



**TIP FAKÜLTESİ**

**T.C.**

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HİPOTİROİDİ TANISI OLAN HASTALARDA  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU  
GÖRÜLME SIKLIĞI**

**Dr. Başar BAŞARAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**ANKARA, 2019**





**TIP FAKÜLTESİ**

**T.C.**

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HİPOTİROİDİ TANISI OLAN HASTALARDA  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU  
GÖRÜLME SIKLIĞI**

**Dr. Başar BAŞARAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Serdar Süleyman CAN**

**ANKARA, 2019**

## ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince benden desteğini esirgemeyen ve bana sabır gösteren sevgili aileme; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda görev yapan başta Prof. Dr. Mehmet Uğurlu olmak üzere tüm değerli hocalarıma desteklerinden ötürü teşekkürü ve vefayı borç bilirim.

**Dr. Başar Başaran**

**Ankara, 2019**



## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Tiroid bezine bağlı bozukluklar ve hastalıklar arasında en sık görülen hipotiroididir. Hipotiroidi, doku düzeyinde tiroid hormonu yetersizliği veya tiroid hormonunun işlevsel olmayarak etkisizliği sonucu oluşan, metabolizmanın yavaşlaması ile giden bir hastalıktır. Yavaşlayan metabolizma sonucu ortaya çıkan klinik seyirde en sık bulgular olarak; düşüncede yavaşlama, konsantrasyon eksikliği, yorgunluk, yavaş konuşma, uyku bozuklukları, unutkanlık, cilt kuruluğu, kabızlık sayılabilir. Bu klinik durumlar incelendiğinde depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarında da benzer bulguların yer alması sebebiyle; çalışmamızda hipotiroidi tanısı olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğunun görülme sıklığını araştırmak amaçlanmıştır. Aynı zamanda hipotiroidi tanısı olan hastaların sosyodemografik verileri de incelenerek hipotiroidi zemininde oluşabilecek depresyon ve anksiyete bozukluklarının oluşması üzerine etkileri incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız tanımlayıcı bir çalışmadır. 15/10/2018 – 15/01/2019 tarihleri arasında, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine tanısal başvuru veya rutin kontrolleri için başvuran hipotiroidi tanısı olan hastalarla tek tek görüşülerek 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği, 21 soruluk Beck Anksiyete Ölçeği ve sosyodemografik özellikleri içeren 15 soruluk anket formu kullanılarak veriler toplanmıştır. Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hipotiroidi tanısı konmuş 143 hastanın yaş ortalaması  $43,36 \pm 10,30$  yıldır. Çalışmamızda hastaların 127'si (%88, 81) kadın ve 16'sı (%11,19) erkekti. Hastaların 50'sinde depresyon tanısı, 10'unda yaygın anksiyete bozukluğu tanısı ve hastaların 7sinde (%4,90) da panik atak tanısı aldığı belirtilmiştir. Psikiyatrik tanı almış olan hastaların, tanı almayan hastalara kıyasla beck depresyon envanteri ve beck anksiyete ölçeği skorlarının istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olduğu saptandı. Psikiyatrik tanı alma durumunun cinsiyet, eğitim durumu, meslek, aylık gelir ve tanı alma zamanı açısından istatistiksel olarak

anlamli iliskisine rastlanmadı. Psikiyatrik tanı alma durumunun, medeni hal, sigara içme, alkol tüketme, ailede psikiyatrik tanısı bulunma, kontrole düzenli devam etme, ilaçları düzenli kullanma durumları ile anlamli ilişkiler saptanmıştır. Psikiyatrik tanı alan hastalarda istatistikel olarak anlamli sigara içme oranı daha yüksek, alkol tüketim oranı daha yüksek, ailede psikiyatrik tanısı olanların oranı daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik tanı almayan hastalarda istatistikel olarak anlamli evli olanların oranı daha yüksek, doktor kontrollerine gitme oranı daha yüksek, ilaçları düzenli olarak kullanma oranı daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Hipotiroid tanısı konmuş hastalarda birçok faktörün (medeni hal, sigara içme, alkol tüketme, ailede psikiyatrik tanısı bulunma, kontrole düzenli devam etme, ilaçları düzenli kullanma durumları) anksiyete ve depresyon bozuklukları ile ilişkili olduğu saptandı.

**Anahtar kelimeler:** Hipotiroid, depresyon, anks

## ABSTRACT

**Objectives:** Hypothyroidism is the most common hypothyroidism among the disorders and diseases related to the thyroid gland. Hypothyroidism is a disease caused by insufficiency of thyroid hormone at the tissue level or the ineffectiveness of thyroid hormone, which is caused by the slowdown of metabolism. The most common symptoms in the clinical course due to slowing metabolism are; slowing in thought, lack of concentration, fatigue, slow speech, sleep disorders, dysmnnesia, dry skin, constipation. When these clinical conditions were examined, due to similar symptoms in mood disorders such as depression and anxiety; The aim of this study was to investigate the prevalence of depression and anxiety disorder in patients with hypothyroidism. At the same time, sociodemographic data of patients with hypothyroidism were examined and their effects on the occurrence of depression and anxiety disorders on the basis of hypothyroidism were investigated.

**Method:** Our study is a descriptive study. Data were collected using Beck Depression Scale (21 questions), Beck Anxiety Questionnaire (21 questions), sociodemographic questionnaire form(15 questions), were interviewed individually with patients diagnosed with hypothyroidism who applied to the polyclinics of Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine Ankara Atatürk Training and Research Hospital for diagnostic application or routine controls. It was analyzed using program Statistical Package for Social Sciences program (SPSS 21).

**Results:** The mean age of 143 patients diagnosed with hypothyroidism was  $43.36 \pm 10.30$  years. In our study, 127 patients (88.81%) were female and 16 patients (11.19%) were male. It was reported that depression was diagnosed in 50 patients, generalized anxiety disorder in 10 patients and panic attack in 7 patients (4.90%). Beck depression inventory and beck anxiety scale scores were found to be significantly higher in patients with psychiatric diagnosis compared to undiagnosed patients. There was no statistically significant relationship between psychiatric diagnosis in terms of gender, education, occupation, monthly income and time of diagnosis. Significant relationships were found between psychiatric diagnoses, marital status, smoking and alcohol consumption, psychiatric diagnosis in the family,

regular follow-up, regular use of drugs. Statistically, smoking and alcohol consumption and family psychiatric diagnosis were higher in patients with psychiatric diagnosis. It was found that the rate of being married, going to doctor checks and using medicine regularly were higher in the patients without psychiatric diagnosis.

**Conclusion:** In patients with hypothyroidism, many factors (marital status, smoking, consuming alcohol, having a psychiatric diagnosis in the family, continuing control regularly, using drugs regularly) were associated with anxiety and depression disorders.

**Keywords:** Hypothyroidism, depression, anxiety



# İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	iv
<b>ÖZET</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	v
<b>KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	viii
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1. TİROİD GLANDI.....	3
2.1.1. Hipotiroidizm.....	4
2.1.2. Hashimoto Tiroiditi.....	4
2.2. DEPRESYON.....	5
2.3. ANKSİYETE BOZUKLUĞU.....	8
2.3.1. Beck Anksiyete Ölçeği.....	10
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	12
3.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	12
<b>4. BULGULAR</b> .....	13
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	19
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	23
<b>KAYNAKLAR</b> .....	24
<b>5. EKLER</b> .....	27
5.1. ANKET FORMU.....	27
5.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	29
5.3. BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	30
5.2. ETİK KURUL ONAYI.....	34

## KISALTMALAR

- BDI** : Beck Depresyon Ölçeği  
**SPSS** : Statistical Package for Social Sciences  
**Beck-A** : Beck Anksiyete Ölçeği  
**Beck-D** : Beck Depresyon Ölçeği



## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Tanı Koyulan Kurumların Dağılımı .....	13
<b>Tablo 2.</b> Psikiyatrik Tanıların Dağılımı .....	13
<b>Tablo 3.</b> Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Yaş ve Ölçek Puanları.....	14
<b>Tablo 4.</b> Psikiyatrik tanı alma durumuna göre hastalara ait özellikler .....	15



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hastaların cinsiyete göre dağılımı .....	16
Şekil 2. Hastaların psikiyatrik tanılarına göre dağılımı .....	16
Şekil 3. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre Beck Depresyon Envanteri Skorları ..	17
Şekil 4. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre Beck Anksiyete Ölçeği Skorları .....	17
Şekil 5. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre sigara içme durumu .....	18
Şekil 6. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre düzenli kontrollere gitme sıklığı .....	18



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tiroid bezine bağılı bozukluklar ve hastalıklar arasında en sık görülen hipotiroididir. Hipotiroidi, doku düzeyinde tiroid hormonu yetersizliği veya tiroid hormonunun işlevsel olmayarak etkisizliği sonucu oluşan, metabolizmanın yavaşlaması ile giden bir hastalıktır. Yavaşlayan metabolizma sonucu meydana gelen klinik seyirde en sık bulgular olarak; düşüncede yavaşlama, konsantrasyon eksikliği, yorgunluk, yavaş konuşma, uyku bozuklukları, unutkanlık, cilt kuruluğu, kabızlık sayılabilir. Bu klinik durumlar incelendiğinde depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarında da benzer bulguların yer alması sebebiyle; çalışmamızda hipotiroidi tanısı olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğunun görülme sıklığını araştırmak amaçlanmıştır. Aynı zamanda hipotiroidi tanısı olan hastaların sosyodemografik verileri de incelenerek hipotiroidi zemininde oluşabilecek depresyon ve anksiyete bozukluklarının oluşması üzerine etkileri incelenecektir.

