



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL
SERVİS BİRİMİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
ANKSİYETE/DEPRESYON SEVİYELERİ İLE
ANTİDEPRESAN/ANKSİYOLİTİK İLAÇ KULLANMA
EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Sinan ÇOLPO

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Atilla TEKİN

İstanbul – 2019

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL
SERVİS BİRİMİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
ANKSİYETE/DEPRESYON SEVİYELERİ İLE
ANTİDEPRESAN/ANKSİYOLİTİK İLAÇ KULLANMA
EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Sinan ÇOLPO

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Atilla TEKİN

İstanbul – 2019

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Sinan ÇOLPO tarafından hazırlanan “Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Biriminde Çalışan Sağlık Personelinin Anksiyete/Depresyon Seviyeleri ile Antidepresan /Anksiyolitik İlaç Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.09.2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üyesi Atilla TEKİN
: Haliç Üniversitesi (Danışman)

Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üyesi Ayşegül YETKİN TEKİN
:Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üyesi Ali DAYI
: Beykent Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL
SERVİS BİRİMİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
ANKSİYETE/DEPRESYON SEVİYELERİ İLE
ANTİDEPRESAN/ANKSİYOLİTİK İLAÇ KULLANMA EĞİLİMLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNC

ORJİNALLİK RAPORU

% 11	% 5	% 2	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	updoc.site İnternet Kaynağı	% 2
2	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBİTAK) Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Academic Service Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
6	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
7	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1

10/06/2019

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Biriminde Çalışan Sağlık Personelinin Anksiyete/Depresyon Seviyeleri İle Antidepresan/Anksiyolitik İlaç Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr.Atilla TEKİN ‘in sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, kullandığım kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Sinan Çolpo

TEŐEKKÜR

Bu araştırma kapsamında ihtiyacım olan her zaman bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan, tez yazım aşamasında doğru ve yanlışlarımı gösteren, araştırmam için hangi envanterleri kullanacağım konusunda beni bilgilendiren değerli hocam ve danişmanım Dr. Öğr. Üyesi Atilla Tekin'e saygılarımı sunuyor ve teőekkür ediyorum.

İstanbul-2019

Sinan olpo

İÇİNDEKİLER

Sayfa No;

İÇİNDEKİLER	I
KISALTMALAR	III
TABLolar	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	IV
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	4
1.2. Problemin Tanımı ve Önemi.....	4
1.3. Problem Cümlesi.....	5
1.4. Alt Problemler.....	5
2.KAVRAMSAL ÇERÇEVE	7
2.1. Depresyon Tanımı.....	7
2.1.1. Epidemiyoloji.....	11
2.1.2. Etyoloji.....	12
2.1.3. Depresif Bozukluklar.....	13
2.1.3.1 Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu.....	13
2.1.3.2. Major Depresyon Bozukluğu.....	13
2.1.3.3. Süregiden Depresyon Bozukluğu	14
2.1.3.4. Premenstrüel Disfori Bozukluğu.....	14
2.2. Anksiyete.....	15
2.2.1. Tanımı.....	15
2.2.2. Anksiyete Belirtileri ve Bulguları.....	16
2.2.3. Anksiyeteye Kuramsal Yaklaşımlar.....	17
2.2.4. Anksiyete Bozuklukları.....	18
2.2.4.1 Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.....	18
2.2.4.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm).....	18
2.2.4.3. Özgül Fobi.....	19
2.2.4.4. Sosyal Fobi.....	19
2.2.4.5. Panik Bozukluk.....	20
2.2.4.6. Agorafobi.....	21
2.2.4.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	21
2.3. Depresyon, Anksiyete Bozuklukları ve Tedaviye İlişkin Özellikleri.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırma Modeli.....	25
3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme.....	25
3.3. Veri Toplama Araçları.....	25
3.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	25
3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	26
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	26
3.3.4. Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Bilgi Formu.....	27
3.3.5. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği.....	27

3.4. Verilerin Analizi ve Yorumlanması.....	28
4. BULGULAR	29
4.1. Analiz ve Tablolar	29
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	39
6. KAYNAKÇA.....	43
7. ÖZ GEÇMİŞ.....	50
8. EKLER.....	51
8.1. Demografik Bilgi Formu	51
8.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	52
8.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	54
8.4. Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Bilgi Formu.....	57
8.5. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği.....	58

KISALTMALAR

WHO (DSÖ): Dünya Sağlık Örgütü

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

MDB: Majör Depresif Bozukluk

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

İKİSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

APA: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanısal El Kitabı)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Ve ark: Ve arkadaşları

