenin göz önünde bulundurulacağı; 12. haftadan 6. aya kadar ki sürede en az 2 kontrol olmak üzere toplamda altı ay içinde tedaviyi başlayan hekim tarafından kanıta dayalı olarak ölçeklerle ve semptomlarla kontrol edilmemiş. Aynı zamanda Akılcı İlaç Kullanım ilkeleri gereği ilacın uygunluğu, süresi ve dozu takip edilmemiş hastalar kontrolsüz olarak kabul edildi.

2.3. DEPRESYON

2.3.1. Depresyona kültürel yaklaşımlar

Kültürler arası çalışmalar depresyon bulgularının farklı biçimlerde karşımıza çıkabileceğini göstermiştir (Marsella vd., 1985). Bu farklılıklar tanı koymakta ve kategorizasyonda bir dizi güçlüğü beraberinde getirmiştir. DSM' deki distimik bozukluk ve ICD'deki distimi kategorilerinin insan mutsuzluğunun medikalizasyonu sonucu oluşan batı kategorileri olduğu, diğer toplumlarda geçerliliği olmadığı ileri sürülmüştür (Sayar 1995).

Depresyonun bugünkü tıbbi kavramlaştırılması onun duygulanımsal, bilişsel, davranışsal ve bedensel bulgularla seyreden bir psikiyatrik bozukluk olduğunu öngörmektedir (Sayar 2001).

Depresyonun biyolojik gerçekliği günümüzde kabul edilen bir gerçekliktir. Biyolojik gerçekliğinin yanı sıra sosyal kültürel etkenlerin hem etiolojide, hem de belirti örüntüsünün ve çare arama davranışlarının biçimlenmesinde rol oynadığı kabul edilmektedir (Cimilli 1997). Kültürden bağımsız çekirdek belirtileri olan depresif duygu durum ve anhedoni hemen tüm toplumlarda görülmektedir. Nitekim DSM-IV majör

depresyonun ana belirtilerini çöökkünlük, ilgi kaybı ve zevk alamama olarak tanımlamaktadır (Köroğlu 1995).

Leff, depresyonda kültürler arasında gözlenen en önemli farklılığın rahatsızlığın dışı vurumu ve dile getirilmesinde olduğunu bildirmiştir (Kleinman 1997).

Doğu toplumlarında depresyonun sıklıkla bedensel yakınmalarla seyrettiği ve intihar oranının batılı dünyaya göre düşük olduğu bilinmektedir. Batı toplumlarında ise suçluluk duygusu depresyona daha sık eşlik etmekte ve bu da Yahudi-Hıristiyan geleneğinin etkileriyle (örneğin her bebeğin doğuştan günahkar olarak doğduğu vb) izah edilmektedir (Kara ve Sayar 1997). İran Azerbaycan bölgesinde yapılan bir çalışma, hüznün ve kederin o kültürde taşıdığı olumlu anlamı ve buna bağlı olarak depresif duygulanımın adanmışlık ve 'takva' olarak nitelenebileceğini ortaya koymuştur (Kleinman 1985; Sayar 1998).

Türkiye'nin modern ve geleneksel toplum arasında bir yerde olduğu, doğu ile batı arasında geçiş özellikleri taşıdığı, hem batılı toplumların hem doğu toplumlarının özelliklerini içerdiği, kentten kıra, batıdan doğuya gidildikçe pre-modern özelliklerin yaygınlaştığı düşünülmektedir (Cimilli 1997). Türkiye ve İsveç'te 2004-2006 yıllarını kapsayan ve antidepresan tedavisi ve kültürel farklar konulu bir çalışmada 1. basamağa başvuran hastalarda Türkiye'den katılan hastaların İsveçli hastalara oranla daha çok fiziksel semptomlarla kendilerini ifade ettikleri sonucu bulunmuştur. Başlıca semptomlar; ağrı, yorgunluk, merkezi sinir sistemi semptomları (baş ağrısı vb), kardiyovasküler semptomlar olarak karşımıza çıkmıştır (Wade 2010). Başka bir çalışmada Şanlıurfa'da majör depresyon tanısı konulan kişilerin depresyonlarını ifade biçimleri ile ilgili bir çalışmada depresyonu olan kişilerin en sık olarak "sıkıntı" ifadesini kullanarak duygusal alanla ilgili yakınma bildirdikleri, sıkıntı, uykusuzluk ve sinirlilik şikayetleri bildiren kişilerin depresyon açısından sorgulanması gerektiği bulunmuştur (Ivbijaro vd., 2005).

Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu'nun (WONCA) kültüre dayalı depresyon kılavuzunda, '1. basamak hekimlerinin, kültür, din ve cinsiyetle ilgili bulunduğu bölgenin paradigmasını iyi anlaması, terapötik ittifakı arttıracak, doktor hasta arasındaki mesafenin azalmasını sağlayacaktır. Böylece tedavi başarısını maksimize edebilecektir (Ivbijaro vd., 2005).

Aktüel dergisinin 140. Sayısında Murat Yalnız'ın 'İslami Prozac Toplumu' adlı yazısında, İslami kesimin rağbet ettiği psikiyatrislerle yapılan görüşmelerinde eskiden inanç faktöründen dolayı İslami kesimin ruhsal sorunlarla baş edebilme gücünün daha fazla olduğu ve depresyona girmeyi iman zayıflığı olarak kabul ettiğini; ilaca kaldıysam iman gücüm o kadar kuvvetli değilmiş yönünde savları olduğunu; ama bu işin imanla ilgisi olmadığı ve bu ilaçların Allah'ın bir tedavi aracı olduğunu kabullenmeye başladığını belirtiyor (Yeniktuel 2016). Bu da nüfusunun %99'dan fazlasının Müslüman olduğu bir ülkede kırdan kente göçün getirdiği kültürel değişimin ve antidepresan kullanımının artmasının bir göstergesi olabilir.

2.3.2. Depresyon

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Tıp literatürlerinde depresyonu ilk tanımlayan Hipokrates'tir. Hipokrates (İ.Ö. 460-357) bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı 'melaine chole' olarak adlandırmıştır (Jadhav 2000). Galen'e (İ.S. 131-201) göre melankoli 'korcu ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret' ile kendini göstermektedir (Akiskal 1995).

Tamamıyla duygu durum bozukluklarına ayrılmış ilk İngilizce metin, R. Burton'un 1621'de yayınlanan 'Melankolinin Anatomisi' adlı eseridir. Nedensiz melankolilerin yanı sıra, hipokondriyazis, yas ve aşk melankolileri gibi çok çeşitli kategoriler ile sınıflamış ve hemen bütün öncülleri gibi Burton da erkeklerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir (Jadhav 2000).

1750'lerden itibaren İngilizce 'depression' sözcüğü, melankolinin eş anlamlısı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Timoty Bright, 1856 yılında İngiltere'de 'Melankoli' adlı kitabı yayınlamış ve melankoliyi doğal ve doğal olmayan olarak iki alt gruba ayırmıştır. Doğal melankoliye kara safranın yol açtığını, doğal olmayan melankolinin oluşmasında ise kara safra, kan ve lenf bozukluklarının rol oynadığını belirtmiştir. Yazar ayrıca melankolinin belirti ve bulgularını saptamış; dalgınlık, elem, keder, karamsarlık, sıkıntı ve tedirginlik gibi duygulanım bozukluklarının ön planda olduğuna dikkat çekmiştir (Köknel 2000). buraya bakıldığında da melankoli ile depresyonun belirti ve bulguları arasında benzerliği görmek mümkündür.

Depresyon DSM- V'e göre Depresyon Bozuklukları altında (Koroğlu 2013),

- 1- Yıkıcı Duygu durumu Düzenleyememe Bozukluğu (F34.8)
- 2- Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu (F32.0,1,2,3,4,5,9)
- 3- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) (F34.1)
- 4- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu (N94.3)
- 5- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- 6- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- 7- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu (F32.8)
- 8- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu (F32.9)

Olarak 8 alt başlık altında ele alınmıştır; bunlardan Majör Depresyon Bozukluğu ve Uzun dönem antidepresan kullanan hastalar ele alındığından Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) DSM –V’te yazıldığı şekilde aşağıda ele alınacaktır.

2.3.2.1. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğı) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değışiklik olmuştur, bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayan

1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür) (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir)
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5’ inden daha çok olan bir değışiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (**Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinimsel kıskırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)
 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil.)
 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir.)
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnız ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
 - A. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
 - B. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkileriyle bağlanmaz.
- Not:** A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.
- Not:** Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, parasal çöküntü, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında A tanı ölçütlerinde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, kayıpla ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de önemli bir kayba olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve kayıp bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumun değerlendirilmesi ile verilebilir.
- C. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
 - D. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlanma uygulanamaz.

2.3.2.2. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

Bu bozukluk, DSM V'te, DSM-IV'te tanımlanmış olan süregen (kronik) yeğin depresyon bozukluğu ile distimi bozukluğunun birleşimidir.

A. En az iki yıl süreyle, çoğu gün, günün büyük bir bölümünde, kişinin söylediği ya da başkalarının gözlendiği üzere, çökkün duygu durumu vardır.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durumu olabilir ve süre en az bir yıl olmalıdır

B. Depresyondayken aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) varlığı;

1. Yeme isteğinde azalma ya da aşırı yemek yeme
2. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku uyuma
3. İçsel güçte (enerji düzeyinde) azalma ya da bitkinlik
4. Benlik saygısında azalma
5. Odaklanamama ya da karar vermekte güçlük çekme
6. Umutsuzluk duyguları

C. Bu bozukluğun iki yıllık (çocuklarda ya da ergenlerde bir yıllık) süresinde, kişide, bir kezde, iki aydan daha uzun bir süre, A ve B tanı ölçütlerinde sayılan belirtilerin olmadığı olmamıştır.

D. Yeğin depresyon bozukluğu için tanı ölçütleri, iki yıl süreyle, sürekli olarak bulunabilir.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir ve siklotimi bozukluğu için tanı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

F. Bu bozukluk, süregiden şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipotiroidi) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

H. Yeğın depresyon d6neminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

İ. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da 6nemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte d6şmeye neden olur.

Not: Yeğın depresyon d6nemi için tanı 6l6tleri, s6regiden depresyon bozukluğu (distimi) için sıralanan belirtiler arasında olmayan d6rt belirtiyi kapsadığı için, çok az sayıda kişide, iki yıldan daha uzun s6ren depresyon belirtileri olacak, ancak s6regiden depresyon bozukluğu için tanı 6l6tleri karşılanmayacaktır. O sıradaki hastalık d6neminin belirli bir aşamasında yeğın depresyon d6nemi için tanı 6l6tleri tam karşılanmışsa, yeğın depresyon bozukluğu tanısı konmalıdır. Yoksa tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ya da tanımlanmamış depresyon tanısı konması gerekir (K6roğlu 2013).

BÖLÜM III: YÖNTEM

Bu bölümde çalışma ile ilgili araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, verilerin elde edildiği ölçme araçları ve elde edilen verilerin işlem yolu ele alınmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışmada İstanbul ili Üsküdar ilçesinde Aile Hekimliği Merkezlerinde görev yapan 150 Aile Hekimine, Aile Hekimi/Pratisyen Depresyon ve Anksiyeteye yaklaşım formu gönderilmiş, 30 Hekim araştırmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Bunun yanında 150 Aile hekimine kayıtlı 6 aydan uzun süredir antidepresan kullanan hastaları için gönderilen Sosyodemografik Veri Formu, İlaç Kullanım Özellikleri ve İlaç Kullanım İhtiyaçlarının Tespit Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğini Üsküdar bölgesinde Aile Hekimliğine kayıtlı 56 kişi doldurarak araştırmaya katılmaya gönüllü olmuş bunlardan 54'ü araştırmaya alınmıştır. Bu çalışma hekimlerin yaklaşımları ve hastaların ölçeklerden aldıkları puanların arasındaki ilişkiyi saptamak ve bazı değişkenler açısından incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın modelini oluşturan betimsel yöntem ilgilenilen ve araştırılmak istenen problemin mevcut var olan durumunu ortaya koymaya yöneliktir. Betimsel araştırmanın en temel özelliği mevcut hali hazırda kendi koşulları içerisinde ve olduğu gibi çalışmaktır. Betimsel araştırma çalışılan konunun mevcut durumuna ilişkin hipotezler test etmek için veya sorular cevap bulmak için veriler toplamayı gerektirir. Betimleyici veriler genellikle gözlem, anket, görüşme veya test gibi bilgi toplama yolları ile elde edilir.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde görev yapan aile hekimleri ve bunlara kayıtlı nüfus oluşturmaktadır. Örneklemini ise Üsküdar ilçesinde görev yapan 30 aile hekimi ve bunlara kayıtlı nüfusta 6 aydan uzun süredir antidepresan kullanan 54 kişi

oluşturmaktadır. Örneklem çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kişilerden seçilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Beck tarafından yetişkinlerde depresyon riskinin ve belirtilerin şiddetini ölçmek üzere düzenlenmiştir. Klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmış, klinik gözlemler 21 semptom altında birleştirilmiş ve her bir belirti 0 ve 3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir. En yüksek puan 63'tür (Ceylan 2004).

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını 1980 yılında yapan Teğin, 40 üniversite öğrencisine 15 gün ara ile test-tekrar uygulaması yapmış ve 0.65 güvenilirlik katsayısı elde etmiştir. Eş zamanlı geçerlilik yöntemi ile değerlendirildiğinde depresyon tanısı almış hastaların tanıları ile Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlarla paralellik gösterdiği saptanmıştır. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları depresif belirtileri ve depresyon düzeyinde kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir (Ceylan 2004). Likert tipinde olan ölçek, her biri 0-3 arasında değişen puanla değerlendirilen 21 sorudan oluşmaktadır. Puanın yüksekliği depresyon düzey ve şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck tarafından geliştirilen anksiyete belirtilerini ölçmeye ve anksiyetenin bilişsel yanlarını ortaya koyan 21 maddeden oluşan bir ölçektir (Kabacoff vd., 1997).

Ulusoy ölçeğin ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yürütmüştür (test-tekrar testgüvenilirlik katsayısı $r=0,57$). Çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda anksiyete derecelendirme ve tedavi izleme çalışmalarında güvenli kullanılabilirliği belirtilmiştir (Ulusoy vd., 1998).

21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Her madde için "Hiç", "Hafif Derecede", "Orta Derecede", "Ciddi Derecede" seçeneklerinden

birinin işaretlenmesi istenmektedir. En yüksek 63 puandır, puanın yüksekliği anksiyetenin şiddetini gösterir. 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirir, 5 madde kavrama yönünü açıklar, 3 maddede hem somatik hem kavrama semptomlarını simgelemektedir (Kabacoff vd., 1997).

3.3.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck tarafından 1974 yılında geliştirilen, bireyin geleceğe dönük beklentilerini ve karamsarlık düzeyini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir.