Hipotiroidi tanısı günümüzde sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Aşık hipotiroidi prevalansı %0.1-2, subklinik hipotiroidi prevalansı %4-8.5 olarak görülmektedir. (1) Hipotalamik-pitüiter-tiroid bezi yolağı ile sentezlenen tiroid hormonu, bu yolda meydana gelen bozukluklar sonucu sentezinde azalma meydana gelerek hipotiroidi tablosu oluşur. Nadiren de olsa tiroid hormonu yeterli düzeyde olmasına rağmen etkisizliği sonucu da oluşabilir. Hipotiroidi, metabolik yavaşlama ile giden bir hastalıktır. (1) Bu metabolik yavaşlama sonucu oluşan organ işlevinde azalma durumunun beyindeki etkisi sonucu unutkanlık, konsantre olamama, yorgunluk kliniğı oluşmaktadır. Depresyon tanı kriterlerinde yer alan yorgunluk, bitkinlik, işlevsellikte azalma, kilo kaybı ya da kilo alma, düşünce yoğunlaştırmada azalma bulgularının olması; depresyon hastalığı ile hipotiroidi hastalığının klinik seyir açısından benzer bulgulara sahip oldukları görülmektedir. Yine aynı şekilde anksiyete bozukluğunun da klinik seyir ve tanısall bulguları hipotiroidik hastaların bulgularına benzer niteliktedir. Bu alanda yapılan çalışmalar tirotropin salıverici hormona (TRH), tiroid stimulan hormon (TSH) yanıtının azalma eğiliminde olduğunu göstermiş ve kronikleşmiş depresyon da hipotiroidizm görülme olasılığı

yüksek bulunmuştur. (2) Başka bir çalışmanın sonucunda hipotiroidi tanısı olan hastalarda anksiyete bozukluğu %33, depresyon %43 sıklığında görüldüğü bildirilmektedir. (3) Bir diğer çalışmada depresyonu olan hastalarda daha önce tanı almamış hipotiroidizm görülme sıklığı %15 olarak görülmüştür. (4) Bedensel rahatsızlıklara en çok eşlik eden psikiyatrik hastalıklar anksiyete ve depresyondur. Bu duygudurum bozuklukları; hastanın tedavi uyumunu, yaşam kalitesini ve hastanın tedavi sürecini etkilemektedir. (5) Bir başka çalışmada hipotiroidi hastalarında psikiyatrik belirtilerin sık izlendiği gösterilmiştir. (6)

Bu çalışmalarda da görüldüğü üzere hipotiroidi hastalığı ile depresyon ve anksiyete bozukluğu arasında sıkı bir ilişki vardır. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği'ni hipotiroidi tanılı hastalarda uygulayarak depresyon ve anksiyete sıklığının gösterilmesi amaçlanmıştır. Sosyodemografik özellikleri içeren 15 soruluk anket ile de hipotiroidi zemininde gelişebilecek depresyon ve anksiyete bozukluğu oluşmasında etkisi incelenecektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

1949 yılında Richard Asher'in miksödemin neden olduğu psikiyatrik belirtiler ve tedavisi hakkında gözlemler içeren çalışmasının ardından hekimler bu konuya yönelmeye başlamışlardır. Şu an ki bilgilerimiz doğrultusunda tiroid işlev bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklar arasında, karmaşık ve çok yönlü bir ilişkinin varlığını düşünebiliriz. (7) Tiroid bozukluklarına en sık eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon, bilişsel işlev bozukluğu ve anksiyetedir. (6) Tiroid işlev bozuklukları ile bu bozukluğa eşlik eden anksiyete bozuklukları veya depresyonda; gerek endokrin gerekse psikiyatrik tedavi uyumu bozulmakta, tedavinin süresini uzamakta ve bu hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Örneğin, uzun süreli hipotiroidi tanısı olan hastalarda geri dönüşümsüz demansa kadar ilerleyen tablolar izlenmektedir. Bu nedenle tiroid işlev bozukluğu olan hastalarda anksiyete ve depresyonun tanınması ve tedavi edilmesi oldukça önem arz etmezdir. (8)

### 2.1. TİROİD GLANDI

Tiroid glandı, sıklıkla larinksin önünde ve altında yer alan kısmen ince bir istmusla birbirine bağlanan, iki büyük lateral lobdan oluşur. Tiroid glandındaki normal yapısal farklılıklar istmusun üstünde yer alan ve tiroglossal duktusun bir kalıntısı olan pyramidal lobu içermektedir. Normal erişkinde tiroidin ağırlığı tahmini 15 gr ile 25 gr arasındadır. Tiroid glandı, superior ve inferior tiroid arterlerinden ötürü zengin bir kapiller sisteme sahiptir. Servikal sempatik gangliadan gelen sinir lifleri kan damarlarına etki ederek tiroidin salgılanmasını direkt olmayan yolla etkiler. (9)

Hipotalamustan gelen trofik faktörlere cevap olarak anterior pituitier glanddaki tirotrop hücrelerden dolaşıma TSH (tirotropin) salınır. TSH'nın tiroid folikül epitelindeki reseptörlere bağlanması, reseptörde yapısal değişikliğe ve aktivasyona neden olarak TSH reseptörünü uyarıcı G-protein ile etkileşime girmeye uygun duruma getirir. G-protein aktivasyonu, hücre içindeki cAMP düzeyinde artışla sonuçlanır. Bu artış tiroid bezinin büyümesine, hormon üretimine ve cAMP bağımlı protein kinazlar yoluyla salınımı uyarır. (9)

Tiroid folikül epitel hücreleri tiroglobülini tiroksine (T4) ve daha az miktarda da triiyodotironine (T3) dönüştürür. Periferde serbest T4'ün büyük kısmı deiyonize olarak T3'e dönüşür. T3, T4'e göre on kat fazla afinite ile ve göreceli olarak daha büyük bir aktivite ile hedef hücrelerdeki tiroid hormon nükleer reseptörlerine bağlanır. Tiroid hormonunun hücre üzerinde karbonhidrat ve lipid katabolizmasının artırılması ve birçok farklı hücrede protein üretiminin uyarılması gibi farklı etkileri vardır. Bu olayların net sonucu bazal metabolizma hızının artmasıdır. Tiroid hormonunun en önemli fonksiyonlarından biri beyin gelişimindeki kritik rolüdür. (9)

### **2.1.1. Hipotiroidizm**

Hipotiroidizm, tiroid hormonlarının yeterli düzeyde üretilmesini önleyen herhangi bir yapısal veya fonksiyonel bozukluk nedeniyle oluşur. Hipotalamus-pitüiter-tiroid ekseninin herhangi bir yerindeki kusur sonucunda gelişebilir. Primer hipotiroidizm, hipotiroidizm olgularının büyük çoğunluğunu oluşturur. Primer hipotiroidizm, tiroprivik (tiroid parankim yokluğu) veya guatröz (TSH etkisiyle büyümesi) olabilir. Gelişimsel disgenezi, tiroid hormon direnci sendromu, cerrahi, hashimoto tiroiditi, iyot eksikliği, ilaçlar (lityum, iyodidler, p-aminosalisilik asit), konjenital biyosentetik defekt primer hipotiroidi nedenleri olarak sayılabilir. Hipofiz yetmezliği (sekonder), hipotalamik yetmezlik (tersiyer) diğer nedenlerdir.

### **2.1.2. Hashimoto Tiroiditi**

Dünyada iyot eksikliğinin olmadığı bölgelerdeki hipotiroidizmin en yaygın nedenidir. Hastalık 45 ile 65 yaşları arasında daha sıktır ve kadınlarda erkeklerden daha yaygın görülür. Kadınların oranı 10:1 ve 20:1 arasında baskınlık gösterir. Tiroidde ağrısız büyüme ile klinik verir. Tiroid glandındaki değişik derecelerdeki büyümeye ateş, yorgunluk, bitkinlik, iştahsızlık ve kas ağrısı görülebilir.

Hashimoto tiroiditi, değişik tiroid antijenlerine karşı immün sistemin reaksiyon verdiği otoimmün bir hastalıktır. Hashimoto tiroiditinin en temel özelliği, tiroid epitel hücrelerinin ilerleyici kaybı ve zamanla bunların yerini mononükleer hücre infiltrasyonu ve fibrozisin almasıdır. (9)



## 2.2. DEPRESYON

Depresyon tüm dünya genelinde sosyoekonomik sorunlara yol açan, yaygın olarak izlenen ancak önlenabilir bir toplum sağlığı sorunudur. DSÖ'nün yaptığı bildiriye göre tüm dünyada insanlarda işlev kaybına sebebiyet veren 5 hastalıktan biridir. Ve üzücü olan yanı depresyon hastalığı olan hastaların yalnızca %30'u tedavi almaktadır. Kronik seyirli olan hastalıklarla da beraber seyretmesi mortalite ve morbidite üzerine olumsuz etkiler doğurmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında bu hastalığın tanınabilmesi ve şüphelenilmesi oldukça önemlidir. (12)

Depresyon, derin üzüntülü, bunaltılı, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile seyirli bir sendromdur. (11)

Depresyonun tanınabilmesi her zaman çok kolay değildir. Bazı zamanlarda hastalar yaşadığı sıkıntıları direkt ve kolay bir şekilde anlatamaz. Vücutlarında ağrılar olması ya da kalp çarpıntısı olmasını anlatarak kederlerini yansıtmaya çalışabilirler. Hastalar hekimlere direkt sıkıntılarında bahsetmek yerine bedensel şikayetler gibi örneğin; herhangi bir uzuvda karıncalanma, gastrointestinal sistem problemleri, bulantı, nefes almada zorluk olarak şikayetlerle hekime gelmeyi tercih ederler. Hasta sıkıntılarında bahsetmeyi çevresindekilerin kendisiyle alay etmesi düşüncesinden dolayı sıkıntılarını bedensel belirtiler olarak gösterirler. Alkol kullanımı, uyuşturucu hap kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı gibi bağımlılıklar ile depresyonu saklı tutabilirler. Depresyondan şüphelenilmesi ve tanı konulabilmesi için tıbbi disiplinler arası birliktelik son derece önemlidir. (8) Depresyonun yaşam boyu görülmesi kadınlarda %10-25 oranında, erkeklerde %5-12, herhangi bir tıbbi durum ile hastaneye yatırılan kişilerde %14 oranında görülmektedir. (10)

