

**T.C.
TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ODYOLOJİ VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI
ANABİLİM DALI**

**ANİ İŞİTME KAYBI YAŞAYAN HASTALARDA
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRESYONUN
ARAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Safiye AYDIN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Kadriye Şerife UĞUR

ANKARA-2016

**T.C.
TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ODYOLOJİ VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI
ANABİLİM DALI**

**ANİ İŞİTME KAYBI YAŞAYAN HASTALARDA
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNE GÖRE DEPRESYONUN
ARAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Safiye AYDIN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Kadriye Şerife UĞUR

ANKARA-2016

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- ve bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversite veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

10/05/2016

Safiye AYDIN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kadriye Şerife UĞUR, Turgut Özal Üniversitesi

JÜRİ ÜYELERİ KABUL ve ENSTİTÜ ONAY SAYFASI

Safiye AYDIN tarafından hazırlanan “**Ani İşitme Kaybı Yaşayan Hastalarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyonun Araştırılması**” başlıklı bu çalışma,10/05/2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda aşağıdaki jüri tarafından *oybirliği* ile başarılı bulunarak Turgut Özal Üniversitesi, *Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ana Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS* tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yıldırım Ahmet BAYAZIT (İstanbul Medipol Üniv.)

Doç. Dr. Kadriye Şerife UĞUR (Turgut Özal Üniv.)

Yrd. Doç. Dr. Mesut KAYA (Turgut Özal Üniv.)

ONAY:

Bu Yüksek Lisans Tezi, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

...../...../ 2016 tarih ve sayılı Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2016

Doç. Dr. Hüsamettin ERDAMAR
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

ÖNSÖZ

Eğitimim boyunca tecrübe ve bilgilerini bizlerden esirgemeyen Turgut Özal Üniversitesi TIP Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Sn. Prof. Dr. Mehmet Gündüz'e, tez danışmanım ve hocam Sn. Doç. Dr. Kadriye Şerife Uğur'a ve tüm değerli hocalarıma;

Tez çalışmam boyunca hasta toplamam konusunda desteklerini ve bilgilerini benden esirgemeyen Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi KBB Anabilim Dalı Başkanlığına, Uzm. Ody. Emine Metin'e, Odyometrist Ayşe Bozoğlu ve Hatice Erdal'a;

Başarılı olmanın yolunun çalışmaktan geçtiğini bana öğreten, daha başarılı olmam için benden maddi manevi desteklerini esirgemeyen hayatımdaki en değerli varlıklarım sevgili Anne ve Babama;

Hayatımın her aşamasında benden maddi manevi hiçbir desteklerini esirgemeyen, her zaman benim arkamda olan; sevgili kardeşlerim Ziya Sait Düşünmez ve Aysel Düşünmez'e;

Yanımda olmasıyla güç bulduğum, bu yola attığım ilk adımın sahibi sevgili yeğenim İrem Düşünmez'e;

Varlığıyla bana her daim güç veren sabırla yolumu gözleyen sevgili kızım Eda Aydın'a;

Hayatta en büyük şansım olduğuna inandığım, sonsuz sevgisiyle hep yanımda olan Sevgili eşim Osman Nuri Aydın'a;

Sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Safiye AYDIN

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Etik Bildirim Sayfası	
Jüri Üyeleri Kabul ve Enstitü Onay Sayfası	
Önsöz.....	i
İçindekiler.....	ivi
Şekiller Dizini	vviii
Tablolar Dizini	vviii
Kısaltmalar Dizini	xi
Özet	xiii
Abstract	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ANİ İŞİTME KAYBI	2
2.1.1. Ani İşitme Kaybının Tanımı	2
2.1.2. Ani İşitme Kaybının Tarihçesi.....	2
2.1.3. İnsidans, Yaş ve Cinsiyet.....	2
2.1.4. Fیزیopatoloji	3
2.1.5. Etiyoloji.....	3
2.1.5.1. Enfeksiyöz Nedenler	4
2.1.5.1.1. Viral Nedenler	4
2.1.5.1.2. Bakteriyel Nedenler.....	6
2.1.5.2. Vasküler Nedenler.....	7
2.1.5.3. Travmatik Nedenler.....	7
2.1.5.4. Neoplastik Nedenler	9
2.1.5.5. Otoimmün Nedenler	9
2.1.5.5.1. Poliarteritis Nodosa (PAN).....	9
2.1.5.5.2. Cogan Sendromu	10
2.1.5.5.3. Wegener Granülmatozisi	10
2.1.5.5.4. Relapsing Polikondritis (RP)	10
2.1.5.5.5. Sistemik Lupus Eritamatozus (SLE)	10
2.1.5.5.6. Behçet Hastalığı.....	11
2.1.5.5.7. Romatoid Artrit (RA)	11

2.1.5.6. Tümöral Nedenler	11
2.1.5.7. Nörolojik Nedenler.....	12
2.1.5.8. Konjenital Nedenler	13
2.1.5.9. Toksik Nedenler	13
2.1.5.10. Metabolik Nedenler.....	14
2.1.5.11. Psikolojik Nedenler	14
2.1.6. Klinik Semptomlar.....	14
2.1.7. Ani İşitme Kaybının Tanısı.....	15
2.1.8. Ani İşitme Kaybında Tanı Yöntemleri	16
2.1.9. Ani İşitme Kaybında Kullanılan İlaçlar ve Tedavi Yöntemleri....	17
2.2. DEPRESYON.....	19
2.2.1. Depresyon Kavramı	19
2.2.2. Depresyon Tanımı.....	19
2.2.3. Depresyonun Tarihçesi	20
2.2.4. Depresyonun Türleri	21
2.2.5. Depresif Bozukluklar	21
2.2.5.1. Duygusal Boyut.....	21
2.2.5.2. Düşünsel Boyut	21
2.2.5.3. Fiziksel Boyut	22
2.2.6. Depresyonun Belirtileri.....	22
2.2.6.1. Doyumsuzluk, İlgisizlik ve İsteksizlik.....	23
2.2.6.2. Neşesizlik, Karamsarlık ve Kötümserlik.....	24
2.2.6.3. Dikkatsizlik, Unutkanlık ve Kendini Düşük Değerlendirme .	24
2.2.6.4. Geleceğe İlişkin Olumsuz Beklentiler ve Kendini Suçlama ..	24
2.2.6.5. Kararsızlık ve Kuşku.....	24
2.2.6.6. Güdülenme	25
2.2.6.7. İllüzyon ve Halüsinasyonlar.....	25
2.2.6.8. Düşünce Bozuklukları ve Sanrılar.....	25
2.2.7. Depresyonun Etyolojisi.....	25
2.2.7.1. Psikososyal Etkenler	26
2.2.7.1.1. Klasik Psikanalitik Görüş	26
2.2.7.1.2. Benlik Psikolojisi.....	26
2.2.7.1.3. Diğer Psikodinamik Görüşler	26

2.2.7.1.4. Davranışsal-Bilişsel Görüşler	26
2.2.7.2. Biyolojik Etkenler	27
2.2.7.3. Genetik Etkenler	27
2.2.7.3.1. Aile Çalışmaları	27
2.2.7.3.2. Evlatlık Çalışmaları	28
2.2.7.3.3. İkiz Çalışmaları.....	28
2.3. Beck Depresyon Anketi.....	28
2.3.1. Beck Depresyon Anketinin Tanımı ve Amacı	28
2.3.2. Beck Depresyon Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği.....	29
2.3.3. Beck Depresyon Anketinin Puanlaması ve Yorumlanması	31
3.GEREÇ VE YÖNTEM	34
4. BULGULAR	41
4.1. Demografik Değişkenler.....	41
4.1.1. Cinsiyet	41
4.1.2. Yaş	42
4.1.3. Medeni Durum	43
4.1.4. Eğitim Durumu	44
4.1.5. Meslek.....	45
4.1.6. Sigara Kullanma Durumu	46
4.1.7. Kronik Hastalık Durumu.....	46
4.1.8. Daha Önce Ani İşitme Kaybı Durumu.....	47
4.1.9. Daha Önceden Geçirdiğiniz Ani İşitme Kaybı Rahatsızlığınız Hangi Kulağınızda Oldu?	48
4.1.10. Ailede Ani İşitme Kaybı Tanısı Konma Durumu	49
4.1.11. Ani İşitme Kaybı Rahatsızlığı Kulak Durumu.....	50
4.2. Beck Depresyon Ölçeği Değişkenleri.....	50
4.2.1. Kendinizi Nasıl Hissetmektedir?	50
4.2.2. Gelecek Hakkında Beklentileriniz Nelerdir?	51
4.2.3. Başarısız Olduğunuzu Düşünüyor musunuz?	52
4.2.4. Yaptığınız İşlerden Zevk Alıyor musunuz?	52
4.2.5. Kendinizi Suçlu Hissettiğiniz Oluyor mu?	53
4.2.6. Kendiniz Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?	53
4.2.7. Hataları Kendinizde mi Arıyorsunuz?	54

4.2.8. Kendinizi Öldürmek Gibi Düşünceleriniz Var mı?	54
4.2.9. İçinizden Ağlamak Geliyor mu?	55
4.2.10. Her Şeye Sinirleniyor musunuz?	55
4.2.11. İnsanlarla Görüşmek İstemiyor musunuz?.....	56
4.2.12. Kararsız Olduğunuzu Düşünüyor musunuz?	56
4.2.13. Dış Görünüştünüz Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?	57
4.2.14. İş Yapmakta Güçlük Çekiyor musunuz?	57
4.2.15. Uyku Probleminiz Var mı?	58
4.2.16. Kendinizi Yorgun mu Hissediyorsunuz?	58
4.2.17. İştahsızlık Probleminiz Var mı?.....	59
4.2.18. Son Zamanlarda Kilo Verdiniz mi?	59
4.2.19. Sağlığınız Hakkında Kaygılarınız Var mı?.....	60
4.2.20. Cinsel İsteğinizde Bir Değişiklik Oldu mu?	60
4.2.21. Cezalandırılmanız Gerekliğini mi Düşünüyorsunuz?.....	61
4.3. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan İncelemesi	62
4.4. Beck Depresyon Ölçeği Kategorileri İncelenmesi	63
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ	70
KAYNAKLAR.....	71
EKLER.....	76
EK-1. BECK DEPRESYON ENVANTERİ	76
EK-2. HASTA BİLGİLENDİRME FORMU.....	80
EK-3. HASTA ONAY FORMU	81
EK-4. TEZ BİLGİ TOPLAMA FORMU	82
EK-5.TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ.....	84

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 4.1. Beck depresyon ölçeği toplam puan histogram grafiği..... 62
Şekil 4.2. Beck depresyon ölçeği çubuk grafiği..... 64



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Beck depresyon envanterinin yurtdışında yapılmış olan geçerlik çalışmaları ile ilgili bilgiler	30
Tablo 2.2. Beck depresyon anketinin yurtdışında yapılmış olan güvenilirlik çalışmaları ile ilgili bilgiler	31
Tablo 2.3. Çeşitli araştırmalarda Beck depresyon anketi için önerilen kesme noktaları.....	32
Tablo 4.1. Gruplara göre cinsiyet değişkeni istatistikleri.....	42
Tablo 4.2. Yaş değişkeni frekans tablosu	42
Tablo 4.3. Gruplara göre yaş değişkeni istatistikleri	43
Tablo 4.4. Medeni duruma göre frekans tablosu	43
Tablo 4.5. Gruplara göre medeni durum değişkeni istatistikleri	44
Tablo 4.6. Gruplara göre eğitim durumu değişkeni istatistikleri.....	44
Tablo 4.7. Gruplara göre meslek değişkeni istatistikleri	45
Tablo 4.8. Sigara kullanma durumuna göre frekans tablosu	46
Tablo 4.9. Gruplara göre sigara kullanma durumu istatistikleri.....	46
Tablo 4.10. Kronik rahatsızlık durumuna göre frekans tablosu	47
Tablo 4.11. Gruplara göre kronik rahatsızlık durumu istatistikleri	47
Tablo 4.12. Daha önce Ani işitme kaybı rahatsızlığı geçirme durumuna göre frekans tablosu.....	47
Tablo 4.13. Daha önce Ani işitme kaybı rahatsızlığı geçirme durumu istatistikleri	48
Tablo 4.14. Daha önce geçirilen Ani işitme kaybı rahatsızlığının hangi kulakta olduğu istatistikleri	48
Tablo 4.15. Ailede Ani işitme kaybı tanısı konma durumuna göre frekans tablosu	49
Tablo 4.16. Ailede Ani işitme kaybı tanısı konma durumu istatistikleri.....	49
Tablo 4.17. Ani işitme kaybı rahatsızlığının yaşandığı kulak durumuna göre frekans tablosu.....	50
Tablo 4.18. Gruplara göre kendinizi nasıl hissetmektesiniz?	50
Tablo 4.19. Gruplara göre gelecek hakkında beklentileriniz nelerdir?	51
Tablo 4.20. Gruplara göre başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?.....	52

Tablo 4.21. Gruplara göre yaptığınız işlerden zevk alıyor musunuz?.....	52
Tablo 4.22. Gruplara göre kendinizi suçlu hissettiğiniz oluyor mu?.....	53
Tablo 4.23. Gruplara göre kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?	53
Tablo 4.24. Gruplara göre hataları kendinizde mi arıyorsunuz?	54
Tablo 4.25. Gruplara göre kendinizi öldürmek gibi düşünceleriniz var mı?.....	54
Tablo 4.26. Gruplara göre içinizden ağlamak geliyor mu?	55
Tablo 4.27. Gruplara göre herşeye sinirleniyor musunuz?	55
Tablo 4.28. Gruplara göre insanlarla görüşmek istemiyor musunuz?	56
Tablo 4.29. Gruplara göre kararsız olduğunuzu düşünüyor musunuz?	56
Tablo 4.30. Gruplara göre dış görünüşünüz hakkında ne düşünüyorsunuz?.....	57
Tablo 4.31. Gruplara göre iş yapmakta güçlük çekiyor musunuz?	57
Tablo 4.32. Gruplara göre uyku probleminiz var mı?	58
Tablo 4.33. Gruplara göre kendinizi yorgun mu hissediyorsunuz?.....	58
Tablo 4.34. Gruplara göre iştahsızlık probleminiz var mı?	59
Tablo 4.35. Gruplara göre son zamanlarda kilo verdiniz mi?	59
Tablo 4.36. Gruplara göre sağlığınız hakkında kaygılarınız var mı?	60
Tablo 4.37. Gruplara göre cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?.....	60
Tablo 4.38. Gruplara göre cezalandırılmanız gerektiğini mi düşünüyorsunuz?.....	61
Tablo 4.39. Beck depresyon ölçeği toplam puan istatistikleri.....	62
Tablo 4.40. Gruplara göre beck depresyon ölçeği toplam puanı hakkında temel istatistikler	62
Tablo 4.41. Gruplara göre beck depresyon ölçeği kategorileri	63

KISALTMALAR DİZİNİ

ABR	İşitsel Beyinsapı Cevapları (Auditory Brainstem Response)
AİK	Ani İşitme Kaybı
ADP	Adenozin Difosfat
CMV	Sitomegalovirüs
dB	Desibel
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody Absorbtion
NAD	Nikotinamid Adenin Dinükleotid
NADP	Nikotinamid Adenin Dinükleotid Fosfat
MCL	En Rahat Ses Seviyesi Testi
MS	Multipl Skleroz
HBO	Hiperbarik Oksijen Tedavisi
HSV	Herpes Simpleks Virüsü
PAN	Poliarteritis Nodosa
RA	Romatoid Artrit
RP	Relapsing Polikondritis
SRT	Konuşmayı Anlama Eşiği
SAR	Stapes Adale Refleksi
SDS	Konuşmayı Ayırt Etme Skoru (Speech Discrimination Scores)
SLE	Sistemik Lupus Eritamatozus
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
WDS	Konuşmayı Ayırt Etme Skoru Testi
VZV	Varisella Zoster Virüs

ÖZET

Çalışmanın amacı ani işitme kaybı olan hastalarda beck depresyon ölçeğine göre depresyonun araştırılmasıdır. Elde edilen sonuçlara göre ani işitme kaybı yaşayan hastaların depresif öge yükü hakkında bilgi sahibi olmak ve bu sonuçlara göre rehabilitasyon programı hazırlamak ise çalışmamızın sekonder amacını oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklemini ani işitme kaybı yaşayan 30 hasta, normal işiten 30 gönüllü, toplam 60 kişi oluşturmaktadır. Çalışma pediatrik popülasyon üzerinden yürütülmemiştir. Örnekleme yer alan kişileri seçimde gönüllülük esası gözetilmiştir. Her 60 kişiye ayrı ayrı anket uygulanmış, .kontrol ve çalışma grupları arasında beck depresyon ölçekleri bakımından anlamlı fark olup olmadığı test edilmiştir.

Otuz hastanın 18'i erkek (% 60), 12'si kadın (% 40) olup, kontrol grubundaki 30 bireyin sekizi kadın (% 26,7), 22'si ise erkektir (% 73,3). Yaş dağılımında ise hem çalışma grubunda hem de kontrol grubunda en fazla birey 20 - 30 yaş aralığı içinde bulunmaktadır. Çalışma grubunda 13 bireyin sağ, 16 bireyin sol, bir bireyin ise bilateral kulakta sensorinöral işitme kaybı vardı.

Beck depresyon ölçeği değişkenlerinin gruplar arasındaki fark olup olmadığına dair yapılan testlerde çalışma grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre kendilerini daha üzüntülü hissettikleri ($p < 0,05$), daha kolay sinirlendikleri ($p < 0,05$) ve iş yaparken güçlük çektikleri ($p < 0,05$) görülmüştür. Bunun yanında bireylerin kilo vermesinde, kendi sağlık durumları ile ilgili kaygı duymalarında, gelecek hakkındaki karamsar düşüncelerinde ve kendini başarısız hissetmelerinde kontrol grubu ile çalışma grubu arasında anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$) görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Depresyon,AİK

ABSTRACT

The target of the study is investigating the depression of patients with sudden hearing loss, according to beck depression scale. The seconder target of the study is collecting informations about incidents of the depressive items and preparing a rehabilitation program according to the results.

The samples of the study are comprised of 60 patients which contain 30 patients with sudden hearing loss, 30 voluntary patients who hear normally. Study is not performed on pediatric population. The voluntariness essence was overseed while choosing the samples. The survey was implemented for each 60 people, it was also tested whether there are significant differences between the control group and study group according to beck depression.

Eigtheen people of the thirty patients are men (60 %) and twelve people of them are women (40 %). Thirty people of control group contains eight women (8 %) and twenty two men (73,3 %). Study group and also control group have mostly 20-30 age distribution. In study group; thirteen people have right ear, sixteen people have left ear and one person has bilateral sensorineural hearing loss

The results of the tests which were performed to find the differences between the groups according to beck depression scale parameters showed that the people who were in study group felt more saddness ($p < 0,05$), easily tempered ($p < 0,05$) and have difficulty in working ($p < 0,05$). Besides, there were no significant differences ($p > 0,05$) between study and control group about loosing weight, fears about their own health, the pessimistic thoughts about the future and the feeling of failure

Keywords: Depression,SHL.

1. GİRİŞ

Ani işitme kaybı (AİK), işitme fonksiyonunun tam veya kısmi kaybı ile ortaya çıkan etiopatogenezi net olarak henüz ortaya konulamamış kulak burun boğaz acil hastalıklarından birisidir. Tanım olarak, AİK üç gün içinde veya daha kısa zamanda aniden gelişen, art arda en az üç frekans tutan, en az 30 dB ve üzerindeki sensorinöral işitme kaybıdır.

Ani işitme kaybı (AİK) son üç gün içinde gelişen, art arda üç frekansta, 30 dB ve üzerinde olan, nedeni belirsiz sensörinöral işitme kaybı olarak tanımlanır. AİK, üzerinde çok çalışılmış bir hastalık olmasına rağmen halen etyolojisi ve tedavisi yönünden belirsizliğini korumaktadır. AİK görülme sıklığı literatürde farklı oranlarda belirtilmiştir. Bunun başlıca nedenleri spontan düzelme oranının yüksek olması ve hastaların bu yakınma ile sağlık kuruluşlarına başvuramamalarıdır. Yılda yaklaşık insidans 5 - 20 / 100.000 olarak bildirilmektedir. Hastalık bütün sensorinöral işitme kayıplarının % 1'ini oluşturmaktadır. Ancak spontan iyileşme oranı yüksek olduğundan AİK sıklığı net bir şekilde ortaya koyulamamıştır.