20 maddeden oluşan geleceğe yönelik duygu ve düşüncelerini belirten ifadelerden oluşmaktadır. Kendine uygun gelen ifadeler için doğru kendisine uygun olmayan ifadeler için yanlış şikkının işaretlenmesi istenmektedir. 11 evet 9 hayır yanıt anahtarı vardır. Bunlardan 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 sorularına verilen yanıt evet ise 1 puan; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevap hayır ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplar ise 0 puandır. Üç alt boyutta incelenmektedir. Gelecekle ilgili duygular; 1, 6, 13,15, 19. maddelerden. Motivasyon kaybı ile ilgili; 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20. maddelerden. Gelecekle ilgili beklentiler ise 4, 7, 8, 14, 18. maddelerden oluşmaktadır. Elde edilen puan Umutsuzluk puanını oluşturmaktadır (Seber 1991).

Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .93, madde-toplam puan korelasyonlarının .39 ile .76 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber (1991) ve Durak (1993) tarafından yapılmıştır. Durak (1993) ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemeye yönelik çalışmasında Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .85 madde-test korelasyonlarını tüm örneklem üzerinden incelemiş ve en düşük korelasyon katsayısını $r=.31$, en yüksek korelasyon katsayısını $r=.67$ bulmuştur. Dilbaz ve arkadaşları (1993) Umutsuzluk ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliğine ilişkin çalışmalarıyla Cronbach alfa katsayısının .86, madde-toplam puan korelasyonlarının .07 ile .72 arasında değiştiğini, üniversite öğrencilerinde test-tekrar test güvenilirliğinin .74 olduğunu ortaya koymuştur.

3.3.4. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan (Ek 4) katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacıyla oluşturulmuş 18 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, gelir durumu, aile tutumları, sosyal desteği, maddi durumu, hukuki durumu ve engelli yada yatalak hasta bakımı ile ilgili veriler elde edilmeye çalışılmıştır.

3.3.5. İlaç Kullanım Özelliklerini Ve İlaç Kullanım İhtiyaçlarını Tespit Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan (Ek 5) katılımcıların kaç yıldır ilaç kullandığı, kullandığı ilaç ve dozu, daha önce kaç defa kullandığı, hangi branş tarafından yazıldığı takip süreleri, herhangi bir ölçekle test edilip edilmediği, kronik hastalıkları ve ilaç harici bir tedavi alıp almadığı konusunda veriler elde edilmeye çalışılmıştır. Aynı zamanda kontrolsüz kullanımının tespitine de bu formla ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.3.6. Aile Hekimi/Pratisyen Depresyon ve Anksiyeteye Yaklaşım Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan (Ek 6) Hekimlerin cinsiyeti, yaşı aktif hekimlik yılı, ortalama antidepresan reçeteleme sayısı, hastaya yaklaşımı, ölçekler konusunda bilgisi ve kullanımı, tedavinin devamı veya değişimi için nelere dikkat ettiği, konuyla ilgili eğitim alıp almadığı, aldığı kurumlar, yeterliliği, uygun dozda alıp almamasına, ne kadar devam edeceğine nasıl karar verdiği, ve ne kadar zaman ayırdığıyla ilgili veriler toplanmaya çalışılmıştır.

3.4. ARAşTIRMANIN İŞLEM YOLU

Gerekli mercilerden izin alındıktan sonra İstanbul ili Üsküdar ilçesinde görev yapan Aile hekimlerine formlar gönderilmiş çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerden Aile Hekimi/Pratisyen Depresyon ve Anksiyeteye Yaklaşım Formunu doldurması ve baktıkları ve kriterleri karşılayan hastalarından Beck Depresyon Ölçeği,

Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Sosyodemografik Veri Formu ve İlaç Kullanım Özelliklerini ve İlaç Kullanım İhtiyaçlarını Tespit Formlarını doldurmaları istenmiştir.

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ ANALİZ TEKNİKLERİ

Katılımcılardan elde edilen verilerden formlardaki soruların her biri için Frekans analizi yapılmış. Sonrasında ölçeklerin skorları hesaplanarak verilmiştir. Farklılaşmalar bölümünde alt başlıklar şeklinde sıralanan faktörlere bağlı olarak ölçek skorları arasındaki farklılaşmalara bakılmış, bunu için Anova testi uygulanmıştır.

BÖLÜM IV: BULGULAR

4.1. AİLE HEKİMİ/PRATİSYEN DEPRESYON VE ANKSİYETEYE YAKLAŞIM FORMU

1. Cinsiyet

Tablo 1: Cinsiyet

Cinsiyet				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Kadın	17	56.7	56.7	56.7
Erkek	13	43.3	43.3	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin cinsiyet dağılımlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, katılımcı hekimlerin %57'sini kadınlar oluştururken, %43'ünü ise erkekler oluşturmaktadır.

2. Yaş

Tablo 2: Yaş

Yaş				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
20-30	7	23.3	23.3	23.3
31-40	9	30.0	30.0	53.3
41-50	13	43.3	43.3	96.7
51-60	1	3.3	3.3	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin yaş aralıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, katılımcı hekimlerin büyük çoğunluğu (%44'ü) 41-50 yaş aralığındadır. Geriye kalan hekimlerin %23'ü 20-30 yaş aralığında, %30'u 31-40 yaş aralığında ve %3 de 51-60 yaş aralığındadır.

3. Mezuniyet Tarihi

Tablo 3: Mezuniyet tarihi

Mezuniyet tarihi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
2010 yılından sonra	4	13.3	13.3	13.3
2005-2010 yıllarıarası	8	26.7	26.7	40.0
2000-2005 yıllarıarası	3	10.0	10.0	50.0
1995-2000 yıllarıarası	9	30.0	30.0	80.0
1990-1995 yıllarıarası	3	10.0	10.0	90.0
1990 yılından önce	3	10.0	10.0	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin okullarından mezun oldukları tarihlere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, katılımcı hekimlerin çoğunluğu (%80'i) 1995 yılından sonra okullarından mezun olmuşlardır. 1995 yılından önce mezun olan hekimler ise, katılımcıların %20'sini oluşturmaktadır.

4. Aktif Hekimlik Süresi

Tablo 4: Aktif hekimlik süresi

Aktif hekimlik süresi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
1-5 yıl	5	16.7	16.7	16.7
6-10 yıl	7	23.3	23.3	40.0
11-15 yıl	6	20.0	20.0	60.0
16-20 yıl	6	20.0	20.0	80.0
21-25 yıl	5	16.7	16.7	96.7
26 yıldan fazla	1	3.3	3.3	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin aktif olarak hekimlik yaptıkları sürelerle ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, hekimlerin %23'ü 6-10 yıldır, %20'si 11-15 yıldır, yine %20'si 16-20 yıldır, %17'si 21-

25 yıldır, yine %17'si 1-5 yıldır ve %3 ise 26 yıldan fazladır aktif olarak hekimlik yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu anlamda, hekimlerin büyük çoğunluğunun 6 ile 20 yıl arasında değişen sürelerde aktif hekimlik görevini icra ettikleri anlaşılmaktadır.

5. Aylık Ortalama Antidepresan Reçeteleme Sayısı

Tablo 5: Aylık ortalama antidepresan reçeteleme sayısı

Aylık ortalama antidepresan reçetelem esayısı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	3	10.0	10.0	10.0
10 taneden az	3	10.0	10.0	20.0
10-20 tane	6	20.0	20.0	40.0
21-50 tane	9	30.0	30.0	70.0
51-100 tane	8	26.7	26.7	96.7
100 taneden fazla	1	3.3	3.3	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin aylık ortalama antidepresanreçeteleme sayılarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, hekimlerin çoğunluğunun (%30) aylık ortalama 21-50 adet reçete yazdıkları anlaşılmaktadır. Hekimlerin %27'si ayda ortalama 51-100 tane reçete, %20'si 10-20 tane reçete, %10'u 10 taneden az reçete ve %3 de ayda 100 taneden fazla reçete yazdıklarını belirtmişlerdir.

6. Depresyon veya Anksiyete Tanısı Durumunda Yapılan İşlem

Tablo 6: Depresyon veya anksiyete tanısı durumunda yapılan işlem

Depresyon veya anksiyetetanısı durumunda yapılanişlem				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Tedavi başlarım	20	66.7	66.7	66.7
Sevk ederim	5	16.7	16.7	83.3
Hem tedavi eder, hem de sevk ederim	5	16.7	16.7	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin depresyon veya anksiyete tanısı durumunda, hastaya uyguladıkları işlem ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Buna göre, hekimlerin büyük çoğunluğunun (%68'i) depresyon veya anksiyete tanısı durumunda hastaları tedavi etmeye başladıkları anlaşılmaktadır. Hekimlerin %17'si bahsi geçen durumlarda hastaları sevk ederken; yine %17'si de hastaları hem tedavi etmeye başladıklarını hem de sevk ettiklerini belirtmişlerdir.

7. Tedaviye Başlanılan Hastanın İlaç Etkilerini Gözlemlemek İçin Geçirilen Süre

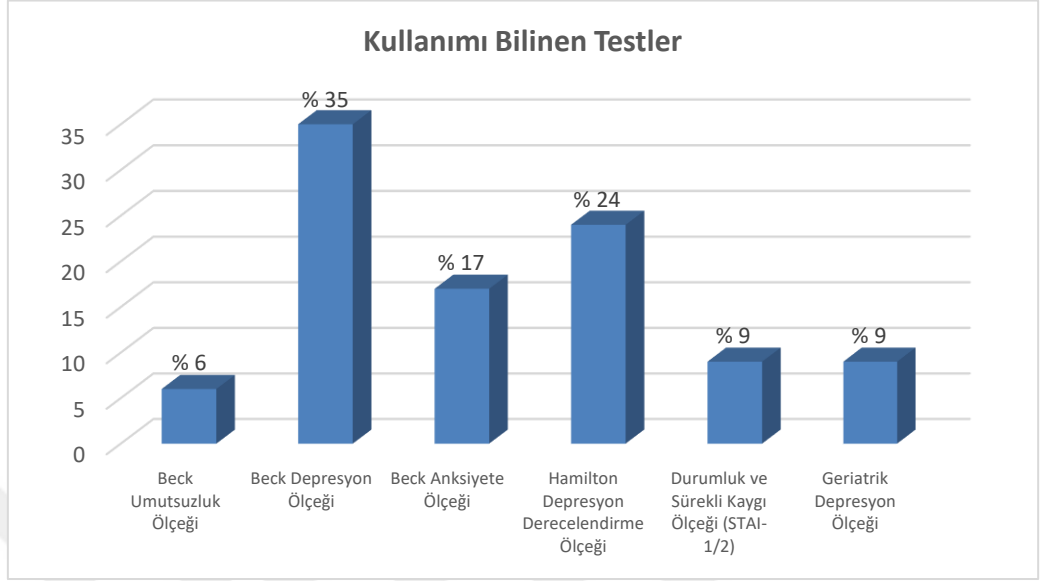
Tablo 7: Tedaviye başlanılan hastanın ilaç etkilerini gözlemlemek için geçirilen süre
Tedaviye başlanılan hastanın ilaç etkilerini gözlemlemek için geçirilen süre

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	3.3	3.3	3.3
1-2 hafta	9	30.0	30.0	33.3
3-4 hafta	17	56.7	56.7	90.0
4 haftadan fazla	3	10.0	10.0	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin tedavisine başladıkları hastaları, ilaç etkilerini gözlemlemek için ne kadar süre sonra tekrar kontrole çağırdıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, hekimlerin yarısından fazlası (%57'si) hastaları ilaç etkilerini gözlemlemek için 3 ile 4 hafta sonra tekrar yanlarına çağırdıklarını belirtmişlerdir. Geriye kalan hekimlerin %30'u hastaları 1-2 hafta içerisinde çağırdıkları; %10'u ise 4 haftadan sonra gözlem için hastalarını tekrar çağırmaktadırlar.

8. Kullanımı Bilinen Testler

Şekil 1: Kullanımı bilinen testler

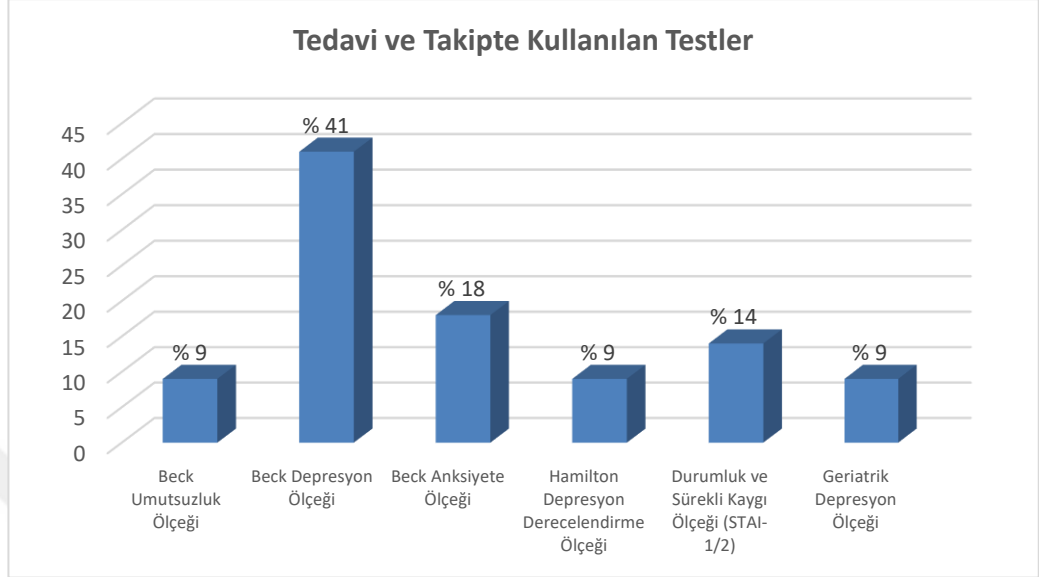


Yukarıdaki grafikte, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin kullanımını bildikleri testler ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlardan, katılımcı hekimler arasında en çok kullanımı bilinen testin “Beck Depresyon Ölçeği” olduğu anlaşılmaktadır. Bunu sırayla “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği”, “Beck Anksiyete Ölçeği”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1/2)” ve “Geriatrik Depresyon Ölçeği” takip etmektedir. Katılımcı hekimler arasında kullanımı en az bilinen test ise “Beck Umutsuzluk Ölçeği”dir.