Bedensel veya başka bir psikiyatrik hastalığa bağlı olmadan meydana gelen depresyon hastalığına birincil depresyon denilmektedir. Bedensel ya da başka bir psikiyatrik hastalıkla birlikte meydana gelen depresyona ikincil depresyon olarak tanımlanmıştır. Genel hastanelerde ya da birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda birincil ve ikincil depresyonun çok sık izlendiği yapılan çalışmalarla

saptanmıştır. Ancak bu durumların önemli bir çoğunluğu ne yazık ki gözden kaçabilmektedir veya atlanabilmektedir. (11)

Çökkün bir hastada genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökük görünümde, yüzünde üzüntülü bir görünüm izlenebilmektedir. Bazı hastalarda genel bir yavaş hareket etme, bilişsel durgunluk kolaylıkla göze çarpar. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm ile birlikte hastada yerinde duramama, kendisiyle dövünme, öne arkaya yürüme hali izlenebilmektedir (11).

Duygulanımda genel bir memnuniyetsizlikten derin üzüntü, içinin acıması düzeyine kadar varan seyirde izlenebilmektedir. Bu duruma çökkün duygudurum denir. Hastalar çok ve kolay bir şekilde ağlamaktan şikayetlenebilirler. Çökkün hastalardaki üzüntü hali hastalar tarafından çoğu zaman normal bir üzüntü halinden, yastan farklı olarak anlatılır ve ifade edilir. Çökkünlüğün özel belirtisi olarak tanımlanan bu durum, bazı tanı araçlarında özellikle bu durum sorgulanmaktadır. Çökkünlüklerinin derecesini ve alt tanımlarını belirlemede kullanılan bir başka kavramda çökkün duygudurumun çevresel uyarılara karşı verdiği yanıtıdır. Örnek olarak, atipik depresyonda çökkün duygudurum pozitif ortamlarda hafifler, hatta izlenmeyebilir. Kimi hastalarda üzüntü ile birlikte bunalma, panik hali, kimi zamanda hırs, nefret, öfke hali bulunabilir. Sıklıkla tanımlanan eskiden isteyerek ve keyifle yaptığı, ilgi duyduğu şeylere karşı isteksizlik ve keyif alamama çökkünlüğün en önemli belirtilerinden olarak sayılabilir. Zaman, bulunulan yer ve başka kişiye yönelim bozukluğu yoktur. Hastalar çoğunlukla unutkanlık durumundan şikayetlenirler. Çökkünlük düzelmeye başlayınca bu tip unutkanlık durumunda da düzelmeye meydana gelmektedir. Çökkünlükte çoğunluk itibarı ile algılama da bozukluk görülmez. Düşünce hızında yavaşlama meydana gelmiştir. Geçmiş zaman iyi yaşanmamış olarak hissedilir, gelecek karanlık olarak algılanılır ve umutsuzluk düşüncesi hakimdir. Kendi kendini suçlama eğilimi hakimdir. Bütün ters giden durumlardan kendini sorumlu tutar. Hastanın kendine saygısı çok azalmıştır. Kendini işe yaramayan, değersiz ve küçük biri olarak görür. Çökkünlüğü olan hastalarda muayene sırasında mutlaka ölüm ve suicid düşünceleri sorgulanmalıdır. Çökkün hastalarda hipokondriyak belirtiler ve bedensel şikayetlenmeler bulunur. Özellikle orta yaşta olan çökkünlüklerin başlangıç dönemlerinde hastalar bedensel

yakınmalarla hekim hekim dolaşabilirler. Çoğunlukla belirtilen eskiden isteyerek ve keyifle yaptığı, ilgi duyduğu şeylere karşı isteksizlik ve keyif alamama çökkünlüğün en önemli belirtilerindendir. Hastaların çoğunda beslenme isteğinde azalma izlenir. Hastalar genelde bedensel enerji durumunda azlık, güçsüzlük, halsizlik hissetmekten, çabuk yorulmadan şikayetlenirler. Sabah yataktan dinlenmemiş halde kalkar, yorucu bir iş yapmadan kendilerini halsiz, bitkin ve yorgun hissederler. Bu nedenle dahiliye doktoruna başvurabilirler. Hastaların çoğunda uyku bozuk olur(11). Uykuya dalmada zorlanma, uyku halinin sık bölünmesi ya da beklenen saatten erken uyanma olur. Hastanın sindirim sistemi düzeninde iştahta azalma yanı sıra sindirim sisteminde genel olarak yavaşlama belirtileri ve kabızlık sık görülür. Cinsel istekte azalma iktidarsızlık görülür. (11)

Özetle, bir çökkünlük döneminde en sık izlenen başlıca belirti ve bulgular:

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum
- Genel isteksizlik hali, ilgi duyulan durumlarda azalma, eskiden keyif aldığı şeylerden Keyif alamama
- Enerji azlığı, çabuk yorulma
- Konsantrasyonu yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
- Uykuda azalma ya da artma
- İştah ve kiloda değişiklik
- Ölüm ve özkıyım düşünceleri
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon

#### **Acil Durumlar Ve Sevk Kriterleri**

– İntihar ve başkalarına zarar verme düşüncesi var ise, sosyal destek alamıyor ise, aileye panik ortamı oluşturuyor ve aynı zamanda kişilik problemleri de düşünülüyorsa hastaya ve aileye sevk nedenleri açıklanarak sevk edilmelidir.

– Psikotik düzeyde önem arz eden ve katatonik belirtiler izleniyorsa komplikasyon gelişmemesi için sevk edilmelidir.

– Tedavi verilmesine rağmen bir etki izlenmiyorsa ileri tetkik amacıyla sevk edilmelidir.

– Sık tekrarlamalar var ise ve tanıdan emin değilsek sevk edilmelidir.

– Belirli düzeyde hastada işlevsellikte aşırı bozulma oluyor ise sevk edilmelidir.

– Bipolar bozukluğu olmasından şüphe duyuluyorsa sevk edilmelidir.

– Alkol ya da madde kullanımı var ise ve yaşlılarda bilişsel bozulmalar görülüyorsa sevk edilmelidir.

**Beck Depresyon Envanteri:** Depresif belirti ve davranışı ölçen ve değerlendiren 21 duygudurum sorularından oluşur. Depresyonun derecesiyle ilgili bilgi verir. Epidemiyolojik çalışmalarda ve uygulanan tedavinin derecesini ve değerlendirmesini sağlar. (9)

Çökkünlüğü olan bir hastayı değerlendirirken üzerinde durulması gereken en önemli noktalardan biri, hastalık tablosunun, hastalık tablosunun bedensel bir hastalığa ya da ilaç kullanımına ikincil gelişip gelişmediğidir. (15)

### 2.3. ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Bunaltı (anksiyete) korkuya benzer bir duygudur. Birey bu bunaltı duygusunu kötü bir haber alacakmış, olumsuz bir şey olacakmış gibi nedeni aslında belli olmayan bir endişe hali olarak algılar ve yaşar. Bu klinik durum çok hafif düzeyde bir tedirginlik düzeyinde de olabilir, panik derecesine varacak yoğunlukta da olabilir. (11) Yaygın anksiyete bozukluğunda otonomik sinir sistemi aktivasyonları ve gerginlik görülür. Tremor, kas tonusunda artış, soluk alıp vermede artış, kalpte çarpıntı hissi, sıcaklığa bağlı olmadan terleme ve yaygın vücut ağrıları görülebilir. (13)

Ağır derecelerinde hasta en güçlü yaşadığı vücutsal acının bile bu kadar rahatsız etmediğini söyler. Hasta, bu kadar rahatsız eden durumun ortadan kalkması için her türlü tedavi yöntemine rızası olduğunu söyler. Yaygın bunaltı bozukluğu belirli bir duruma, nesneye veya düşünceye bağlı olmaksızın hastada yaygın derecede bedensel ve ruhsal bunalım belirtileri ile kendini gösteren bir bozukluktur. Yaygın bunaltı bozukluğunun tüm toplumda hayat boyu izlenme ve oluşma oranı %3-6 olarak belirlenmektedir. Erkeklerle göre izlenme oranı iki kat daha olarak izlenmektedir. (11)

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık bir süreç içinde kadınlarda %0.8, erkeklerde %0.5 olarak izlenmiştir. Etyolojik nedenler olarak düşük sosyoekonomik seviye, içe kapanıklık sorunları paylaşmayıp içine atma, çocukluk döneminde kötü davranışlara maruz kalma sayılabilir. Yaygın bunaltı bozukluğu(anksiyete bozukluğu) tanısı olan hastaların %62-67'sinde ek olarak izlenen depresyon görülmektedir. Hastaların %38'inde ciddi düzeyde işlevsellik kaybı görüldüğü ve bir aylık dönem içerisinde ortalama 6.3 gün işe gidememe fonksiyonel bozukluğuna yol açtığı bildirilmiştir. (11).