Birçok alanda olduğu gibi tıp biliminde de bilgi birikimi çok hızlı oluşmaktadır. Bu bilgi yığımından geçerli kanıtlara sahip bilgilerin, yani doğru bilgilerin seçilmesine olan ihtiyaç kanıta dayalı tıp kavramını oluşturmuştur. Doğru bilgiler doğru kararların alınabilmesi ve dolayısıyla başarılı bir tedavi için vazgeçilmezdir. Toplumsal anlamda kaynakların ve zamanın etkin bir şekilde kullanılabilmesi için de kanıta dayalı tıp uygulaması önemlidir. AİK olan bir hastada hangi tedavinin uygulanacağını karar verilmesi kadar hastanın bilgilendirilmesi ve gerçekçi bir beklenti içinde olmasının sağlanması da önemlidir. AİK tedavisine cevap değişken olabilir. AİK gelişen bir hasta tam iyileşebilir, kısmen iyileşebilir ya da hiçbir düzelme olmayabilir. Hastanın bu spektrumun neresinde olacağını tedavi öncesinde tahmin edilmesi ve hangi tedavinin daha iyi sonuç vereceğinin önceden bilinmesi mümkün değildir.

Bu çalışmada, Beck Depresyon anketinin AİK yaşayan hastalar üzerinde uygulanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANİ İŞİTME KAYBI

2.1.1. Ani İşitme Kaybının Tanımı

Tanım olarak AİK, üç gün içerisinde veya daha kısa zamanda aniden gelişen, art arda en az üç frekansı tutan, en az 30 dB ve üzerindeki sensorinöral işitme kaybıdır (Kaplan ve diğ., 2012).

Ani işitme kaybı kriterleri şunlardır:

1. İşitme kaybı birbirini izleyen en az üç frekansta ve 30 dB'in üstünde olmalıdır.
2. İşitme kaybı en çok üç gün içinde ya da daha kısa bir süre içinde yerleşmelidir. İşitme kaybı birkaç saniye, dakika veya saatler içinde gelişmiş olmalıdır (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.1.2. Ani İşitme Kaybının Tarihçesi

Ani İşitme Kaybı ilk olarak Everberg tarafından 1860 yılında kabakulak enfeksiyonuna sekonder gelişen bir olguda rapor edilmiştir. 1894 yılında Politzer ise bilinen nedenlerin dışında akustik aparatın hastalığı olarak tanımlamıştır. Nedenler arasında soğuk, darbe, yaralanma, dalma gibi dış etkenleri göstermiştir. Odyometrinin rutin kullanıma geçmesinden sonra ilk olgu serisi 1944 yılında De Kleyn tarafından yapılmıştır. De Kleyn 21 olgudan oluşan serisinde bazı olgularda vestibüler belirtilerin bulunduğunu ve bu açıdan Meniere ataklarıyla benzerliğini ortaya koymuştur (Akt; Akkaş, 1996).

2.1.3. İnsidans, Yaş ve Cinsiyet

Sıklığı yılda yaklaşık 5 - 20 / 100000 olarak bildirilmekle beraber, kendiliğinden iyileşip hekime başvurmayan hasta oranının yüksek olmasından dolayı gerçek insidansı tespit edilememektedir (Yiğit ve diğ., 2004). AİK'nın sıklığı ilerleyen yaşlarla birlikte artmaktadır. Etkilenen hastaların çoğu 46 - 49 yaşlarında, 20 - 30 yaşları en düşük insidansın görüldüğü yaşlar iken en yüksek insidans 50 - 60 yaş grubu aralığındadır. Her iki cinsten eşit sıklıkta görülmekte olup, coğrafi ve ırksal

özellik bulunamamıştır. Bilateral görülme oranı yaklaşık % 1 - 2'dir (İmamoğlu ve Çiftçi, 1991).

Çeşitli yazarlar tarafından insidansının 100.000'de beş ile 20 arasında değiştiği bildirilmesine karşın, birçok hasta hekimle karşılaşmaksızın spontan ve kısa sürede iyileşebilmektedir. Bu yüzden gerçek insidansın belirtilen değerden daha fazla olduğu düşünülmektedir (Akt; Akkaş, 1996). Sıklığı yılda yaklaşık 5 – 20 / 100000 olarak bildirilmekle beraber, gerçek insidans kendiliğinden iyileşen hastaların hekime başvuramamalarından dolayı daha yüksektir. Her iki cinste eşit sıklıkta görülmekte olup % -90 olguda tek kulak tutulumu vardır (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.1.4. Fizyopatoloji

AİK fizyopatolojisi ve histopatolojisi üzerine birçok çalışma yapılmasına rağmen etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. En çok üzerinde durulan nedenler vasküler olaylar, virütik enfeksiyonlar, otoimmün sebebler ve labirentin membran rüptürüdür (İnanlı ve diğ., 2002). Bir diğer görüş de; koklea perfüzyonunun bozulması ile ilgilidir. İşitme kaybının ani gelişmesi, sistemik damar hastalıkları ile beraber olması ve histopatolojik bulgular damarsal hipotezi desteklemektedir. Ani işitme kayıplı, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği ve böbrek yetmezliği bulunan hastaların yapılan histopatolojik çalışmalarında; stria vasküleriste ciddi dejenerasyon, korti organ harabiyet ve ilerleyen dönemde fibrozis ve ossifikasyon gibi kokleada vasküler dejeneratif değişikliklerin olduğunu göstermiştir (İnci ve diğ., 2002).

2.1.5. Etiyoloji

Ani işitme kaybının halen etiyolojisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu nedenle fazla etiyolojik neden sayılmaktadır. Hastaların ancak % 10 - 15'inde neden saptanabilir (Akt; Dedeoğlu, 2012). Fakat büyük çoğunluğunda neden bulunamaz ve tanı konamaz. Etiyolojinin ancak % 10 - 15'i aydınlatılabilmektedir. Tanı konamayan ani işitme kayıplarına, idiyopatik sensorinöral ani işitme kaybı denir (Akt; Küçükkaya, 2008).

Alkol kullanımı, bireyin emosyonel durumu, kronik yorgunluk, diabet, arterioskleroz, ileri yaş, gebelik gibi predispozan faktörlerin önemi tartışılmaktadır. Bu faktörlerin varlığı ile AİK birlikteliğine sık rastlanır. Yapılan histopatolojik

incelemelerde idiyopatik sensorinöral ani işitme kaybı yapan nedenler arasında en çok üzerinde durulanlar viral enfeksiyonlar, vasküler olaylar, immünolojik reaksiyonlar ve labirentin membran rüptürü olarak bildirilmektedir. İdiyopatik sensorinöral ani işitme kaybı'nın ayırıcı tanısında da enfeksiyonlar, travma, neoplaziler, immün, toksik, metabolik, nörolojik, psikolojik nedenler ve dolaşım bozuklukları düşünülmelidir (Akt; Küçükkaya, 2008), (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.1.5.1. Enfeksiyöz Nedenler

2.1.5.1.1. Viral Nedenler

Ani işitme kaybının etiolojisini aydınlatmak üzere yapılan çalışmalarda en çok virüsler üzerinde durulmuştur. Ani işitme kaybı olan vakaların yaklaşık % 40'ında işitme kaybının başlangıcından önceki bir ay içinde geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttur (Akt; Düzer, 2009). Viral enfeksiyonlar ani işitme kaybının en çok rastlanan nedenidir. Virüsler koklear kanala yerleşerek viral labirentit meydana getirirler. Bazı virüsler de hem koklear kanala ve hem de vestibüler kompartımana yerleşirler. Ya da daha az sıklıkla sadece vestibüler labirentite neden olurlar. Diğer bir olasılık da virüsün koklear sinirde nöritis meydana getirilmesidir. Bazı virüsler yedinci ve sekizinci sinirlerde enfeksiyon meydana getirirler (Ramsay Hunt sendromu) ya da menengoensefalit yaparak ani işitme kaybının nedeni olabilirler (Akt; Küçükkaya, 2008).

Viral enfeksiyonlar birkaç yolla koagülasyon mekanizmasındaki değişikliklerde rol oynamaktadır. Virüs ödeme, damar lümeni daralması ve kan akışında staz oluşumuna neden olabilecek şekilde damar duvarının endotelial hücrelerini etkileyebilir.

Virüs damar duvarını hasarlar, trombosit aglütinasyonu ile sonuçlanabilecek duvardan kolajen serbestleşmesi olur. Virüsleri trombosit yüzeylerine yapışarak onları lizise uğrattıkları da bilinmektedir. Bunun ardından en az üç etkenin salınımını gerçekleştirir: yerel vazokonstriksiyon ve staza yol açan serotonin, trombosit aglütinasyonuna neden olan Adenozin Difosfat (ADP) ve pıhtılaşma için bir uyarı olan faktör. Aynı zamanda virüsler eritrositleri de hasara uğratarak, koagülasyon mekanizmasını hızlandırır ve ilk basamaktaki prokoagülan maddeleri açığa çıkarır (Akt; Küçükkaya, 2008).

Kabakulak virüsü ani işitme kaybına yol açtığı en iyi bilinen virüstdür. İşitme kaybı genellikle parotit ile birlikte ancak parotit olmadan da karşılaşılabılır. Kokleadaki etkileri stria vaskülaris, tektoryal membran ve korti organındaki atrofiye bağlıdır. Genellikle tek taraflı, ileri dereceli veya total işitme kaybına neden olur. Sitomegalovirüs (CMV) işitme kayıplarına neden olan bir konjenital viral enfeksiyondur ve CMV enfeksiyonu AİK nedenlerinden biri olarak bildirilmektedir (Akt; Küçükkaya, 2008).

Son yıllarda AIDS vakalarında da ani işitme kaybının rastlanıldığına ilişkin yayınlar vardır. Hangi mekanizma ile işitme kaybı olduğu kesin olarak bilinmemekle beraber bazı olasılıklar öne sürülmektedir. İşitme kaybına, HIV virüsünün direk nöropatik etkisiyle, fırsatçı enfeksiyon (bakteriyel, fungal menenjit ya da sitomegalovirüse bağlı SSS enfeksiyonu) oluşturarak veya bu hastalarda sık görülen sifilizin sebep olabilecekleri kabul görmektedir (Akt; Dedeoğlu, 2012).

HIV pozitif hastaların otopsilerinde hastaların % 88'inde merkezi sinir sistemi tutulumu saptanmıştır. AIDS'li hastaların % 10'u nörolojik semptomlarla başvurmuştur. HIV enfeksiyonunun varlığında ani işitme kaybı oportunistik enfeksiyonlarla veya AIDS'in klinik bulgusu olmaksızın gelişebilir. Bu bulgular etioloji de viral enfeksiyonları güçlü olarak desteklemektedir (Akt; Dedeoğlu, 2012). AİK'nın kaybının etiolojisini aydınlatmak üzere yapılan çalışmalarda en çok virüsler üzerinde durulmuştur. AİK olan vakaların yaklaşık % 40'ında işitme kaybının başlangıcından önceki bir ay içinde geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttur.

Virüslerin iç kulakta etkiledikleri bölgelere göre;

- a) Viral koklear labirentit
- b) Viral kokleovestibüler labirentit
- c) Viral vestibüler labirentit
- d) Viral nörintit terimleri kullanılır.

Günümüze kadar elde edilen verilerde AİK'nın en sık nedeninin viral koklear labirentit olduğu gösterilmiştir. AİK'na neden olabilen virüsler arasında kabakulak virüsü, kızamık virüsü, influenza virüsü, parainfluenza A, B, C, Ebstein Barr Virüs, adenovirüs tip iki, herpes zoster, sitomegalovirüs, arenaviridae (Lassa ateşi) gibi virüsler serolojik ve elektronmikroskopik çalışmalarda saptanmıştır (Akt; Kaplan, 2009). İdyopatik işitme kaybı olan hastaların serolojik incelemelerinde kontrol

popülasyonunda görülmeyen viral ajanlara karşı önemli derecede artmış antikor titreleri saptanmıştır (Arslan ve diğ., 1990).

2.1.5.1.2. Bakteriyel Nedenler

Antibiyotik öncesi dönemde çocuklardaki bakteriyel menenjit nedeniyle % 90 - 100 mortalite oranı, antibiyotiklerin tedavide yer alması ile hızla azalmıştır. Ancak hastalığın sekelleri ciddiyetini devam ettirmektedir. Bu sekellerden biri olan işitme kaybının insidansı % 3 ile % 40 arasında değişmekle birlikte yayınların çoğunda % 5 - 20 olarak bildirilmektedir. İşitme kaybı enfeksiyonun fulminan evresinde ya da iyileşme sürecinde meydana gelmektedir ve daha çok iki taraflı, ileri derecede kayıp şeklinde olmaktadır.

Yine sifilisin daha çok erken döneminde görülmekle birlikte geç dönemde de ani işitme kaybı gelişebilir. İnsidansının %2'den az olduğu bildirilmiştir. Erken dönemde sifilitik menenjite ya da kulak tutulumuna sekonder işitme kaybına sebep olurlar. Geç dönemdeki sifilisin bulguları, Meniere hastalığına benzer şekilde işitsel ve vestibüler disfonksiyonun birlikteliği şeklindedir. Sifilise bağlı ani işitme kayıpları penisilin ve steroid tedavisine iyi yanıt verirler (Akt; Dedeoğlu, 2012: 5).

Lyme hastalığı, kenelerle taşınan bir spiroket olan *Borrelia burgdorferi* tarafından oluşturulan ve bilateral fasyal paralizinin de içinde bulunduğu bir takım kranial nöropatilerle işitme kaybına sebep olan bir enfeksiyondur (Günbay ve diğ., 2002). Diabetes mellitus, Burger hastalığı ve kollagen doku hastalığı gibi sistemik vasküler hastalıklar, tromboembolik olayların görüldüğü kardiyak ameliyatlar, küçük damarlarda blokaj yapan polisitemia vera, orak hücreli anemi ve lösemi de, ani işitme kaybı yapan hastalıklar arasında sayılabilir. Vertebrobaziller yetersizlik durumunda da nörolojik bulgularla birlikte ani işitme kaybı ortaya çıkabilir.

Yukarıdaki çalışmalarda etyolojide vasküler nedenler desteklense de, eldeki verilerin çoğu iskeminin sorumlu olmadığı yönündedir. Bazı deneysel çalışmalarda iskemiye en hassas yapının ganglion hücreleri olduğu gösterilmiş olup, ani işitme kayıplı olgularda ise korti organı, stria vaskularis ve tektorial membranın baskın olarak etkilenen yapılar oldukları görülmüştür. Koklear kan akımının en distal ucu beslenmesi en zayıf olan bölgedir. Dolayısıyla oklüzyona en hassas kısmı koklea apeksidir. Buna bağlı olarak eğer vasküler patoloji ani işitme kaybında majör

etiyojik faktör olsaydı en sık ve ciddi olarak düşük frekansların etkilenmesi beklenirdi. Ancak durum böyle değildir.

2.1.5.2. Vasküler Nedenler

Ani işitme kaybı anlık gelişimi nedeniyle vasküler katastrofi tablosu olarak tanımlanmıştır. Hemoraji, trombozis, embolizm, hiperkoagülasyon ya da vazospazm gibi vasküler patolojiler bu tablodan sorumludur (Akt; Akkaş, 1996). Vasküler nedenler, viral enfeksiyonlardan sonra en çok üzerinde durulan nedenlerdir. Arteriyel sistemde meydana gelen trombüs, emboli, kanama gibi nedenler yanında, vasküler sistemi etkileyen spazm ve hiperkoagülasyon da iç kulağın beslenmesini bozar. Diabetes mellitus, Burger hastalığı ve kollagen doku hastalığı gibi sistemik vasküler hastalıklar, tromboembolik olayların görüldüğü kardiyak ameliyatlar, küçük damarlarda blokaj yapan polistemia vera, orak hücreli anemi ve lösemi de, AİK yapan hastalıklar arasında sayılabilir (İmamoğlu ve Çiftçi, 1991). Vertebrobaziller yetersizlik durumunda da nörolojik bulgularla birlikte AİK ortaya çıkabilir (Akt; Kaplan, 2009).

Viral enfeksiyonlardan sonra ani işitme kaybı nedeni olarak en çok üzerinde durulan neden vasküler tıkanmalardır. Polisitemia vera ve trombositemide, kan transfüzyonlarından sonra, orak hücreli anemilerde, By-pass ameliyatlarından sonra, diabetes mellituslu hastalarda, Buerger'li hastalarda, AICA (anterior inferior cerebellar artery) ve PICA'da (posterior inferior cerebellar artery) meydana gelen damar tıkanmalarında ani işitme kaybı bildirilmiştir (Akt; Küçükkaya, 2008).

2.1.5.3. Travmatik Nedenler

Kafa travması, barotravma, stapedektomi gibi kulak cerrahisi, ani ve şiddetli egzersiz durumları sonrasında labirent pencerelerinden birinin rüptürü, AİK gelişebilir (Koç, 2013). Bu hastalarda işitme kaybına genelde baş dönmesi ve tinnitus da eşlik eder. Bu yüzden AİK ile gelen hastanın travma ve basınç değişikliğine maruz kalıp kalmadığı sorgulanmalıdır. Fistül şüphesi varlığında operasyon gerekebilir.

Akustik travma sonucunda da AİK gelişebilir. Özellikle yüksek frekanslı ve sürekli sesler daha çok AİK'na yol açar. Korti organında direkt mekanik hasar oluşur

ve en sık yüksek frekanslar etkilenir (Akt; Kara, 2008). Barotravma ise genellikle iletim tipi işitme kaybı yaparken dalgıçlarda aniden su seviyesine çıkma sonucu dekompresyon hastalığı gelişirse, koklea kanlanması bozulması sonucu SNİK olduğu görülmüştür (Akt; İlancioğlu, 2014).

Koklear Membran Rüptürü: AİK'da koklear membran defektlerinin rolü ilk kez 1950'de Davis ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra gelişen reversibl sensörinöral işitme kayıplarında intrakoklear membran yırtılması veya intrakoklear fistül tanımı 1967'de Simmons tarafından ortaya atılmıştır. İntrakoklear membran yırtığı sıklıkla koklear hidropslu olgularda tanımlanmıştır. Teorik olarak reissner membran rüptürü nedeniyle kokleanın sensörinöral bölümü için potasyum zehirlenmesi söz konusu olur, hidrops gelişir ve ani fluktuan işitme kaybı ortaya çıkar (Akt; Kaplan, 2009).

Simmons 15 vakalık serisinde sekiz vakada işitme kaybının yataktan kalkma, öksürük, hışırtık, valsalva manevrası sırasında olduğunu belirtmiştir. Bu durumda perilenf fistülü olur. İç kulak fonksiyonlarının sağlanabilmesi için iç kulakta mevcut olan sıvıların dengede olması gerekmektedir. Farklı biyokimyasal içeriğe sahip olan endolenf ve perilenf, endolenfatik hidrops gibi çeşitli hastalıklara bağlı koklear membran yırtıkları sonucunda birbirlerine karışarak işitme kaybına neden olur. Buradaki işitme kaybı dalgalı işitme kaybı şeklinde olabildiği gibi ani işitme kaybı şeklinde de görülebilir. Perilenf fistüllerinde, perilenf genellikle orta kulak ve bazen de endolenfatik boşluğa geçerek işitme kayıplarına neden olabilir (Koyuncu, 2002).

İç kulakla orta kulak boşlukları arasında patolojik bir açıklığın varlığına perilenfatik fistül denir. Bu durumda perilenf orta kulak boşluklarına sızar. Perilenf fistülü bilinen bazı nedenlerle ortaya çıkar ya da konjenital olarak böyle bir açıklık vardır. Bir dış etkenle tekrar aktive olur.

Bilinen nedenler arasında travmalar, cerrahi travmalar (örneğin stapes cerrahisi) su altı sporları, ağır fizik zorlamalar vs. söz konusu olabilir. Vakaların büyük çoğunluğunda fistül konjenital bir anomalidir. Oval pencere önünde fissula ante fenestram'da ya da yuvarlak pencere alt kenarından posterior semisirküler kanal ampullasına uzanan bir yarık şeklinde var olabilir. Fistül meydana gelmesi ile ya da fistülün yeniden işlerlik kazanması ile şu belirtiler ortaya çıkabilir: (Akt; Küçükkaya, 2008).

2.1.5.4. Neoplastik Nedenler

Ani işitme kayıplarının % 1 - 2.5'inin nedeninin akustik nörinom olduğu bildirilmektedir. Akustik nörinom olgularının özellikleri, tedaviye kısmen cevap vermeleri ve tek taraflı olmalarıdır. Dolayısıyla tedaviye yanıt alınamayan durumlarda etiyojide akla gelmelidir. Son zamanlardaki bir çalışma, kortikosteroide belirgin cevap vererek düzelen işitme kaybı olgularında dahi akustik nörinomun ekarte edilemeyeceğini göstermiştir. Temporal kemiğe metastaz yapan akciğer, meme, gastrointestinal tümörlerine sekonder işitme kaybı görülebilir (Koyuncu, 2002).