Bu testlerin kullanımı biliniyor olmasına rağmen hasta tedavi ve takiplerinde kullanılmadığı görülmüştür. (Şekil 3)

9. Tedavi ve Takipte Kullanılan Testler

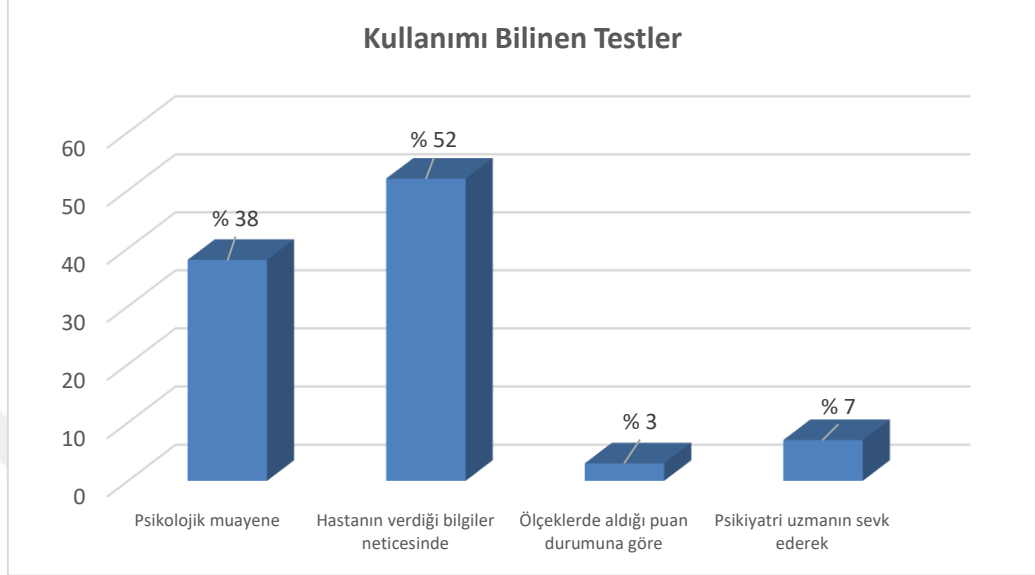
Şekil 2: Tedavi ve takipte kullanılan testler



Yukarıdaki grafikte, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin tedavi ve takipte kullanımını bildikleri testler ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Buna göre, katılımcı hekimler arasında hastalarının tedavi ve takibinde “Beck Depresyon Ölçeği”nin kullanımını bildiği (Şekil 2) ama kullanmadığı (Şekil 3) tespit edilmiştir. Bunu sırayla “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1/2)” takip etmektedir. Katılımcı hekimler hastalarının tedavi ve takibinde en az kullanımı bilinen testler ise “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği”, “Geriatrik Depresyon Ölçeği” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği”dir.

10. Antidepresan Kullanan Hastada Tedavinin Devamı veya İlaç Değişimi İçin Karar Verme Şekli

Şekil 3: Antidepresan kullanan hastada tedavinin devamı veya ilaç değişimi için karar verme şekli



Yukarıdaki grafikte, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin antidepresan kullanan hastada tedavinin devamı veya ilaç değişimi için nasıl karar verdiklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, katılımcı hekimler çoğunluğu (%52) hastanın kendilerine verdikleri bilgiler neticesinde karar aldıklarını, %38'i ise hastaya yaptıkları psikolojik muayene sonucunda karar verdiklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin %7'si hastaları psikiyatri uzmanına sevk ederken, sadece %3'ü hastanın bilimsel ölçeklerden aldığı puan durumu göre karar verdiklerini ifade etmişlerdir.

11. Anksiyete ve Depresyon Eğitimi Varlığı

Tablo 8: Anksiyete ve depresyon eğitimi varlığı

Anksiyete ve depresyon eğitimi varlığı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Evet	18	60.0	60.0	60.0
Hayır	12	40.0	40.0	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin meslek hayatları boyunca anksiyete ve depresyon ile ilgili eğitim alıp almadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Çıkan sonuçlardan, katılımcı hekimlerin yarısından fazlasının (%60) anksiyete ve depresyon eğitimi aldıkları, buna karşın %40'ının ise herhangi bir eğitim almadığı anlaşılmaktadır.

12. Alınan Anksiyete ve Depresyon Eğitim Sayısı

Tablo 9: Alınan anksiyete ve depresyon eğitim sayısı

Alınan anksiyete ve depresyon eğitim sayısı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	12	40.0	40.0	40.0
1-2 defa	12	40.0	40.0	80.0
3-5 defa	4	13.3	13.3	93.3
Birçok kez	2	6.7	6.7	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin eğer anksiyete ve depresyona ilişkin herhangi bir eğitim aldılar ise bunun sayısına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Çıkan sonuçlardan, hekimlerin çoğunluğunun (%40'nın) sadece 1 veya 2 defa anksiyete ve depresyon ile ilgili eğitim aldıkları anlaşılmaktadır. Hekimlerin %13'ü 3-5 defa, %7'si ise birçok kez konu ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. %40 oranındaki hekimler ise, anksiyete ve depresyona ilişkin herhangi bir eğitim almadıkları için bu soruya cevap vermemişlerdir.

13. Anksiyete ve Depresyon Eğitiminin Alındığı Kurum

Tablo 10: Anksiyete ve depresyon eğitiminin alındığı kurum

Anksiyete ve depresyon eğitiminin alındığı kurum				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	12	40.0	40.0	40.0
Üniversite	5	16.7	16.7	56.7
Hastanelerin verdiği eğitimler	6	20.0	20.0	76.7
Psikiyatri stajı esnasında	1	3.3	3.3	80.0
Sağlık Müdürlüklerinin verdiği eğitimler	3	10.0	10.0	90.0
İlaç firmalarının verdiği eğitimler	3	10.0	10.0	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin, eğer anksiyete ve depresyona ilişkin herhangi bir eğitim aldılar ise bu eğitimi aldıkları kurumlara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, eğitim alan hekimlerin çoğunluğu (%20) bu eğitimi hastanelerin verdiği eğitimler sayesinde aldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %17'si üniversitelerde anksiyete ve depresyona ilişkin eğitim almışken; %10'u Sağlık Müdürlüklerinin ve yine %10'u da ilaç firmalarının verdikleri eğitimlere katılarak bu eğitime sahip olmuşlardır. %40 oranındaki hekimler ise, anksiyete ve depresyona ilişkin herhangi bir eğitim almadıkları için bu soruya cevap vermemişlerdir.

14. Depresyon veya Anksiyeteli Hastaya Karşı Yeterlilik Düşünceniz

Tablo 11: Depresyon veya anksiyeteli hastaya karşı yeterlilik düşünceniz
Depresyon veya anksiyeteli hastaya karşı yeterlilik düşünceniz

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Evet	10	33.3	33.3	33.3
Hayır	18	60.0	60.0	93.3
Bazı zamanlarda	2	6.7	6.7	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin depresyon veya anksiyeteli hastalara yaklaşımlarında kendilerini yeterli görüp görmediklerine ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, hekimlerin çoğunluğu (%60) depresyon veya anksiyeteli hastalara yaklaşımlarında kendilerini yetersiz görmektedirler. Hekimlerin %33'ü bu tip hastalara karşı kendilerinin yeterli düzeyde olduklarını düşündüklerini ifade ederken; %7'si ise sadece bazı zamanlarda kendilerini yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir.

15. Hastanın İlacı Uygun Dozda Alıp Almadığını Karar Verme Şekli

Tablo 12: Hastanın ilacı uygun dozda alıp almadığını karar verme şekli

Hastanın ilacı uygun dozda alıp almadığını karar verme şekli

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Nasıl olduğunu sorarım	20	66.7	66.7	66.7
Ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarım	2	6.7	6.7	73.3
Diğer	3	10.0	10.0	83.3
Hem nasıl olduğunu sorarım, hem ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarım	5	16.7	16.7	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin, hastalarının ilaçlarını uygun dozlarda alıp almadıklarına karar verme şekilleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çıkan sonuçlara göre, hekimlerin çoğunluğu (%67'si) hastalarına nasıl olduklarını sorarak ilaçlarını uygun dozlarda alıp almadıklarına karar verdiklerini belirtmişlerdir. Geriye kalan hekimlerin %7'si hastalarının ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarak ilaçlarını uygun dozlarda alıp almadıklarına karar verirken; %17'si de hem nasıl olduklarını sorduklarını hem de ölçeklerden aldıkları puan değişimlerine baktıklarını ifade etmişlerdir.

16. Hastanın İlaça Devam Etme Durumunu Karar Verme Şekli

Tablo 13: Hastanın ilaca devam etme durumunu karar verme şekli

Hastanın ilaca devam etme durumunu karar verme şekli

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	3.3	3.3	3.3
Nasıl olduğunu sorarım	17	56.7	56.7	60.0
Ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarım	3	10.0	10.0	70.0
Diğer	4	13.3	13.3	83.3
Hem nasıl olduğunu sorarım, hem ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarım	5	16.7	16.7	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin, hastalarının ilaca ne kadar devam etmeleri gerektiği ile ilgili kararı nasıl aldıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Çıkan sonuçlara göre, hekimlerin çoğunluğu (%57'si) hastalarına nasıl olduklarını sorarak ilaca ne kadar devam edeceklerine karar verdiklerini belirtmişlerdir. Geriye kalan hekimlerin %10'u hastalarının ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarak ilaca ne kadar devam edilmesi gerektiğine karar verirken; %17'si de hem nasıl olduklarını sorduklarını hem de ölçeklerden aldıkları puan değişimlerine baktıklarını ifade etmişlerdir.

17. Hastayla Yalnız Görüşme

Tablo 14: Hastayla yalnız görüşme

Hastayla yalnız görüşme				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Evet	30	100.0	100.0	100.0

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin hastaları ile yalnız görüşüp görüşmedikleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Tablodan, hekimlerin tamamının hastaları ile yalnız görüştikleri anlaşılmaktadır.

18. Bir Hastaya Ayrılan En Fazla Zaman

Tablo 15: Bir hastaya ayrılan en fazla zaman

Bir hastaya ayrılan en fazla zaman				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
15 dakikadan az	12	40.0	40.0	40.0
15-30 dakika	16	53.3	53.3	93.3
30 dakikadan fazla	1	3.3	3.3	96.7
Ne kadar uygun görürsem	1	3.3	3.3	100.0
Toplam	30	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmaya katılan aile hekimi veya pratisyen hekimlerin bir hasta için en fazla ayırdıkları zaman ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Buna göre, hekimlerin yarısından fazlası (%54) bir hasta için ortalama 15-30 dakika arasında zaman ayırmaktadır. Bunu %40 oran ile hastalarına 15 dakikadan az zaman ayıran

hekimler takip etmektedir. Hekimlerin %3'ü her bir hasta için 30 dakikadan fazla zaman ayırırken; yine hekimlerin %3'ü de ortalama bir zaman belirlemediklerini, süreyi ne kadar uygun görürler ise o kadar tuttuklarını belirtmişlerdir.

4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLERİ

1. Cinsiyet

Tablo 16: Cinsiyet

Cinsiyet				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	2	3.7	3.7	3.7
Kadın	40	74.1	74.1	77.8
Erkek	12	22.2	22.2	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların cinsiyet dağılımlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların büyük çoğunluğu (%74) kadınlardan oluşmaktadır. Geriye kalan katılımcıların %22'si erkektir. Katılımcıların %4 ise bu soruya cevap vermemişlerdir.

2. Yaş

Tablo 17: Yaş

Yaş				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	2	3.7	3.7	3.7
20-30	3	5.6	5.6	9.3
31-40	9	16.7	16.7	25.9
41-50	16	29.6	29.6	55.6
51-60	16	29.6	29.6	85.2
61 yaş ve üzeri	8	14.8	14.8	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların yaş aralıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların %30’u 41-50, yine %30’u da 51-60 yaş aralığındadır. Bu anlamda katılımcıların çoğunluğu 41 ile 60 yaşları arasındadır. Geriye kalan katılımcıların %17’si 31-40, %15’i de 61 yaş ve üzerindedir.

3. Medeni Durum

Tablo 18: Medeni durum

Medeni durum				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Bekar	6	11.1	11.1	11.1
Evli	34	63.0	63.0	74.1
Dul	7	13.0	13.0	87.0
Boşanmış	7	13.0	13.0	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların medeni durumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. ıkan sonuçlardan, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%63) evli olduğu anlaşılmaktadır. Geriye kalan katılımcıların %11’i bekar, %13’ dul ve %13’ de boşanmıştır.

4. Evlilik Süresi

Tablo 19: Evlilik süresi

Evlilik süresi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	21	38.9	38.9	38.9
5-10 yıl	1	1.9	1.9	40.7
11-20 yıl	8	14.8	14.8	55.6
21-30 yıl	14	25.9	25.9	81.5
30 yıldan fazla	10	18.5	18.5	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların evlilik süreleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların %2'sinin evlilik süreleri 5-10 yıl arası, %15'inin evlilik süreleri 11-20 yıl arası, %26'sının evlilik süreleri 21-30 yıl arası ve %19'unun evlilik süreleri ise 30 yıldan fazladır. Bu anlamda hasta grubuna dâhil evli katılımcıların çoğunluğunun evlilikleri 21-30 yıldır devam etmektedir. Geriye kalan katılımcılar ise bu soruya evli olmadıkları için cevap vermemişlerdir.

5. Dul/Boşanma Evli Kalınan Süre

Tablo 20: Dul/Boşanma evli kalınan süre

Dul/Boşanma evli kalınan süre				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	40	74.1	74.1	74.1
5 yıldan az	1	1.9	1.9	75.9
5-10 yıl	2	3.7	3.7	79.6
11-20 yıl	2	3.7	3.7	83.3
21-30 yıl	6	11.1	11.1	94.4
30 yıldan fazla	3	5.6	5.6	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların eğer boşanmış veya dul iseler boşanma veya dul kalınmadan önceki evlilik süreleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, boşanmış veya dul kalmış hastaların çoğunluğu (%11) 21-30 yıl arası evli kalmışlardır.

6. Evlenme Yaşı

Tablo 21: Evlenme yaşı

Evlenme yaşı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	6	11.1	11.1	11.1
20 yaşından küçük	15	27.8	27.8	38.9
20-30	27	50.0	50.0	88.9
31-40	5	9.3	9.3	98.1
41-50	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların, evlenmiş iseler evlendikleri yaşları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, evlenen katılımcıların yarısı (%50) 20 ile 30 yaş arasında evlenmişlerdir. Geriye kalan evlenmiş katılımcıların %28'i 20 yaşından küçük, %9'u 31-40 yaş aralığında ve sadece %2'si ise 41-50 yaş aralığında evlenmişlerdir.

7. Dul/Boşanma Yaşı

Tablo 22: Dul/Boşanma yaşı

Dul/Boşanma yaşı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	41	75.9	75.9	75.9
20-30	2	3.7	3.7	79.6
31-40	2	3.7	3.7	83.3
41-50	4	7.4	7.4	90.7
51-60	4	7.4	7.4	98.1
61 yaş ve üzeri	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların, boşanmış veya dul kalmış iseler kaç yaşında evliliklerini sonlandırdıkları veya dul kaldıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, dul/boşanan katılımcıların çoğunluğu (%15) 41-60 yaş aralığında boşanmış veya dul kalmışlardır. %80'i boşanmadıkları veya dul olmadıkları için bu soruya cevap vermemişlerdir.