Başlıca sık izlenen belirti ve bulgular olarak; huzursuzluk, endişe hali, gerginlik, irkilme, sinirlilik hali, yerinde duramama, heyecanlı konuşma sayılabilir. Hastaların bilişsel fonksiyonlarında temel olarak bir bozukluk yoktur; ancak yoğun sıkıntı hali nedeniyle kolay bir şekilde dikkat dağınıklığı ve unutkanlık görülebilir. Şikayetlerini telaşlı bir şekilde ve sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızında artma olarak izlenebilir. Bedende oluşan belirti ve bulgular olarak; kalpte çarpıntı, kaslarda gerginlik hissi, ağız kuruması, kalp atım sayısında artış, sıcaklığa bağlı olmaksızın terleme, sık bir şekilde idrara gitme, nefes almada güçlük, sık nefes alma, ellerde ve ayaklarda soğukluk sayılabilir. (11)

DSM-V TR'de ortak temaları korku, anksiyöz beklenti ve endişe olan toplam 12 adet anksiyete bozukluğu kategorisi mevcuttur. Anksiyetenin kaynaklandığı durum, kendine özgül tetikleyiciler veya süreleri farklı kategorileri oluşturur. Özgül fobiler, agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu bu kategorilerden bazılarıdır. Anksiyete bozuklukları oldukça sık görülmektedir, toplumda yaşamboyu prevalansları %25'i bulmaktadır. Bu kadar sık görülmesi önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Ancak hastalar ve hekimlerce tanınmalarında dolayısıyla tedavi edilmelerinde sorunlar yaşanmaktadır. Panik bozukluğu ve fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bu farklılık biyolojik ve cinsiyet rolleri gibi kültürel etkenlerden kaynaklanabilmektedir. Anksiyete ve korkular kadınlarda daha kabul edilebilir olan emosyonel hallerdir. Sosyal anksiyete bozukluğunda ise istisnai olarak kadın erkek görülme oranı eşittir.

Anksiyete bozuklukları semptomatik örtüşme göstermelerinin yanı sıra hem birbirleriyle hem de depresyonla yüksek komorbidite göstermektedirler. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bir anksiyete bozukluğu tanısı alanların %70'inde başka bir anksiyete bozukluğu saptanmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğuna %90 oranında başka bir ruhsal bozukluk eşlik etmektedir. Anksiyete bozuklukları çocukluk dahil her dönemde görülebilmektedir. Alevlenmeler şeklinde ortaya çıkarak süreğen bir rahatsızlıktır. Bu alevlenmelerin ortaya çıkması stres verici uyaranlara sekonder ortaya çıkmaktadır. Doğal olarak bazı bireyler kendi çabalarıyla bu bozuklukların tamamen üstesinden gelebilirler. Bazı bireyler ise anksiyete uyaranlarından çok başarılı kaçınma stratejileri sayesinde uzak durarak sorunsuzca yaşayabilirler hatta remisyon izlenimi yaratabilirler. Tedavisinde SSRI, SNRI, TCA, BDZ (benzodiazepin) grubu ilaçlar, beta blokerler, hidroksizin, bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi, gevşeme egzersizleri, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) kullanılabilir. (11)

Toplumda en sık görülen anksiyete bozukluğu türü özgül fobiler olarak bilinmektedir. Tehdit edici olarak algılanan belirli bir durum, nesne ya da olay karşısında aşırı ve mantık dışı anksiyete yaşama ile karakterize olan fobilerin yaşam boyu prevalansı yaklaşık %11dir. Hastalar korkularıyla yüzleşmemek için karmaşık kaçınma davranışları gösterirler. Genelde kan, enjeksiyon, hayvan tipi fobiler görülür. Oratalama başlangıç yaşı 13-16 yaşları arasında görülüp, genelde davranışçı terapiden fayda görürler. (11)

### **2.3.1. Beck Anksiyete Ölçeği**

Beck Anksiyete Ölçeği Aaron T. Beck tarafından oluşturulan 21 soru içeren; kişide anksiyete seviyesini görme ve ölçme amacıyla araştırılarak bulunmuş ve uluslararası kabul almıştır. Yapılan bu testte hasta kendine ait düşünceleri ortaya çıkarmasıyla psikoloji alanında bir devrim niteliği olmuştur. Kişilerin anksiyete durumunu ve seviyesini gerçeğe çok yakın bir seviyede ortaya çıkarmasıyla Beck Anksiyete Ölçeği bir çok dilde; Türkçe, Rusça, Flemenkçe, Çince, Japonca, Arapça dillerine çevrilerek uygulanmaktadır.

Dr. Aaron T. Beck tarafından oluşturulan bu test aslında kişiye ait anksiyete durumunu ve seviyesini tarama maksatlı olsada uygulaması ve değerlendirilmesi

hızlı olup çabuk sonuç verdiğiinden çoğu psikolog ve psikiyatrist açısından tanı amaçlı da kullanılabilir. Toplam 21 sorudan meydana gelen bu testteki sorulara kişi hiç, hafif, orta, ciddi şeklinde cevaplar vermektedir. Bu soruları yanıtlarken kişi geçirdiği son 1 haftalık süreci ve bu süreçteki duygu ve düşüncelerine göre yanıt vermelidir. Beck Anksiyete Ölçeği'nde cevaplanan soruların her bir seçeneği puanlandırılır. Hiç 0 puan, hafif 1 puan, orta 2 puan, ciddi şikkı ise 3 puan olarak hesaplanır. (15)

- 0-7 puan, minimal düzeyde anksiyete belirtileri
- 8-15 puan, hafif düzeyde anksiyete belirtileri
- 16-25 puan, orta düzeyde anksiyete belirtileri
- 26-63 puan, şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Çalışmamız tanımlayıcı bir çalışmadır. 15.10.2018 – 15.01.2019 tarihleri arasında, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniklerine tanısal başvuru veya rutin kontrolleri için başvuran hipotiroidi tanısı olan hastalarla tek tek görüşülerek 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği, 21 soruluk Beck Anksiyete Ölçeği ve sosyodemografik özellikleri içeren 15 soruluk anket formu uygulanarak verileri toplanmıştır.

Çalışmamızda belirtilen tarihler arasında poliklinik hizmeti alan 150 hipotiroidi tanısı almış hastalara uygulanmış olup, 7 hasta uygulanan sosyodemografik veri anketine eksik yanıt vermiş olup, yine aynı 7 hastada beck anksiyete ve depresyon ölçeklerinde yer alan sorulara da eksik yanıt verdiği için bu grup çalışmadan dışlanmıştır ve 143 hastaya uygulanmıştır. Gebelik durumu, tiroid kanseri tanısı olması, tiroid operasyonu öyküsü, 18-65 (18-65 yaşları hariç) yaş kriteri dışında yaşta olması çalışmamızın dışlanma kriterleri olarak belirlenmiştir.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulunun 26.09.2018 tarihinde Etik kurul onayı almıştır.

#### **3.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Tüm analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21 programında yapıldı. Sürekli sayısal verilerin normal dağılıma uygunluk kontrolü Shapiro Wilk testi ile yapıldı. Normal dağılıma uygun olan verilerin karşılaştırılması bağımsız örneklerde t testi ile normal dağılıma uygun olmayan değişkenlerin karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizi Pearson ki-kare testi veya Yates düzeltilmiş ki-kare testi ile yapıldı.  $P > 0,05$  değerleri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.



## 4. BULGULAR

Araştırmaya 143 hasta (127 kadın ve 16 erkek) dâhil edildi, tüm hastaların yaş ortalaması  $43,36 \pm 10,30$  olarak bulundu. Tüm hastaların %88,81'ini kadın hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların %69,23'ü evli idi. Hastaların %36,36'lık bir kısmı üniversite mezunu iken onları %30,77 ile ilkokul mezunları izledi. Okuryazar olmayanların oranı %6,29 olarak bulundu. Ev hanımı %42,66 ile en yaygın meslek iken onu %24,48 ile memur ve %21,68 ile serbest meslek takip etti. Hastaların %12,59'luk bir kısmı aylık gelirini 1738 ve altı olarak beyan ederken, 5001 ve üzeri diyenlerin oranı %23,78 olarak bulundu. Sigara içiciliği %46,15 iken, alkol tüketenlerin oranı %34,97 olarak bulundu.

Çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu (%89,51) 3 yıldan fazla bir süredir hipotiroidi tanısıyla takip edilmekteydi. Hastaların %6,99'luk bir kısmı bu tanıyı aile sağlığı merkezinde alırken, %47,55'i devlet hastanesinde, %45,45'i de üniversite / eğitim araştırma hastanesinde tanı almıştı.

**Tablo 1.** Tanı Koyulan Kurumların Dağılımı

	<b>n</b>	<b>Yüzde</b>
Aile Sağlığı Merkezi	10	6,99%
Devlet Hastanesi	68	47,55%
Üniversite / Eğitim Araştırma Hastanesi	65	45,45%

Yetmiş altı hasta (%53,15) herhangi bir psikiyatrik tanı almazken, 50 hasta (%34,97) depresyon tanısı, 10 hasta (%6,99) yaygın anksiyete bozukluğu tanısı ve 7 hasta (%4,90) da panik atak tanısı almıştı.

**Tablo 2.** Psikiyatrik Tanıların Dağılımı

	<b>n</b>	<b>Yüzde</b>
Yok	76	53,15%
Depresyon	50	34,97%
Anksiyete Bozukluğu	10	6,99%
Panik Atak	7	4,90%

Psikiyatrik tanı alan ve almayan hastaların yaşları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmazken, beck depresyon envanteri ve beck anksiyete ölçeğinden alınan puanlar değerlendirildiğinde psikiyatrik tanı almış olan hastaların skorları diğerlerine nazaran istatistiksel olarak önemli derecede yüksek bulundu.