Paraneoplastik sendroma bağlı olarak da ani işitme kaybı meydana gelebilmektedir. Burada kastedilen tümörün lokal olarak değil, dolaylı olarak (hormon veya hormona benzer maddeler salgılaması yolu ile) ani işitme kaybına neden olabilmesidir. Çoğu zaman salgılanan maddeler otoimmün mekanizma yolu ile etkili olurlar (Akyıldız, 2002).

2.1.5.5. Otoimmün Nedenler

Son yıllarda iç kulak bağışıklığı ile ilgili çalışmalar giderek artmıştır. Otoimmün iç kulak hastalığı ilk olarak 1979 yılında McCabe tarafından tarif edilmiştir. Ancak AİK nedeni olan immünolojik kaynaklı fakat otoimmün olmayan etiyojilerde olabilir. Endojen veya ekzojen tetikleyiciler inflamatuvar süreci başlatabilir. Sürecin başlamasında, spesifik veya çapraz reaksiyon veren otoantikorlar, dolaşımda bulunan immün kompleksler ve hücre bağımlı immün yanıt gibi pek çok immün mekanizmaları tetikleyerek işitme kaybı ve denge bozukluğuna yol açabilir (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.1.5.5.1. Poliarteritis Nodosa (PAN)

Sistemik bir hastalıktır. Vücuttaki küçük ve orta çaplı arterleri tutar. Hastalığın sadece sensörinöral işitme kaybıyla başlayabileceği ve bunun hastalığın ilk belirtisi de olabileceği belirtilmiştir. Histopatolojik olarak kokleada yaygın iskemik değişiklikler, Osteogenesis ve bazal membranda fibröz doku artması ve Vaskulitis nedeni ile kokleada patolojik değişikliklerin meydana geldiğini ve işitme kaybının buna bağlı olduğunu göstermektedir (Akyıldız, 2002).

2.1.5.5.2. Cogan Sendromu

İnterstisiyel keratit ve vestibülokoklear fonksiyon bozuklukları yapar ve genellikle gençlerde görülür. Cogan tarafından 1945'te tanımlanmıştır. İnterstisiyel keratit birdenbire başlar, ışıktan rahatsız olma ve göz yaşarması da birlikte dir. Arada alevlenmeler olmasına karşın bulgular yavaş yavaş geriler. Vestibülokoklear belirtiler şiddetli baş dönmesi ile başlar ve işitme kaybı, tinnitus da bunlara eşlik eder. İşitme kaybı bir - üç ay içerisinde tam sağırlıkla sonuçlanır (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.1.5.5.3. Wegener Granülmatozisi

Hastalığın bir triadı vardır; Üst ve alt solunum yollarında nekroz yapan granülo matöz lezyonlar, sistemik vaskülit, glomerülo nefrit. Kulak bulguları beş vakadan birinde görülür, çoğu orta kulakta effüzyon toplanması şeklindedir. Sensörinöral işitme kaybı ise on vakadan birinde görülür. Wegener granülo matozis hastalığında kulak lezyonları genellikle orta kulağın ve tubanın granülo matoz lezyonlarla kaplanması şeklinde olur. Bu bulgular effüzyonların varlığını açıklarsa da sensörinöral işitme kaybının etyolojisi hakkında kesin bilgimiz yoktur (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.1.5.5.4. Relapsing Polikondritis (RP)

Çok seyrek rastlanan bir hastalıktır. Vücuttaki destek kıkırdak dokularında aralıklarla gelişen bir nekroz söz konusudur. Hastalıkta vestibüler koklear belirtilerin ortaya çıkması bir iltihabi olaydan çok immünite bozukluğunun varlığına dikkat çeker. İşitme kayıplı % 20 hastada vertigo gözlenir. Sedimentasyon yüksektir. Tektorial membranda ve otik kapsülde Tip II kollajenler saptanır. Hastalığın tedavisinde antienflamatuar tedavi uygulanır ve hastalar bu tedaviden yarar görürler (Akyıldız, 2002).

2.1.5.5.5. Sistemik Lupus Eritamatozus (SLE)

Çok değişik sistemleri tutan bir hastalıktır. Başlangıcı sessiz olabilir ama bazı vakalarda akut bir şekilde başlar ve çok hızlı seyreder. Yüzdeki kelebek tarzındaki döküntü (Butterfly Rash) tanı için çok önemli bir yardımcıdır. Çok değişik

eklemlerde ağrılar, artrit, plörit, perikardit, endokardit, nefrit, kafa çiftlerinde paraliziler, nörit, sklerit gibi çeşitli bulgular görülür. Kulak belirtileri de nekroz yapan orta kulak iltihabı biçiminde gelişir. Progresif sensörinöral işitme kaybı ve vestibüler belirtiler de bu bulgulara eklenir. İmmünassay de kan dolaşımında çok sayıda immün kompleks olması immün bir hastalığın kanıtı olarak algılanabilir (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.1.5.5.6. Behçet Hastalığı

Behçet hastalığı, damar endotelinde oluşan immün komplekslerin vaskülitte sonuçlanmasıdır. Behçet hastalarında da ani işitme kaybına ait vaka bildirimleri vardır. Cogan sendromu; nonsifilitik intertisyel keratit, vertigo, tinnitus ve işitme kaybından oluşur ve iç kulak disfonksiyonuna yol açan klasik otoimmün bozukluğu temsil eder (Günbay ve diğ., 2002).

2.1.5.5.7. Romatoid Artrit (RA)

Özellikle eklemleri tutan kronik sistemik iltihabi bir hastalıktır. El ve ayağı, küçük eklemleri daha çok tutar. İlerleyicidir ve simetriktir. Vaskülit, lenfadenopati, splenomegali, lökopeni görülür. Şimdiye kadar birkaç sporadik vaka dışında iç kulakla ilgili belirtiler saptanmamıştır. AİK hastalarında steroid ve siklofosfamid tedavisiyle belirgin düzelme elde edilmesi, bu hastalığın otoimmüniteyle ilişkili olabileceğini akla getirmiştir. Ayrıca deney hayvanlarında oluşturulan immünizasyon sonrası, Corti organı, stria vaskularis ve spiral ganglion'da dejenerasyon görülmektedir (Akt; Küçükkaya, 2008).

Temporal arteritis, Wegener granülmatozisi, Cogan sendromu, poliarteritis nodosa ve delayed endolenfatik hidropsta AİK vakalarına rastlanmıştır. Poliarteritis nodosada bilateral ani işitme kaybı ile seyreden kokleovestibüler yetmezlik bildirilmiştir (Akyıldız, 2002).

2.1.5.6. Tümöral Nedenler

Ani işitme kayıplarının % 1 - 2'sinin nedeninin akustik nörinom olduğu bildirilmektedir (Akt; Kaplan, 2009). Akustik nörinom vakalarının % 26'sında klinik

gidiş sırasında AİK ortaya çıkmaktadır. Akustik nörinom ile AİK ilişkisi 1917 yılından beri vaka bildirimleri nedeni ile bilinmektedir.

Bir başka çalışmada ise akustik nörinomadaki işitme kaybının iki cm ve daha büyük tümörlerde daha sık olduğu bildirilmiştir (Anadolu ve Esmer, 1993). 286 olguluk bir başka seride AİK % 12 olarak bildirilmiş ve tümör büyüklüğü ile odyogram tipi, kalorik test, fasiyal güçsüzlük ve denge problemleri arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. Temporal kemiğe metastaz yapan akciğer, meme, gastrointestinal tümörlerine sekonder işitme kaybı görülebilir (Koyuncu, 2002). Paraneoplastik sendroma bağlı olarak da AİK meydana gelebilmektedir. Burada kastedilen tümörün lokal olarak değil, dolaylı olarak (hormon veya hormona benzer maddeler salgılaması yolu ile) AİK'na neden olabilmesidir. Çoğu zaman salgılanan maddeler otoimmün mekanizma yolu ile etkili olurlar (Akyıldız, 2002).

2.1.5.7. Nörolojik Nedenler

Nörolojik nedenler içinde multipl skleroz (MS), migren ve lateral pontomeduller sendromunda da (anterior inferior serebellar arter patolojisi) vertigo ile eş zamanlı olarak bazen ani işitme kaybı görülebilir. Ani işitme kaybı nedeni olarak MS ancak vakaların % 0.5'inden sorumludur. Bu vakalarda ani işitme kaybı birkaç gün içerisinde yerleşir ve hastalığın remisyonlarına bağlı olarak gerilemeler gösterebilir (Koyuncu, 2002).

MS bir demiyelinizasyon hastalığıdır. Ani işitme kaybı nedeni olarak MS ancak vakaların % 0,5'ini yapmaktadır. Ani işitme kaybı bu vakalarda birkaç gün içinde yerleşir ve hastalığın remisyonlarına bağlı olarak gerilemeler gösterebilir. İşitme kaybı retrokoklear karakterli olup speech diskriminasyonda anormal düşüşle karakteristiktir.

ABR ile tanı koymakta kesin kriterler yoktur. Dalga amplitüdlerinde düşüklük, dalgalarda silinme, V. dalga latent süresinde uzama görülen anormalliklerdir. Diğer bir bulgu da ABR kayıtlarının tekrarlandığı zaman farklılıklar göstermesidir (Akyıldız, 2002).

2.1.5.8. Konjenital Nedenler

Mondini deformitesi ya da genişlemiş vestibüler (aqueduct) sendromu olan hastalarda, işitme kaybında ani alevlenmeler meydana gelebilir. Yaşamın birinci ila ikinci dekadında işitmede ani bir bozulmanın meydana geldiği hastalarda bu tanılar akla getirilmelidir.

Değerlendirme, temporal kemiğin yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografik incelemesi ile yapılır. Böyle bir deformite saptandığında, BOS basıncındaki ani artışlar direkt olarak iç kulağa iletilebileceği ve bu da hasara yol açabileceği için, yakın temas gerektiren sporlar gibi potansiyel olarak travmatik aktivitelerden kaçınılması önerilir. Akt; Küçükkaya, 2008).

2.1.5.9. Toksik Nedenler

Ototoksik İlaçlar: Ani işitme kaybına yol açan ilaçlar içinde, streptomisin, gentamisin, tobramisin, vankomisin, kinin, salisilatlar, sisplatin, furosemid, etakrinik asit, desferrioksamin sayılabilir. Ayrıca intravenöz kullanıldığında eritromisin, yüksek dozlarda piroksikam ve naproksen de ani işitme kaybına yol açabilir. Lokal olarak kullanılan bazı ilaçlarında ani işitme kaybı meydana getirdiği bilinmektedir. Bunlar arasında kromik asitle perforasyon kenarlarının yakılması ve streptomisinin orta kulağa damlatılması da ani işitme kayıplarına neden olmuşlardır. Ayrıca gentamisin, neomisinin orta kulağa damlatılmaları ya da gelfoama emdirilmiş olarak kullanılmaları sonucunda da ani işitme kayıpları neden görülmüştür (Koyuncu, 2002).

Ancak lokal olarak kullanılan bazı ilaçların da ani işitme kaybı meydana getirdiği bilinmektedir. Bunlar arasında kromik asitle perforasyon kenarlarının yakılması ani işitme kaybı nedeni olmuştur. Lokal olarak streptomisinin, gentamisin, neomisin damla biçiminde orta kulağa damlatılması ya da gelfoama emdirilmiş olarak kullanılması ani işitme kaybı nedeni olmuştur. Naproksen, proksikam, malation ve metoksioklor spreyi'de ani işitme kaybı nedeni olmuştur (Akt; Küçükkaya, 2008).

2.1.5.10. Metabolik Nedenler

Elektrolit ve hormonal bozukluklar ani işitme kaybı nedenleri arasında sayılmaktadır. Diyabet ve gebelikte ani işitme kayıpları rapor edilmiştir. Diyabetik anjiyopatiler retinopati ve nefropatiye neden olması gibi aynı mekanizmayla iç kulağı besleyen damarları da etkileyebilir. Lipit metabolizmasındaki bozukluklar sonucu oluşan aterosklerozda koklear kan akımını etkileyebilir (Akt; Küçükkaya, 2008).

2.1.5.11. Psikolojik Nedenler

Pseudohipoakuzi özellikle genç hastalarda ve stres altındaki okul çağında bilateral ani işitme kaybını taklit eden bulgularla başvurabilir. Hasta özellikle bilateral vakalarda hiçbir şey duymadığını iddia edebilir. Ancak bunlarda tanı kolayca konabilir. Bu tip hastalarda stapes kası refleksinin aranması ve ABR gerçek tanıyı ortaya çıkarır (Gürsel ve Kılıç, 2004).

2.1.6. Klinik Semptomlar

Hastalık tipik olarak aniden ortaya çıkan, genellikle tek taraflı ve bazen de iki taraflı sensörinöral tipte işitme kaybıyla karakterizedir. İşitme kaybı, hafiften total işitme kaybına kadar varan değişiklikler gösterebilir. Hastaların çoğu sabah kalktığında bir kulağının tıklandığını veya telefonda sesi duyamadığını ifade eder (Koyuncu, 2002).

Hastaların % 70 - 80'inde kulakta uğultu ve çınlama vardır. Uğultu ve çınlamanın varlığı prognozun iyi olduğuna işaret eder ve kokleadaki saçlı hücrelerin fonksiyonel rezervini gösterir. Uğultu ve çınlama işitme kaybından birkaç saat önce veya işitme kaybıyla birlikte ortaya çıkar ve genellikle bir iki ay içinde kaybolur. Hastaların bir kısmında vestibüler sistemle ilgili yakınmalar vardır. Baş dönmesi prognozun kötü olduğunu gösterir ve şiddeti işitme kaybının derecesine göre artar.

Baş dönmesiyle eş zamanlı olarak nistagmus da gözlenir, vestibüler semptomlar genellikle bir hafta içinde kaybolur. Ayrıca hastalar bazen baş ağrısı, ateş ve kulakta dolgunluktan da yakınır. Fizik muayenede timpanik membran genellikle normaldir. Ancak bazı olgularda orta kulakta sıvı olabilir. Effüzyonlu

otitlerde, orta kulaktaki virüslerin labirenti etkilemeleri sonucunda ani işitme kaybı gelişebilir (Koyuncu, 2002).

2.1.7. Ani İşitme Kaybının Tanısı

Ani işitme kaybında tanı için hastanın öyküsü son derece önemlidir. Ani işitme kayıplarında mümkünse neden saptanmalıdır. Ancak vakaların % 10 - 15'inde bu mümkündür. Öyküde, son haftalarda geçirilen üst solunum yolu enfeksiyonu olup olmadığı, ototoksik ilaç kullanımı, herhangi bir travma geçirip geçirmediği, ağır kaldırma veya ıkınma gibi zorlanma olup olmadığı, sistemik mevcut herhangi bir hastalığı olup olmadığı, herhangi bir cerrahi operasyon geçirip geçirmediği sorulmalıdır (Akyıldız, 2002).

İşitme kaybının aniden oluşması, sensorinöral karakterde olması ve etiolojinin kesin olarak bilinmemesi asıl tanı koydurucu semptomlardır. Beraberinde, kulakta uğultu ve çınlama, baş dönmesi bulunabilir ve işitme sınırı dışında kranial sinirlere ait herhangi patolojik bulgu mevcut değildir. Bu bulgular ışığında tanı kolayca konur (Koyuncu, 2002).

Tanıya Yönelik Tetkikler

Odyolojik İncelemeler: İlk etapta hastaya tam odyolojik test yapılmalıdır. Bunlar hava ve kemik yolu eşiklerini, konuşmayı ayırt etme skorlarını ve akustik empedans testlerini içermelidir. Tanı için odyolojik testte ardı ardına üç frekansta 30 dB ve üzeri sensörinöral kayıp saptanmalıdır. İşitme azlığı yüksek veya düşük frekansları tutabileceği gibi seçicilik göstermeyerek tüm frekansları da tutabilir. Timpanometrik incelemelerde genelde orta kulak basıncı normal olarak bulunur. Stapes adale refleksi (SAR), işitme kaybının ağır veya derin olduğu durumlarda alınmaz. SDS, odyogramın şekli ve işitme kaybının ciddiyetine bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Rutin odyolojik testleri yapamayan, uyum sağlayamayan veya simülasyondan şüphelenilen hastalarda ABR yapılmalıdır. Otoakustik emisyonlar da faydalı olabilir (Akt; Kara, 2008).

2.1.8. Ani İşitme Kaybında Tanı Yöntemleri

Saf ses odyometride tek taraflı ardışık üç frekansı birden tutan orta dereceden totale kadar değişen şiddette sensörinöral işitme kaybı saptanması tanı koydurucudur. İşitme kaybı sadece alçak veya yüksek frekansları tutabildiği gibi tüm frekansları tutabilir. Sheehy kendi hastalarını odyometrik bulgulara dayanarak dört gruba ayırmıştır (Akt; Düzer, 2009).

- a) Düz tip işitme kaybı, % 41 oranında görülür.
- b) Yüksek tonlarda kayıp, % 29 oranında görülür. Speech diskriminasyon skoru bozuktur.
- c) Alçak tonlarda kayıp, % 17 oranında görülür. Speech diskriminasyon fazla bozuk değildir.
- d) Total kayıp, % 13 oranında görülür.

İşitme kaybının şiddeti ve tuttuğu frekanslar prognoz açısından önemlidir. Timpanogramda orta kulak basınçları genelde normaldir. Stapes refleks eşikleri işitme kaybı 60 dB'i aşmamışsa çoğunlukla etkilenmez. Ancak daha şiddetli kayıplarda ipsilateral ve kontralateral stapes refleks eşikleri yükselir ya da refleks alınmaz. Supraliminer testler ve ABR, patolojinin vestibül-retrokoklear ayırımında yardımcı olur. ABR incelemesinde beşinci dalganın ortaya konması ile retrokoklear patolojilerden ayırımı yapılır (Akt; Düzer, 2009).

Her ne kadar ENG'de anormalliklerin olmasının prognostik önemi bulunsa da (kötü prognoz), hastalığın akut fazında ENG yapılmasının çok az değeri var gibi görünmektedir. Rezidüel vestibüler disfonksiyon hastanın durumu stabilize olduktan sonra devam ettiği durumlarda ENG değerlendirilmesi yapılmalıdır. Aminoglikozid gibi vestibülotoksik ilaçların kullanımının söz konusu olduğu durumlarda, ENG tanıda önemlidir (Akt; Düzer, 2009).

Konjenital temporal kemik malformasyonundan ya da maligniteden şüpheleniliyorsa ileri tetkik yapılmalıdır. Tam kan sayımı, devam eden bir inflamasyonu ya da gizli bir hematolojik maligniteyi gösterebilir. Benzer biçimde, anormal bir eritrosit sedimentasyon hızı devam eden bir inflamatuvar ya da otoimmün sürecin varlığını göstererek, daha ileri tetkiklerin yapılması açısından uyarıcı olabilir. Popülasyondaki sifiliz insidansı artmakta olduğu için bununla ilgili serolojik testler rutin olarak yapılmalıdır. Fluorescent treponemal antibody absorbtion (FTA-ABS), venereal disease research laboratory (VDRL)'den daha duyarlıdır. Endemik bölgelerde

Lyme titrelerine bakılmalıdır. Epidemiyolojik ya da klinik olarak risk altındaki hastalarda HIV'e yönelik serolojik inceleme yapılmalıdır. Daha önceleri ani işitme kaybının tanısız çalışmalarında serum kolesterol, lipit ve kan şekeri profiline bakılırken şimdilerde hiperkolesteroleminin işitme kaybına sebep olduğu net olarak gösterilemediği için bu incelemelerin rutin olarak yapılması önerilmemektedir.

Tiroid fonksiyon testlerinin yapılması sadece miksödem bulguları olup da işitme kaybı olduğu gösterilen hastalarda veya Pendred sendromundan şüphelenilen çocuklarda endikedir.