8. Sahip Olunan Çocuk Sayısı

Tablo 23: Çocuk sayısı

Çocuk sayısı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Yok	8	14.8	14.8	14.8
1	9	16.7	16.7	31.5
2	23	42.6	42.6	74.1
3	11	20.4	20.4	94.4
4 ve 4'den fazla	3	5.6	5.6	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların sahip oldukları çocuk sayıları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğunun (%43) 2 tane çocuğu bulunmaktadır. Bunu %20'lik oranda 3 tane çocuk sahibi olan katılımcılar takip etmektedir. Katılımcıların, %17'sinin 1 tane, %5'inin 4 ve 4'den fazla çocuğu vardır; %15'inin ise çocuğu bulunmamaktadır.

9. Eğitim Durumu

Tablo 24: Eğitim düzeyi

Eğitim düzeyi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Okur-yazar	2	3.7	3.7	3.7
İlkokul	17	31.5	31.5	35.2
Ortaokul	9	16.7	16.7	51.9
Lise	14	25.9	25.9	77.8
Üniversite	10	18.5	18.5	96.3
Üniversite üzeri	2	3.7	3.7	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların eğitim seviyelerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu ilkokul mezunudur (%31). Bunu %26'lık oranla lise mezunu olan katılımcılar takip etmektedir. Geriye kalan katılımcıların ise %18'i üniversite mezunu, %17'si ortaokul

mezunu ve %4'ü de üniversite üzeri eğitim almışlardır. %4 oranındaki katılımcı ise okur-yazar değildir.

10. Meslek

Tablo 25: Meslek

Meslek				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	4	7.4	7.4	7.4
Ev hanımı	20	37.0	37.0	44.4
Profesyonel meslekler	9	16.7	16.7	61.1
İşçi-memur	8	14.8	14.8	75.9
Serbest meslek	6	11.1	11.1	87.0
Emekli	7	13.0	13.0	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların mesleklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğunu (%37) ev hanımları oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla profesyonel meslek sahibi katılımcılar (%17), işçi-memur olan katılımcılar (%15), emekli olan katılımcılar (%13) ve serbest meslek ile uğraşan katılımcılar (%11) takip etmektedir.

11. Aynı İşte Çalışma Süresi

Tablo 26: Aynı işte çalışma süresi

Aynı işte çalışma süresi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	37	68.5	68.5	68.5
5 yıldan az	2	3.7	3.7	72.2
5-10 yıl	10	18.5	18.5	90.7
11-20 yıl	3	5.6	5.6	96.3
21-30 yıl	1	1.9	1.9	98.1
30 yıldan fazla	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların çalışıyor iseler kaç yıldır aynı işte çalıştıkları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, çalışan katılımcıların geneli 5-10 yıldır aynı işte çalışmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir.

12. Emekli Olduktan Sonra Geçen Süre

Tablo 27: Emekli olduktan sonra geçen süre

Emekli olduktan sonra geçen süre				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	47	87.0	87.0	87.0
5 yıldan az	1	1.9	1.9	88.9
5-10 yıl	3	5.6	5.6	94.4
11-20 yıl	2	3.7	3.7	98.1
21-30 yıl	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait emekli olan katılımcıların kaç senedir emekli olduklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, emekli katılımcıların çoğunluğu 5-10 yıllık emeklilerden oluşmaktadır.

13. Ailede Etkilenilen Bir lm Varlığı ve Bununla İlgili Bilgiler

Bu soruda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların ailelerinde kendilerini etkileyen bir ölüm durumunun olup olmadığı, böyle bir durum mevcut ise ölen kişinin yakınlık durumu ve ölümün üzerinden ne kadar zaman geçtiği ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

13.1. Ailede Etkilenilen Bir Ölüm Varlığı

Tablo 28: Ailede etkilenilen bir ölüm varlığı

Ailede etkilenilen bir ölüm varlığı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	4	7.4	7.4	7.4
Evet	40	74.1	74.1	81.5
Hayır	10	18.5	18.5	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların ailelerinde kendilerini etkileyen bir yakınlarının ölüm durumunun olup olmadığı ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%74) hayatında kendilerini ciddi boyutlarda etkileyen bir ölüm varlığından söz edilebilmektedir. Geriye kalan katılımcıların %19'u ailelerinde kendilerini etkileyen herhangi bir ölüm olayının yaşanmadığını belirtirken; %7'si ise bu soruya cevap vermemişlerdir.

13.2. Ölen Kişinin Yakınlık Durumu

Tablo 29: Ölen kişinin yakınlık durumu

Ölen kişinin yakınlık durumu				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	15	27.8	27.8	27.8
Anne	15	27.8	27.8	55.6
Baba	14	25.9	25.9	81.5
Eş	4	7.4	7.4	88.9
Çocuk	2	3.7	3.7	92.6
Diğer	4	7.4	7.4	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların ailelerinde kendilerini etkileyen bir ölüm durumu mevcut ise, ölen kişinin yakınlık durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların büyük çoğunluğu (toplamda %54'ü) ya anne ya da babalarını kaybetmişlerdir.

13.3. Ölümün Üzerinden Geçen Süre

Tablo 30: Ölümün üzerinden geçen süre

Ölümün üzerinden geçen süre				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	20	37.0	37.0	37.0
5 yıldan az	6	11.1	11.1	48.1
5-10 yıl	14	25.9	25.9	74.1
11-20 yıl	9	16.7	16.7	90.7
21-30 yıl	4	7.4	7.4	98.1
30 yıldan fazla	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların ailelerinde kendilerini etkileyen bir ölüm durumu mevcut ise, bu durumun üzerinden ne kadar zaman geçtiği ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%26) 11-20 yıl öncesinde bir yakınlarını kaybetmişlerdir. Son 5 yıl içerisinde bir yakınının ölümünü yaşayan katılımcılar ise %11 oranındadır.

14. Gelir Düzeyi

Tablo 31: Gelir düzeyi seviyesi

Gelir düzeyi seviyesi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	2	3.7	3.7	3.7
Düşük	8	14.8	14.8	18.5
Orta	43	79.6	79.6	98.1
Yüksek	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların gelir düzeyleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların büyük bölümünün (%80) gelir seviyesi orta düzeyde yer almaktadır. Bunu %15’lik oranla gelir seviyesi düşük olan katılımcılar takip etmektedir. Geriye kalan katılımcıların ise %2’si

yüksek gelir düzeyine sahipken; %3'ü ise gelir düzeylerine ilişkin herhangi bir bilgi vermemişlerdir.

15. Aylık Toplam Evdeki Bireylerin Kazançları

Tablo 32: Aylık toplam evdeki bireylerin kazançları

Aylık toplam evdeki bireylerin kazançları

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	1.9	1.9	1.9
1000 TL altı	8	14.8	14.8	16.7
1000-2500 TL	22	40.7	40.7	57.4
2500-5000 TL	17	31.5	31.5	88.9
5000-7500 TL	2	3.7	3.7	92.6
7500-10000 TL	2	3.7	3.7	96.3
10000 TL üstü	2	3.7	3.7	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların aylık toplam evlerindeki bireylerin kazançlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğunun (toplamda %72) evlerindeki bireylerin toplam aylık kazançları 1000-5000 TL arasında değişmektedir. Evlerindeki bireylerin toplam aylık kazançları 5000 TL ve daha üzeri olan katılımcıların oranı ise %11'dir. %15 oranındaki katılımcılar ise evlerindeki bireylerin aylık toplam kazançlarınının 1000 TL'nin altında olduğunu belirtmişlerdir.

16. Aile Bireylerinin Birbirlerine Karşı Tutumu

Tablo 33: Aile bireylerinin birbirlerine karşı tutumu

Aile bireylerinin birbirlerine karşı tutumu				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	1.9	1.9	1.9
Demokratik Mükemmeliyetçi	15	27.8	27.8	29.6
Otoriter-Baskıcı	3	5.6	5.6	35.2
Koruyucu	31	57.4	57.4	92.6
İlgisiz	4	7.4	7.4	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların ailelerinde bireylerin birbirlerine karşı olan tutumlarına ilişkin verdikleri cevaplar yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların yarısından fazlasının (%57) ailelerindeki bireyler birbirlerine karşı “koruyucu” bir tavır sergilemektedirler. %29 oranındaki katılımcılar ise ailelerindeki bireylerin birbirlerine karşı “demokratik mükemmeliyetçi” bir tavır sergilediklerini belirtmişlerdir. Geriye kalan katılımcıların %7’si ailelerindeki bireylerin birbirlerine karşı “ilgisiz” olduğunu ifade ederken; %6’sı da ailelerinde “otoriter-baskıcı” bir tutumun hâkim olduğunu belirtmişlerdir.

17. Eş/Çocuklar/Akrabalar/Dostların Sosyal Desteklerini Hissetme

Bu soruda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların eşlerinin, çocuklarının, akrabalarının ve dostlarının sosyal desteklerini hissedip hissetmediklerine

17.1. Eşin Sosyal Desteğini Hissetme

Tablo 34: Eşin sosyal desteğini hissetme

Eşin sosyal desteğini hissetme				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	17	31.5	31.5	31.5
Evet	25	46.3	46.3	77.8
Hayır	12	22.2	22.2	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların, eşlerinin sosyal desteğini hissedip hissetmediklerine ilişkin soruya verdikleri cevaplar yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%46) eşlerinin sosyal desteğini hissettiklerini belirtirken; %22'si ise hissetmediklerini ifade etmişlerdir.

17.2. Çocukların Sosyal Desteğini Hissetme

Tablo 35: Çocukların sosyal desteğini hissetme

Çocukların sosyal desteğini hissetme				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	13	24.1	24.1	24.1
Evet	35	64.8	64.8	88.9
Hayır	6	11.1	11.1	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların, çocuklarının sosyal desteğini hissedip hissetmediklerine ilişkin soruya verdikleri cevaplar yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların büyük bir kısmı (%65'i) çocuklarının sosyal desteğini hissettiklerini belirtirken; %11'si ise hissetmediklerini ifade etmişlerdir.

17.3. Akrabaların Sosyal Desteğini Hissetme

Tablo 36: Akrabaların sosyal desteğini hissetme

Akrabaların sosyal desteğini hissetme				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	13	24.1	24.1	24.1
Evet	26	48.1	48.1	72.2
Hayır	15	27.8	27.8	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların, akrabalarının sosyal desteğini hissedip hissetmediklerine ilişkin soruya verdikleri cevaplar yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%48) akrabalarının sosyal desteğini hissettiklerini belirtirken; %28'si ise hissetmediklerini ifade etmişlerdir.

17.4. Dostların Sosyal Desteğini Hissetme

Tablo 37: Dostların sosyal desteğini hissetme

Dostların sosyal desteğini hissetme				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	14	25.9	25.9	25.9
Evet	26	48.1	48.1	74.1
Hayır	14	25.9	25.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların, arkadaş ve dostlarının sosyal desteğini hissedip hissetmediklerine ilişkin soruya verdikleri cevaplar yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%40) dostlarının sosyal desteğini hissettiklerini belirtirken; %26'sı ise hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Bu anlamda sosyal desteğin hissedilmesi noktasında, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların çoğunluğunun hem eşlerinin, hem çocuklarının, hem akrabalarının, hem de dostlarının sosyal desteklerini hissettikleri anlaşılmaktadır.

18. Evde Birlikte Yaşanan Kişiler

Tablo 38: Evde birlikte yaşanan kişiler

Evde birlikte yaşanan kişiler				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	1.9	1.9	1.9
Anne	6	11.1	11.1	13.0
Baba	1	1.9	1.9	14.8
Eş	13	24.1	24.1	38.9
Çocuklar	9	16.7	16.7	55.6
Diğer	4	7.4	7.4	63.0
Eş ve çocuklar	20	37.0	37.0	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların, evlerinde birlikte yaşadıkları kişiler ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%37) eş ve çocukları ile birlikte yaşamlarını sürdürürken, %24'ü sadece eşleri ile birlikte, %17'si de sadece çocukları ile birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %13'ü ise evde anne veya babaları ile birlikte yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

19. Oturulan Evin Mülk Durumu

Tablo 39: Oturulan evin mülk durumu

Oturulan evin mülk durumu				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	1.9	1.9	1.9
Kira	19	35.2	35.2	37.0
Ev sahibi	31	57.4	57.4	94.4
Diğer	3	5.6	5.6	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların yaşadıkları evin mülk durumuna ilişkin verdikleri cevaplar yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların yarısından fazlası (%57) kendilerine ait evlerde yaşamaktadırlar. %35 oranındaki katılımcılar da kirada oturduklarını belirtmişlerdir.

20. Herhangi Bir Borcun Varlığı

Bu soruda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların banka kredisi, kredi kart vb. gibi herhangi bir borçları bulunup bulunmadığı, eğer borçları var ise gelirlerinden daha yüksek olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

20.1. Banka Kredisi Borcu Varlığı

Tablo 40: Banka kredisi borcu varlığı

Banka kredisi borcu varlığı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	23	42.6	42.6	42.6
Evet	18	33.3	33.3	75.9
Hayır	13	24.1	24.1	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların banka kredisi borçlarının olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. %43 oranında katılımcı bu soruyu cevaplamazken, katılımcıların %33'ünün banka kredisi borcu olduğu, %24'ünün ise borcu olmadığı görülmektedir.

20.2. Kredi Kartı Borcu Varlığı

Tablo 41: Kredi kartı borcu varlığı

Kredi kartı borcu varlığı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	18	33.3	33.3	33.3
Evet	22	40.7	40.7	74.1
Hayır	14	25.9	25.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların kredi kartı borçlarının olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. %33 oranında katılımcı bu soruyu cevaplamazken, katılımcıların %41'inin kredi kartı borcu olduğu, %26'sının ise kredi kartı borcu olmadığı görölmektedir.

20.3. Diğer Borçlar

Tablo 42: Diğer borçlar

Diğerborçlar				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	29	53.7	53.7	53.7
Evet	12	22.2	22.2	75.9
Hayır	13	24.1	24.1	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların banka kredisi veya kredi kartı gibi borçların dışında başka herhangi bir borçlarının olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. %54 oranında katılımcı bu soruyu cevaplamazken, katılımcıların %22'si banka kredisi veya kredi kartı borcu dışında başka borçlarının da olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların %24'ünün ise başka herhangi bir borçlarının olmadığı anlaşılmaktadır.

20.4. Borcun Gelirden Daha Fazla Olması Durumu

Tablo 43: Borcun gelirden daha fazla olması durumu

Borcun gelirden daha fazla olması durumu				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	5	9.3	9.3	9.3
Evet	21	38.9	38.9	48.1
Hayır	28	51.9	51.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların eğer borçları var ise, borçlarının gelirlerinden daha fazla olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların %52'si gelirlerinden daha fazla borçlarının olmadığını ifade ederken; %39 oranında katılımcının ise gelirlerinden daha fazla borçlarının olduğunu anlaşılmaktadır.