TABLÖLAR

	Sayfa No;
Tablo 4.1: Sağlık alışanlarının demografik bilgileri.....	30
Tablo 4.2: Sağlık alışanlarının demografik bilgileri	31
Tablo 4.3: Cinsiyet ile psikolojik destek öyküsü arasındaki farklılık.....	31
Tablo 4.4: Hizmet yılı ile psikolojik destek öyküsü arasındaki farklılık	32
Tablo 4.5: Çalışma yılı ile göre psikolojik destek öyküsü arasındaki farklılık	32
Tablo 4.6: Medeni duruma ile psikolojik destek öyküsü arasındaki farklılık	33
Tablo 4.7: Vardiya durumu ile psikolojik destek öyküsüne göre farklılık.....	33
Tablo 4.8: Tanısız ilaç kullanımı ile cinsiyete göre farklılık.....	33
Tablo 4.9: Reçetesiz ilaç kullanımı ile cinsiyete göre farklılık.....	34
Tablo 4.10: Tavsiye ilaç kullanımı ile cinsiyete göre farklılık.....	34
Tablo 4.11: İlaç kullanım gerekçesi ile cinsiyete göre farklılık.....	35
Tablo 4.12: Sağlık alışanlarının cinsiyete göre BAÖ, BDÖ ve İKİSİÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.13: Sağlık alışanlarının psikolojik destek öyküsüne BAÖ, BDÖ ve İKİSİÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.14: Sağlık alışanlarının tanısız ilaç kullanımlarına göre BAÖ, BDÖ ve İKİSİÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.15: Sağlık alışanlarının reçetesiz ilaç kullanımlarına göre BAÖ, BDÖ ve İKİSİÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.16: Sağlık alışanlarının tavsiye ilaç kullanımlarına göre BAÖ, BDÖ ve İKİSİÖ alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	38

ÖZET

Bu araştırmada Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Biriminde alışan sağlık personelinin anksiyete/depresyon seviyeleri ile antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanma eğilimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının sorunlarının altında yatan nedenlerinin araştırılması ve çözüme kavuşturulması için gerekli adımların atılmasına yardımcı olmaktır. Araştırmanın evreni, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis'inde çalışan 128 sağlık personelinden oluşturulmuştur. Çalışma bu hastanede görevli 107 sağlık personeli ile yürütölmüştür.

Her bir katılımcıya sosyodemografik veri formu ile beraber, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Bilgi Formu ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın istatistiksel veri analizinde, SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak hesaplanmıştır. Verilerin analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı Shapiro Wilk Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler normal dağılıma uymadığı için verilerin analizinde nonparametrik testler kullanılmıştır (Mann Whitney U Testi, Chi-Square Testi, Fisher's Exact Testi). Bütün istatistiksel analizlerde $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve ilaç kullanmaya ilişkin inanç ölçeği alt ölçek skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Sağlık alışanlarında psikolojik destek alan sağlık alışanlarının Beck Depresyon Ölçeği skorları psikolojik destek almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır. Tanısız ilaç kullanmayan sağlık çalışanlarının ise İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği sağlık motivasyonu alt ölçeği skorları tanısız ilaç kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Sağlık alışanları, Duygu Durum, Antidepresan, İla bağımlılığı, Anksiyolitik

ABSTRACT

In this study, the relationship between anxiety / depression levels and tendency to use antidepressant / anxiolytic drugs in the emergency department of Okmeydanı Training and Research Hospital was investigated. The aim of this study is to help to take the necessary steps to investigate and solve the underlying causes of the problems of health workers. The population of the study consisted of 128 health personnel working in the Emergency Department of Okmeydanı Training and Research Hospital. The study was conducted with 107 health personnel in this hospital.

Sociodemographic data form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Conscious and Prescription Drug Use Information Form, and Health Belief Scale for Drug Use were administered to each participant. SPSS 22.0 package program was used in the statistical data analysis of the study. Sociodemographic characteristics of the participants were calculated as number, percentage, mean and standard deviation. Shapiro Wilk Test was used to determine whether the continuous variables fit the normal distribution. Nonparametric tests (Mann Whitney U Test, Chi-Square Test, Fisher's Exact Test) were used in the analysis of the data since continuous variables did not fit the normal distribution. In all statistical analyzes, $p < 0.05$ was considered significant.

There was no significant difference between Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and Belief Scale for Drug Use. Beck Depression Scale scores of the health care workers who received psychological support in health workers were found to be statistically higher than those who did not receive psychological support. On the other hand, health motivation subscale scores of the Health Belief Scale Related to Drug Use were found to be statistically higher in the health workers who did not use undiagnosed drugs compared to the participants who did not use undiagnosed drugs.