Ayırıcı tanıda eğer işitme kaybı çocukta meydana gelmişse konjenital anomali olasılığı artar. Tanı için gerekli görüntüleme teknikleri yapılmalıdır. Ani sağırlıktan önce bir zorlanma veya travma hikayesi varsa perilenfatik fistülden şüphelenilmelidir. Hastanın kan biyokimyası, tansiyon durumu ve herhangi bir hormonal bozukluğu olup olmadığı, aterosklerotik bir hastalığı, kan bozuklukları sorgulanmalıdır. Otoimmün işitme kayıplarında iki taraflı işitme kaybı, beraberindeki otoimmün hastalıklar ve otoantikolar araştırılmalı işitme kaybının progresyonuna dikkat edilmelidir. Presbiakuzide işitme kaybının iki taraflı ve yavaş bir şekilde gelişmesi ayırıcı özelliğidir (Akt; Düzer, 2009).

2.1.9. Ani İşitme Kaybında Kullanılan İlaçlar ve Tedavi Yöntemleri

Ani işitme kayıplarının tedavisinde halen tam bir uzlaşma sağlanamamıştır. Bir kısım araştırmacıya göre ani işitme kayıplarında tedavi gereksizdir. Çünkü vakaların çoğunluğunda etiyolojide virüsler suçlanmaktadır.

Virüsler içinde palyatif bir yaklaşım yeterlidir. Buna karşılık bir diğer grupta olayın büyük ölçüde vasküler kaynaklı olduğu ve kokleada bozulmuş kan akımının düzeltilmesi ile iyi sonuçlar alınacağı ileri sürülmektedir. Bu iki grubun üzerinde birleştikleri ortak nokta, hastaların mutlak süratle yatak istirahatına alınması gerektiğidir (Akt; Küçükkaya, 2008).

Ani işitme kayıplarında spontan iyileşme unilateral olgularda % 50 bilateral olgularda ise % 37'dir. Fakat büyük bir hekim grubu ani işitme kayıplı olguların kendi haline terk edilemeyeceği kanısındadırlar. Bu nedenle eldeki tedavi olanakları sonuna kadar ve büyük bir ciddiyetle uygulanmalıdır.

Tedavide kullanılan ajanlar daha çok enflamasyonu ve otoimmün hasarı baskılamaya, ödemi azaltmaya ve mikrosirkülasyonu düzeltmeye yöneliktir.

Kortikosteroidler, vazodilatörler, diüretikler, histamin, plazma genişleticiler, karbojen inhalasyonu, hiperbarik oksijen, intravenöz kontrast madde, antiviraller, stellat ganglion blokajı, vitaminler ve cerrahi tedavi ani işitme kayıplarının tedavisinde kullanılmıştır (Akt; Küçükkaya, 2008).

Tedavi şekillerinin gerek birbirleri ile gerekse spontan düzelme ile karşılaştırılması için işitme kaybındaki düzelmelerin standardizasyonu gereklidir. Bugün için kabul gören kriterler; (Akt; Küçükkaya, 2008).

1. **Tam iyileşme:** İşitme seviyesinde 250, 500, 1000, 2000 Hz'de 30 dB ve 4000 Hz'de 25 dB düzelme olması ya da işitme seviyesinin diğer sağlam kulak işitme seviyesine gelmesi (sağlam kulak işitmesinin normal olması koşuluyla),
2. **Belirgin iyileşme:** Beş frekanstaki (250, 500, 1000, 2000, 4000 Hz) ortalama iyileşmenin 30 dB den fazla olması,
3. **Orta derecede iyileşme:** beş frekanstaki ortalama iyileşmenin 10-30 dB arasında olması,
4. **İyileşme olmaması:** Beş frekanstaki ortalama iyileşmenin 10 dB den az olmasıdır. Bu kriterler, "Ad Hoc Commitea of Japanese Ministry of Health and Welfare" tarafından belirlenmiştir (Akt; Küçükkaya, 2008).

Ani işitme kayıpların da pek çok ilaç ve tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Bunları özetleyecek olursak; yatak istirahati başta olmak üzere, hemodilüsyon, kortikosteroidler, ürografın, vitaminler, pentoksifilin, stellat ganglion blokajı, vazodilatatör, mikrodolaşıma etkili ilaçlar, ilaçlar grubunda yer alırken, karbojen, hiperbarik oksijen, dekstran, antiviral ve cerrahi tedavi yöntemleri ise tedavi yöntemleri olarak göze çarpmaktadır.

Ancak bunların karşılaştırmalarını yapmak çok zordur. Spontan iyileşmenin çok yüksek ve değişen serilerde farklı oranlarda olması, prognozu etkileyen faktörlerin çokluğu, pek çok ilacın tek başına değil birçok ilaç grubu ile birlikte kullanılışı bu zorluğun nedenleri arasındadır. Ancak hemen birçok kez sedasyon, tuzsuz diet, sigara ve alkol alınmaması, istirahat tedavi protokolü içinde tutulmaktadır (Akt; Dedeoğlu, 2012).

2.2. DEPRESYON

2.2.1. Depresyon Kavramı

Depresyon sözcüğünün Latince kökü “depressus” dur; aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, kederli, gamlı, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamlarına gelir (Doğan ve Çetin).

Sözlük anlamıyla çökkünlük olarak Türkçeye çevirebileceğimiz depresyon, anlık bir ruh hali, bir sendrom veya bir hastalık olarak karşımıza çıkabilir. Hayatta herkes zaman zaman sıkıntılar yaşayabilir. Ancak, bazı kişilerde bu semptom halini alabilir ve çok daha azında bu bir hastalık belirtisidir (Savrun, 1999).

2.2.2. Depresyon Tanımı

Depresyon, derin üzüntü veya keder, uykusuzluk, iştah azalması, zevk alamama, ümitsizlik, sinirlilik, kendini beğenmeme ve intihar eğilimi gibi ruhsal durumda bir bozukluk olarak kendini gösterir (Ünsal ve diğ., 2008).

Depresyon büyük bir üzüntü, endişe, suçluluk ve değersiz hissetme, başkalarından uzaklaşma, uyku, iştah, cinsel istek kaybı ya da her zamanki faaliyetlere karşı ilgisizlikle belirginleşen bir duygu durumudur. Kriter olarak duygu durum bozukluklarına girer ve sıklıkla panik atak, madde bağımlılığı, cinsel işlev bozukluğu ve kişilik bozukluğu gibi başka psikolojik sorunlarla ilişkilidir. Depresyondaki kişi hem seçici dikkat hem de anlık dikkatte işlev kaybı yaşayabilir.

Okuduklarını ve başkalarının söylediklerini özetlemesi, bir iş yapış arası verdiğinde nerede kaldığını hatırlaması zorlaşabilir. Depresyonda olan çoğu kişi yalnız oturup susmayı tercih eder. Birçoğu içine kapanık, endişeli ve kaygılıdır. Ancak bazıları ajite olabilir ve yerlerinde duramazlar. Ellerini ovuşturur sürekli gezinirler ve duygu halleri çok çabuk değişir. Saldırgan davranışlar sergileyebilirler (Akt; Ermiş, 2013).

Ruhbiliminde depresyon sözcüğü dört ayrı yerde kullanılır. Bunlar (Köknel, 1989);

- Belirti,
- Sendrom,
- Hastalık,
- Duygu durumu değişikliğidir.

Bir belirti (semptom) olarak depresyon, bir çok bedensel ya da ruhsal hastalıkta ortaya çıkabilir. Ruhsal bir durum olarak depresyon, insan yaşamının bir parçası biçiminde kimi kez belirli bir nedene bağlı olmadan, kimi kez günlük engeller karşısında ortaya çıkar (Köknel, 1989). Belirtiler toplamı (sendrom) olarak depresyon, temelinde elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunun bulunduğu, bedensel, ruhsal ve toplumsal belirti ve yakınmaların tümünü içerir. Bir ruh hastalığı olarak depresyon, belirti ölçütleri, sınırları ve süresi olan bir sendromdur (Köknel, 1989).

Depresyon sözcüğü, günlük dilde, birçok duygunun bir araya gelişini belirtmek için kullanılır (üzüntü, hayal kırıklığı ve karamsarlık). Doktorlar, psikiyatristler ve klinik psikologlar ise bu terimi farklı bir biçimde kullanmaktadırlar. Onlara göre depresyon ya da depresif rahatsızlık, tedavi gerektiren bir durumdur. Terimin kullanımındaki bu karışıklık nedeniyle, depresyon konusunda deneyimi olmayan insanlar, uzmanlığı olanlara kıyasla, durumun ciddiyetinin farkında olmayabilirler. Bu yüzden depresyondaki kişilere ya da yakınlarına karşı yeterince anlayışlı olmayabilir, yardım edemeyebilirler (Köknel, 1989).

2.2.3. Depresyonun Tarihçesi

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat melankoli adını vermiş ve bunu “kara safra”ya bağlamıştı. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini psikoz manyak depresif (PMD) adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin (1896) başarmıştır. Kraepelin aynı zamanda yaş dönümü çökkünlüğünü (envolüsyon melankolisi) de tanımlamıştır (Akt; Tezvaran, 2010).

2.2.4. Depresyonun Türleri

Depresyon başlığı altında tek bir hastalıktan değil, birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesinden söz edilmektedir. Psikiyatrik bozukluklar değişik sınıflandırma sistemleriyle sınıflandırılırlar. Dünyada en fazla kabul görmüş sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan Zihinsel Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Klavuzu'dur (DSM-IV). DSM-IV'e göre depresyon şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir (Savrun, 1999):

1. Majör depresif bozukluk,
2. Distimik bozukluk,
3. Bipolar bozukluktaki depresyon,
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon,
5. Depresyonlu uyum bozukluğu,
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk: Premenstrüel distforik bozukluk, minör depresif bozukluk, yineleyen kısa depresif bozukluktur.

2.2.5. Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluk belirtileri üç boyutta incelenebilir. Bunlar (Şahin ve Rugancı, 1992);

2.2.5.1. Duygusal Boyut

Depresyon, adı üstünde, aslında duygu durumundaki bir bozukluktur. Bu nedenle “depresyon” yerine “duygusal rahatsızlık” terimi de sıklıkla kullanılmaktadır. Depresyonu yaşayan kişiler, en az iki hafta boyunca devam eden karamsarlık, sıkıntı ve keder duygularından yakınırırlar. Kuşkusuz depresyon sırasında üzüntü ve keder dışında, yaşanan başka duygular da vardır. Örneğin bazı insanlar eskiye kıyasla daha sinirli ve endişeli olduklarını fark ederler (Şahin ve Rugancı, 1992).

2.2.5.2. Düşünsel Boyut

Depresyondaki kişinin kendi dünyası ve geleceği hakkındaki düşüncelerinde de farklılıklar vardır. Ciddi düzey depresyondaki bir kişi, kendisini “işe yaramaz”,

“yetersiz” ya da “başarısız” biri olarak görebilir. “Aranan özellikler”e sahip olmadığına gerçekten inandığı için, benlik saygısı ve kendine olan güveni de kötü biçimde etkilenmiştir. Karar vermede güçlük çekmeye başlar.

Geçmiş hataları ve kusurları üzerinde takılıp, çeşitli suçlar ya da bağışlanamaz günahlar işlediğini düşünebilir. Dünyayı, “acıdan başka hiçbir şey getirmeyen”, “hayal kırıklığına uğratici” bir yer gibi algılar. Tüm acılarının ve eziyetlerinin sonsuza dek süreceği gibi bir beklentisi olduğu için, umutsuzluğa kapılır. Durumunu değiştiremeyeceğine inandığı için, intihar bile çözüm olarak görebilir.

İntihar olasılığı depresif rahatsızlıklarda oldukça yüksektir. Bu olasılık, bazen yalnızca bir ölme isteği olarak kalırken, çoğunlukla da ciddi intihar girişimlerine dönüşebilir. İntiharlar ya da intihar girişimlerinin hepsinin, depresif rahatsızlıklarla bağlantısı olmamasına karşın, depresyondaki umutsuzluk ve çaresizlik duygularının yoğunluğu nedeniyle, bu rahatsızlığı yaşayanlardaki risk oldukça (depresyonda olmayanlardan 30 kat) yüksektir (Şahin ve Rugancı, 1992).

2.2.5.3. Fiziksel Boyut

Depresyon içinde olan bir kişi için, bazen uykuya dalma sorun olurken bazen de gecenin ortasında uyanma ya da çok erken saatlerde uyanma gibi sorunlar olabilir. Ender de olsa, uyku süresinde artış da gözlenebilir. İştahta azalma olduğunda, kilo kaybı; artma olduğunda da kilo artışları olabilir. Depresyondaki kişiler, enerji kaybının yanı sıra bazen, ya kısmen ya da tümüyle cinsel ilgi kaybı yaşayabilirler (Şahin ve Rugancı, 1992).

2.2.6. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun başlıca belirtileri, isteksizlik, ruhsal ve bedensel etkinliklerde genel bir yavaşlama, günlük yaşamın olağan girişimlerine karşı yüreksizlik ve iş yapma gücünü bulamama olarak özetlenebilir. Kişinin dünyasına, değersizlik, yenilmiş olma, günahkârlık ve suçluluk duyguları egemendir. İştah azalması, sindirim güçlüğü, kabızlık ve zayıflama görülür. Konuşma monotondur ve sorulara yavaş sesle kısa yanıtlar verilir. Depresyon geçiren kişi çoğu kez tek başına kalarak,

geçmişteki yanlışlarını ve gelecek için umutsuzluğunu düşünmek ister. İntihar düşünceleri oldukça sıktır, bazen intihar girişimleri de görülür (Gençtan, 1984).

Depresyonlarda ortak olan ve genellikle sık sık görülen temel bozukluk kederli duygu durumudur. Kederli duygu durumu, elem doğrultusunda artmış olan duygulanımdır. Karamsarlık, kötümserlik, sıkıntı, umutsuzluk, yalnızlık gibi duygulanma durumlarını kapsar ya da tedirgin duygu durumu, zihinsel işlevlerde azalma, yavaşlama yapar. Buna paralel olarak hareketler azalır, yavaşlar. Böylece hastalarda ruhsal etkinliklerde azalma ve yavaşlama olur.

Başlangıçta, hasta o güne dek yapabildiği günlük işleri yapmakta zorluk çektiğini söyler. En basit işleri yaparken zorlanır. Duygu durumunda elem doğrultusunda artma yaşamdan haz ve zevk almayı engeller. Günlük yaşam hastaya ağır gelmeye başlar, insanlar arası ilişkiler ve günlük işler onu zorlar. Sözlü ve sözsüz iletişim biçimi elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunu ortaya koyar. Sözcükler karamsarlık, kötümserlik, umutsuzluk, sıkıntı, umutsuzluk ve yalnızlığı anlatacak biçimde seçilir. Mimikler de elem ve kaygıyı yansıtır. Jestler azalır. Depresyonda görülen belirtiler şu başlıklar altında gruplandırılır (Köknel, 1989).

2.2.6.1. Doyumsuzluk, İlgisizlik ve İsteksizlik

Duygu durumundaki elem ve keder hastanın kendisinden hoşnut olmamasına yol açar. Bu durum beceriksizlik, değersizlik, yeteneksizlik gibi yakınmalarla dile getirilir. Hasta önceden ilgi gösterdiği, haz duyduğu, zevk aldığı kişilere, nesnelere, olaylara karşı ilgisiz kalır. Günlük yaşamdan, yaşantıdan doyum sağlayamaz. Bu doyumsuzluk durumu hastanın ailesiyle, çevresiyle, işiyle ilişkisini azaltır ya da tümüyle koparır. Bütün ilgiler, ilişkiler ona anlamsız gelir. Hasta çaba, çalışma, sorumluluk getiren durumlardan kaçıp uzaklaşmak ister. Durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik duygu durumunun temelini oluşturur.

Hasta bir yandan ailesine, eşine, yakınlarına, dostlarına eski ilgisini yitirdiğinden yakını; öte yandan kendisinden hoşnut olmaması ve kendisine güvenmemesi nedeniyle onlara daha çok bağımlı olur. Onların desteği ve yardımı olmadan doğru düşünüp karar veremez. Hafif depresyonlu hastalarda bu durum yaşamla bağlantının, ilginin azalması biçiminde dile getirilir. Orta dereceli depresyonlarda kayıtsızlık dikkati çeker. Ağır ve ciddi depresyonlarda durgunluk, ilgi ve istek azalması duyumsamazlığa (apathy) dönüşebilir (Köknel, 1989).

2.2.6.2. Neşesizlik, Karamsarlık ve Kötümserlik

Neşesizlik depresyonların, elem ve keder doğrultusunda artmış olan duygu durumunun önemli bir görüntüsüdür. Genel olarak depresyonlu hastalar, olayları olduğundan daha ciddi biçimde değerlendirirler. Olaylara karamsar ve kötümser gözle bakarlar. Elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunda ağlama nöbetleri görülebilir. Hafif ve orta dereceli depresyonlarda ağlama eğilimi artar. Daha önce ağlamaya yol açmayan durumlar, olaylar, uyaranlar ağlama nöbetlerini başlatabilir (Köknel, 1989).

2.2.6.3. Dikkatsizlik, Unutkanlık ve Kendini Düşük Değerlendirme

Depresyonlu hastalar sıklıkla “dikkatlerinin dağıldığından”, “dikkatlerini toplama zorluğundan” yakınır. Bunların yanında, depresyonlu hastalar çoğunlukla, gördüklerini, işittiklerini, okuduklarını, yapacakları işi, tanıdıklarını hatırlamakta zorluk çektiklerinden de yakınır. Dikkat ve bellek bozuklukları düşüncenin dağılmasına yol açar. Doğru, gerçekçi, mantıklı karar verme zorlaşır, hatta olanaksızlaşır. Kararsızlık depresyonlu hastanın temel sorunlarından biri durumuna gelir. Kendilerini düşük değerlendirme depresyonlu hastaların bedensel, ruhsal, toplumsal özelliklerini, becerilerini, yeti ve yeteneklerini olduğundan düşük, kötü, olumsuz olarak değerlendirme eğilimidir (Köknel, 1989).

2.2.6.4. Geleceğe İlişkin Olumsuz Beklentiler ve Kendini Suçlama

Depresyonlu hastaların şimdiki karamsarlıkları, kötümserlikleri geleceğe yönelik olumsuz beklentilere, çıkarımlara yol açar. Hastalar bedensel, ruhsal, toplumsal tüm belirtilerin, yakınmalarının, sorunlarının gelecekte de süreceğini, hatta daha da kötüye gideceğini düşünürler. Genel olarak depresyonlu hastalarda görülen intihar düşünceleri, eğilimleri, girişimleri olumsuz beklentilerden kaynaklanır (Köknel, 1989).

2.2.6.5. Kararsızlık ve Kuşku

Depresyonlu hastalar karar vermekte zorluk çekerler, kararsızlık içinde bocalarlar. Depresyonu hafif olan hastalar, daha önce kolay ve rahat karar verdikleri durumlarda bile, uzun uzun düşünürler. Orta derecede depresyonlu hastalarda

kararsızlık bütün günlük yaşamı etkiler. Alışlagelen günlük işlerin yapılması bile zorlaşır. Ciddi depresyonlu hastalar karar verme yeteneğini tümünden yitirdiklerine inanırlar. Herhangi bir durum karşısında karar vermeyi denemek bile istemezler (Köknel, 1989).

2.2.6.6. GÜDÜLENME

Depresyonlu hastalarda güdülenme azalmıştır. Bu azalma depresyonun ciddiyetine ve şiddetine göre, toplumsal güdülerden bedensel, biyolojik, fizyolojik güdülere doğru olur (Köknel, 1989).

2.2.6.7. İLLÜZYON VE HALÜSİNASYONLAR

Depresyonlarda gerçek, nesnel ortamın algılanmasında öznel algı ortamı önemli rol oynar. Bu yüzden illüzyonlar ortaya çıkar. Hasta, kişileri, nesnelere, olayları, gördüklerini, işittiklerini, dokunduklarını hatalı olarak algılar. Seslerden çabuk ve kolay etkilenir. Konuşmaları kötü yorumlar. Gördüklerinden korkar (Köknel, 1989).

2.2.6.8. DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI VE SANRILAR

Depresyonlarda bellek azalması, kusurlu ve eksik hatırlama ve bellek yitimi sıklıkla ortaya çıkar. Bu nedenle hatalı olarak bunama tanısı konulan depresyon vakaları vardır. Düşüncenin akışı yavaşlar. Sözcükler geç ve güç olarak hatırlanır ve kullanılır. Zaman zaman duraksamalar görülür. Depresyonda düşünce içeriğinde bozulabilir ve sanrılar ortaya çıkabilir (Köknel, 1989).

2.2.7. Depresyonun Etiyolojisi

İnsanlık tarihi kadar eski olan depresif bozukluğun etiyojisini açıklamaya yönelik görüşler Hippocrates'a kadar gider. Ancak depresyon etiyojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun nedenleri depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının olması ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol alması olabilir (Ünal ve diğ., 2002).

Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin varlığı yeterli değildir. Genetik yapının olumsuz çevresel etkenlerle etkileşiminin belirli bir eşiği aşması ve

bunun zamanlaması önemlidir. Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik yüklülük depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, göç, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar majör depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür. 18 - 44 yaşlar arasında olmak, işsiz, bekâr ya da boşanmış olmak da risk etkenleridir. Depresyonun oluş nedenlerini psikososyal, biyolojik ve genetik etkenler olmak üzere üç ana başlık altında toplamak mümkündür (Ünal ve diğ., 2002).

2.2.7.1. Psikososyal Etkenler

2.2.7.1.1. Klasik Psikanalitik Görüş

Depresyonla ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud ve Kari Abraham'a aittir. Bu kurama göre bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Kayıp yalnızca sevilen bir kişi değil, sevilen, değer verilen herhangi canlı-cansız bir nesne veya soyut bir kavram için de kullanılır olmuştur. Hatta kayıp gerçek olabileceği gibi gerçek olmayan, kişinin kayıp gibi algıladığı bir durum da olabilir (Ünal ve diğ., 2002).

2.2.7.1.2. Benlik Psikolojisi

Bu görüşe göre; insanlarda güçlü, üstün, güvenli, iyi ve sevilen bir kişi olma arzuları vardır. Bu arzular gerçekleşmesi mümkün olmayan düzeyde ise veya gerçekleşmesini engelleyen durumlarla karşılaşıldığında kişinin benlik saygısında düşme olur, bu da depresyona neden olur (Ünal ve diğ., 2002).

2.2.7.1.3. Diğer Psikodinamik Görüşler

Karen Homey'e göre sevgisini göstermeyen ve itici davranan ebeveynlerce yetiştirilen çocuklar güvensiz ve yalnızlık duygularına eğilimlidir. Bu tip çocuklar daha sonraki yaşamlarında eleştiri ve reddedilmelere karşı daha kolay çaresizlik duygusuna kapılıp depresyona girebilirler (Yemez ve Köksal, 1998).

2.2.7.1.4. Davranışsal-Bilişsel Görüşler

Beck'in Bilişsel Kuramı'na göre depresyonda temel patoloji bilişsel alandadır. Yani bireyin çevresi ve kendisi ile ilgili algılamaları, değerlendirmeleri ve yorumlarında yanlılıklar, çarpıklıklar, yanlışlıklar mevcuttur. Bu kalıplaşmış düşünce

şemaları kişide karamsarlık, çaresizlik duyguları uyandırır. Bu görüşe göre depresyon gelişimi dört farklı modelle açıklanmaktadır. Bunlar (Yemez ve Köksal, 1998):

Öğrenilmiş çaresizlik: Sürekli baş edemedikleri yaşam olayları ile karşılaşan insanlarda da çaresizlik duygularının eşlik ettiği bir depresyon gelişir.

Pekiştirme modeli: Bir davranışçı bilişsel görüşe göre depresyon, uygun ödüllendirilmelerin olmayışı veya uygunsuz tepkilerle karşılaşma ile bağlantılı olarak süregelenleşmektedir.

Yaşam olayları ve çevresel stres etkenleri: Otoritelere göre yeterli şiddette bir stres beyinde yapısal ve işlevsel uzun süreli hatta kalıcı değişiklikler oluşturabilir. Bu değişiklikler kişiyi yeni ataklara karşı daha duyarlı kılar.

Premorbid kişilik etkenleri: Bu konuda çok araştırma yapıldığı halde depresyona predispozisyon oluşturan bir kişilik tipi veya kişilik özelliği saptanmamıştır. Yine de bağımlı, obsesif ve histerik kişiliklerin depresyona yatkınlık oluşturduğu belirtilmektedir.

2.2.7.2. Biyolojik Etkenler

Biyojenik aminler (norepinefrin ve serotonin, dopamin, asetilkolin gibi nörokimyasal etkenler), nöroendokrin değişiklikler, hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini, büyüme hormonu, biyorytm, immün sistem depresyona yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir (Yemez ve Köksal, 1998).

2.2.7.3. Genetik Etkenler

Yapılan araştırmalar, mizaç bozukluklarında kalıtımın önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bu araştırmalar:

2.2.7.3.1. Aile Çalışmaları

Major depresyonu olanların birinci derece akrabalarında majör depresyon görülme riski normal popülasyona göre iki - üç kez fazladır. Bu oran akrabalık derecesi yaklaştıkça artmaktadır (Yemez ve Köksal, 1998).

2.2.7.3.2. Evlatlık Çalışmaları

Bu alandaki çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Biyolojik ebeveynlerinde mizaç bozukluğu olan çocuklarda onları evlatlık alan ebeveynlerde bir mizaç bozukluğu olmaması durumunda dahi depresyon geliştirme riski normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur (Yemez ve Köksal, 1998).

2.2.7.3.3. İkiz Çalışmaları

Monozigot ikizlerde majör depresyona ilişkin eş hastalanma riski % 50 civarında iken; dizigot ikizlerde bu oran % 10 - 25 civarındadır. Bu fark depresyonda kalıtımın rolü olduğunu destekleyen güçlü bir bulgudur (Yemez ve Köksal, 1998). Depresyona neden olan faktörler genel olarak; olumsuz yaşam olayları ile karşılaşma, kötü ve aşağılayıcı muameleye maruz kalmak, büyük üzüntülere neden olabilecek kayıplar ve yas, iş yaşamı sorunları, partner, evlilik, aile sorunları, hamilelik ve lohusalık süreci, kalıtsal yatkınlık, fazla alkol kullanımı, depresyona neden olabilecek bazı hastalıklar, doğum ve hamilelik süreci, menapoz-andropoz dönemi, mevsim değişiklikleri, ülke veya şehir değiştirme, yeni yaşam koşulları olarak sıralayabiliriz (Akt; Ünal, 2010).

2.3. BECK DEPRESYON ANKETİ

2.3.1. Beck Depresyon Anketinin Tanımı ve Amacı

Beck tarafından geliştirilmiş olan bu anket, depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan, 21 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme türü ölçektir. Ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir.

Anketteki her bir madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden dört ayrı cümle ile dört derecelik kendini değerlendirmeyi içermektedir. Sıfırdan üçe kadar depresyon belirtisinin ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler depresyonun nedenlerine değil, görünümüne ilişkindir. Bu belirtiler; depresif duygu durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu,

yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır (Hisli, 1988).

Beck depresyon anketinin iki formu vardır. Bunlardan ilki, 1961 yılında geliştirilmiş ve hastanın o anki ruh durumunun, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği 21 maddelik orijinal formdur. İkincisi ise, 1978 yılında geliştirilmiş kendini değerlendirme türünde olan ve grup uygulaması yapılabilecek 21 maddelik formdur. Ölçeğin 1978 formu için yapılan iç tutarlılık çalışması, her iki formun güvenilirlik açısından eşdeğerde olduğunu göstermiştir. Ayrıca aynı ölçeğin pratisyen hekimler için geliştirilmiş 13 maddelik bir kısa formu da vardır. Ancak yapılan çalışmalar kısa formun, orijinal formun yerini alamayacağını göstermiştir (Hisli, 1988).

Beck depresyon anketinin Türkçeye uyarlanması ve Türkçe formunun geliştirilmesi Dr. Nesrin Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir. (Hisli, 1988). Hisli, Formu Türkçeye çevirdikten sonra Türkçe ve İngilizce formları her iki dili de iyi bilen elli sekiz öğrenciye uygulamıştır. Yirmi sekiz kişilik gruba testin önce Türkçe ve bir hafta sonra da İngilizce formunu vermiş, diğer 30 kişilik gruba da bunun tersini yapmıştır. İstatistiksel analizler, iki form arasındaki korelasyon katsayılarının $r = 0.81$ ve $r = 0.73$ olduklarını göstermiştir. Bu sonuç İngilizce ve Türkçe formlar arasında benzerlik olduğunu ortaya koymaktadır (Hisli, 1988).

2.3.2. Beck Depresyon Anketinin Geçerliği ve Güvenirliği

Beck depresyon anketi çeşitli ülkelerde çok sayıda araştırmada kullanılmış ve Beck'in kendisi dışında birçok araştırmacı tarafından da psikometrik özellikleri (faktör yapılan, geçerliği, güvenilirliği vb.) araştırılmıştır.

Anketin yurtdışında yapılmış olan geçerlik çalışmalarından bazıları Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Beck depresyon envanterinin yurtdışında yapılmış olan geçerlik çalışmaları ile ilgili bilgiler (Hisli, 1988)

Araştırma	Örneklem	Yöntem	Sonuç
Beck, 1961	N = 2; N = 183 Psikiyatri poliklinik hastası	Kriter geçerliği Klinisyen değerlendirmesi	r = 0.65 p < 0.001
Metcalfe, 1965	N = 37 Psikiyatri klinik hastası	Klinik değerlendirme	r = 0.61 p < 0.001
Beck, 1975	N = 27 Depresif hasta	Klinisyen değerlendirme	r = 0.77-0.82
Campell, 1984	N = 214	Birlikte geçerlik MMPI-D Skalası	r = 0.56
Ross, 1986	N = 122 Hastaneye başvuran hasta	Birlikte geçerlik MMPI-D Skalası	r = 0.53-0.80
Schwab, 1967	N = 153 medikal hasta	Birlikte geçerlik Hamilton depresyon ölçeği	r = 0.75
Beck, 1974	-	Birlikte geçerlik Zung depresyon ölçeği	r = 0.72-0.76
Seltz, 1970	N = 30	Birlikte geçerlik Zung depresyon ölçeği	r = 0.83

Hisli (1988), Beck depresyon anketinin Türk poliklinik hastaları üzerinde geçerlik çalışmasını yapmıştır, % 14'ü nevroz, % 37'si depresyon, % 17'si psikoz ve %5'i de uyum bozukluğu tanısı almış altmış üç psikiyatri poliklinik hastasına Beck depresyon anketi ile daha önce Savaşır tarafından Türkiye için standardizasyon çalışması yapılmış olan MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) kişilik anketinin depresyon alt ölçeğini birlikte uygulamıştır (Hisli, 1988). Yapılan istatistiksel analizler sonucunda Beck Depresyon Envanteri ve MMPI-D alt ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı $r = 0.63$ olarak bulunmuştur (Hisli, 1988). Bu sonuç diğer ülkelerde aynı kriter ile yapılmış birlikte geçerlik çalışmaları ile uyusmaktadır. Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerine göre değişmediği de görülmüştür.

Hisli; Beck depresyon anketinin Türk üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik çalışmasını da yapmıştır (Hisli, 1988). Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesinin çeşitli bölümlerinde okuyan 17-23 yaşları arasında iki yüz elli dokuz öğrenciye Beck depresyon anketi ve MMPI-D ölçeğini uygulamıştır (Hisli, 1988). Yapılan istatistiksel analizler sonucunda iki ölçek arası korelasyon katsayısı $r = 0.50$ çıkmıştır

(Hisli, 1988). Bu sonucun da yurtdışında aynı kriter ile yapılmış birlikte geçerlik çalışmaları ile uyduğu görülmüştür. Bu çalışmada anketin bulunan faktör yapısının da, Batı üniversite öğrencileriyle yapılmış çalışmalarda elde edilen faktör yapışma benzediği bulunmuştur.

Beck depresyon anketinin yurtdışında yapılmış olan güvenilirlik çalışmalarından bazıları Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Beck depresyon anketinin yurtdışında yapılmış olan güvenilirlik çalışmaları ile ilgili bilgiler (Hisli, 1988)

Araştırma	Örneklem	Yöntem	Sonuç
Beck, 1961	N = 97	Yarıya bölme	r = 0.86
Beck, 1967	N = 606	İç tutarlık	r = 0.31-0.68
Byerly, 1982	N = 68, 63, 88	İç tutarlık	r = 0.80-0.86
Al Kaysi, 1983	N = 53	İç tutarlık	r = 0.86

Beck depresyon anketinin Türkiye'de güvenilirlik çalışmaları Tegin ve Hisli tarafından yapılmıştır. Tegin, envanterin otuz hasta ve kırk normal öğrenci üzerinde yarıya bölme yöntemi ile yaptığı güvenilirlik çalışmasında korelasyon katsayılarını hastalarda r = 0.61, normal öğrencilerde r = 0.78 olarak, 40 normal öğrenci üzerinde test-retest yöntemi ile de korelasyon katsayısını r = 0.65 bulmuştur (Hisli, 1989).

Hisli, anketin iki yüz elli dokuz üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayılarını madde analizi yöntemi ile r = 0.80, yarıya bölme yöntemi ile de r = 0.74 olarak bulmuştur (Hisli, 1989).

Gerek yurtdışında ve gerek Türkiye'de yapılmış olan araştırma sonuçları Beck depresyon anketinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

2.3.3. Beck Depresyon Anketinin Puanlaması ve Yorumlanması

Beck depresyon anketinde bulunan 21 maddenin herbiri 0, 1, 2, 3 ile numaralanmış dört cümleyi içermektedir. "0" numaralı cümle, o maddede belirtilen depresif belirtinin olmadığını gösterecek şekilde, diğer numaralarla başlayan cümleler ise o belirtinin gittikçe daha yoğun yaşandığını gösterecek şekilde yazılmıştır.

Anketi dolduran kişi her bir madde için bu dört cümleden kendi durumuna en uygun olanının numarasını işaretler. Sonra her bir maddede işaretlenmiş olan numaralar (ki bunlar aynı zamanda belirti puanlarıdır) toplanır ve anketten alınan toplam puan ortaya çıkar. Anketten alınabilecek toplam puan 0 - 63 arasındadır. Puanların yorumlanmasında kullanılacak normlar ile ilgili farklı popülasyonlar üzerinde birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalarda norm olarak önerilen kesme noktaları Tablo 2.3'de verilmiştir.

Tablo 2.3. Çeşitli araştırmalarda Beck depresyon anketi için önerilen kesme noktaları (Hisli, 1988)

Araştırma	Örneklem	Önerilen kesme noktaları
Metcalf, 1965	Psikiyatrik Hastalar	17 Orta derece depresyonu belirlemek için 21 Ciddi derecede depresyonu belirlemek için
Schwab, 1967	Yatan Medikal Hastalar	0-9 Depresyonsuz 10-17 Hafif ve orta derece 17 ve üstü ciddi derece
Beck, 1974	Psikiyatrik Hastalar	21 ve üstü pür depresifleri ayırmak için 13 Psikiyatrik hastalarda tarama amacıyla 10 Medikal hastalarda tarama amacıyla
Meites, 1980	Üniversite Öğrencileri	0-10 Hafif depresyon 11-20 Orta derece 21 ve üstü ciddi depresyon
Bryson, 1984	Üniversite Öğrencileri	0-9 Depresyonsuz 10-15 Hafif 24-63 Ciddi derecede
Gallagher, 1983	Yaşlılar	10 ve altı depresyonsuz 11-16 Hafif 17 ve üstü orta ve ciddi

Beck (1972), ölçeğin norm sınırlarını şu şekilde de belirtmiştir (Köknel, 1989).

0 - 13 Puan: Depresyon yok

14 - 24 Puan: Orta derecede depresyon

25 ve üstü puan: Ciddi derecede depresyon

Tablo 2.3 incelendiğinde anketin yapılan norm çalışmalarının sonuçları arasında benzerlik olmasına karşın birlikteliğin olmadığı görülmektedir. Ancak “17”

puanlılık bir kesme noktasının, normal ve normalin üstündeki depresyonu büyük bir olasılıkla ayırt etmede yeterli bir değer olduğu söylenebilir. Hisli'de yaptığı geçerlik çalışmasında bu sonuca ulaşmıştır (Hisli, 1989). Literatürde de 17 puanın, klinik depresyonu belirlemek için uygun bir kesme noktası olarak önerildiği görülmektedir (Hisli, 1989).

Hisli (1989), Beck depresyon anketinin üniversite öğrencileri için Türkiye standardizasyonu yapılmış olan MMPI'in depresyon alt ölçeğini kullanarak yapmış olduğu birlikte geçerlik çalışmasında, üniversite örnekleminde hangi kesme noktalarının klinik depresyonu yakalamaya yardımcı olabileceğini de incelemiştir. Bunun için önce hafif depresyon ve orta derecede depresyon kesme noktaları olan 10 ve 17 sıra ile alınmış ve bu puan üzerinden puan almış olan öğrencilerin MMPI-D ortalamalarına bakılmıştır. Beck depresyon anketinde 10 üzerinde puan alan 94 öğrencinin MMPI-D skalası ortalaması $x = 25.40$ standart kayması $ss = 6.45$, Savaşır'ın (1982) normal örneklem için verdiği ortalama sınırlar içinde kalmaktadır (Hisli, 1989). Beck depresyon anketinde 17 puan üzerinde puan almış otuz öğrencinin MMPI-D skalası ortalaması ise $x = 28.70$, standart kayması $ss = 4.98$.

Savaşır tarafından belirtilen Türk normlarının bir standart kayma üstündeki puandan daha fazladır (Hisli, 1989). Bu şekilde bakıldığında, Beck depresyon anketinden alınacak 17 ve üstündeki puanların % 90'ın üzerinde bir ihtimalle normalin üzerindeki bir depresyona işaret ettiği söylenebilir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Aralık 2015 ile Şubat 2016 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastaneleri Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalında yapıldı. Çalışmamızda iki grup vardı. Birinci grubumuz Ani İşitme Kayıplı gruptur. İkinci grubumuz kontrol grubudur. Ani işitme kayıplı grubumuza Ani işitme kaybı semptomları üç gün içerisinde başlamış olan, ardışık üç frekansta 30 dB veya daha üzeri kayıplı ve 18 - 60 yaş aralığında depresyon tanısı almamış toplam 30 birey dahil edildi.

Çalışmamızda; Bilinen bir kulak hastalığı, baş bölgesine travma öyküsü, daha önce yapılmış kulak cerrahisi olanlar, hamileler ile depresyon tanısı alanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastalarımızın hepsine odyometrik inceleme yapıldı. Her bireyin fizik muayeneleri, otorinolaringolojik muayeneleri yapıldı. İşitme kaybının tespiti için saf ses odyometri cihazı olarak İnteracoustics AC40 klinik odyometre cihazı (2012 Danimarka) kullanıldı. Çalışmamıza katılan tüm bireylere cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara kullanma durumu, kronik rahatsızlık durumu, önceden AİK rahatsızlığı olup olmadığı olduysa hangi kulakta olduğu, ailede AİK tanısı olan birinin olup olmadığı ve bireylerin AİK rahatsızlığının hangi kulakta olduğu bilgileri alındı

Tüm bireylere sessiz kabinde; 250 Hz, 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz, 6000 Hz frekanslarında saf ses hava yolu testi ve 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz frekanslarında saf ses kemik yolu testi yapıldı. Saf ses ortalaması üç frekansın (500 Hz,1000 Hz, 2000 Hz,) eşikleri ortalaması alınarak belirlendi. İki veya üç heceli kelimelerin anlaşılabilirdiği en düşük işitme eşik seviyesi SRT olarak kabul edildi. WDS, MCL seviyesine göre fonetik dengeden oluşan kelimelerin doğru tekrar edilebilme yüzdesi ile belirlendi. Belli bir frekansta iki hava yolu arasında 40 dB veya daha fazla fark olduğu durumlarda ve kötü hava yolu-iyi kemik arasındaki fark 40 dB den fazla olduğu durumlarda hava yolu maskeleme, aynı kulakta hava-kemik aralığı 10 dB'den fazla olduğu durumlarda kemik yolu maskeleme yapıldı.

Yapılan testlerin sonunda; saf ses ortalaması (üç frekansın (500 - 1000 -2000 Hz) eşikleri ortalaması alınarak) -10 / 15 dB arasında olan normal işitmeye sahip 8 kadın, 22 erkek toplam 30 birey kontrol grubuna dâhil edildi. Ani işitme kaybı son üç gün içersin de başlamış olan ve odyogram da ardışık üç frekansta 30 dB ve üzeri

sensörinöral tipte işitme kaybı olan, ani işitme kaybı tanısı alan 18 erkek, 12 bayan toplam 30 birey Ani İşitme Kayıplı gruba dahil edildi.