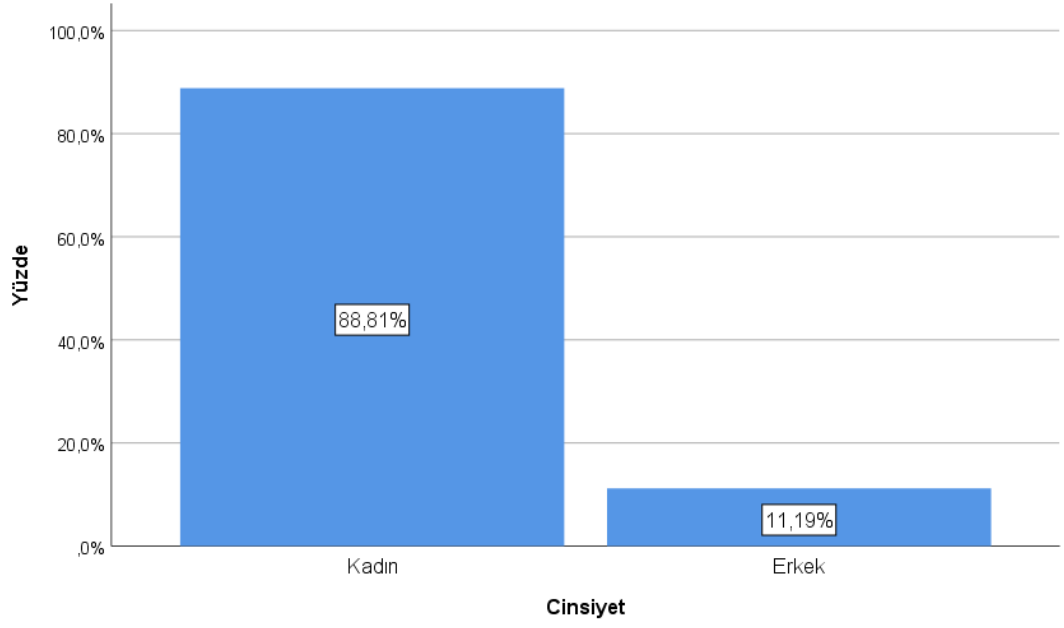
**Tablo 3.** Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Yaş ve Ölçek Puanları

		n	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p
Yaş	Evet	67	42,87	9,37	41,00	24,00	63,00	0,594
	Hayır	76	43,79	11,11	44,00	20,00	64,00	
	Toplam	143	43,36	10,30	43,00	20,00	64,00	
Beck Depresyon Envanteri	Evet	67	23,57	11,65	27,00	4,00	49,00	<0,001
	Hayır	76	13,43	9,86	10,00	1,00	37,00	
	Toplam	143	18,18	11,84	16,00	1,00	49,00	
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	67	25,42	10,41	27,00	0,00	45,00	<0,001
	Hayır	76	15,26	9,02	12,50	1,00	38,00	
	Toplam	143	20,02	10,92	22,00	0,00	45,00	

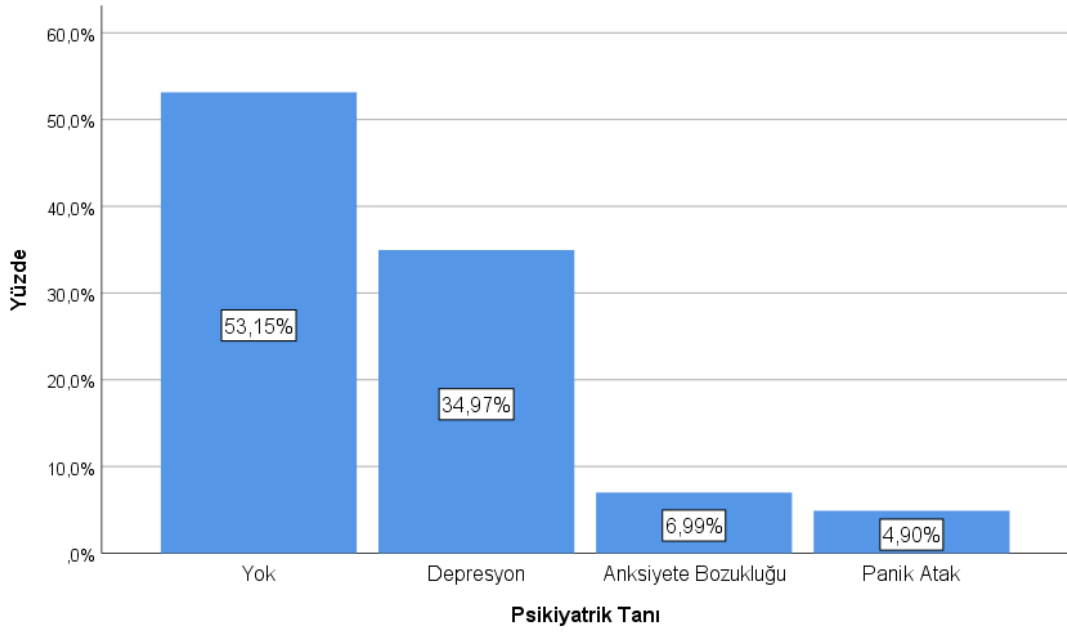
Psikiyatrik tanı almayan hastalar grubunda evli olanların oranı diğerlerine göre daha yüksek olarak bulundu ( $p=0,008$ ). Psikiyatrik tanı alan hastalarda sigara içme oranı diğer hastalara göre daha yüksek olarak bulundu ( $p<0,001$ ). Psikiyatrik tanı alan hastalarda alkol tüketim oranı diğerlerine göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olarak bulundu ( $p<0,001$ ). Psikiyatrik tanı alan hastalarda ailede psikiyatrik tanısı olanların oranı diğerlerine göre daha yüksek olarak bulundu ( $p<0,001$ ). Psikiyatrik tanısı olmayan hastalarda kontrollerine düzenli olarak gitme oranı diğerlerine göre daha yüksek olarak bulunurken ( $p<0,001$ ), ilaçlarını düzenli olarak kullanma açısından da daha başarılı oldukları görüldü ( $p<0,001$ ). Her iki grup arasında cinsiyet, eğitim durumu, meslek, aylık gelir ve tanı alma zamanı açısından istatistiksel olarak önemli fark gözlenmedi.

**Tablo 4.** Psikiyatrik tanı alma durumuna göre hastalara ait özellikler

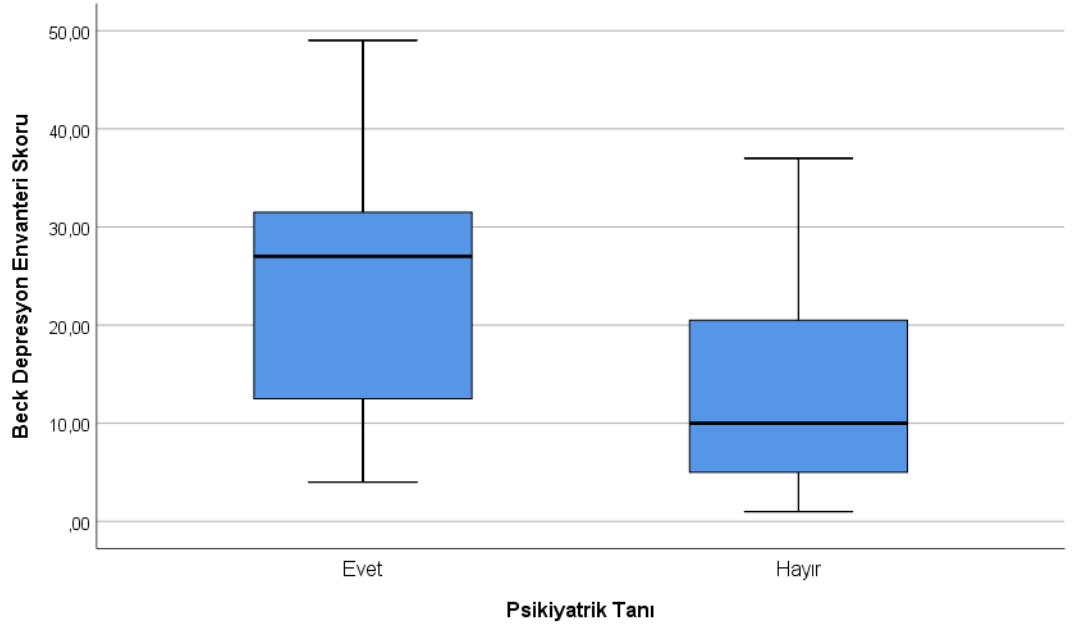
		Evet		Hayır		Toplam		p
		n	Yüzde	n	Yüzde	n	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	58	86,57%	69	90,79%	127	88,81%	0,594
	Erkek	9	13,43%	7	9,21%	16	11,19%	
Medeni Durum	Evli	39	58,21%	60	78,95%	99	69,23%	<b>0,008</b>
	Bekar	16	23,88%	13	17,11%	29	20,28%	
	Boşanmış	12	17,91%	3	3,95%	15	10,49%	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	2	2,99%	7	9,21%	9	6,29%	0,086
	İlkokul	18	26,87%	26	34,21%	44	30,77%	
	Lise	12	17,91%	18	23,68%	30	20,98%	
	Üniversite	32	47,76%	20	26,32%	52	36,36%	
	Yüksek Lisans	3	4,48%	5	6,58%	8	5,9%	
Meslek	Ev hanımı	23	34,33%	38	50,00%	61	42,66%	0,106
	Öğrenci	2	2,99%	4	5,26%	6	4,20%	
	Memur	21	31,34%	14	18,42%	35	24,48%	
	İşçi	3	4,48%	7	9,21%	10	6,99%	
	Serbest	18	26,87%	13	17,11%	31	21,68%	
Aylık Gelir	1738 altı	7	10,45%	11	14,47%	18	12,59%	0,494
	1739 - 3000	19	28,36%	27	35,53%	46	32,17%	
	3001 - 5000	25	37,31%	20	26,32%	45	31,47%	
	5001 üzeri	16	23,88%	18	23,68%	34	23,78%	
Sigara	Evet	42	62,69%	24	31,58%	66	46,15%	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	15	22,39%	43	56,58%	58	40,56%	
	Bıraktım	10	14,93%	9	11,84%	19	13,29%	
Alkol	Evet	36	53,73%	14	18,42%	50	34,97%	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	29	43,28%	61	80,26%	90	62,94%	
	Bıraktım	2	2,99%	1	1,32%	3	2,10%	
Tanı Alma Zamanı	0 - 1 yıl	0	0,00%	1	1,32%	1	0,70%	0,421
	1 - 2 yıl	1	1,49%	2	2,63%	3	2,10%	
	2 - 3 yıl	8	11,94%	3	3,95%	11	7,69%	
	3 yıldan fazla	58	86,57%	70	92,11%	128	89,51%	
Ailede Psikiyatrik Tanı	Evet	43	64,18%	9	11,84%	52	36,36%	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	24	35,82%	67	88,16%	91	63,64%	
Kontrol Düzenli Gitme	Evet	25	37,31%	59	77,63%	84	58,74%	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	42	62,69%	17	22,37%	59	41,26%	
İlaçlarını Düzenli Kullanma	Evet	41	61,19%	70	92,11%	111	77,62%	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	26	38,81%	6	7,89%	32	22,38%	