Keywords: Depression, Anxiety, Health Care Workers, Emotional State, Antidepressant, Drug Addiction, Anxiolytic

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Acil servislerde çalışan sağlık personelleri acillere müracaat eden tüm hasta bireylere bakmak ve sağlıklarına kavuşturmak için yirmi dört saat çalışmaktadır. Uzun saatler boyunca nöbet tutan sağlık çalışanlarında anksiyöz davranışlar, çökkün duygu durumu gösteren belirtiler, tükenmişlik sendromu, distimi, nöbet sonrası geçici öföri, hipomanik epizotlar ve diğer duygu durum bozukluklarının görülme sıklığı oldukça yüksektir. Bu sağlık personellerinin genellikle anksiyöz davranışları ve depresif belirtileri vardır. Bu durum da sağlık personellerinin, anksiyete ve depresyon seviyelerinin yüksek olmasına sebebiyet vermektedir. Bu sağlık personellerinin tükenmişlik sendromuna yakalanma ihtimalleri ve bu sendroma olan yatkınlıkları da yüksektir. Kişilerarası ilişki ve iletişimlerinde anksiyöz ve çökkün tavırlar sergilerler. Bu durumun sonucu olarak ve belli bir düzeyde farmakoloji bilgisine sahip olduklarından antidepressan ve anksiyolitik ilaç kullanan sağlık çalışanları ele alınacaktır. Bu çalışma da ilaç kullanımının eğilimleri de araştırılacaktır.

Günümüzde depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişi sayısı oldukça fazladır. Bu sayı günden güne de artış göstermektedir. Bu tez çalışmasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde çalışan sağlık personellerinin yaşamış olduğu duygu durum bozuklukları ve anksiyete seviyeleri ile ilaç kullanım eğilimleri ele alınacaktır.

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Acil Servisinde 1 sorumlu doktor,15 uzman doktor,23 asistan doktor,50 hemşire ve 39 diğer sağlık personeli olmak üzere toplamda 128 sağlık görevlisi çalışmaktadır.

Depresyonun günümüze kadar literatürde birçok tanımı yapılmıştır. Bu tanımlardan ruh sağlığı uzmanları tarafından en çok kabul göreni, ruhsal ve bedensel çökkünlük tanımlamasıdır. Depresyonun hem ruhsal hem de bedensel belirtiler göstermesinin yanı sıra bağlı olduğu nedenler de değişkenlik göstermektedir. Depresyonun en yaygın tanımlaması çökkün ve mutsuz duygu durum olarak ifade edilebilir. Depresyonda çökkün duygu durumunun yanı sıra anhedoni yani mutsuzluk da ön plandadır. Anhedoni hiçbir şeyden zevk alamama durumu olarak da ifade edilir. Depresif bireyler yoğun bir umutsuzluk ve anhedoni içindedirler.

Depresyon kendi içinde birincil ve ikincil çökkünlük olarak ikiye ayrılır. Birincil çökkünlük, herhangi bir fiziksel veya ruhsal nedene bağlı olmadan görülen depresyondur. Bu depresyon türünde herhangi bir hastalık veya bedensel rahatsızlık durumu yoktur. İkincil çökkünlükte ise bireyin ruhsal veya bedensel bir rahatsızlık durumu söz konusudur. Depresif durum bu semptomlara bağlı olarak ortaya çıkar (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Depresyonla ilgili en önemli etkenlerden biri umuttur. Umudu, bireylerin geleceğe yönelik beklentilerinin bütünü olarak tanımlayabiliriz. Bireyler bu beklentilerini gerçekleştirme isteği içindedir. Gelecekle ilgili olumlu ve motive edici bu beklentiler bireylere bir çıkış yolu olduğu inancını aşar. Umutsuzluk bireyi depresif duygulanıma sürükler. Depresif bireyler bu yoğun umutsuzluktan kurtulmak amacıyla ruh sağlığı uzmanlarına çok sık başvurmaktadır. Depresif bireylerle yapılan araştırmalarda bu bireylerin gelecekle ilgili yoğun bir umutsuzluk hissi taşıdıkları görülmüştür. Bu umutsuzluk hastaların, yakınmalarının temelini oluşturmaktadır. Bireylerdeki bu çökkün duygu durum arttıkça umutsuzluk seviyeleri de artmaktadır. Umutsuzluk, çoğu araştırmacıya göre bireyi depresyona götüren en temel sebep olarak gösterilmiştir. Depresif bireylerdeki bu umutsuzluğa eşlik eden diğer duygu ve durumlar ise; yoğun umutsuzluk, suçluluk, değersizlik hissi, karar verme, işlerinin sürdürmede ve harekete geçmede zorlanma şeklindedir (Dilbaz ve Seber, 1998).