Bireylerin depresyonlarının ölçülmesinde Beck Depresyon Anketi uygulandı. Beck Depresyon anketi 4lü likert tipinden toplam 21 sorudan oluşmakta olup soruya verilen cevaplar sıfır ile üç puanları arasında değişmektedir. Bireyin vermiş olduğu cevapların toplamı da beck depresyon puanını oluşturmaktadır. Bireylere uygulanan beck depresyon ölçeğine göre depresyon ve anksiyete oranının yaklaşık değerine ulaşılmaya çalışıldı. Ayrıca beck depresyon ölçeğinde yer alan 21 farklı değişken hakkında ve toplam puanları bakımından yapılan çalışmaların temel istatistikleri hesaplanmış olup ilgili tablolarla gösterildi. Kontrol ve çalışma grupları arasında bu değişkenler bakımından anlamlı fark olup olmadığı da test edildi ve test sonuçları yorumlandı.

Beck Depresyon skalasında 21 soru vardı.

1 numaralı “Kendinizi nasıl hissetmektesiniz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “Gelecek hakkında beklentileriniz nelerdir?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “Başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “Yaptığınız işlerden zevk alıyor musunuz?” 3 numaralı “Başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “Kendinizi suçlu hissettiğiniz oluyor mu?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 numaralı “Hataları kendinizde mi arıyorsunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

8 numaralı “Kendinizi öldürmek gibi düşünceleriniz var mı?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “İçinizden ağlamak geliyor mu?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “Her şeye sinirleniyor musunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11 numaralı “İnsanlarla görüşmek istemiyor musunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12 numaralı “Kararsız olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 numaralı “Dış görünüşünüz hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

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

14 numaralı “İş yapmakta güçlük çekiyor musunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

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

15 numaralı “Uyku probleminiz var mı?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “Kendinizi yorgun mu hissediyorsunuz?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.”

- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 numaralı “İştahsızlık probleminiz var mı?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 numaralı “Son zamanlarda kilo verdiniz mi?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

- (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 numaralı “Sağlığınız hakkında kaygılarınız var mı?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 numaralı “Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?” sorusunun cevap seçenekleri ve puanlaması aşağıda yer aldığı gibiydi.

(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 numaralı “Cezalandırılmanız gerektiğini mi düşünüyorsunuz?”

(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Beck depresyon Ölçeği puanları aşağıdaki şekilde sınıflandırılmış olup bu sınıflara göre istatistikler hesaplanmıştır.

1 - 10 puan arası	Normal
11 - 16 puan arası	Hafif Ruhsal Sıkıntı
17 - 20 puan arası	Sınırdaki Klinik Depresyon
21 - 30 puan arası	Orta Depresyon
31 - 40 puan arası	Ciddi Depresyon
41 ve üzeri puan	Çok Ciddi Depresyon (Hisli, 1988).

İstatiksel analiz

Demografik değişkenler bakımından kontrol grubu ile çalışma grubu arasında anlamlı fark olup olmadığını test etmek için pearson ki-kare testi uygulandı. Beck depresyon ölçeği puanları ve kategorileri bakımından kontrol grubu ile çalışma grubu arasında anlamlı fark olup olmadığını test etmek için ise parametrik test varsayımları sağlanmadığından dolayı Mann Whitney-U testi uygulandı. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmış olup test sonucu p değeri 0,05'ten büyük çıkan durumlarda gruplar arasında anlamlı fark olmadığı, p değerinin 0,05'ten küçük çıktığı durumlarda ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde tüm bireylerin demografik verileri ve beck depresyon ölçeği verileri analiz edilmiştir. Analiz sonuçları tablolarla görselleştirilmiş olup istatistik testleri yapılmıştır. Bulgular bölümü dört ayrı başlıktan oluşmaktadır. İlk başlıkta demografik değişkenler analiz edilmiştir, ikinci başlıkta beck depresyon ölçeğinde yer alan 21 ölçek, üçüncü başlıkta beck depresyon ölçeği toplam puanı ve dördüncü başlıkta ise beck depresyon ölçeği kategorileri incelenmiştir.

4.1. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Bu bölümde bireylerin demografik verileri hakkında tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış ve tablolar oluşturulmuştur. Çalışmamızda toplam 11 demografik değişkenler olup bunlar: cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara kullanma durumu, kronik rahatsızlık durumu, önceden AİK rahatsızlığı olup olmadığı olduyorsa hangi kulakta olduğu, ailede AİK tanısı olan birinin olup olmadığı ve bireylerin AİK rahatsızlığının hangi kulakta olduğu durumları incelenmiştir.

4.1.1. Cinsiyet

Aşağıda bireylerin cinsiyet değişkenine ait temel istatistikler yer almaktadır. 60 bireyden 40'ı (% 66,7) erkek iken 20'si (% 33,3) kadındır. Cinsiyete göre dağılım tablo aşağıda bulunmaktadır.

Kontrol ve çalışma gruplarına göre cinsiyet dağılımları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda sekiz kadın 22 erkek birey, çalışma grubunda ise 18 erkek 12 kadın birey bulunmaktadır. Kontrol grubunda bulunan erkek yüzdesi % 73,3 iken çalışma grubunda bu oranın % 60 olduğu görülmektedir. Gruplara göre cinsiyet dağılımına ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.1. Gruplara göre cinsiyet değişkeni istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Erkek	22	73.3	18	60
Kadın	8	26.7	12	40

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında cinsiyet oranları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.2. Yaş

Bireylerin yaşları 20-30 yaş, 31-40 yaş, 41-50 yaş ile 50 yaş ve üstü olmak üzere dört kategoriye ayrılmıştır. Aşağıda bu kategorilere göre oluşturulmuş yaş değişkenine ait temel istatistikler yer almaktadır. En fazla birey 20-30 yaş kategorisinde olup bu kategoride 33 birey bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Yaş değişkeni frekans tablosu

	n	%
20-30 yaş	33	55
31-40 yaş	15	25
41-50 yaş	9	15
51 ve üstü	3	5

Kontrol ve çalışma gruplarına göre yaş kategorileri dağılımları analiz edildiğinde ise her iki grupta da en fazla birey 20 – 30 yaş aralığında olup bu kategoride kontrol grubunda 20, çalışma grubunda 13 birey bulunmaktadır. Gruplara göre yaş değişkenine ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.3. Gruplara göre yaş değişkeni istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
20-30 yaş	20	66.7	13	43.3
31-40 yaş	7	23.3	8	26.7
41-50 yaş	2	6.7	7	23.3
51 ve üstü	1	3.3	2	6.7

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında yaş dağılımları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.3. Medeni Durum

Aşağıda bireylerin medeni durum değişkenine ait temel istatistikler yer almaktadır. 60 bireyden 41'i (% 68.3) evli iken 19'u (% 31.7) bekârdır. Medeni duruma göre dağılım tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.4. Medeni duruma göre frekans tablosu

	n	%
Evli	41	68.3
Bekâr	19	31.7

Kontrol ve çalışma gruplarına göre medeni durum dağılımları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda 18 evli 12 bekâr birey, çalışma grubunda ise 23 evli yedi bekâr birey bulunmaktadır. Kontrol grubunda bulunan evli bireylerin yüzdesi % 60 iken çalışma grubunda bu oranın % 76,7 olduğu görülmektedir. Gruplara göre medeni durum dağılımına ait tablo aşağıda bulunmaktadır

Tablo 4.5. Gruplara göre medeni durum değişkeni istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Evli	18	60	23	76.7
Bekar	12	40	7	23.3

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında medeni durum oranları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.4. Eğitim Durumu

Bireylerin eğitim durumları okur-yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, lisans, yüksek lisans ve doktora olmak üzere yedi kategoriye ayrılmıştır. Aşağıda bu kategorilere göre oluşturulmuş eğitim durumlarına ait temel istatistikler yer almaktadır. En fazla birey lisans kategorisinde olup bu kategoride 27 birey bulunmaktadır. Okur-yazar ve ortaokul mezunu kategorilerinde ise hiç birey bulunmamaktadır.

Kontrol ve çalışma gruplarına göre eğitim durumu kategorileri dağılımları analiz edildiğinde ise her iki grupta da en fazla lisans kategorisinde birey bulunmaktadır. Gruplara göre eğitim durumu değişkenine ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.6. Gruplara göre eğitim durumu değişkeni istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Okur-Yazar	0	0	0	0
İlkokul mezunu	3	10	8	26.7
Ortaokul mezunu	0	0	0	0
Lise mezunu	7	23.3	9	30
Lisans	15	50	12	40
Yüksek lisans	3	10	1	3.3
Doktora	2	6.7	0	0

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında eğitim durumu dağılımları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.5. Meslek

Bireylerin meslekleri ev hanımı, işsiz, düzenli işim yok, kamu memur, kamu işçi, işçi, özel sektör, serbest ve emekli olmak üzere dokuz kategoriye ayrılmıştır. Aşağıda bu kategorilere göre oluşturulmuş meslek durumlarına ait temel istatistikler yer almaktadır. En fazla birey kamu memur kategorisinde olup bu kategoride 13 birey bulunmaktadır.

Kontrol ve çalışma gruplarına göre meslek durumu kategorileri dağılımları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda en fazla düzenli işim yok ile kamu memur kategorilerinde, çalışma grubunda ise en fazla ev hanımı, kamu memur ve işçi kategorilerinde birey bulunmaktadır. Gruplara göre meslek değişkenine ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.7. Gruplara göre meslek değişkeni istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Ev hanımı	4	13.3	7	23.3
İşsiz	4	13.3	1	3.3
Düzenli işim yok	6	20.0	1	3.3
Kamu memur	6	20.0	7	23.3
Kamu işçi	2	6.7	1	3.3
İşçi	4	13.3	7	23.3
Özel sektör	3	10.0	4	13.3
Serbest	1	3.3	0	0.0
Emekli	0	0.0	2	6.7

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında meslek dağılımları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.6. Sigara Kullanma Durumu

Aşağıda bireylerin sigara kullanma durumu değişkenine ait temel istatistikler yer almaktadır. 60 bireyden 16'sı (% 26,7) sigara kullanırken 44'ü (% 73,3) sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanma durumuna göre dağılım tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.8. Sigara kullanma durumuna göre frekans tablosu

	n	%
Evet	16	26.7
Hayır	44	73.3

Kontrol ve çalışma gruplarına göre sigara kullanma durumları dağılımları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda 6 birey, çalışma grubunda ise 10 birey sigara kullanmaktadır. Kontrol grubunda bulunan sigara kullanan bireylerin yüzdesi %20 iken çalışma grubunda bu oranın %33,3 olduğu görülmektedir. Gruplara göre sigara kullanma dağılımına ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.9. Gruplara göre sigara kullanma durumu istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Evet	6	20	10	33.3
Hayır	24	80	20	66.7

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında sigara kullanma oranları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.7. Kronik Hastalık Durumu

Aşağıda bireylerin kronik rahatsızlık durumu değişkenine ait birey sayıları yer almaktadır. 60 bireyden dokuzunun (% 15) kronik bir rahatsızlığı varken 51'inin (% 85) kronik bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Kronik rahatsızlık durumuna göre dağılım tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.10. Kronik rahatsızlık durumuna göre frekans tablosu

	n	%
Var	9	15.0
Yok	51	85.0

Kontrol ve çalışma gruplarına göre kronik rahatsızlık durumları dağılımları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda üç bireyin, çalışma grubunda ise altı bireyin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır. Kontrol grubunda bulunan kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin yüzdesi % 10 iken çalışma grubunda bu oranın % 20 olduğu görülmektedir. Gruplara göre kronik rahatsızlık dağılımına ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.11. Gruplara göre kronik rahatsızlık durumu istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Var	3	10	6	20
Yok	27	90	24	80

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında kronik rahatsızlık oranları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.8. Daha Önce Ani İşitme Kaybı Durumu

Aşağıda bireylerin daha önce ani işitsel kaybı yaşama durumlarına ait temel istatistikler yer almaktadır. 60 bireyden dokuzunun (% 15) kronik bir rahatsızlığı varken 51'inin (% 85) kronik bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Kronik rahatsızlık durumuna göre dağılım tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.12. Daha önce Ani işitme kaybı rahatsızlığı geçirme durumuna göre frekans tablosu

	n	%
Evet	6	10
Hayır	54	90

Kontrol ve çalışma gruplarına göre daha önce AİK rahatsızlığı geçirme durumları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda daha önce AİK rahatsızlığı geçiren birey olmayıp, çalışma grubunda ise altı bireyin daha önce AİK rahatsızlığı geçirdiği görülmektedir. Gruplara göre daha önce AİK rahatsızlığı geçirme durumuna ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.13. Daha önce Ani işitme kaybı rahatsızlığı geçirme durumu istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Evet	0	0	6	20
Hayır	30	100	24	80

4.1.9. Daha Önceden Geçirdiğiniz Ani İşitme Kaybı Rahatsızlığınız Hangi Kulağınızda Oldu?

Kontrol grubunda daha önceden AİK rahatsızlığı geçiren birey olmazken çalışma grubunda altı bireyin AİK rahatsızlığı geçirdiğini tespit etmiştik. Bu altı bireyin geçirmiş olduğu AİK rahatsızlığının hangi kulakta olduğuna dair yapılan inceleme sonucunda oluşturulan tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.14. Daha önce geçirilen Ani işitme kaybı rahatsızlığının hangi kulakta olduğu istatistikleri

	n	%
Sağ Kulak	1	16.7
Sol Kulak	3	50.0
Her iki Kulak	2	33.3

Daha önce AİK rahatsızlığı geçiren altı bireyden biri sağ kulakta, üçü sol kulakta ve ikisi ise her iki kulakta da AİK rahatsızlığı geçirmiştir.

4.1.10. Ailede Ani İşitme Kaybı Tanısı Konma Durumu

Aşağıda bireylerin ailesinde AİK tanısı konma durumlarına ait temel istatistikler yer almaktadır. 60 bireyden ikisinin (% 6,7) ailesinde AİK tanısı konan birey bulunmamaktadır. Ailede AİK tanısı konma durumuna göre dağılım tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.15. Ailede Ani işitme kaybı tanısı konma durumuna göre frekans tablosu

	n	%
Var	2	10
Yok	58	90

Kontrol ve çalışma gruplarına göre ailesinde AİK tanısı konma durumları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda ailesinde AİK tanısı konan birey olmayıp, çalışma grubunda ise iki bireyin ailesinde AİK tanısı konan birey olduğu görülmektedir. Gruplara göre ailesinde AİK tanısı konma durumuna ait tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.16. Ailede Ani işitme kaybı tanısı konma durumu istatistikleri

	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu	
	n	%	n	%
Var	0	0	2	6.7
Yok	30	100	28	93.3

Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında ailede ani işitme kaybı tanısı konma oranları bakımından anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$)

4.1.11. Ani İşitme Kaybı Rahatsızlığı Kulak Durumu

Aşağıda bireylerin AİK rahatsızlığını hangi kulakta yaşadığına ait temel istatistikler yer almaktadır. 60 bireyden 13'ü sağ kulağında, 16'sı sol kulağında biri ise her iki kulakta da AİK rahatsızlığı yaşamaktadır. AİK rahatsızlığının hangi kulakta yaşandığına dair dağılım tablo aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.17. Ani işitme kaybı rahatsızlığının yaşandığı kulak durumuna göre frekans tablosu

	n	%
Sağ Kulak	13	43.3
Sol Kulak	16	53.3
Her iki Kulak	1	3.3

Kontrol ve çalışma gruplarına göre AİK rahatsızlığının yaşandığı kulak durumları analiz edildiğinde ise kontrol grubunda AİK rahatsızlığı yaşayan birey olmayıp, çalışma grubundaki tüm bireyler AİK rahatsızlığı yaşamaktadır.

4.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ DEĞİŞKENLERİ

Bu bölümde bireylerin Beck depresyon ölçeği değişkenleri hakkında tanımlayıcı istatistikler ve tablolar bulunmaktadır.

4.2.1. Kendinizi Nasıl Hissetmektesiniz?

Tablo 4.18. Gruplara göre kendinizi nasıl hissetmektesiniz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Üzgün ve sıkıntılı değilim	25	15	p: 0,006
Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.	5	15	
Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum	0	0	
O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının kendinizi nasıl hissetmektesiniz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 83,3 oranında kendilerini iyi hissederken çalışma grubunda % 50 oranında kendilerini iyi hissetmektedirler. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kendini iyi hissetmektedir cevabını verdiğini söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.2. Gelecek Hakkında Beklentileriniz Nelerdir?

Tablo 4.19. Gruplara göre gelecek hakkında beklentileriniz nelerdir?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim	26	22	p: 0,464
Gelecek için karamsarım	3	5	
Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok	1	2	
Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor	0	1	

Beck depresyon skalasının gelecek hakkında beklentileriniz nelerdir sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 86,7 oranında gelecek hakkında umutlu iken çalışma grubunda % 73,3 oranında gelecek hakkında umutludurlar. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu gelecek hakkında umutsuz ve karamsar olma ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.3. Başarısız Olduğunuzu Düşünüyor musunuz?

Tablo 4.20. Gruplara göre başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum	29	24	p: 0,075
Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.	1	4	
Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.	0	2	
Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 96,7 oranında başarılı olduğunu düşünürken çalışma grubunda % 80 oranında başarılı olduğunu düşünmektedir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu kendini başarısız biri olarak görme ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.4. Yaptığınız İşlerden Zevk Alıyor musunuz?

Tablo 4.21. Gruplara göre yaptığınız işlerden zevk alıyor musunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.	24	16	p: 0,113
Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.	5	12	
Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.	0	1	
Her şeyden sıkılıyorum.	1	1	

Beck depresyon skalasının yaptığınız işlerden zevk alıyor musunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 80 oranında yaptığı işlerden zevk alırken çalışma grubunda % 53,3 oranında yaptığı işlerden zevk almaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu yaptığı işlerden zevk alma ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.5. Kendinizi Suçlu Hissettiğiniz Oluyor mu?

Tablo 4.22. Gruplara göre kendinizi suçlu hissettiğiniz oluyor mu?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	P
Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.	25	20	p: 0,259
Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.	5	9	
Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.	0	1	
Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının kendinizi suçlu hissettiğiniz oluyor mu sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 83,3 oranında kendini suçlu hissetmezken çalışma grubunda % 66,7 oranında kendini suçlu hissetmemektedir. . Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu kendini suçlu hissetme ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.6. Kendiniz Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?

Tablo 4.23. Gruplara göre kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	P
Kendimden memnunum.	28	21	p: 0,041
Kendimden pek memnun değilim.	1	7	
Kendime kızgınım.	1	2	
Kendimden nefret ediyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 93,3 oranında kendinden memnun iken çalışma grubunda % 70,0 oranında kendinden memnundur. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kendinden memnun olduğunu söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.7. Hataları Kendinizde mi Arıyorsunuz?

Tablo 4.24. Gruplara göre hataları kendinizde mi arıyorsunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.	27	20	p: 0,070
Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.	3	8	
Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.	0	2	
Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının hataları kendinizde mi arıyorsunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 90 oranında hataları kendinde aramazken çalışma grubunda % 66,7 oranında hataları kendinde aramamaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu hataları kendinde arama ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.8. Kendinizi Öldürmek Gibi Düşünceleriniz Var mı?

Tablo 4.25. Gruplara göre kendinizi öldürmek gibi düşünceleriniz var mı?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.	29	26	p: 0,273
Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.	1	3	
Kendimi öldürmek isterdim.	0	1	
Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	0	0	

Beck depresyon skalasının kendinizi öldürmek gibi düşünceleriniz var mı sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 96,7 oranında kendini öldürme düşüncesi bulunmazken çalışma grubunda % 86,7 oranında kendini öldürme düşüncesi bulunmamaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu kendini öldürme isteği ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.9. İcinizden Ağlamak Geliyor mu?

Tablo 4.26. Gruplara göre icinizden ağlamak geliyor mu?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
İcinizden ağlamak geldiği pek olmuyor.	19	9	p: 0,006
Zaman zaman icinizden ağlamak geliyor.	11	15	
Çoğu zaman ağlıyorum.	0	5	
Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.	0	1	

Beck depresyon skalasının icinizden ağlamak geliyor mu sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 63,3 oranında icinizden ağlamak gelmezken çalışma grubunda % 30 oranında icinizden ağlamak gelmemektedir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla ağlamak istediklerini söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.10. Her Şeye Sinirleniyor musunuz?

Tablo 4.27. Gruplara göre herşeye sinirleniyor musunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.	22	13	p: 0,013
Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.	4	15	
Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.	1	0	
Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.	3	2	

Beck depresyon skalasının her şeye sinirleniyor musunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 73,3 oranında sinirli değilken çalışma grubunda % 43,3 oranında sinirli değildir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok sinirlendiklerini söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.11. İnsanlarla Görüşmek İstemiyor musunuz?