21. Herhangi Bir Hukuksal Problem Varlığı

Tablo 44: Herhangi bir hukuksal problem varlığı

Herhangi bir hukuksal problem varlığı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	3	5.6	5.6	5.6
Evet	9	16.7	16.7	22.2
Hayır	42	77.8	77.8	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların herhangi bir hukuksal problemleri olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre; katılımcıların büyük çoğunluğunun (%78) herhangi bir hukuksal problemleri yokken, %17'sinin ise hukuksal bir davalarının olduğunu anlaşılmaktadır. %6 oranındaki katılımcı da bu soruya cevap vermemişlerdir.

Tablo 45: Hukuksal problemin devam ettiği toplam süre

Hukuksal problemin devam ettiği toplam süre				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	47	87.0	87.0	87.0
5 yıldan az	5	9.3	9.3	96.3
5-10 yıl	1	1.9	1.9	98.1
21-30 yıl	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların eğer herhangi bir hukuksal problemleri var ise, bunun ne kadar süredir devam ettiği ile ilgili

bilgiler yer almaktadır. Buna göre; hukuksal problemi olan katılımcıların bu durumları çoğunlukla 5 yıldan az süredir devam etmektedir.

22. Engelli Bir Çocuk Sahibi Olma Durumu

Tablo 46: Engelli bir çocuk sahibi olma durumu

Engelli bir çocuk sahibi olma durumu				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	3	5.6	5.6	5.6
Hayır	51	94.4	94.4	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların engelli bir çocukları olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre; katılımcıların %94'ünün engelli bir çocuğu yoktur. %6 oranındaki katılımcı da bu soruya cevap vermemişlerdir.

23. Bakımı Üstlenilen Yatalak Bir Yakının Varlığı

Tablo 47: Bakımı üstlenilen yatalak bir yakının varlığı

Bakımı üstlenilen yatalak bir yakının varlığı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	3	5.6	5.6	5.6
Evet	4	7.4	7.4	13.0
Hayır	47	87.0	87.0	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların hayatlarında bakımını üstlendikleri yatalak bir yakınlarının olup olmadığı sorusuna verdikleri cevaplar yer almaktadır. Buna göre; katılımcıların %87'sinin bakımını üstlendikleri herhangi bir yatalak yakınlarının olmadığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların %7'si ise yatalak bir yakınlarına baktıklarını ifade ederlerken; %56'sı da bu soruya cevap vermemişlerdir.

4.3. HASTALARIN İLAÇ KULLANIM ÖZELLİKLERİ VE İLAÇ KULLANIM İHTİYAÇLARI

1. Ara Vermeden Antidepresan Kullanma Süresi

Tablo 48: Ara vermeden antidepresan kullanma süresi

Ara vermeden antidepresan kullanma süresi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
1 yıldan az	4	7.4	7.4	7.4
1-2 yıl	12	22.2	22.2	29.6
3-5 yıl	18	33.3	33.3	63.0
5 yıldan fazla	20	37.0	37.0	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların kaç yıldır ara vermeden antidepresan kullandıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%37) 5 yıldan fazladır antidepresan kullanmaktadırlar. Bunu, 3 ile 5 yıldır antidepresan kullanan (%33), 1 ile 2 yıldır antidepresan kullanan (%23) katılımcılar takip etmektedir. Katılımcıların %7'si ise sadece 1 yıldan az bir süredir antidepresan kullandıklarını belirtmişlerdir.

2. Kullanılan Antidepresan İsmi

Tablo 49: Kullanılan antidepresan ismi

Kullanılan antidepresan ismi				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	1.9	1.9	1.9
Essitlopram	15	27.8	27.8	29.7
Fluoksetin HCl	10	18.6	18.5	48.2
Paroksetin	4	7.4	7.4	55.6
Sertralin	16	29.7	29.5	85.1
Sitolpram HCl	5	9.3	9.3	94.4
Venflaksasin HCl	2	3.7	3.7	98.1
Duloksetin HCl	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların hangi antidepresan ilacını kullandıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, sertralın isimli antidepresan katılımcılar arasında en çok kullanılan ilaç olmuştur. Bunu essitolopram isimli antidepresan takip etmektedir. Katılımcılar arasında en az kullanılan ilaçlar ise duloksetin, ve venflaksasin, isimli antidepresanlar olmuştur.

3. Daha nce Antidepresan Kullanımı

Tablo 50: Daha önce antidepresan kullanımı

Daha önce antidepresan kullanımı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	13	24.1	24.1	24.1
Hikullanmadım	8	14.8	14.8	38.9
1 yıldan az	9	16.7	16.7	55.6
1-2 yıl	11	20.4	20.4	75.9
3-5 yıl	3	5.6	5.6	81.5
5 yıldan fazla	10	18.5	18.5	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların daha önce antidepresan kullanıp kullanmadıklarına ve kullandılar ise ne kadar süreyle devam ettiklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların %20'sidaha önce 1-2 yıl boyunca antidepresan kullandıklarını, %17'si 1 yıldan az süre ile, %19'u 5 yıldan fazla süreyle ve %6'sı 3-5 yıl boyunca daha önce antidepresan kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %15 ise daha önceden hiç bu tarz bir ilaç kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

4. En Son Başlanılan Antidepresanı Reçete Eden Branş

Tablo 51: En son başlanılan antidepresanı reçete eden branş

En son başlanılan antidepresanı reçete eden branş				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Aile hekimi/pratisyen	15	27.8	27.8	27.8
Psikiyatri	27	50.0	50.0	77.8
Nöroloji	8	14.8	14.8	92.6
Diğer	4	7.4	7.4	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcılara en son başlanılan antidepresanı reçete eden branş türüne ait bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların yarısı (%50) kendilerine antidepresanı reçete eden branşın psikiyatri olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %28'i aile hekimi/pratisyenin, %15'i ise nöroloji bölümünden bir hekimin kendilerine antidepresanı reçete ettiğini ifade etmişlerdir.

5. İlk Reçete Eden Doktor Tarafından Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulma

Tablo 52: İlk reçete eden doktor tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulma

İlk reçete eden doktor tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulma				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	1.9	1.9	1.9
Evet	21	38.9	38.9	40.7
Hayır	32	59.3	59.3	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların ilaç kullanımına ilk başlanılmasını sağlayan hekim tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulup tutulmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların büyük çoğunluğu (%60'ı) yazılı veya sözlü olarak herhangi bir teste tabi

tutulmadıklarını belirtirken, %39'u ise kendilerine bu tarz bir test uygulandığını ifade etmişlerdir.

6. Çözülmek Üzere Testler Verildi İse Daha Önce Cevaplanmış Olma Durumu

Bu soruda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların kendilerine çözmeleri için testler verildiyse, bu testleri daha önce yapıp yapmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

6.1. Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 53: Beck depresyon ölçeği

Beck depresyon ölçeği				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	4	7.4	7.4	7.4
Evet	4	7.4	7.4	14.8
Hayır	46	85.2	85.2	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların daha önce “beck depresyon testi” sorularını cevaplayıp cevaplamadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların geneli (%86) daha önce “beck depresyon testi” sorularını cevaplamadıklarını ifade etmişlerdir.

6.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Tablo 54: Beck anksiyete ölçeği

Beck anksiyete ölçeği				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	8	14.8	14.8	14.8
Evet	3	5.6	5.6	20.4
Hayır	43	79.6	79.6	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların daha önce “beckanksiyete testi” sorularını cevaplayıp cevaplamadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların geneli (%80) daha önce “beckanksiyete testi” sorularını cevaplamadıklarını ifade etmişlerdir.

6.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Tablo 55: Beck umutsuzluk ölçeği

Beck umutsuzluk ölçeği				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	7	13.0	13.0	13.0
Evet	3	5.6	5.6	18.5
Hayır	44	81.5	81.5	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların daha önce “beck umutsuzluk testi” sorularını cevaplayıp cevaplamadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların geneli (%82) daha önce “beck umutsuzluk testi” sorularını cevaplamadıklarını ifade etmişlerdir.

7. Tedaviye Başlayan Doktora Kontrole Gitme Sayısı

Tablo 56: Tedaviye başlayan doktora kontrole gitme sayısı

Tedaviye başlayan doktora kontrole gitme sayısı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	5	9.3	9.3	9.3
Hiç gitmedim	12	22.2	22.2	31.5
1-2 defa	15	27.8	27.8	59.3
3-5 defa	10	18.5	18.5	77.8
5 defadan fazla	12	22.2	22.2	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların tedaviye başlanılan doktora kaç defa kontrole gittiklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Sonuçlara göre, katılımcıların %28'i 1 veya 2 defa kontrole gittiklerini, % 19'u 3-5 defa kontrole gittiklerini ve %22'si ise 5 defadan daha fazla kontrole gittiklerini belirtmişlerdir. %22 oranındaki katılımcı ise hiç kontrole gitmediklerini ifade etmişlerdir.

8. İlk Kontrole Çağrılmak İçin Geçen Süre

Tablo 57: İlk kontrole çağrılmak için geçen süre

İlk kontrole çağrılmak için geçen süre				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	8	14.8	14.8	14.8
Hiççağrılmadım	7	13.0	13.0	27.8
1 aydan az	19	35.2	35.2	63.0
1-2 ay	12	22.2	22.2	85.2
3-6 ay	8	14.8	14.8	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların hekimleri tarafından ilk kontrole ne zaman çağırıldıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%35) 1 aydan daha kısa bir sürede kontrole gelmelerinin söylendiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %22'si ise 1-2 ay içerisinde, %15'i ise 3-6 ay içerisinde kontrole çağrıldıklarını ifade ederlerken; %13 oranındaki katılımcı da hekimleri tarafından hiç kontrole çağrılmadıklarını belirtmişlerdir.

9. Kontrolde Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulma

Tablo 58: Kontrolde herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulma

Kontrolde herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulma				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	1	1.9	1.9	1.9
Evet	15	27.8	27.8	29.6
Hayır	38	70.4	70.4	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların hekimlerine kontrole gittiklerinde herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulup tutulmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların büyük çoğunluğu (%70'i) yazılı veya sözlü olarak herhangi bir teste tabi tutulmadıklarını belirtmiş; %28'i ise bu tarz bir test yapıldığını ifade etmişlerdir.

10. İlaça Başlarken Doktor Tarafından Tanının Söylenmesi

Tablo 59: İlaça başlarken doktor tarafından tanının söylenmesi

İlaça başlarken doktor tarafından tanının söylenmesi

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Evet	25	46.3	46.3	46.3
Hayır	15	27.8	27.8	74.1
Hatırlamıyorum	14	25.9	25.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcılara ilaca başlarken hekimleri tarafından tanının söylenip söylenmediğine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğuna (%46) doktorları tarafından tanı söylenirken; %28'ine herhangi bir bilgilendirme yapılmamıştır. %26 oranındaki katılımcı ise tanının söylenip söylenmediğini hatırlamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 60: İlaça başlarken doktor tarafından söylenen tanı

İlaça başlarken doktor tarafından söylenen tanı

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	17	31.5	31.5	31.5
Depresyon	25	46.3	46.3	77.8
Anksiyete (Kaygı)	5	9.3	9.3	87.0
Diğer	7	13.0	13.0	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcılara eğer ilaca başlarken hekimleri tarafından tanı söylendi ise, bu tanının ne olduğuna ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğuna (%46) doktorları

tarafından depresyon tanısının konulduğu görülmektedir. Katılımcıların %9'una anksiyete (kaygı) tanısı konulurken; %13'üne ise panik atak, tükenmişlik sendromu gibi diğer teşhisler konulmuştur.

11. İlacın Devamında Doktor Değişikliği Yapıldı İse, Yeni Doktor Tarafından Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulma

Tablo 61: İlacın devamında doktor değişikliği yapıldı ise, yeni doktor tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulma

İlacın devamında doktor değişikliği yapıldı ise, yeni doktor tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulma

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	2	3.7	3.7	3.7
Evet	10	18.5	18.5	22.2
Hayır	42	77.8	77.8	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların kullandıkları ilaca devam ettikleri sırada başka bir doktora gittiyse, bu doktor tarafından hastalıkları ile ilgili test veya sözlü olarak herhangi bir sorgulama yapıp yapılmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların %19'u ilaç kullanırken gittikleri başka bir hekim tarafından hastalıkları ile ilgili test yoluyla veya sözlü olarak bir sorgulamaya tabi tutulduklarını belirtmişlerdir.

12. Herhangi Bir Kronik Hastalık Varlığı

Tablo 62: Herhangi bir kronik hastalık varlığı

Herhangi bir kronik hastalık varlığı				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	14	25.9	25.9	25.9
Tansiyon	14	25.9	25.9	51.9
Şeker	4	7.4	7.4	59.3
Diğer	6	11.1	11.1	70.4
Hashimototiroiditi	4	7.4	7.4	77.8
Mide rahatsızlığı	1	1.9	1.9	79.6
Tansiyon ve şeker	8	14.8	14.8	94.4
Alerji	1	1.9	1.9	96.3
Hepatit B	1	1.9	1.9	98.1
Epilepsi	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların herhangi bir kronik rahatsızlıklarının olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğunda (%26) tansiyon problemi olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların %7'sinden şeker hastalığı mevcutken, %15 oranındaki katılımcılarda ise hem tansiyon rahatsızlığı hem de şeker hastalığı birlikte bulunmaktadır.

13. Günlük Düzenli İçilen İlaç Sayısı

Tablo 63: Günlük düzenli içilen ilaç sayısı

Günlük düzenli içilen ilaç sayısı

	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Cevap yok	3	5.6	5.6	5.6
Sabah 2 tane	5	9.3	9.3	14.8
Sabah 2, akşam 1	4	7.4	7.4	22.2
Sabah 2, akşam 2	3	5.6	5.6	27.8
Sabah 1, akşam 1	9	16.7	16.7	44.4
Sabah 1, öğlen 1	2	3.7	3.7	48.1
Sabah 1	11	20.4	20.4	68.5
Sabah 1, öğlen 1, akşam 1	4	7.4	7.4	75.9
Sabah 3, akşam 3	2	3.7	3.7	79.6
Gece 1	1	1.9	1.9	81.5
Sabah 5, akşam 2	1	1.9	1.9	83.3
Sabah 3, öğlen 2, akşam 2	1	1.9	1.9	85.2
Sabah 3, akşam 1	3	5.6	5.6	90.7
Sabah 3, akşam 1, gece 3	1	1.9	1.9	92.6
Öğlen 2, akşam 1	1	1.9	1.9	94.4
Akşam 1, gece 1	1	1.9	1.9	96.3
Akşam 3	1	1.9	1.9	98.1
Sabah 4, öğlen 3, akşam 3, gece 1	1	1.9	1.9	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların günlük düzenli içtikleri ilaç sayılarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğunun sadece sabahları tek bir ilaç içtikleri gözlemlense de, geri kalan grubun da günün değişik saatlerinde farklı sayıda ilaç içtikleri anlaşılmaktadır.