Depresyonda kalıtım ve çevrenin etkisi olmadığı düşünülse de depresif duygu durumun hormonal sistem ile yakından ilişkisi vardır. Endokrin sistemdeki değişiklikler depresyondaki en önemli nedenlerden biridir. Bireylerin endokrin sistemindeki değişimler düşünce sistemleri ile davranışlarını da değiştirmektedir. Yapılan araştırmalar; hormonal değişimlerin, bireylerin duygulanım ve düşünce yapılarını etkilediklerini göstermektedir. Hormonal bozulmalar duygu durum bozukluklarını arttırmaktadır. (Kartalıcı, 2010).

Depresif bireylerde en sık görülen belirti ve yakınmalar;

- Çökkünlük ve bunaltı hissi
- Anhedoni ve umutsuzluk
- Suisid (öz kıyım) içerikli düşünceler
- Aşırı uyku veya insomniya (uyuyamama)
- Ajitasyon ve halsizlik
- Kilo artışı veya aşırı kilo yitimi
- Umutsuzluk, karamsarlık
- Dikkat dağınıklığı, dalgınlık
- Değersizlik ve suçluluk hissi
- İşlerini devam etmekte zorlanma
- Harekete geçmekte zorlanma
- Karar vermede güçlük
- Enerji azlığı, aşırı ve çabuk yorulma

Depresyon kendi içinde bazı alt türlere ayrılmaktadır;

Psikotik Özellikli Depresyon: Depresyonun bu alt türünde intihar düşüncesi, ajitasyon, suçluluk hissi ve psikomotor yavaşlama ön plandadır. Bu hastalarda intihar teşebbüsü oldukça yüksektir.

Mevsimsel Özellikli Depresyon: Güneş ışığının az olduğu, gündüz süresinin kısa olduğu yerlerde görülen depresyon türüdür. Daha çok İskandinav ülkelerinde görülür. Literatüre yakın zamanda eklenen bir depresyon türüdür.

Somatik Belirtili Depresyon: Bu türde bedensel semptom ve belirtiler ön plandadır. Çökkün duygu durumunun yanı sıra fizyolojik değişimler çok sık görülür. Hastalar daha çok libido (cinsel istek) azalması, aşırı kilo kaybetme ve sabahları erken uyanamama gibi yakınmalarda bulunur.

Atipik Özellikli Depresyon: Depresyonun bu alt türünde iştahta artma, kilo artışı, aşırı uyuma ve ağır halsizlik ön plandadır. Depresif bireyler kişiler arası ilişkilerinde de aşırı hassas olduklarından yakınmaktadır.

Bunaltılı Depresyon: Bu türde depresyonun tipik belirtilerine ek olarak bunaltı hissi yoğundur. Prognoz ağır ve sancılıdır. Hasta kendini çaresiz, güçsüz ve tedirgin hissetmektedir. Bu hastaların intihar riskleri çok yüksektir.

Karma Özellikli Depresyon: Bu tür depresyonlarda depresif belirtilerin yanı sıra manik belirtilerde görülür. Bu tür daha çok bipolar bozukluk başlığı altında ele alınmaktadır. (Öztürk ve Uluşahin, 2018):

Ayrıca depresyonda aile öyküsü ve kalıtım faktörünün de etkisi vardır. Depresif hastalarla yapılan çalışmalar bunu desteklemektedir. Hastaların birinci derece akrabalarında da depresyon öyküsüne rastlanmaktadır. Ailede depresyon geçiren bireylerin olup olmaması depresyon tanısında oldukça önemlidir. (Türkçapar, 2004).

1.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Biriminde Çalışan Sağlık Personelinin Anksiyete/Depresyon Seviyeleri İle Antidepresan/Anksiyolitik İlaç Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin değişkenler açısından tespit edilmesidir.

Bu doğrultuda ilk olarak sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon durumunun araştırılması yapılacak olup antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanımları arasındaki ilişki araştırılacaktır. Sağlık çalışanlarında cinsiyet, meslekteki hizmet yılı, vardiya şekli, medeni durum, yaş, psikolojik destek alma, psikolojik tanı, ilaç kullanma vb. etkenlerin depresyon ve anksiyete seviyelerine etkisinin araştırılması ise bu çalışmanın alt amaçlarıdır.