Tablo 4.28. Gruplara göre insanlarla görüşmek istemiyor musunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.	27	22	p: 0,170
Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.	3	7	
Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.	0	1	
Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının insanlarla görüşmek istemiyor musunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 90 oranında insanlarla görüşme isteği varken çalışma grubunda % 73,3 oranında insanlarla görüşme isteği bulunmaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu insanlarla görüşme isteği ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.12. Kararsız Olduğunuzu Düşünüyor musunuz?

Tablo 4.29. Gruplara göre kararsız olduğunuzu düşünüyor musunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.	28	24	p: 0,153
Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.	2	4	
Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.	0	2	
Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının kararsız olduğunuzu düşünüyor musunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 93,3 oranında kararsız olmadığını düşünürken çalışma grubunda % 80,0 oranında kararsız olmadığını düşünmektedir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu kararsız olma ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.13. Dış Görünüşünüz Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?

Tablo 4.30. Gruplara göre dış görünüşünüz hakkında ne düşünüyorsunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	P
Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.	29	24	p: 0,017
Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.	0	4	
Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.	0	2	
Kendimi çok çirkin buluyorum	1	0	

Beck depresyon skalasının dış görünüşünüz hakkında ne düşünüyorsunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 96,7 oranında farklı görünmediğini düşünürken çalışma grubunda % 80 oranında farklı görünmediğini düşünmektedir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde her zamankinden farklı göründüklerini düşündüklerini söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.14. İş Yapmakta Güçlük Çekiyor musunuz?

Tablo 4.31. Gruplara göre iş yapmakta güçlük çekiyor musunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.	28	17	p: 0,004
Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.	1	9	
Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.	1	4	
Artık hiçbir iş yapamıyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının iş yapmakta güçlük çekiyor musunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 93,3 oranında iş yaparken güçlük çekmezken çalışma grubunda % 56,7 oranında iş yaparken güçlük çekmemektedir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok iş yapmakta güçlük çektiklerini söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.15. Uyku Probleminiz Var mı?

Tablo 4.32. Gruplara göre uyku probleminiz var mı?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Uykum her zamanki gibi.	26	14	p: 0,005
Eskisi gibi uyuyamıyorum.	1	9	
Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.	2	5	
Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.	1	2	

Beck depresyon skalasının uyku probleminiz var mı sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 87,7 oranında uyku problemi bulunmazken çalışma grubunda % 46,7 oranında uyku problemi bulunmamaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok uyku probleminin olduğunu söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.16. Kendinizi Yorgun mu Hissediyorsunuz?

Tablo 4.33. Gruplara göre kendinizi yorgun mu hissediyorsunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.	22	12	p: 0,018
Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.	8	15	
Her şey beni yoruyor.	0	3	
Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının kendinizi yorgun mu hissediyorsunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 73,3 oranında kendini yorgun hissetmezken çalışma grubunda % 40 oranında kendini yorgun hissetmemektedir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok yorgun hissettiklerini söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.17. İştahsızlık Probleminiz Var mı?

Tablo 4.34. Gruplara göre iştahsızlık probleminiz var mı?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
İştahım her zamanki gibi.	29	22	p: 0,018
Eskisinden daha iştahsızım.	1	5	
İştahım çok azaldı.	0	3	
Hiçbir şey yiyemiyorum.	0	0	

Beck depresyon skalasının iştahsızlık probleminiz var mı sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 96,7 oranında iştahsızlık problemi bulunmazken çalışma grubunda % 73,3 oranında iştahsızlık problemi bulunmamaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok iştahsızlık probleminin olduğunu söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.18. Son Zamanlarda Kilo Verdiniz mi?

Tablo 4.35. Gruplara göre son zamanlarda kilo verdiniz mi?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Son zamanlarda zayıflamadım.	28	26	p: 0,436
Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.	2	3	
Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.	0	0	
Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.	0	1	

Beck depresyon skalasının son zamanlarda kilo verdiniz mi sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 93,3 oranında zayıflamamışken çalışma grubunda % 86,7 oranında zayıflamamıştır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol

grubu kilo verme ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.19. Sağlığınız Hakkında Kaygılarınız Var mı?

Tablo 4.36. Gruplara göre sağlığınız hakkında kaygılarınız var mı?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.	28	26	p: 0,079
Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.	2	3	
Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.	0	0	
Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.	0	1	

Beck depresyon skalasının sağlığınız hakkında kaygılarınız var mı sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 93,3 oranında sağlığı ile ilgili kaygısı bulunmazken çalışma grubunda % 86,7 oranında sağlığı ile ilgili kaygısı bulunmamaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubu sağlığı hakkında kaygılı olma ile ilgili hasta grubundan istatistiksel olarak farklı bir şey söylemedi. ($p > 0,05$)

4.2.20. Cinsel İsteğinizde Bir Değişiklik Oldu mu?

Tablo 4.37. Gruplara göre cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.	30	22	p: 0,002
Eskisine oranla sekse ilgim az.	0	0	
Cinsel isteğim çok azaldı.	0	6	
Hiç cinsel istek duymuyorum.	0	2	

Beck depresyon skalasının cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 100 oranında cinsel isteğinizde bir değişiklik olmazken çalışma grubunda % 73,3 oranında cinsel isteğinizde bir değişiklik bulunmamaktadır. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla cinsel isteklerinde azalma olduğunu söyledi. ($p < 0,05$)

4.2.21. Cezalandırılmanız gerektiğini mi düşünüyorsunuz?

Tablo 4.38. Gruplara göre cezalandırılmanız gerektiğini mi düşünüyorsunuz?

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	P
Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.	29	22	p: 0,021
Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.	1	6	
Cezamı çekmeyi bekliyorum.	0	0	
Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.	0	2	

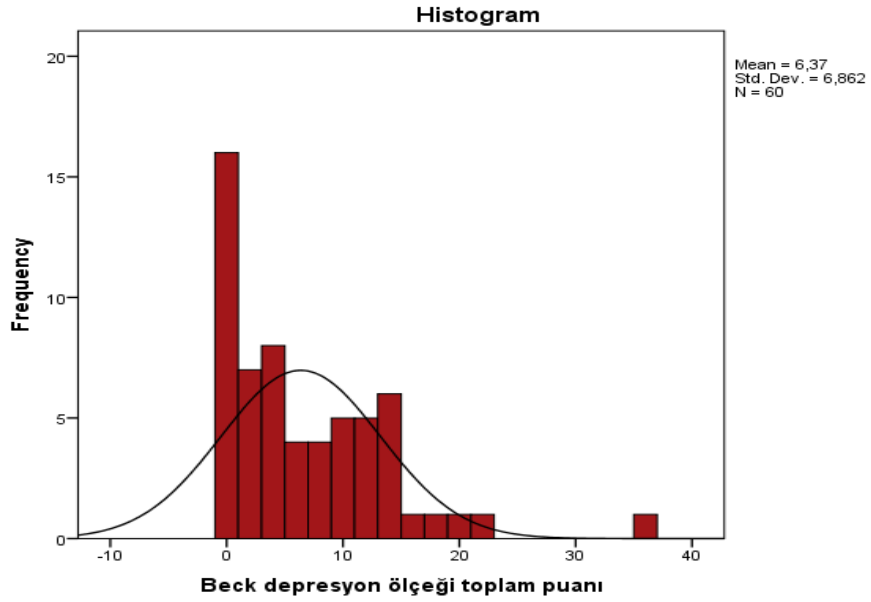
Beck depresyon skalasının cezalandırılmanız gerektiğini mi düşünüyorsunuz sorusuna verilen cevap kontrol grubunda % 96,7 oranında cezalandırılması gerektiğini düşünmemekte iken çalışma grubunda % 73,3 oranında cezalandırılması gerektiğini düşünmemektedir. Hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında; hasta grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla cezalandırılmaları gerektiğini düşündüklerini söyledi. ($p < 0,05$)

4.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN İNCELEMESİ

Tablo 4.39. Beck depresyon ölçeği toplam puan istatistikleri

n	60
Ortalama	6.37
Ortanca	4.00
Tepe Değeri	0.0
Minimum	0.0
Maksimum	35.0
Standart Sapma	6.86

Şekil 4.1. Beck depresyon ölçeği toplam puan histogram grafiği



Tablo 4.40. Gruplara göre beck depresyon ölçeği toplam puanı hakkında temel istatistikler

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
n	30	30	0,000
Ortalama	3.10	9.63	
Ortanca	0.00	8.50	
Tepe Değeri	0	4	
Minimum	0	1	
Maksimum	13	35	
Standart Sapma	4.33	7.42	

Gruplara göre beck depresyon ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda beck depresyon ölçeği toplam puanları 0 ile 13 arasında değişirken çalışma grubunda bir ile 35 arasında değişmektedir. Beck depresyon ölçeği puanı kontrol grubunda ortalama 3.10 iken çalışma grubunda ortalama 9.63'tür. Çalışma grubunun beck depresyon puanı kontrol grubuna göre ortalama olarak 6.53 daha fazladır. Kontrol grubu ve çalışma grubu karşılaştırıldığında çalışma grubunun beck depresyon envanteri skoru istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,05$)

4.4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KATEGORİLERİ İNCELENMESİ

Beck depresyon ölçeği toplam puanları aşağıda belirtilen şekilde sınıflandırılmış olup her sınıfa giren birey sayısı ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Gruplar arası karşılaştırma yapmak için gruplara göre istatistikler de ayrıca hesaplanmıştır.

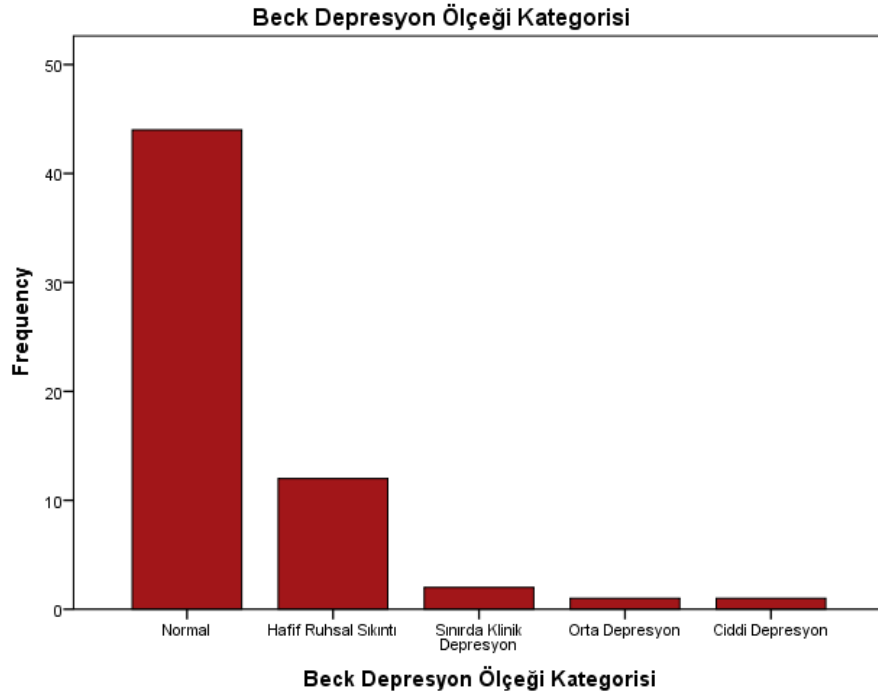
Tablo 4.41. Gruplara göre beck depresyon ölçeği kategorileri

Kategori	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Tüm Bireyler
Normal (1 – 10 puan arası)	27 (% 90,0)	17 (% 56,7)	44 (% 73,3)
Hafif Ruhsal Sıkıntı (11 – 16 puan arası)	3 (% 10,0)	9 (% 30,0)	12 (% 20,0)
Sınırdaki Klinik Depresyon (17 – 20 puan arası)	-	2 (% 6,7)	2 (% 3,3)
Orta Depresyon (21 – 30 puan arası)	-	1 (% 3,3)	1 (% 1,7)
Ciddi Depresyon (31 - 40 puan arası)	-	1 (% 3,3)	1 (% 1,7)
Çok Ciddi Depresyon (41 ve üzeri puan)	-	-	-

Yukarıdaki tabloya göre kontrol grubu bireylerde 27 birey normal ve üç birey hafif ruhsal sıkıntı kategorisinde bulunmakta iken diğer kategorilerde hiç birey bulunmamaktadır. Çalışma grubunda ise 17 birey normal, dokuz birey hafif ruhsal sıkıntı, iki birey sınırdaki klinik depresyon, bir birey orta depresyon ve bir birey ciddi depresyon kategorisinde bulunmaktadır. Çalışmamızda çok ciddi depresyon

kategorisinde birey bulunmamaktadır. Aşağıda ise tüm bireylerin kategorilere göre dağılımının bulunduğu çubuk grafik yer almaktadır.

Şekil 4.2. Beck depresyon ölçeği çubuk grafiği



Beck depresyon ölçeği kategorileri bakımından kontrol grubunda % 90 oranında normal birey bulunurken çalışma grubunda % 56,7 oranında normal birey bulunmaktadır. AİK çalışma grubunda beck depresyon ölçeği kategorilerine göre depresyon grubunda olanlar istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir. ($p < 0,05$)

5. TARTIŞMA

Tanım olarak AİK, üç gün içerisinde veya daha kısa zamanda aniden gelişen, ard arda en az üç frekansı tutan, en az 30 dB ve üzerindeki sensorinöral işitme kaybıdır. Etyolojisinde pek çok şey olduğu söylenmektedir. Bizim bu çalışmadaki amacımız AİK olanların depresyonda olup olmadığını araştırdık ve beck depresyon skalası ile yaptığımız değerlendirme sonucunda AİK kayıplı hastalarda beck depresyon skalası skorunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi.

Depresyon akıl sağlığı alanında günümüzde sıklıkla karşımıza çıkan bir sorundur. Öyle ki depresyon akıl sağlığı alanında soğuk algınlığı olarak değerlendirilmektedir. Depresyon genellikle bir başka hastalıkla maskelendiğinde baskılanır. İntihar eden birçok hastada kısa bir süre önce bir doktora gittiği ve doktorların hastadaki depresyonu fark etmediği bilinmektedir. Depresyon teşhisinde hastalığın derecesini belirlemede objektif yöntemlerin olması gerekmektedir. Batıda yapılmış çeşitli araştırmalarda en sık sözü edilenlerden birisi beck depresyon envanteridir (Burkart, 1984). Beck depresyon envanteri DSM – 111 standartları ile en iyi uyum gösteren bir test olduğu bilinmektedir (Bellack, 1981).

Beck depresyon envanterinin geçerliliği ve standardizasyonu için dünya üzerinde birçok çalışmalar yapılmıştır (Hisli, 1988). Bu çalışmalardan bir tanesi de ülkemizde Ege Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Toplam 259 öğrenci çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılanların yaş aralığının 17 - 23 olması bizim çalışmamızın standardizasyona uygun olması açısından önemlidir. Yapılan bu çalışmada beck depresyon envanterinden elde edilen faktör yapısında aynı üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Hisli, 1988). Beck depresyon envanteri çalışması dünya üzerinde birçok farklı ülkede işitme kayıpları, tinnitus, vertigo, santral sinir sistemi hastalıkları ve sistemik hastalıklara karşı etkilenimini araştırmada birçok çalışmaya konu olmuştur.

Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı bizim çalışmamıza referans olan çalışmalardan bir tanesi de Presbiakuziye eşlik eden sensorinöral işitme kayıplı hastalarda depresyon sıklığının değerlendirildiği çalışmadır (Şimşek ve Karataş, 2012). Çalışmaya toplam 60 hasta katılmıştır. 30 kişi çalışma grubu, 30 kişi de kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda presbiakuzi kişinin anksiyetesi ve depresyon sıklığı üzerinde olumsuz etkisinin olduğu gözlemlendi. Bu

çalışmanın bizim çalışmamızdan eksi yanı yaşlılığın verdiği anksiyete ve psikolojik durumun çalışmayı doğrudan etkileyebilmesidir. Bizim çalışmamızda ise bu etken yoktur. Çalışmamıza presbiakuzili hastaları almayarak bu etkeni saf dışı etmiş olduk.

Doğan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada işitme kayıplı çocukların aileleri üzerinde beck depresyon envanteri kullanılmıştır (Doğan, 2010). Çalışmaya toplam 460 aile katılmıştır. 230 aile işitme kaybı olan çocukların aileleri olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada işitme kaybı olan çocukların ailelerinde ciddi psikolojik deviyasyon ve psikolojik kaygı varlığı tespit edilmiştir.

Çalışmanın sonucunda işitme kayıplı çocuğa sahip ailelerde yeni sosyo-kültürel yapılanmaya gidilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu çalışma ile bizim yaptığımız çalışmanın en belirgin farkı çalışmanın taraflarının farklılığıdır. Bizim çalışmamızın en önemli değişkeni kişinin ailesiyle dolaylı değil, kendisiyle direk çalışmamızdır. Beck depresyon ölçeği ülkemizde kullanıldığı gibi pek çok dünya ülkesinde de kullanılmaktadır. Serdman ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada işitme kaybının hamile kadınlar üzerindeki olumsuz etkileri araştırılmıştır (Serdman et al., 2002).

Çalışmaya doğum kilosu 1500 gr'dan az olan yeni doğum yapan anneler ile 37 hafta ve üzeri yeni doğum yapmış olan anneler dâhil edilmiştir. Düşük doğum kilosu yeni doğmuş çocuklarda işitme taramasındaki en yüksek başarısızlık sebeplerinden biri olarak gözlemlenmiştir. Yeni doğan enfeksiyonlarında aminoglikozit grubu ilaç kullanımı işitme kaybı için olumsuz etkilerinden dolayı bu tedavi yönteminin değiştirilmesi gerekmektedir.

O yüzden bu yöntem kalıcı işitme kaybına risk faktörü olarak etki edebilir. Doğum yapan kadınlarda Beck depresyon skalasının kontrol grubundaki kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki bir dezavantaj ise işitme kaybının yanında hamilelik etkeninin bulunması olmuştur. Bizim çalışmamızda bu etken ortadan kaldırmak amacıyla hamile bireyler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu da çalışmamızın sonuçlarının daha anlamlı ve etkin olmasını sağlamıştır.

İşitme kaybı günümüzde tüm insan organizmasında etkili bir soruna neden olmaktadır. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ani işitme kaybının insan psikolojisinin üzerinde yapmış olduğu olumsuz etki araştırılmış ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. İşitme kaybı sadece fizyolojik değil psikolojik olarak da önemli ciddi sorunlar ortaya koymaktadır. Bunu kanıtlayan çalışmalardan bir tanesi ülkemizde

yapılan ani işitme kayıplı hastaların vücut sıvıları üzerindeki etkilerin araştırıldığı çalışmadır. İlancıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada işitme kaybının insan vücudundaki ürik asit üzerinde anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir (İlancıoğlu, 2014).

Bizim çalışmamızda fizyolojik etkenlerin değil de psikolojik varyansların ortaya koyması açısından sonuçların daha restrospesifik bir durumun karşımıza çıkmasına neden olmaktadır. Yapılan bu çalışmayla ani işitme kaybının vasküler ve fizyolojik olmadığı bunun yanında psikolojik bir etkilenmenin de olabileceği bildirilmiştir. Her ne kadar biz burada ani işitme kayıplı hastalarda depresyon olup olmadığını araştırırsak da bu durum neden sonuç ilişkisi içerisinde de olabilir. Hastaların bir kısmı önceden depresyonda olup buna bağlı olarak depresyonun yaptığı vücuttaki hormonal ve serotonerjik nörotransmitter düzeyindeki değişikliklere bağlı olarak iç kulakta bir etkilenme olmuş olabilir. AİK rahatsızlığı buna bağlı da gelişebilir. Bu nedenle daha detaylı randomize kontrollü geniş hasta gruplu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ani işitme kaybı değerlendirmelerinde genelde daha objektif makinalarda (saf ses odyometrisi, timpanometri, otoakustik emisyon, ABR) teşhisin konulması ve bu testlerin bazılarında sadece hasta yanıtına göre şekillenmesi tanıyı zorlaştırmaktadır. Kliniklere ani işitme kaybı şikâyetiyle başvuran hastaların işitme kaybının aniden mi yoksa daha önceden var olan bir işitme kaybı olup olmadığı bilinmemektedir. Sadece hasta şikâyetiyle tanı ve tedaviye geçilmektedir. Ani işitme kaybı değerlendirmeleri hastadan alınan anamnez, radyolojik testler, odyometrik testler ile ayırt edilirken bizim yapmış olduğumuz çalışmayla psikolojik bir takım testlerle de oluşturulabilecek bir standart sonucu bizim teşhis ve tedavi sonrası planlamamıza yardımcı olacaktır.