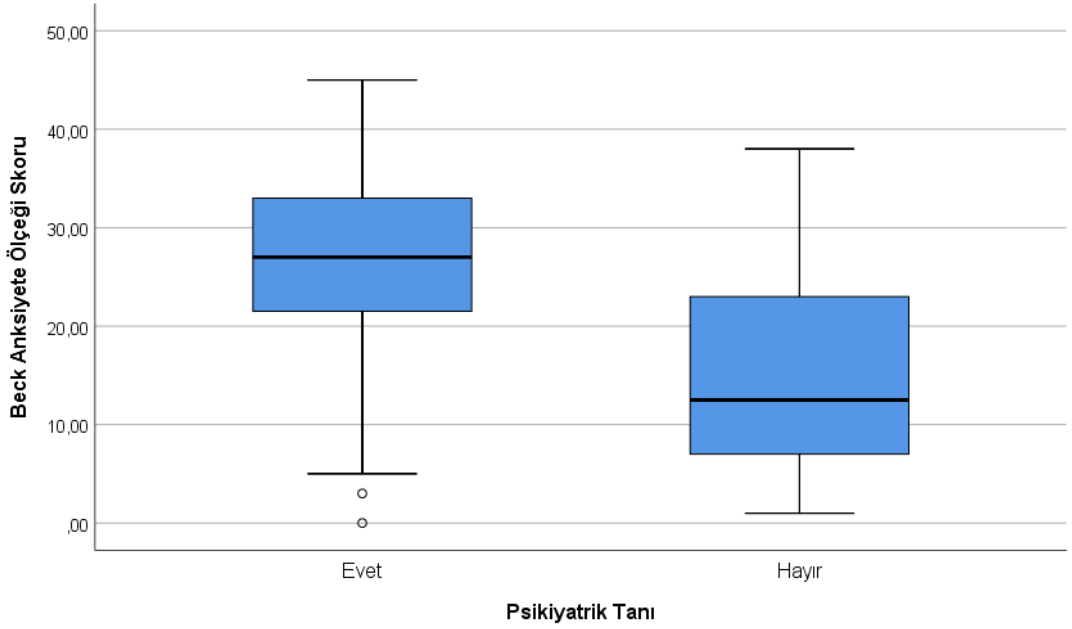
**Şekil 1.** Hastaların cinsiyete göre dağılımı



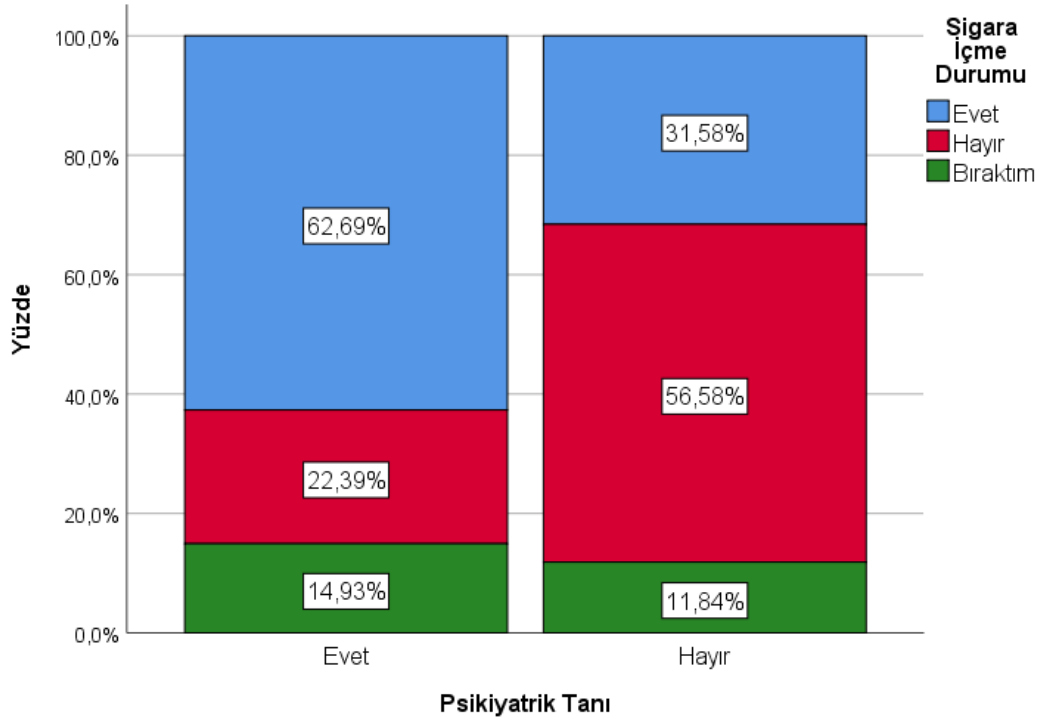
**Şekil 2.** Hastaların psikiyatrik tanılarına göre dağılımı



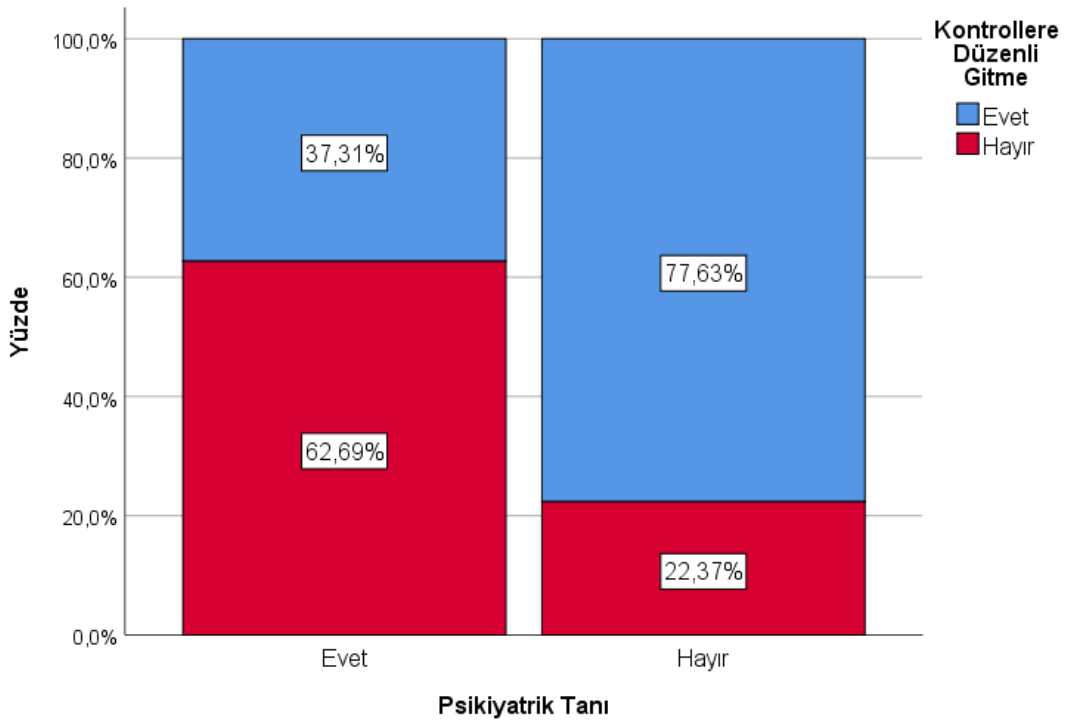
**Şekil 3.** Psikiyatrik tanı alma durumuna göre Beck Depresyon Envanteri Skorları



**Şekil 4.** Psikiyatrik tanı alma durumuna göre Beck Anksiyete Ölçeği Skorları



Şekil 5. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre sigara içme durumu



Şekil 6. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre düzenli kontrollere gitme sıklığı

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğu (%88,81) kadın hastalardan oluştuğu görülmektedir. Hipotiroidi hastalığında kadın erkek görülme oranı 5-8 kat oranındadır. (1)

2002 yılında Engum ve arkadaşları tarafından 4300 hasta üzerinde yapılan tiroid fonksiyonları, depresyon ve anksiyete bozukluğu arasında ki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında hipotiroidi saptanan hastaların büyük çoğunluğu orta yaş kadın hastalardan oluşmaktaydı. (27) Gülseren ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları aşikar ve subklinik tiroid işlev bozukluğu olan 160 hastada çalışmaya katılan hasta grubuna bakıldığında orta yaş hasta grubunun daha fazla sayıda ve oranda olduğu görülmüştür. (26)

Bizim çalışmamızda ki kadın erkek oranının 8 kat olmasını literatür ile uyumlu olduğunu gördük.