14. İlaç Harici veya İlaçla Birlikte Terapi Görme

Tablo 64: İlaç harici veya ilaçla birlikte terapi görme

İlaç harici veya ilaçla birlikte terapi görme				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Evet	5	9.3	9.3	9.3
Hayır	49	90.7	90.7	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların ilaç harici veya ilaçla birlikte terapi görüp görmediklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sonuçlara göre, katılımcıların tamamına yakını (%91) ilaç harici veya ilaçla birlikte terapi görmediklerini belirtirken; sadece %9'luk kısım ilaç harici veya ilaçla birlikte terapi gördüklerini belirtmişlerdir.

4.4. ÖLÇEKLER

21 maddeden oluşan “beck anksiyete ölçeği”, 0 ile 3 arasında puanlandırma yapılarak değerlendirilmektedir. 21 soru maddesi ile hastanın sıkıntısının son 1 haftada kendisini ne kadar rahatsız ettiği sorgulanmaktadır. Genel puanları 0-63 arasında değişen ölçekte, anksiyete düzeylerinin sınıflandırılması şu şekilde olmaktadır: 0-17 puan düşük anksiyete düzeyi; 18-24 puan orta seviye anksiyete düzeyi; 25-63 puan yüksek anksiyete düzeyi (Eren vd., 2012).

Tablo 65: Beck anksiyete ölçeği skorları

Beck anksiyete ölçeği skorları				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Düşükanksiyetedüzeyi	35	64.8	64.8	64.8
Orta seviye anksiyetedüzeyi	9	16.7	16.7	81.5
Yüksekanksiyetedüzeyi	10	18.5	18.5	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların beckanksiyete ölçeğine verdikleri cevaplar doğrultusunda oluşan anksiyete düzeylerine

ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Buna göre, katılımcıların çoğunluğu (%65) düşük anksiyete düzeyine sahiptirler. Katılımcıların %17'si orta seviye anksiyete düzeyine sahipken, %18'i ise yüksek düzeyde anksiyeteye sahiptirler.

21 maddeden oluşan “beck depresyon ölçeği” 0 ile 3 arasında derecelendirilmektedir. Genel puanları 0-63 arasında değişen ölçekte, daha yüksek puanlar daha ciddi depresyon göstergesini ifade etmektedir. Ölçeğin alınan puanlara göre depresyon düzeyleri şu şekilde yorumlanmaktadır: 0-13 puan depresyon yok; 14-19 puan düşük düzey depresyon; 20-28 puan orta düzey depresyon; 29-63 puan yüksek düzey depresyon (49)

Tablo 66: Beck depresyon ölçeği skorları

Beck depresyon ölçeği skorları				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Depresyon yok	28	51.9	51.9	51.9
Düşükdüzye depresyon	9	16.7	16.7	68.5
Orta düzey depresyon	13	24.1	24.1	92.6
Yüksekdüzye depresyon	4	7.4	7.4	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların beck depresyon ölçeğine verdikleri cevaplar doğrultusunda oluşan depresyon düzeylerine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Buna göre, katılımcıların çoğunluğunda (%52) depresyon bulunmamaktadır. Katılımcıların %17'si düşük düzeyde depresyona, %24'ü orta düzey depresyona ve %7'si de yüksek düzeyde depresyona sahiptirler.

20 maddeden oluşan “beck umutsuzluk ölçeği” 0 ile 1 puanlanan bir ölçektir. Hastalar kendilerine uygun gelen maddeleri evet, uygun gelmeyen maddeleri ise hayır şeklinde cevaplandırmaktadır. Puanlama işlemi, ölçekte yer alan “2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 18 ve 20.” maddelere verilen yanıtlar “evet” ise 1 puan; “1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19.” maddelere verilen yanıtlar “hayır” ise 1 puan verilerek yapılmaktadır. Bu anlamda ölçekte 11 doğru ve 9 yanlış anahtar yanıtı bulunmaktadır. Genel puanları 0-20 arasında değişen ölçekte, yüksek puanlar umutsuzluğun da yüksek olduğunu işaret etmektedir. Ölçeğin alınan puanlara göre umutsuzluk düzeyleri şu şekilde yorumlanmaktadır: 0-3

puan normal aralık (umutsuzluğun olmadığı); 4-8 puan hafif umutsuzluk; 9-14 puan orta düzey umutsuzluk; 15-20 puan yoğun umutsuzluk (ileri derecede umutsuzluk) (50)

Tablo 67: Beck umutsuzluk ölçeği skorları

Beck umutsuzluk ölçeği skorları				
	Sıklık	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Birikimli Yüzde (%)
Normal aralık	25	46.3	46.3	46.3
Hafif umutsuzluk	12	22.2	22.2	68.5
Orta düzey umutsuzluk	8	14.8	14.8	83.3
Yoğun umutsuzluk	9	16.7	16.7	100.0
Toplam	54	100.0	100.0	

Yukarıdaki tabloda, araştırmada yer alan hasta grubuna ait katılımcıların beck umutsuzluk ölçeğine verdikleri cevaplar doğrultusunda oluşan umutsuzluk düzeylerine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Buna göre, katılımcıların çoğunluğunun (%46) umutsuzluk seviyesi normal aralıkta yer almaktadır. Katılımcıların %22'si hafif umutsuzluk, %15'si orta düzey umutsuzluk ve %17'si de yoğun umutsuzluk seviyesine sahiptirler.

Beck umutsuzluk ölçeğinin 1.-3.-7.-11.-18. maddeleri “Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler” faktörünü, 2.-4.-9.-12.-14.-16.-17.-20. maddeleri “Motivasyon kaybı” faktörünü ve 5.-6.-8.-10.-13.-15.-19. maddeleri ise “Umut” faktörünü oluşturmaktadırlar (51). Buna göre, bu faktörlerin ortalama puanları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 68: Beck umutsuzluk ölçeği alt faktörleri

Beck umutsuzluk ölçeği alt faktörleri	Ortalama
Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler	1.34
Motivasyon kaybı	3.26
Umut	2.45

Yukarıdaki tabloya göre, beck umutsuzluk ölçeğinin alt faktörlerinden “motivasyon kaybı”(ort.= 3.26) genel umutsuzluk sebebinin ana birimi olarak ortaya çıkmıştır. “Gelecekte umutlu olma” (ort.= 2.45) ve “gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler” (ort.= 1.34) sırasıyla genel umutsuzluğu etkileyen diğer alt faktörlerdir.

4.5. ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERE BAĞLI OLARAK ÖLÇEK SKORLARINDAKİ FARKLILAŞMALAR

4.5.1. Ara Vermeden Antidepresan Kullanma Süresine Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 69: Ara Vermeden Antidepresan Kullanma Süresine Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.(p)
Beck umutsuzluk ölçeğiskorları	.428	3	50	.734
Beckanksiyeteölçeğiskorları	16.635	3	50	.000
Beck depresyon ölçeğiskorları	1.196	3	50	.321

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; beckanksiyete ölçeği skorları homojen dağılım göstermemektedir (Sig. (p) <0.05). Beck umutsuzluk ve beck depresyon ölçeği skorları ise homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA

	Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)	
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	4.537	3	1.512	1.173	.329
	Gruplar içi	64.444	50	1.289		
	Toplam	68.981	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	7.181	3	2.394	4.561	.007
	Gruplar içi	26.244	50	.525		
	Toplam	33.426	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	1.876	3	.625	.577	.633
	Gruplar içi	54.217	50	1.084		
	Toplam	56.093	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre; katılımcıların beckanksiyete ölçeği skorları farklılaşmaktadır ($p = .007 < .05$).

Beck anksiyete ölçeği skorları tamhane

(I) Ara vermeden antidepresan kullanma süresi	(J) Ara vermeden antidepresan kullanma süresi	Ortalama fark (I-J)	Standart sapma	Sig. (p)	95% Güven aralığı	
					En düşük	En yüksek
1 yıldan az	1-2 yıl	-.250	.552	.999	-2.53	2.03
	3-5 yıl	.694	.482	.812	-2.21	3.59
	5 yıldan fazla	.100	.512	1.000	-2.41	2.61
1-2 yıl	1 yıldan az	.250	.552	.999	-2.03	2.53
	3-5 yıl	.944*	.281	.034	.06	1.83
	5 yıldan fazla	.350	.330	.883	-.61	1.31
3-5 yıl	1 yıldan az	-.694	.482	.812	-3.59	2.21
	1-2 yıl	-.944*	.281	.034	-1.83	-.06
	5 yıldan fazla	-.594*	.190	.028	-1.14	-.05
5 yıldan fazla	1 yıldan az	-.100	.512	1.000	-2.61	2.41
	1-2 yıl	-.350	.330	.883	-1.31	.61
	3-5 yıl	.594*	.190	.028	.05	1.14

*. 0.05 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Varyansların dağılımı homojen bir dağılım göstermediği için antidepresan kullanma süreleri bağlamında hangi süreler arasında farklılaşma olduğuna dair bilgi edinebilmek adına Tamhane's T2 testi uygulanmıştır. Yukarıda yer alan Tamhane's T2 testi sonuç tablosuna göre; 1-2 yıl antidepresan kullanan katılımcılar ile 3-5 yıl antidepresan kullanan katılımcılar arasında ve 3-5 yıl antidepresan kullanan katılımcılar ile 5 yıldan fazla antidepresan kullanan katılımcılar arasında beckanksiyete ölçeği skorları bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Bu sonuca göre, antidepresan kullanım süresi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı söylenebilir.

4.5.2. En Son Başlanılan Antidepresanı Reçete Eden Branşa Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 70: En Son Başlanılan Antidepresanı Reçete Eden Branşa Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	.441	3	50	.725
Beckanksiyete ölçeği skorları	5.614	3	50	.002
Beck depresyon ölçeği skorları	1.208	3	50	.317

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; bekkanksiyete ölçeği skorları homojen dağılım göstermemektedir (Sig. (p) <0.05). Beck umutsuzluk ve beck depresyon ölçeği skorları ise homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA

		Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	.423	3	.141	.103	.958
	Gruplar içi	68.558	50	1.371		
	Toplam	68.981	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	1.210	3	.403	.626	.602
	Gruplar içi	32.216	50	.644		
	Toplam	33.426	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	5.238	3	1.746	1.717	.176
	Gruplar içi	50.855	50	1.017		
	Toplam	56.093	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

4.5.3. İlk Reçete Eden Doktor Tarafından Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulmasına Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 71: İlk Reçete Eden Doktor Tarafından Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulmasına Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	.019	1	51	.890
Beckanksiyete ölçeği skorları	.010	1	51	.922
Beck depresyon ölçeği skorları	.386	1	51	.537

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; tüm ölçek skorları homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA

	Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	2	2.455	1.954	.152
	Gruplar içi	51	1.256		
	Toplam	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	2	.157	.242	.786
	Gruplar içi	51	.649		
	Toplam	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	2	.704	.657	.523
	Gruplar içi	51	1.072		
	Toplam	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değerin 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

4.5.4. Tedaviye Başlayan Doktora Kontrole Gitme Sayısına Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 72: Tedaviye Başlayan Doktora Kontrole Gitme Sayısına Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	3.174	4	49	.021
Beckanksiyete ölçeği skorları	.994	4	49	.420
Beck depresyon ölçeği skorları	2.171	4	49	.086

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; beck umutsuzluk ölçeği skorları homojen dağılım göstermemektedir (Sig. (p) <0.05). Beckanksiyete ve beck depresyon ölçeği skorları ise homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA

	Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	4	2.400	1.980	.112
	Gruplar içi	49	1.212		
	Toplam	53	68.981		
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	4	1.040	1.741	.156
	Gruplar içi	49	.597		
	Toplam	53	33.426		
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	4	1.736	1.730	.158
	Gruplar içi	49	1.003		
	Toplam	53	56.093		

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

4.5.5. İlk Kontrole Çağrılmak İçin Geçen Süreye Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 73: İlk Kontrole Çağrılmak İçin Geçen Süreye Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	.308	4	49	.871
Beckanksiyete ölçeği skorları	7.948	4	49	.000
Beck depresyon ölçeği skorları	.652	4	49	.628

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; beckanksiyete ölçeği skorları homojen dağılım göstermemektedir (Sig. (p) <0.05). Beck umutsuzluk ve beck depresyon ölçeği skorları ise homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA

	Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	4	.128	.091	.985
	Gruplar içi	49	1.397		
	Toplam	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	4	.863	1.410	.244
	Gruplar içi	49	.612		
	Toplam	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	4	.554	.504	.733
	Gruplar içi	49	1.099		
	Toplam	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

4.5.6. Kontrolde Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulmaya Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 74: Kontrolde Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulmaya Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi				
	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	.101	1	51	.752
Beckanksiyete ölçeği skorları	.836	1	51	.365
Beck depresyon ölçeği skorları	.177	1	51	.676

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; tüm ölçek skorları homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA						
		Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	3.039	2	1.520	1.175	.317
	Gruplar içi	65.942	51	1.293		
	Toplam	68.981	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	1.631	2	.816	1.308	.279
	Gruplar içi	31.795	51	.623		
	Toplam	33.426	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	3.791	2	1.895	1.848	.168
	Gruplar içi	52.302	51	1.026		
	Toplam	56.093	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

4.5.7. İlaça Başlarken Doktor Tarafından Tanının Söylenmesine Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 75: İlaça Başlarken Doktor Tarafından Tanının Söylenmesine Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	.981	2	51	.382
Beckanksiyete ölçeği skorları	1.362	2	51	.265
Beck depresyon ölçeği skorları	.085	2	51	.919

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; tüm ölçek skorları homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA						
		Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	.160	2	.080	.059	.943
	Gruplar içi	68.822	51	1.349		
	Toplam	68.981	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	1.038	2	.519	.817	.447
	Gruplar içi	32.388	51	.635		
	Toplam	33.426	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	.005	2	.002	.002	.998
	Gruplar içi	56.088	51	1.100		
	Toplam	56.093	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

4.5.8. İlaça Başlarken Doktor Tarafından Söylenen Tanıya Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 76: İlaça Başlarken Doktor Tarafından Söylenen Tanıya Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	.568	3	50	.638
Beckanksiyete ölçeği skorları	3.790	3	50	.016
Beck depresyon ölçeği skorları	2.601	3	50	.062

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; beckanksiyete ölçeği skorları homojen dağılım göstermemektedir (Sig. (p) <0.05). Beck umutsuzluk ve beck depresyon ölçeği skorları ise homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA

	Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (p)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	3	.251	.184	.907
	Gruplar içi	50	1.365		
	Toplam	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	3	.876	1.422	.247
	Gruplar içi	50	.616		
	Toplam	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	3	1.445	1.396	.255
	Gruplar içi	50	1.035		
	Toplam	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

4.5.9. İlacın Devamında Doktor Değişikliği Yapıldı İse, Yeni Doktor Tarafından Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulmaya Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Tablo 77: İlacın Devamında Doktor Değişikliği Yapıldı İse, Yeni Doktor Tarafından Herhangi Bir Sözel veya Yazılı Teste Tabi Tutulmaya Bağlı Olarak Ölçek Skorlarındaki Farklılaşmalar

Varyansların Homojenliği Testi

	Levene İstatistik	df1	df2	Sig.
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	1.491	2	51	.235
Beckanksiyete ölçeği skorları	3.628	2	51	.034
Beck depresyon ölçeği skorları	.257	2	51	.774

Yukarıda yer alan varyansların homojenlik tablosuna göre; beckanksiyete ölçeği skorları homojen dağılım göstermemektedir (Sig. (p) <0.05). Beck umutsuzluk ve beck depresyon ölçeği skorları ise homojen dağılım göstermektedir.