Kara ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ani işitme kaybının tedavisinde kullanılan steroidlerin komplikasyonlarına açıkça yer verilmiştir (Kara, 2008). En belirgin yan etkilerinin başında santral sinir sistemi rahatsızlıkları vardır. Bunlardan en başta geleni konvülsiyon eşliğinde azalma, depresyon, intrakraniyal basınç artışıdır. Kardiyovasküler sistemde kalp debisi ve damar tonusundaki artış, hipertansiyon, çizgili kaslarda erime, eritrosit, polimorf nüveli lökosit ve trombosit artışı gibi yan etkilerinin görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmanın sonucunda ise ani işitme kaybında kullanılan steroid tedavisinin kanıtlanmış tek tedavi yöntemi olduğu

ve bu tedavi bağlı çeşitli sorunlarında ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Bizim yapmış olduğumuz bir çalışmada da bu bilgiyi kuvvetlendirmektedir.

Küçükkaya ve arkadaşlarının yaptığı steroid tedavi ve etkinliği isimli çalışma, toplam 60 ani işitme kaybı geçiren hasta üzerinde yapılmıştır (Küçükkaya, 2008). Çalışma sonucunda ani işitme kaybı tedavisin de kullanılan steroidlerin dozunun çok önemli olduğu bildirilmiştir. Steroid dozunun azalması ile birlikte semptomlarda da azalma olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada steroidlerin kardiyovasküler ve santral sinir sistemi rahatsızlıklarında olumsuz etkilerinin olduğu ispatlanmıştır. Çalışmamıza dahil edilen hastaların tedavilerinde tek bir steroid dozu kullanmamız çalışmamızın geçerliliğini kuvvetlendirmektedir.

Ani işitme kaybının tedavisinde kullanılan steroid tedavisinin kanıtlanmış tek tedavi yöntemi olduğunu gösteren diğer bir çalışma ise Erdem Özel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmadır (Özel ve diğ., 2014). Çalışmada Ani işitme kaybı geçiren hastalara steroid tedavi uygulanmış ancak farklı dozlarda çalışmanın daha net ve objektif sonuçlar vereceği bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmada ani işitme kaybı etyolojisinin tam bilinmesi daha sonra yapılacak çalışmalarda bize yardımcı olacağı söylenmiştir.

Beck depresyon ve işitme bağlantısının araştırıldığı birçok çalışma vardır. Bunlardan bir tanesi Newman ve arkadaşlarının yapmış olduğu işitme kaybı ve buna bağlı tinnitusun insan psikolojisi üzerindeki etkisinin beck depresyon envanteri ile araştırılmasıdır (Newman, 2010). Çalışmaya 75 gönüllü katılmıştır. Çalışmanın sonucunda ise tinnitusu olan hastaların işitme kaybı olan katılımcılara göre daha az etkilendiği görülmüştür. İşitme kaybı insan psikolojisi üzerine tinnitustan daha etkili olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda beck depresyon skorları AİK hastalarımızda daha yüksek bulunmuştur, ama bizim grubumuzda hasta grubu daha azdır.

Salonen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yaşlılığa bağlı sensorinöral işitme kaybının beck depresyon envanteri ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır (Salonen et al., 1998). Bu çalışmaya yaşları 70 ve üzeri katılımcıların dahil edilmesi diğer bazı problemleri akla getirmektedir. Yaşlılığın getirmiş olduğu santral problemler çalışmanın güvenilirliğini azaltmıştır. Bizim çalışmamızda

geriatrik gruptaki katılımcıların dâhil edilmemesi çalışmamızın güvenilirliğini artırmıştır.

George ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yaşlı tinnitus hastalarındaki uyku şikâyetlerini araştırmışlardır(George et al., 1995). Araştırma 102 hasta üzerinde yürütülmüştür (51 tinnituslu 51 kontrol vakası). Tinnituslu hasta grubunun daha fazla işitme kaybı olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda olduğu gibi tinnitüsü olan hastalarının kontrol grubuna göre beck depresyon skorlarında daha çok uyku kalitesindeki bozukluğun anlamlı olarak yüksek olduğu izlenmiştir.

AİK öncesinde Beck depresyon sonuçları olmadığı için bir karmaşa olabilir. Diğer çalışmalar da bunu çözmek üzerine daha fazla hasta gruplarıyla çalışılabilir. Bu hastalarda antidepresan ilaç kullanımı ve kognitif davranışsal terapiler cevabı konusunda araştırma yapılabilir. İleriki çalışmalar bunu değerlendirmeye yönelik olmalıdır.

Çalışmamıza 18 - 60 yaş aralığındaki gönüllü katılımcıları alarak yaşlanmaya bağlı prespiakuzi ve diğer ek durumları ortadan kaldırmış, engellemiş olduk. Katılımcılara beck depresyon anketinin yanı sıra sosyo demografik bilgileri içeren ve sigara kullanma durumu, önceden ani işitme kaybı yaşanıp yaşanmadığı ile ilgili bilgileri içeren anket uyguladık. Hastaların tamamına standart tedavi uygulaması yaparak ilaca bağlı farklılıkları ortadan kaldırmış olduk. Bu standardizasyon sonuçların daha güvenilir olmasını sağlaması açısından çok önemli bir etkendi.

6. SONUÇ

Çalışmamızda kontrol grubu ile AIK'lı iki grup vardı. Kontrol grubu bireylerde 27 birey normal ve üç birey hafif ruhsal sıkıntı kategorisinde bulunmakta iken diğer kategorilerde hiç birey bulunmadığı, çalışma grubunda ise 17 birey normal, dokuz birey hafif ruhsal sıkıntı, iki birey sınırda klinik depresyon, bir birey orta depresyon ve bir birey ciddi depresyon kategorisinde bulunduğu görüldü.

Çalışmamızda çok ciddi depresyon kategorisinde birey bulunmadığı gözlemlendi. Çalışma grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında çalışma grubundaki beck depresyon envanter skorlarının anlamlı olarak kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu bilgiler doğrultusunda bizim yapmış olduğumuz bu çalışmanın farklı değerlendirme ölçekleriyle, daha fazla hasta grubuyla yapılması daha etkili çalışmalar yapmak için uygun olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

Akkaş B., “Ani İşitme Kaybı Olgularında Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Etkinliği”, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1996.

Akyıldız N., *Ani Sağırlıklar, İn: Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi*, Bilimsel Tıp Yayınevi, c.2, Ankara, 2002.

Anadolu Y., Esmer M., “Ani İşitme Kayıplarında Ürografın Tedavisi”, *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, c.1, 1993, ss.1-4.

Arslan A., Değer K., Kayhan V., “Ani İşitme Kayıpları”, *Türk Otolarengoloji Arşivi*, c.29, 1990, ss.191-192.

Bellack and Burns, “Social Skills Training Compared With Pharmacotherapy Psychotherapy in the Treatment of Depression”, *Am Journal of Paych*, c.12, S.138, 1981-1982, ss.1562-1567.

Burkhart, BR., “1984 the Measurement of Depresyon: Enhancing the Predictive Validity of the BDI”, *Journal of Psychology*, c.6, S.40, ss.1368-1372.

Ce P., Gedizoğlu M., Gelal F., Çoban P., Özbek G., “Avascular necrosis of bones: an overlooked complication of pulse steroid treatment of multiple sclerosis”, *European Journal of Neurology*, c.13, 2006, ss.857-861.

Ceylan T., Sayılğan M. A., *Depresyonla Başaçıkma Yolları*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1994.

Çelik O., Gök Ü., Yalçın S., Yanık H., Hançer A., Susaman N., “Ani İşitme Kayıplı Hastalarımızın Retrospektif Analizi”, *KBB İhtisas Dergisi*, c.4, S.1, 1997.

Çimşit M., “Hiperbarik Oksijenin Kullanım Alanları”, *Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Dergisi*, Hiperbarik Oksijenasyon Simpozyumu Özel Sayısı, c.2, S.1, 1984, ss.8-15.

Dedeoğlu S., “Ani İşitme Kayıplı Hastalarda İmmunolojik ve Viral Faktörlerin Etyolojideki Önemi”, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2012.

Doğan, M., “İşitme Engelli Çocuğu Olan ve Olmayan Ana-Babaların Stres, Depresyon ve Sürekli Kaygı Belirtileri Yönünden Karşılaştırılması”, *International Journal of Early Childhood Special Education*, c.2, S.3, 2010.

Dökmeci İ., *Vitaminler, İn: Farmakoloji İlaç Uygulamalarında Temel İlkeler*, Nobel Tıp Kitabevleri, 1992.

Düzer S., “İdiyopatik Ani İşitme Kayıplarında Serum Anti-Isı Şok Protein-70 ve Paraoksonaz Düzeylerinin Prognozla Olan İlişkisi”, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2009.

Ermış E., “Kadın Sığınma Evinde Kalan ve Kalmayan Kadınlarda Benlik Saygısı, Depresyon Düzeyi ve Psikosomatik Belirtiler: Bursa İli Örneği”, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

George, F., “Once-Daily Dosing Of Aminoglycosides”, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* C.14, S.12, 1995, ss.1029-1038.

Gökçakan N., “Çeşitli Derecelerdeki Depresyonun Giderilmesinde Beck’in Bilişsel Terapisinin Etkinliğinin İncelenmesi”, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Trabzon, 1997.

Günbay S., Yüçetürk A.V., Kandiloğlu A. R., *Oral Kavitenin Mukozal Lezyonları*, Turgut Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul, 2002.

Gürsel B., Kılıç R., *Sensorinöral İşitme Kayıpları*, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002.

Hisli N., “Depresyonda Bilişsel Süreçler: Beck Modeline Göre Bir İnceleme”, *Psikoloji Dergisi*, S.21, 1987, ss.117-123.

Hisli N., “Beck Depresyon Anketinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma”, *Psikoloji Dergisi*, S.22, 1988, ss.118-126.

Hisli N., “Beck Depresyon Anketinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği ve Güvenirliği”, *Psikoloji Dergisi*, S.23, ss.3-13.

İlancıoğlu A. M., “Ani İşitme Kaybı Hastalarında Ürik Asit ile Diğer Biyokimyasal, Hematolojik ve Prognostik Parametrelerin Analizi”, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Trabzon, 2014.

İmamoğlu M., Çiftçi A., “Ani İşitme Kayıpları”, *T Klin Tıp Bilimleri Dergisi*, c.11, 1991, ss.150-154.

İnanlı S., Polat Ş., Tutkun A., Batman Ç., Üneri C., Şehitoğlu M. A., “Ani İşitme Kayıplı Olgularımızda Tedavi ve Prognozun Retrospektif Analizi”, *Türk Otolaringoloji Arşivi*, c.40, S.3, 2002, ss.196-200.

İnci E., Mamak A., Cansız H., Güçlü E., Güvenç M., Banitahmaseb S., Yılmaz S., “Ani İşitme Kaybında Risk Faktörleri”, *Türk Otolarengoloji Arşivi*, c.41, S.3, 2003, ss.151-155.

Kaplan Y., “Ani İşitme Kayıplı Hastalarda Prognostik Faktörler ve Tedavi Sonuçlarımız”, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Şubat, 2009.

Kaplan Y., Ülkümen B., Kanlıkama M., “Ani İşitme Kaybında Prognostik Faktörlerin Değerlendirilmesi”, *Klinik Çalışma Dergisi*, c.23, S.2, 2012, ss.84-90.

Kara E., “Ani İşitme Kaybında İntratimpanik ve Sistemik Steroid Tedavisinin Karşılaştırılması”, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, 2008.

Katırcıoğlu S., Karatay C., “Akut İşitme Kayıplarında Yeni Tedavi Protokolleri”, *KBB Dergisi*, c.2, 1991, ss.79-82.

Kayaalp S. O., *Suda Çözünen Vitaminler, İn: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji*, Feryal Matbaacılık, 3. Baskı, c.3, 1993.

Koç C., *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi*, Güneş Kitapevi, 2. Baskı, Ankara, 2013.

Koyuncu M., *Erişkinlerde Sensorinöral İşitme Kayıpları*, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002.

Köknel Ö., *Depresyon, Ruhsal Çöküntü*, Altın Kitapları Yayınevi, İstanbul, 1989.

Küçükkaya İ., “Ani İşitme Kaybı Tedavisinde Yüksek Doz Steroid Kullanımının Tedaviye Etkinliği”, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2008.

Newman, C., “Proteolytic Mechanisms in Necrotic Cell Death and Neurodegeneration”, *Otolaryngology*, Philadelphia, 2010.

Özel H. E., Genç S., Özboğan F., Esen E., Selçuk A., “Ani İşitme Kaybında Kanıta Dayalı Tedavi”, *Kocaeli Tıp Dergisi*, c.3, 2014, ss.39-47.

Samim E., Kılıç R., Özdek A., Göçmen H., Eryılmaz A., Ünlü İ., “Combined treatment of sudden sensorineural hearing loss with steroid, dextran and piracetam: experience with 68 cases”, *Eur Arch Otorhinolaryngol*, c.261, S.4, 2004, ss.187-190.

Salonen, J., “Defense Against Reactive Oxygen Species”, *Free Radic Research*, 1998.

Savrun M. B., *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, 2-3 Aralık, İstanbul, 1999, ss.11-17.

Sennaroğlu L., Sennaroğlu G., Öğretmenoğlu O., Hoşal A. Ş., Gürsel B., “Tek Taraflı Meniere Hastalarında İntratimpanik Gentamisin Uygulaması”, *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, c.4, 1996, ss.16-18.

Serdman, M., “Hearing Antomy Physiology And Disorders Of Auditory System”, *Second Edition*, 2002, ss.22-24.

Süslü N., “Meniere Hastalığı ve Ani Sensörinöral İşitme Kaybında İmmünolojik ve İnflamatuvar Belirleyiciler”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Uzmanlık Tezi*, Ankara, 2007.

Şahin H. N., Rugancı R. N., *Depresyon ve Başaçıkma Yolları*, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992.

Şimşek, G., ve Karataş, E., “Presbiakuziye Eşlik Eden Subjektif Tinnituslu Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığının Değerlendirilmesi”, *Türk Otolarengoloji Arşivi*, c.4, S.50, 2012, ss.74-77

Tezvaran Z., “Kronik Bel ve Boyun Ağrısı Olan Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri”, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2010.

Ünal S., “Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Dilimi Şiddet Gören ve Görmeyen Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öge Yüğü”, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.

Ünsal, A., Ayrancı, Ü., Tozun, M., “Batı Türkiye'nin Kırsal Bir Kasabasında Kadınlar Arasında Depresyon Sıklığı ve Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, c.9, 2008, ss.148-155.

Yetişer S., “Ani İşitme Kayıplarının Tedavisinde Hiperbarik Oksijen Uygulaması”, *Otoskop Dergisi*, c.2, 2004, ss.58-67.

Yiğit Ö., Aksoy F., Apuhan T., Koç C., Han T., “Ani İşitme Kayıplı Hastaların Genel Değerlendirmesi ve Tedavi Sonuçları”, *Türk Otolarengoloji Arşivi*, c.42, S.2, 2004, ss.89-92.

Yemez, B., Koksall, A., “Depresyon Etiyolojisi”, Dokuz Eylöl Üniversitesi Tıp Faköltesi Psikiyatri Anabilim Dalı, *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, c.1, İzmir, 1998, ss.21-25.



EKLER

Ek-1

BECK DEPRESYON ENVANTERİ
1 Kendinizi nasıl hissetmektesiniz?
(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 Gelecek hakkında beklentileriniz nelerdir?
(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 Başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4 Yaptığınız işlerden zevk alıyor musunuz?
(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 Kendinizi suçlu hissettiğiniz oluyor mu?
(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 Kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
7 Hataları kendinizde mi arıyorsunuz?
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
8 Kendinizi öldürmek gibi düşünceleriniz var mı?
(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 İçinizden ağlamak geliyor mu?
(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 Her şeye sinirleniyor musunuz?
(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.
11 İnsanlarla görüşmek istemiyor musunuz?
(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12 Kararsız olduğunuzu düşünüyor musunuz?
(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 Dış görünüşünüz hakkında ne düşünüyorsunuz?
(0) Her zamankinden farklı görüdüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14 İş yapmakta güçlük çekiyor musunuz?
(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapıyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapıyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15 Uyku probleminiz var mı?
(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 Kendinizi yorgun mu hissediyorsunuz?
(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 İştahsızlık probleminiz var mı?
(0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18 Son zamanlarda kilo verdiniz mi?
(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 Sağlığınız hakkında kaygılarınız var mı?
(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrıları, mide sancıları, kabızlık gibi Şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Saęlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiębir Őey dūŐünemiyorum.
20 Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?
(0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21 Cezalandırılmanız gerektięini mi dūŐünüyorsunuz?
(0) Cezalandırılması gereken Şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi dūŐünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Ek- 2

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın

“Ani İşitme Kaybı Yaşayan Hastalarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyonun Araştırılması” isimli bir çalışma yapmaktayız.

Bu çalışmanın amacı; Ani işitme kaybı yaşayan hastaların, depresif öge yükünün Beck Depresyon Ölçeği anketi ile tespit etmek. Çalışmamız 18 yaş üzerinde 60 gönüllü kişi katılacaktır.

Yapılan bu çalışmada isimleriniz hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Fakat resmi kurum ve kuruluşlar tarafından istenirse onlarla paylaşılabilir.

Çalışmanın herhangi bir aşamasında neden gösterme zorunluluğunuz olmaksızın çalışmadan ayrılma hakkınız vardır. Fakat araştırmacıları zor durumda bırakmamak için en az 15 gün önceden haber verilmesi yerinde olacaktır.

Saygılarımızla,

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Kadriye Şerife Uğur

Araştırmacı: Uzm. Ody. Öğr. Safiye Aydın

Hastanın:

Adı / Soyadı:

Tarih:

İmza:

Ek- 3

HASTA ONAY FORMU

Verilen hasta bilgilendirme formunu okudum. “*Ani İşitme Kaybı Yaşayan Hastalarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyonun Araştırılması*” isimli çalışma için gerekli ölçümlere katılmayı kabul ediyorum.

Adı / Soyadı:

Tarih:

İmza:

(Faint watermark text: "YAYINLANMIŞTIR")

T.C.
TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI,
ODYOLOJİ VE KONUŞMA BOZUKLUKLARI BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZ BİLGİ TOPLAMA FORMU

1. Cinsiyet: Erkek Kadın
2. Yaşınız: 20-30 31-40 41-50 51-üstü
3. Medeni durumunuz: Evli Bekâr
4. Eğitim durumunuz:
Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Lisans
Yüksek Lisans Doktora
5. Mesleğiniz:
Ev Hanımı İşsiz Düzenli işim yok Kamu Memur
Kamu işçi İşçi Özel Sektör Serbest Emekli
6. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır
7. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? Var Yok
8. Daha önce AİK rahatsızlığınız oldu mu? Evet Hayır
9. Sorunun cevabı evet ise;
Hangi kulağınızda oldu? Sağ kulak Sol kulak Her iki kulak
10. Ailenizde AİK tanısı olan var mı? Var Yok
11. AİK'ni hangi kulağınızda yaşıyorsunuz?
Sağ kulak Sol kulak Her iki kulak



TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

SAYI : 99950669/261

16.12.2015

KONU : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

SAYIN DOÇ.DR.KADRIYE ŞERİFE UĞUR

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 16 Aralık 2015 tarih ve 2015/12 Sayılı toplantısında sunulan “Ani İştih Kaybı Yaşayan Hastalarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyonun Araştırılması” başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş, etik ve bilimsel ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof.Dr. Osman ÖZCAN
Başkan

Prof. Dr. Ali AKÇAY

Prof Dr. Esra GÜNDÜZ

Doç. Dr. Bülent BOZKURT
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Bünyamin IŞIK

Doç. Dr. Ayşe Esra YILMAZ

Doç. Dr. Özlem EVLİYAĞLU

Doç. Dr. Nuriyat BAYAZIT

Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN

Doç. Dr. Mehmet KAYA

Doç.Dr.Rüveyda İrem DEMİRCİOĞLU

Yrd.Doç. Dr. Ayşe GÜREL
Raportör

Yrd.Doç.Dr. Duygu AYDIN

Avukat Meltem BAĞCI

Yasin GÜRSOY

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Safiye AYDIN

Doğum Yeri ve Tarihi : Burdur, 04/01/1981

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi / Sağlık Yüksek
Okulu/ Hemşirelik Bölümü

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar : Türk Kızılayı / Kan Hizmetleri Bölümü 2006/2016

İletişim

E-Posta Adresi : safiyeaydin15@gmail.com