Çalışmamızda hastalara hipotiroidi tanısı aldıkları basamak sağlık kuruluşları sorulduğunda hastaların daha çok 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarında tanı aldıkları görülmüştür. 1. basamak sağlık kuruluşlarında alınan tanı oranı %6,99 olarak görülmüştür. 1. basamak sağlık kuruluşları bu hastalık ve tanı için yetersiz midir? Bilindiği üzere ASM lerde tiroid fonksiyon testleri uygulanabilmektedir, yetersizlik hekimin bilgi düzeyiyle mi alakalıdır yoksa hekimler şüphe duyduklarında hastaya tanı koyma şeklinde değil ancak şüphe duyup dahili bilimlere veya endokrin polikliniklerine mi sevk etmektedir? Biz bu konuda hekimlerin tanı koyma üslubu yerine şüphe ile endokrin bölümüne sevk edildiğini ve hastanın bu sebeple tanı aldığı merkezi 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşu olarak bilmesine sebebiyet verdiğini düşündük. Bu ortaya çıkan sonuçla 1. basamak sağlık kuruluşunda olan hekimlerin şüphe duydukları tanılarda hastaya daha açıklayıcı bilgi vermeleri ve hastayı bütüncül olarak değerlendirmeleri önerilebilir.

Çalışmamızda hipotiroidi tanısı olan hastalarda %34,97' lik oranla eşlik eden depresyon görülürken bunu %6,99 oranla anksiyete bozukluğu eşlik etme oranı izlemiştir.

Jain ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hipotiroidi tanısı olan hastalarda depresyon görülme oranı %43, anksiyete bozukluğu görülme oranı %33 olarak bulunmuştur. (3) Depresyonun yaşam boyu ortaya çıkması kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12 oranında görülmektedir. (11) Constant ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hipotiroidi tanısı olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığı ile işlevsellikte olan değişiklikleri incelemişler ve hipotiroidi tanısı olan hastalarda kontrol grubuna oranla depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığında artış, işlevsellikte azalma saptamışlardır. (18) Tiroid işlev bozukluğu olan hastaların %31-69'unda depresyon görülebilmektedir. Depresyon tanısı almış hastaların ise %5-10'unda tiroid işlev bozuklukları görülmektedir. (17) Romaldini ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada anksiyete bozukluğu ve depresyon sıklığının hipotiroidi tanısı olan hastalarda sağlıklı bireylere oranla daha yüksek oranda olduğunu izlemişlerdir. (20)

Bizim çalışmamızda saptanan yaklaşık 3 hastanın 1'inde depresyon görüldüğü sonucu literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda saptanan hipotiroidi tanısı olan hastalarda %6,99 luk anksiyete bozukluğu eşlik etme oranı bulunmuştur. Anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme oranı %3-6'dır. Bizim çalışmamızda çıkan sonuç prevalans ile uyumlu görülmüştür ve hipotiroidi tanısı olan hastalarda anksiyete bozukluğunun görülme sıklığında artma olmadığını düşündürmüştür. Fardella ve arkadaşlarının 2000 yılında yapmış oldukları çalışmada psikiyatri polikliniğinde anksiyete nedeniyle takipli olan hastalarda tiroid işlev bozuklukları araştırılmış olup; hastaların hiçbirinde tiroid işlev bozuklukları saptanmamıştır. (28) Acaba bu hastalar anksiyete tanısı açısından atlanıyor mu? Anksiyete bozukluğu prevalansı hesaplanırken hastalar kronik hastalığı olan veya olmayan olarak ayrılıyor mu? Hastaların sosyokültürel seviyesine bağlı olarak psikiyatrik tanıları tam olarak ismen bilmemesi olabilir mi? Biz daha çok hastaların tanıları tam olarak bilmemesi anksiyete bozukluğu tanısı ve tedavisi uygulanıyor olsa da hastalar depresyon tanısının daha çok duyulması ve bilinmesi sebebiyle cevap olarak depresyonu söylediklerini düşündük.

Depresyon ve hipotiroidi birlikteliğinin sebebi ne olabilir? Burada iki tanımı bilmekte fayda olabilir. Birincil depresyon, herhangi bir kronik hastalığa veya duruma bağlı olmaksızın oluşan depresyon durumudur. İkincil depresyon, bir kronik



hastalığa veya operasyona bağlı olarak oluşan depresyon tablosudur. Literatürde bu iki hastalık arasında ki fizyolojik bağlantı net olarak ortaya konulamamıştır. . Bu alanda yapılan çalışmalar tirotropin salıverici hormona (TRH), tiroid stimulan hormon (TSH) yanıtının azalma eğiliminde olduğunu göstermiş ve kronikleşmiş depresyon da hipotiroidizm görülme olasılığı yüksek bulunmuştur(2). Literatür çalışmalarının çoğunun sonucu bu çalışmaya benzer şekilde tiroid hormon üretimindeki azalmanın metabolizmayı yavaşlatarak depresyona sebebiyet verdiğine yönelik sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmaların sonucunda yorum olarak kronik bir hastalığa sahip olma düşüncesinin kişinin duygudurumunda bozulmaya neden olduğu ve depresyona sebebiyet verebileceği düşünülmüştür. Bazı çalışmalarda bu ilişkinin sebebiyetini hipotiroidinin kadın cinsiyetinde ağırlıklı izlenmesi ve duygudurum bozukluklarında kadın cinsiyetin psikopatolojik yatkınlığının ortak nokta oluşturması olarak düşünülmüştür. Bir kaç çalışmada tiroid hormonunun beyin üzerindeki önemli etkisinin eksik kalmasının fonksiyonel düzeyi de azaltması nedeniyle depresyona sebebiyet verdiği düşünülmüştür.

Çalışmamızın bir diğer sonucunda psikiyatrik öyküsünde tanı alma öyküsü olan hastalar ile öyküsünde tanısı olmayan hastalar arasında Beck Anksiyete Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri'nde aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarda tedavinin seyri açısından kullanılabilen, bazı psikologlar tarafından tanı koymada dahi kullanılan envanterlerdir. Biz bu envanterleri kanser taramasında ve tedavi seyrinde kullanılan marker fonksiyonlarına benzettik.

Psikiyatrik öyküsünde tanı olan hastaların olmayanlara göre sigara ve alkol kullanımını durumunun yüksek saptandığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gördük. Literatürde en sık düşünülen ilişki bağlantısının hastaların sıkıntılarını gizlemek ve kompanse etmek amacıyla self medikasyon olarak tabir edilen yöntemle hastalıklarını gizleme yöntemine başvurmaları düşünülmüş olup bizim de katıldığımız ilişki budur. Birkaç çalışmada ilaçların sedatizasyon etkisinin madde kullanmaya elverişli ortam hazırlaması olarak ilişkilendirilmiştir.

Psikiyatrik öyküsünde tanı olmayan hastaların düzenli doktor kontrolüne ve düzenli ilaç kullanımına uydukları çalışmamızda görülmüş olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Tiroid işlev bozuklukları ile beraber görülen depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanılarında hem endokrinolojik hem de psikiyatrik açıdan tedavi uyumu bozulmakta, tedavi süresi uzamakta ve hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle tiroid işlev bozukluğu olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğunun tanınması ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir. (16)

Anksiyete tanısı almış olan hastalarda yapılan bir çalışmada bu hastalar da %38 oranında işlevsellikte azalma ve ayda ortalama 6, 3 gün işe gidememeye neden olduğu görülmüştür. (11)

Depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi rahatsızlıklar; hipotirodi hastalarında tedavi uyumunu, düzenini ve süresini uzatmaktadır. (5)

Whybrow ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da hipotiroidisi saptanan hastalarda sağlıklı kontrollere göre depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme oranı yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Tiroid replasman tedavisi sonrası ruhsal bozuklukların gerilediği izlenmiştir. (30)

Bu çalışmalarda da izlendiği üzere tedavi süresi uzasa, etkinliği azalsa yaşam kalitesinde ne olur? İş gücü kaybı, sosyal birliktelikte sorunlar, aile sorunları, devlete maliyet sorunu gibi daha da uzatılabilecek derecede kişinin yaşam kalitesi olumsuz doğru bozulmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda görüldüğü üzere literatür ile de uyumlu ve istatistiksel açıdan anlamlı etkileşimler görülerek hipotiroidi tanısı olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu eşlik etme sıklığında artış olarak yorumladık.

Hastanın şikayetleri bedensel olsa dahi bütüncül yaklaşım kuralını unutmamız gerekir. Biz bu çalışmamızda görmek istediğimiz temel şey hastaya bütüncül yaklaşmak, kafamızın bir kenarında hipotiroidi denilince veya depresyon denilince organik tanıdan ruhsal tanıya geçişleri yapmamız gerekir. Bu durumu kontrol altında tutmanın temeli şüphe duymak olacaktır.

Bizim ve literatürde yer alan çalışmalar amacıyla daha geniş hasta kitlesiyle ve bir klinikten hasta toplamak yerinde farklı coğrafyalardan da araştırmaya dahil ederek bize yol çizecek bir çalışma olmasını önerir ve bunu çok isterim.