ANOVA						
		Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig. (<i>p</i>)
Beck umutsuzluk ölçeği skorları	Gruplar arası	.605	2	.303	.226	.799
	Gruplar içi	68.376	51	1.341		
	Toplam	68.981	53			
Beckanksiyete ölçeği skorları	Gruplar arası	3.021	2	1.511	2.534	.089
	Gruplar içi	30.405	51	.596		
	Toplam	33.426	53			
Beck depresyon ölçeği skorları	Gruplar arası	.259	2	.130	.118	.889
	Gruplar içi	55.833	51	1.095		
	Toplam	56.093	53			

Analiz sonucunda çıkan ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0.05 seviyesinden az olması istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir. Bu anlamda yapılan ANOVA testi sonucunda ara vermeden antidepresan kullanma süresine göre katılımcıların ölçek skorlarında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır.

BÖLÜM V: TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların %37'si 5 yıldan fazla ve %33,3'ü 3-5 yıl, %22'si 1-2 yıldır antidepresan kullanmaktadır. Bunun yanında %14,8'i daha önce hiç antidepresan kullanmamışken %24,1'i bu soruya cevap vermemiştir. Geriye kalan %71.1 gibi büyük bir çoğunluğun 1 yıldan daha uzun süreli antidepresan kullandığı görülmüştür. Bunlar arasında %18,5 gibi bir gurup daha önce 5 yıldan fazla antidepresan kullandığı bir sonuçla karşılaşmıştır.

BDÖ skorlarına bakıldığında ise iş daha ilginçleşmiştir. Bu kadar uzun zamandır antidepresan kullanan katılımcıların %48,1'inde düşük, orta ve yüksek düzeyde depresyon, %31,5'inde ise ilaç kullanım endikasyonu olan orta ve yüksek düzeyde depresyon izlenmiştir. BAÖ skorlarına bakıldığında %35.2 orta ve yüksek düzeyde anksiyete ve BUÖ %31.5'unda ise orta ve yoğun umutsuzluk izlenmiştir. BDÖ skorlarına göre %49.1'i terapi görmesi önerilen gruptayken, katılımcıların %90.7'si hiçbir şekilde terapi görmemiştir.

Bu kadar uzun süredir ilaç kullanan katılımcıların ilaç kullanmalarına sebep olan hastalıkları ile ilgili %53,7'si ya hatırlamadığını ya da tanısını bilmediğini, geri kalan kısmının da tanısını bildiği izlendi. Bunun yanında %46,3'ü ise ilacı başlayan doktor tarafından depresyon tanısı konduğunu belirtti.

Takip ve tedaviler konusuna bakıldığında ise sözel ve yazılı bir teste tabi tutulup tutulmadığı konusunda katılımcıların %59,3'ü hayır, %38,9'u evet diye cevap vermiş olmasına rağmen çözmeleri için verilen BDÖ'ni %85,2'si BAÖ'ni %79,6'sı BUÖ'ni %81,5'i daha önce çözmediğini belirtti. Katılımcıların kontrollerde sözel ve yazılı teste tabi tutulma sorusunu %70,4'ü hayır diye cevaplamıştır. Doktor değişikliğinde ise teste tabi tutulma sorusuna %77,8'i hayır cevabını vermiştir.

Kontrole gidilme oranlarına bakıldığında ise çoğunluğu 3 yıldan fazla süredir antidepresan kullanmasına rağmen ilacı başlayan hekime genellikle 1 veya 2 defa gittiklerini belirtmişlerdir.

Araştırma sorularına göre ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında kontrolsüz tanımı yapılırken ortaya konan tanının standardizasyonu için nesnel ölçümlerin verilen ölçekler üzerinden yapılmadığı, aynı zamanda takiplerinde de kullanılmadığı. Bunun yanında 6 ay içinde en az 6 defa görüşme yapılması gereken bu kişilerin, 3 yıldan fazla süredir ortalama ilaç kullanmalarına rağmen ortalamada 1veya 2 defa ilacı başlayan doktora kontrole gittiği, bu kadar uzun sürelerdir ilaç kullanmalarına rağmen ölçek skorlarının yarısına yakınının yüksek olması 'KONTROLSÜZ İLAÇ KULLANIMININ' tespiti olarak görülmüştür.

Diğer çalışmalardan farklı çıkan bir yanı ise çalışmaya katılan bu grubun her iki katılımcısından 1'ine yani %50'sine antidepresanın psikiyatri hekimleri tarafından başlanmış olmasıdır. Bu aslında sıkı takip gerektiren bu hastaların daha yakın takip yapabilecek birinci basamak hekimleri tarafından takip edilmesine bir kanıt olabilir.

Kontrolsüz kullanımın olduğu görülen bu çalışmada kontrol grubu olarak seçilen birinci basamak hekimlerinin ilaç başlama ve takiplerine bakılarak, hastaların kontrolsüzlüğüyle uyumlu olup olmadığına bakılmak istendi. Burada çıkan sonuçlar incelendiğinde: aktif hekimlik sürelerine göre 5 ile 25 yıl arasında 5 yıllık gruplar halinde birbirine yakın olduğu görüldü. Aktif hekimlik süresince anksiyete ve depresyon eğitimi alıp almadıklarına bakıldığında %40'ı cevap vermemiş, %40'ı 1 veya 2 defa eğitim aldığını belirtmiştir. Sağlık bakanlığı 2001 yılında 2020 yılına kadar halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmeyi, 2005 yılına kadar ruh sağlığı hizmetlerini sağlık ocağı sistemine entegrasyonunu tamamlamayı amaçlamıştır. Bu amaçla, birinci basamakta çalışan hekimlerin psikiyatrik bozuklukları ayırt etmede eğitim ile desteklenmesini istemiştir. Ocaktan vd., (2004) yılında Kriz dergisinde yayınlanan Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri ile ilgili çalışmasında 1995 yılından bu yana birinci basamakta ruh sağlığının yeterli düzeyde ele alınması için çeşitli projelerin yapıldığını belirtmiş olmalarına rağmen Sağlık Müdürlüğü tarafından verilen eğitimleri alanların oranı %10'da kalmıştır. Geçen on yıllarda 2014 yılında Düşünen Adam dergisinde 2014 yılında Yıldırım ve arkadaşlarının İstanbul İlinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Antidepresan Reçetelemesini Etkileyen Faktörlerle ilgili çalışmasında, yeterli olmadıklarını düşünen aile hekimlerinin oranı %72,7 çıkarken, (Yıldırım et al., 2014) çalışmamızda da bu oran %60 çıkmıştır. Bu da eğitim ihtiyacına ve hasta ve

hastalık yönetiminde hala eksik olduğuna, ve kontrolsüzlüğün sebebine bir gösterge olabilir.

2005 yılında Türk Aile Hekimleri Dergisinde, Aydın (2007)'ın Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı ile ilgili derlemesinde; ruhsal hastalıkların erken tanısı için kullanılabilir ölçeklerin bilinmesinin zamanında müdahaleyi kolaylaştıracağı söylenmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin, kendilerine sorulan ölçekler konusunda bilgisi olduğunu, ancak hastalara tanı, takip ve ilaç değişimi sırasında sadece %3 'ünün ölçekleri kullandığını belirtmiştir. %97'lik kısım ise kendilerini yeterli hissetmemelerine rağmen psikolojik muayene ve verdiği bilgiler sonucunda karar verdiğini belirtmiştir. Uygun doza karar verme ve ilaca devam etme karar şekillerine bakıldığında sırasıyla %66,7 ve %56,7 ile 'nasıl olduğunu' sorarak diye cevap vermişlerdir. %6,7 ve %10 ölçeklerindeki puan değişimi cevabını vermiştir. Katılımcı hekimlerin %66,7'si tedaviye başlayacağını, %16,7 si sevk edeceğini,%16,7'si hem tedavi edeceğini hem de sevk edeceğini belirtmiştir. Katılımcı hekimlerin %60'ı aylık ortalama 21-100 kutu antidepresan yazdığını belirtmişlerdir. Ve bu hekimler arasında hastayı kontrole çağırma konusunda da bir fikir birliği olmadığı görülmüştür.

Pratisyen hekimlerle Özmen vd., (2002) yaptığı çalışmada %91,3 depresyonun kişinin yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklandığını düşünmektedir sonucu çıkmış olmasına rağmen yaptığımız çalışmada sosyal sorunlar arasında sayabileceğimiz dul boşanma oranının düşük olduğu, etkilenen ölümün üzerinden 5 yıldan az zaman geçenlerin sadece %11,1 olduğu. Gelir düzeylerinin %79,6 sı orta düzeyde olduğunu. Eş, çocuk, akraba veya dostlardan % 50 ye yakın sosyal destek alabileceklerini. %51,9 unun borcunun gelirinden fazla olmadığı. %77,8'inin herhangi bir hukuksal problemi olmadığı. %94,4 ünün engelli bir çocuğu olmadığı. Sadece %7,4'ünün ise bir yatalak hastaya baktığı sonuçları çıkmıştır. Bu da Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pratisyen hekimlerin sosyal sorunlar diye ortaya koyduğu sorunların aslında bu kadar uzun sürelerdir antideperesan kullanan bizim çalışmamızda ki hastaların durumları ile uyummadığı görülmüştür.

Tüm bu veriler ışığında, birinci basamak hekimleri kendini depresyon ve anksiyete konusunda yetersiz gören buna rağmen tedavi başlayan ama tedavi ve takip konusunda kanıta dayalı uygulamalardan uzak yaklaşımlar sergilediği görülmüştür. Bu

da hastaların kontrolsüz antidepresan kullanım alışkanlıklarıyla, hekimlerin kanıta dayalı uygulamalardan uzak yaklaşımlarının kontrolsüzlüğü pekiştirdiği görülmüştür.

Yapılan çalışmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır. Çalışmaya katılan 54 antidepresan kullanan katılımcı ve 30 birinci basamak hekimi sayıları artırılarak çok daha geniş kapsamlı veriler elde edilebilir.



BÖLÜM VI: ÖNERİLER

Tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehmet Emin Ceylan'ın içinde bulunduğu, Üstün ve arkadaşları tarafından 1994 yılında, Düşünen Adam Dergisinde yayınlanan, Birinci Basamakta Sağlık Hizmetleri İçinde Ruh Sağlığı adlı çalışmasının sonuç ve öneriler kısmında, 'Ruh sağlığı hizmeti birincil sağlık hizmetinin tartışmasız bir parçası olduğu ve sağlık ocaklarının ilk tedavinin yapıldığı ve çevresel etkenlere koruyucu yaklaşımla bakan bir yer olmalıdır.' Demelerinin üzerinden geçen 20 yıl sonra aynı derginin 2014 yılında ki sayısında Yıldırım vd., (2014) İstanbul ili genelinde görev yapan aile hekimlerinin antidepresan reçetelemelerini etkileyen faktörler adlı çalışmaların da %80,8'i depresyon tanısı koymak için yeterli bilgi ve deneyime sahip olduklarını belirtmesine rağmen sadece %1,5'u belirtilerin tamamını tanımlayabilmiş ve %89,2'si antidepresan kullanımıyla ilgili düzenli eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. %66,7'si antidepresanların bağımlılık yapabileceğini belirtmiştir. Çalışmamızda da ihtiyaçların benzer olduğu ve ağırlıklı olarak 'nasılsın, iyimisin?' sorusu ile tedavi ve takibin yapıldığı görülmüştür. 1995 yılından 2005 yılına kadar ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık ocaklarına entegrasyonu tamamlanacağı (Ocaktan vd., 2004) söylenmesine rağmen geçen yıllar boyunca değişmeyen eğitim ihtiyacının halen devam etmesidir.

2001 yılında Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılına kadar anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, uyku düzensizliği ve somatizasyonun %20 azalması, intihar girişimlerinin artışının önlenmesi (Ocaktan vd., 2004) hedeflenmişken, antidepresan reçeteleme oranları gün geçtikçe artmaktadır (Aydın vd., 2013). İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesinin verilerine göre 2006 yılında İstanbul genelinde intihar girişiminde bulunan 513 kişi tespit edilmişken, bu oran yıllar içinde artış göstererek 2010 yılında 2988'e ulaşmıştır (Yıldırım vd., 2014; İstanbulsaglik 2013). İlgili hedeflerin tutturulamadığı ve hekim kaynaklı bir kontrolsüz kullanımın ortaya çıktığı çalışmamızla ortaya konmuştur.

Bu veriler ışığında;

1. Uzun süredir sahanın dile getirdiği ve çalışmaların desteklediği depresyon ve anksiyete eğitimlerinin hızlı bir şekilde verilmeye başlanması,
2. Tanı ve tedavide standardizasyonun sağlanmasına yönelik çalışmaların yapılması
3. Kontrolsüz kullanım ile ilgili geniş ölçekli çalışmaların yapılması ve buna yönelik müdahale stratejileri geliştirilmesi
4. Aile Sağlığı Merkezlerinde Klinik Psikolog çalıştırılmasıyla ilgili çalışmaların yapılması öncelikle önerilmektedir.

Ayrıca 2020 yılında yeti yitimi bakımından 2. Sıraya yükseleceği tahmin edilen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili acilen önlem alınmaz ise bu grupta yer alan hastalıkların sadece etkiledikleri bireyler değil, onların yetiştireceği çocuklar üzerinde oluşturacağı olumsuzluklarla da baş etmek zorunda kalınacak ve kayıp kuşakların ortaya çıkmasını engellemek için on yıllardır yapılacağı söylenenlerin acilen yapılması gerektiği, aile hekimliğinin tanımının önemli bir kısmını oluşturan biyopsikososyal yaklaşımının içini doldurmuş olacaktır.

KAYNAKÇA

Akiskal, H.S. 'Mood Disorders: introduction and overview'. Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI, 1. cilt içinde. Kaplan HI, Sadock BJ editörler. Baltimore: Williams and Wilkins; p 1067-1079, 1995.

Aslan, C. 2013, 'Özel Eğitim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi'. International Journal of Social Science, 6 (7):121-132.

Aydemir, Ö., ve Köroğlu, E. 'Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler'. 4. Baskı. HYB Basın Yayın; 2009. s.21-30. 4, Ankara, 2009.