## KAYNAKLAR

- 1) Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2017
- 2) Eşel E. (2002) Depresyondaki nöroendokrinolojik değişiklikler, Klinik Psikiyatri Dergisi, 5 (Ek4): 35-50
- 3) Jain VK (1972) A psychiatric study of hypotiroidism, Psychiatr Clin, 5(2):121-130
- 4) Gold MS, Pottash AL, Extein I (1981) Hypothyroidism and depression, Evidence from complete thyroid functionevaluation, JAMA, 15, 245(19): 1919-1922
- 5) Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche müstahzarları Sanayi AŞ. İstanbul, s. 17-56
- 6) Bauer M, Whybrow PC (2001) Thyroid hormone, neural tissue and mood modulation, World J Biol Psychiatry, 2(2): 59-69
- 7) Asher R. Myxoedema madness. BMJ 2:555-562, 1949.
- 8) Couper J, Harari E (2004) Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. Australas Psychiatry, 12(4):365-368.
- 9) Sav, A., & Özdamar, Ş. (Eds. ). (2009). Robbins ve Cotran Hastalığın Patolojik Temeli. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- 10) Köroğlu, E., Güleç, C., & Şenol, S. (2007). Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın.
- 11) Öztürk, O. (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Feryal Matbaası
- 12) Murray, C. J. L. and A. D. Lopez, Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet, 1997. 349(9064): p. 1498-1504.
- 13) McClure-Tone EB, Pine DS. Clinical Features of Anxiety Disorders. Edited by Sadock BJ, Virginia A, Ruiz P. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Ninth Edition. 2009. Lippincott Williams and Wilkins. S. 1844-1855.
- 14) CARIBBEAN HEALTH RESEARCH COUNCIL Managing Depression in Primary Care in the Caribbean. St. Augustine. Trinidad & Tobago. 2010.

- 15) <https://www.psikolojik.gen.tr/beck-anksiyete-olcegi.html>
- 16) Kong WM, Sheikh MH, Lumb PJ, Naoumova Rp, Freedman DB, Crook M, Dore CJ, Finer N, Naoumova P. A 6 month randomized trial of thyroxine treatment in women with mild subclinical hypothyroidism. *Ame J Med*; 112: 348-354, 2002.
- 17) Kathol R. G, Delahunt J. W. The relationship of anxiety and depression to symptoms of hyperthyroidism using operational criteria. *Gen Hosp Psychiatry*; 8: 23-28, 1986.
- 18) Constant E. L, Adam S, Seron X, Bruyer R, Seghers A, Daumarie C. Anxiety and depression, attention and executive functions in hypothyroidism. *JINS*, 11, 535-544; 2005
- 19) Rogers M. P, White K, Warshaw M. G et al. Prevalance of Medical Illness in Patients with Anxiety Disorders. *Int J Psychiatry Med*; 24: 83-96; 1994
- 20) Romaldini J. H, Sgarbi J. A, Farah C. S. Subclinical Thyroid Disease: Subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism. *Arq Bras Endocrine Metab*; 48/1:147-158; 2004
- 21) Placidi GP, Boldrini M, Patronelli M, Fiore E. Prevalance of psychiatric disorders in thyroid diseased patients. *Neuropsychobiology*; 38: 222-225; 1998
- 22) Nowotony B, Teuber J, Heiden W. The role of TSH; psychological and somatic changes in thyroid dysfunctions. *Klin Wochenschr. Oct 3*; 68(19): 964-70; 1990
- 23) Trzepacz PT, McCue M, Klein I, Levey GS, Greenhouse J. A psychiatric and neuropsychological study of patients with untreated Grave's disease. *Gen. Hosp. Psychiatry*; 10:49-55, 1988
- 24) Almeida C, Brasil A, Costa AJL, Reis FAA, Reuters V, Teixeira P, Ferreira M, Marques AM, Melo BA, Teixeira LB, Buescu A, Vaisman M. Subclinical hypothyroidism: Psychiatric disorders and symptoms. *Rev Bras Psiquiatr*; 29(2):157-9; 2007.
- 25) Eren İ, Cüre E, İnanlı İ, Kutlucan A, Köroğlu BK, Tamer MN. Klinik ve subklinik hipotiroidide psikiyatrik belirti düzeyi ve psikiyatrik belirtilerin tiroid hormon düzeyi ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 9(3): 131-137; 2006.

- 26) Gülseren S, Gülseren L, Hekimsoy Z, Çetinay P, Özen C, Tokatlıoğlu B. Depression, anxiety and health related quality of life in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Archives of Medical Research* 37, 133-139, 2006.
- 27) Engum A, Bjoro T, Mykletun A, Dahl AA. An association between depression, anxiety and thyroid function- a clinical fact or artefact. *Acta Psychiatr Scandinavia*, 106:27, 2002.
- 28) Fardella C, Gloger S, Figueroa R, Santis R, Gajardo C, Salgado C, Barroilhet S, Foradori A. High prevalence of thyroid abnormalities in Chilean psychiatric outpatient population. *J. Endocrinol Invest*; 23:102-106; 2000.
- 29) Lesser I. M, Rubin R. T, Lydiard R. B, Swinson R, Pecknold J. Past and current thyroid function in subjects with panic disorder. *J Clin Psychiatry* 48: 473-476; 1987.
- 30) Whybrow PC, Bauer M. Behavioural and psychiatric aspects of thyrotoxicosis. In: Braverman LE, Utiger D eds. *The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 673-678; 2000.
- 31) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-71; 1961.

## 5. EKLER

### 5.1. ANKET FORMU

Sayın katılımcı;

Bu anket çalışması Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran hipotiroidi tanısı olan hastalarda depresyon ve anksiyete görülme sıklığını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla size sosyodemografik özelliklerinizi içeren 15 soruluk anket formu uygulanacaktır.

Veriler tez çalışması için kullanılacak ve bilgiler gizli tutulacaktır. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

**Dr. Başar BAŞARAN**

**1. Lütfen doğum tarihinizi yazınız.**

.....

**2. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.**

1) Kadın  2) Erkek

**3. Medeni durumunuzu belirtiniz.**

1) Evli  2) Bekar  3) Boşanmış

**4. Eğitim durumunuzu lütfen işaretleyiniz.**

1) Okuryazar değil  2) İlköğretim  
 3) Lise  4) Üniversite  5) Y. Lisans

**5. Mesleğinizi belirtiniz.**

1) Ev hanımı  2) Öğrenci  3) Memur  
 4) İşçi  5) Serbest Meslek

**6. Hanenizin aylık toplam gelirinizi lütfen işaretleyiniz.**

- 1) 1.738 TL altı       2) 1739-3000 TL  
 3) 3001-5000 TL       4) 5. 001 TL ÜZERİ

**7. Sigara kullanıyor musunuz?**

- 1) Evet       2) Hayır       3) Bıraktım

**8. Alkol kullanıyor musunuz?**

- 1) Evet       2) Hayır       3) Bıraktım

**9. Hipotiroidi tanısını ne zaman aldınız?**

- 1) 0-1 Yıl içinde       2) 1-2 yıl içinde  
 3) 2-3 Yıl içinde       4) 3 yıldan fazla

**10. Hipotiroidi tanısını aldığınız kurumu işaretleyiniz.**

- 1) Aile Sağlığı Merkezi  
 2) Devlet Hastanesi  
 3) Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanesi

**11. Daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı?**

- 1) Evet       2) Hayır

**12. Aldığınız psikiyatrik tanıyı işaretleyiniz.**

- 1) Depresyon       2) Anksiyete Bozukluğu  
 3) Panik Atak       4) Psikoz       5) Diğer

**13. Birinci derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeş) sağlık kurumu tarafından psikiyatrik tanı konulmuş kişi-kişiler var mı?**

- 1) Evet       2) Hayır

**14. Hipotiroidi hastalığınız ile ilgili takiplerinize hekiminizin önerisine uygun düzenli kontrole gidiyor musunuz?**

- 1) Evet       2) Hayır

**15. Hipotiroidi hastalığınız için hekiminiz ilaç önerdiyse bu ilacı düzenli kullanıyor musunuz?**

- 1) Evet       2) Hayır



## 5.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Soyadı, Adı : .....

Tarih : .....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

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

**Toplam BECK-A skoru : .....**

### 5.3. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

#### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
  1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
  1. Gelecek hakkında karamsarım.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
  1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5-** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.  
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.  
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7-** 0. Kendimden memnunum.  
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.  
2. Kendime çok kızıyorum.  
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.  
2. Kendimi öldürmek isterdim.  
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.  
2. Çoğu zaman ağlıyorum.  
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2. Şimdi hep sinirliyim.  
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.  
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.  
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.  
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.  
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.  
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-** 0. İştahım her zamanki gibi.  
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.  
2. İştahım çok azaldı.  
3. Artık hiç iştahım yok.

- 19-** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.  
1. İki kilodan fazla kilo verdim.  
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-** 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.  
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21-** 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.  
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

<b>Depresyon derecesi</b>	<b>Toplam</b>
• Minimal depresyon	0 – 9
• Hafif depresyon	10 – 16
• Orta depresyon	17 – 29
• Şiddetli depresyon	30 – 63

## 5.2. ETİK KURUL ONAYI





T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 236

03.10./2018

KONU :03 10.2018 Tarih ve 201 Sayılı Kurul Kararı

**Sayın: Doç. Dr. Serdar Süleyman CAN**  
**Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD**

Sorumlu Araştırmacılığımı yapmış olduğunuz **“Hipotiroidi Tanısı Olan Hastalarda Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu Görülme Sıklığı”** isimli **Dr.Başar BAŞARAN**'ın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **03.10.2018** tarih ve **201** sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

(13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” gereği klinik araştırmaların etik kurul onayı alındıktan sonra yılda en az bir ara raporunun, araştırma sonlandırıldıktan sonra bir yıl içerisinde sonuç raporunun Etik Kurula geri bildirimini gerekmektedir. Gerekli bildirim yapmayanların sonraki Etik Kurul başvuruları kabul edilmeyecektir.)

Bilgilerinize rica ederim

  
**Yrd. Doç. Dr. Halil KARA**  
**Klinik Araştırmalar Etik Kurul**  
**Başkanı**