Aydın, N., vd., 2013, 'Psikofarmakoloji Derneği Türkiye'de Psikotrop İlaç Tüketimi ve Mevcut Uygulamaların Tıbbi, Etik ve Ekonomik Sonuçları Raporu'. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 23(4), pp. 390-402.

Aydın, S. 2007, "Birinci Basmakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı." Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 9.1:26-31.

Ceylan, R., 2004, 'Entegre Eğitime Katılan ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi', Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.

Cimilli, C. 1997, 'Depresyonla ilişkileri bağlamında Türkiye'nin sosyal ve kültürel özellikleri'. Türk Psikiyatri Dergisi, 8:292-300.

Dilbaz, N., ve Seber, G., 1993, "Umutsuzluk kavramı: depresyon ve intiharda önemi" Kriz Dergisi, 1(3):134-138.

Durak, A. ve Palabıyıkoglu, R. 1994, 'Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması'. Kriz Dergisi, 2 (2):311-319.

Durak, A., 1993, 'Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma', Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Ebrinç, S. 2000, 'Psychiatric rating scales and their use in clinical studies'. Psikofarmakoloji Bülteni, 10(2):109-16.

Eren, Z., vd. 2012, 'Hemodiyaliz Hastalarının Yaşamında Neleri Değiştirebiliriz? Bir Projenin Sonuçları'. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 21 (3):273-281.
Erol, N., vd. T.C. Sağlık Bakanlığı, 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması', Ana Rapor, Ankara, 1998.

Hansen, R.A., et al. 2005, 'Efficacy and safety of second-generation antidepressants In the treatment of major depressive disorder'. *Ann Intern Med.*, 143(6):415-26.

Henkel, V., et al. 2003. 'Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study'. *BMJ*, 326:200–201.

<http://www.aktuelpsikoloji.com/son-5-yilda-antidepresan-kullanimi-56-artti4778h.htm>

<http://www.haberturk.com/polemik/haber/716797-antidepresanlara-fena-sardik>

<http://www.yeniaktuel.com.tr/dun105-2,140@2100.html>

<https://antidepressation.wordpress.com/2008/10/22/history-of-antidepressants/>

Ivbijaro, G.O., et al., 2005, 'Look, listen and test: mental health assessment' - the WONCA Culturally Sensitive Depression Guideline. *Primary care mental health*, 3:145-147.

Jadhav, S. 'The Cultural construction of Western depression'. *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, V Skultans, J Cox (Ed), London, Jessica Kingsley Publishers Ltd, s.41- 65, 2000.

Kabacoff, R.L., et al. 1997, 'Psychometric Properties and Diagnostic Utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory With Older Adult Psychiatric Outpatients'. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (1):33-47.

Kara, H., Sayar, K., ve Saygılı, S. 1997, 'Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı'. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 7 (1-4):59-63.

Kleinman A: Kültür DSM-IV için neden önemlidir? Kültür ve Psikiyatrik Tanı. (Çev: TT Tüzer), Ankara, Compos Mentis Yayınları, s.15-28, 1997.

Kleinman, A., and Good, B. 'Culture and Depression'. (in) *Culture and Depression*, Kleinman A and Good B (eds), University of California Pres, Los Angeles, p. 491-506, 1985.

Köknal, Ö., 2000, "Duygudurum bozukluklarının tarihçesi" *Duygudurum Dizisi*, 1: ss.5-11.

Koroğlu, C. 'DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı', Hekimler Yayın Birliği (APA), s.91-112, 2013.

Marsella, A.J., et al. 'Cross-cultural studies of depressive disorders'. An overview. (in) *Culture and Depression*, Kleinman A and Good B (eds), University of California Pres, Los Angeles p. 299-324, 1985.

Ocaktan, M. vd. 2004, "Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri." *Kriz dergisi* 12.2:63-73.

Ögel, K., vd. 1998, 'Pratisyen hekimlerin ruhsal bozukluklar ile depresyon hakkındaki tutumları ve hasta hekim ilişkisini etkileyen etmenler'. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İzmir, ss. 297.

Özmen, vd. 2003. 'Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları'. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 5-12.

Özmen, vd., 2002, 'Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin depresyona bakış açısı'. Bahar Sempozyumları VI (24-28 Nisan 2002, Antalya) Kongre Özet Kitabı, s.82-83, Antalya.

Sackett, D.L., et al. 2000, 'How to practice and teach EBM'. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Sayar, K. 1998, 'Kültür ve Psikopatoloji'. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 8(3):176-180.

Sayar, K. 2001, 'Ak İ. Depresyon ve Kültür', İbni Sina Tıp Dergisi, 6:56-59.

Sayar, K. 'Hüzün Hastalığı'. Depresyon, Bekaroğlu M (Ed), Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, s. 385-396, 1995.

Seber, G., 1991, 'Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliliği ve güvenilirliği üzerine bir çalışma', Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.

Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi Nörobilimsel ve Pratik Uygulamalar, 3. Baskı, ss 520 2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 'Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması' Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. ISBN: 975-590-198-1, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701. Ankara, 2006.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 'Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)'. Bölüm 2, Türkiye Ruh Sağlığı Profili, ss. 5.

Tan, O. 2016, 'Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Psikofarmakoloji Ders Slaytları'.

The Merck Manual Tanı ve Tedavi El Kitabı, 18. Baskı, ss 1704, 2006.

Ulusoy, M., Şahin, N., and Erkmen, H. 1998, 'Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties'. J. Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 12, 163-172.

Urhan, U.B. 2010, 'Is there an increase in antidepressant usage in Turkey? An evaluation based on psycho-sociological parameters. Economic Policy Research Foundation of Turkey (TEPAV)'. Entrepreneurship Institute Publications.

Üstün, B., et al. 1994, "Birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı." *Düşünen Adam* 7.4:9-19.

VanValkenburg, C., et al. 1984, 'Anxious depressions: clinical, family history, and naturalistic outcome: comparisons with panic and major depressive disorders'. *J Affect Dis.*, 6:67–82.

Wade Alan G., Paul CD Johnson, and McConnachie, A. 2010, "Antidepressant treatment and cultural differences-a survey of the attitudes of physicians and patients in Sweden and Turkey." *BMC family practice* 11.1: pp. 21.

2000, 'Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)!. American Psychiatric Association. *AmJ Psychiatry*, 157(suppl4):1- 45.

Amerikan Psikiyatri birliği: *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)* . E Köroğlu (Çev. Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.

İntihar girişim vakalarının yıllara göre dağılımı: [http:// www. istanbulsaglik. gov.tr/w/ anasayfalinkler/resim_2010/pano/yillik_intihar.jpg](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/resim_2010/pano/yillik_intihar.jpg). Erişim tarihi Ocak 14, 2013.

Yanık ve ark. 2004, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5:69-75.

Yildirim, Abdullah, et al. 2014 "Factors Affecting Prescription of Antidepressant Medications by Family Physicians in Istanbul Province." *Dusunen Adam* 27.3: 242.

EKLER

EK1: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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 olduğumu 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 olduğumu 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 sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskkiye 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) Ufak bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskkiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 2: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 3: Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıdaki test 1974 tarihinde geliştirilmiş olup, 1991 yılında Seber tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geleceğe yönelik olumsuz beklentiye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

- ___ 1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum
- ___ 2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
- ___ 3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
- ___ 4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
- ___ 5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
- ___ 6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.
- ___ 7- Geleceğimi karanlık görüyorum.
- ___ 8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
- ___ 9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.
- ___ 10- Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı
- ___ 11- Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor
- ___ 12- Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum
- ___ 13- Geleceğe baktığımda şimdiki oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
- ___ 14- İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
- ___ 15- Geleceğe büyük inancım var.
- ___ 16- Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
- ___ 17- Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
- ___ 18- Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
- ___ 19- Kötü günlerden çok , iyi günler bekliyorum.
- ___ 20- İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

EK 4: Sosyodemografik Veri Formu

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz: Bekar Evli Dul Boşanmış

4. Kaç yıllık evlisiniz Kaç yıl evli kaldınız....

5. Evlenme yaşıınız.... Dul/Boşanma yaşıınız.....

5. Kaç çocuğunuz var

6. Eğitim düzeyiniz:

Okur-yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Üniversite üzeri

7. Mesleğiniz..... Kaç yıldır aynı işte çalışıyorsunuz.....

Emekli iseniz kaç yıldır.....

8. Ailenizde sizi etkileyen ölümler var mı? Evet Hayır

Var ise Anne Baba Eş Çocuk Diğer

Kaç yıl önce

9. Ailenizi hangi gelir düzeyinde görüyorsunuz?

Düşük

Orta

Yüksek

10. Aylık toplam evdeki bireylerin kazançları

1000 TL altı 1000-2500 TL 2500-5000 TL 5000-7500 TL

7500-10000 TL 10000 TL üstü

11. Çekirdek aile olarak birbirinize karşı tutumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Demokratik
Mükemmeliyetçi

Otoriter-Baskıcı

Koruyucu

İlgisiz

12. Eşiniz, çocuklarınız, akrabalarınız, dostlarınız sosyal desteklerini hissediyor musunuz?

Eşiniz Çocuklarınız Akrabalarınız Dostlarınız
Evet Hayır Evet Hayır Evet Hayır Evet Hayır

13. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Anne Baba Eş Çocuklar Diğer

14. Oturduğunuz ev

Kira Ev sahibi Diğer

15. Herhangi bir borcunuz var mı?

Banka kredisi Kredi kartı Diğer
Evet Hayır Evet Hayır Evet Hayır

Borcunuz gelirinizin üstü mü?

Evet Hayır

16. Herhangi bir hukuksal probleminiz var mı?

Evet Hayır

Evet ise kaç yıldır devam ediyor?

17. Herhangi bir engeli olan çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

18. Bakımını üstlendiğiniz yatalak bir yakınınız var mı?

Evet Hayır

EK 5: İlaç Kullanım Özelliklerini ve İlaç Kullanım İhtiyaçlarını Tespit Formu

1. Kaç yıldır hiç ara vermeden antidepresan kullanıyorsunuz?

.....

2. Kullandığınız antidepresanın ismi ve doz ?

.....

3. Daha önce kaç defa ve ne kadar süreyle antidepresan kullandınız?

.....

4. Hangi branş tarafından en son başladığınız antidepresan reçete edildi?

Aile Hekimi/pratisyen Psikiyatri Noroloji Diğer

5. İlk reçete eden doktor tarafından herhangi bir sözel veya yazılı teste tabi tutulduunuz mu?

Evet

Hayır

Doktor sordu puan verdi Kendim soruları okudum cevapladım

5. Size kendinizin çözmesi için verdiğimiz testleri daha önce hiç cevapladınız mı?

Beck depresyon ölçeği Beck anksiyete ölçeği Beck umutsuzluk ölçeği

Evet Hayır

Evet Hayır

Evet Hayır

6. Tedaviye başlayan doktora kaç defa kontrole gittiniz?

.....

7. İlk kontrolünüz için kaç hafta sonra çağrıldınız?

.....

8. Kontrolünüz de size verdiğimiz testlerden herhangi biri ya da sözel olarak doktor tarafından bir teste tabi tutulduunuz mu?

Evet

Hayır

Doktor sordu puan verdi Kendim soruları okudum cevapladım

9. İlacı başlarken doktor tarafından size bir tanı söylendi mi?

Evet Hayır Hatırlamıyorum

Söylendi ise aşağıdakilerin hangisi ?

Depresyon Anksiyete (Kaygı) Diğer

10. İlacın devamında başka bir doktora gittiyseniz, bu hekim tarafından herhangi bir sorgulama hastalığınızla ilgili yapıldı mı? Test veya sözlü.

Evet Hayır

11. Kronik rahatsızlıklarınız var mı?

Tansiyon Şeker Diğer.....

12. Günlük düzenli içtiğiniz ilaç sayısı

Sabah: Öğlen: Akşam: Gece: Diğer:

13. İlaç harici veya ilaçla birlikte hiç terapi gördünüz mü?

Evet Hayır

EK 6: Aile Hekimi/Pratisyen Depresyon ve Anksiyeteye Yaklaşım Formu

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2. Yaşınız: _____ Mezuniyet Tarihiniz:

3. Kaç yıldır aktif hekimlik yapıyorsunuz

4. Aylık ortalama antidepresan reçeteleme sayınız

5. Depresyon ve/veya Anksiyete tanısı düşündüğünüz hastayı

Tedavi başlarım Sevk ederim

6.Tedavi başladığınız hastayı kaç hafta sonra ilaç etkilerini gözlemlemek için çağırırsınız

.....

6. Aşağıda yazan testlerin kullanımını bildiklerinizi işaretleyiniz?

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1/2)

Geriatrik Depresyon Ölçeği

7. aşağıda yazan testleri tedavi ve takipte kullanıyor musunuz?

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1/2)

Geriatrik Depresyon Ölçeği

8. Antidepresan kullanan hastada tedavinin devamı veya ilaç değişimi için nasıl karar verirsiniz?

.....

9. Meslek Hayatınız Boyunca Anksiyete ve Depresyonla İlgili Eğitim Aldınız mı?

Evet Hayır

Cevabınız Evet ise kaç defa

Hangi kurum tarafından verildi

10. Depresyon ve/veya Anksiyeteli hastaya yaklaşımda kendinizi yeterli görüyor musunuz?

Evet Hayır

11. hastanızın ilacı uygun dozda alıp almadığına nasıl karar veriyorsunuz

Nasıl olduğunu sorarım Ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarım

diğer (belirtiniz).....

12. hastanızın ilaca ne kadar devam etmesi gerektiğine nasıl karar veriyorsunuz?

Nasıl olduğunu sorarım Ölçeklerde aldığı puan değişimine bakarım

diğer (belirtiniz).....

13. Hastanızla yalnız mı görüşüyorsunuz

Evet Hayır

14. bir hastaya en fazla ne kadar zaman ayırabiliyorsunuz?

.....

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı Soyadı: Baransel VARHAN

Doğum Tarihi / Yeri: 01.08.1976 / Diyarbakır

Eğitim Bilgileri:

1993-1994 : Özel Amid Lisesi

1995-2004 :Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

2013-2015: Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

2014-: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık

Yabancı Dil (ler) ve Düzeyi:

İngilizce – Intermediate

İş deneyimi:

- 2014- İstanbul, Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği A.B.D. Asistan Doktor
- 2010- İstanbul, Üsküdar 22 No’lu ASM Aile Hekimi
- 2009 – 2010 İstanbul, Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Acil Servis Doktoru
- 2007 - 2009 İstanbul, 112 İl Ambulans Servisi, Acil Doktoru
- 2006 – 2007 İstanbul, Gaziosmanpaşa Şafak Hastanesi, Finans/Medikal Direktör
- 2005 - 2006 Balıkesir, K.K Astsubay Meslek Yüksek Okulu Okul Tabipliği
- 2004 – 2005 Diyarbakır, Özel Şehitlik Polikliniği, Mesul Müdür