1.2. Problemin Tanımı ve Önemi

Anksiyete ve depresyonun tedavisinde ilaçlı sağaltım günümüzde oldukça yaygındır. İlaçlı tedavi yönteminde her ne kadar ilerleme ve gelişme görülse de bu ilerlemenin pratiğe her zaman aynı oranda yansımadağı görülebilmektedir. Bunun önde gelen nedenlerinden birisi hastaların ilaçlı tedaviyi sürdürmekteki uyum sorunlarıdır. Hastaların çoğu ilaç kullanma ile ilgili uyumsuzluk göstermektedir. Uyumsuzluk ilaçlı tedavinin yarıda kalmasına ve dolayısıyla başarıya ulaşamamasına neden olur. Bu uyumsuzluklar; ilacın erken bırakılması, yanlış dozlarda kullanımı, yanlış doz aralıkları ile kullanımı ve devamlılığın sağlanamaması şeklindedir. Genel olarak bu tür hastaların tedaviye uyumuna ilişkin yapılan araştırmalar uyumsuzluklar nedeniyle ilaçlı sağaltımın tamamlanmadığını göstermektedir. Hastaların tedaviye uyum oranları değişkenlik göstermektedir. Ancak genel olarak tedaviye uyum oranlarının %50'nin altında olduğu bildirilmektedir (Cramer And Rozenheck, 1998; Ervatan vd., 2003; Kumar And Sedgwick, 2001).

Anksiyete bozuklukları ve depresyonun görülme sıklık ve yaygınlığı günümüzde oldukça yüksektir. Bu rahatsızlıklar bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliklerini düşürmenin yanı sıra yaşam kalitesini büyük ölçüde düşürmektedir. Tedavi sürecinde hastanın tedaviye uyum sağlaması ve tedavinin devamlılığı önemli bir konudur. (Happell vd., 2002).

Hastalara verilen tedavi programının etkili olabilmesi ve sağaltımın başarıya ulaşabilmesi için tedaviye bağlılık ve uyum gerektirmektedir. Ancak bu şekilde tedavinin başarı

göstermesi sağlanarak, hastalık belirtilerinin giderilmesi ya da hafifletilmesiyle hasta bireylerin yaşam kalitelerinin artması sağlanabilecektir. Bu nedenle hastaların, verilen tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi ve bu doğrultuda hasta görüş ve düşüncelerinin ortaya çıkarılması yoluyla uyumsuzluk nedenlerinin tespit edilmesi, uyumsuzluğun önlenmesi ve giderilmesine yönelik hizmetin daha soruna odaklı olmasını sağlayacaktır. Bu bağlamda, ruh sağlığı ekibi içinde yer alan hemşire ve diğer sağlık personellerinin ilaç tedavileri ile ilgili sorumlulukları ele alındığında, hastaların tedaviye uyumları konusunda da sorumluluk alanları oldukça geniştir. Tedaviye uyum sorunları göz önünde bulundurularak gerekli önlemler alınması gerekmektedir. Bu konuda hasta bilgilendirilerek uyum sorunları ve olumsuz tutumların engellenmesi sağlanmalıdır. Bu nedenle tedavi ve sağaltımda ele alınacak sorun ve nedenleri doğru tanımlamaya yardım edecek bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. (Happell vd., 2002).

Literatürde anksiyete ve depresyonu konu alan araştırmalar oldukça fazladır. Ancak sağlık çalışanlarının duygu durum seviyeleri ve sosyodemografik özelliklerini karşılaştırarak inceleyen çalışma sayısının çok az olduğu görülmüştür. Bu araştırma literatüre katkı sağlamak amacı içerisinde yürütülmüştür.

1.3. Problem Cümlesi

Okmeydanı eğitim ve araştırma hastanesi acil servisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete/depresyon seviyesi ile antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanma eğilimi arasında ilişki var mıdır?

1.4. Alt problemler;

1. Sağlık personellerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri nedir?
2. Sağlık personellerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çalıştıkları kurum, çalışma yılları, çalışma şekilleri (nöbet\gündüz mesaisi), mezun oldukları okullar ve medeni durumları arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?
3. Sağlık personellerinin antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanma eğilimleri nedir?
4. Sağlık personellerinin antidepresan veya anksiyolitik ilaç kullanma eğilimi ile çalışma şekilleri (nöbet\gündüz mesaisi), çalıştıkları kurum, çalışma yılları, mezun oldukları okul ve medeni durumları arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?

5. Sağlık personellerinin cinsiyet, hizmet yılı, medeni durum ve çalışılan vardiyaya göre psikolojik destek alma öyküleri farklılık göstermekte midir?
6. Sağlık personellerinin tanısız, reçetesiz, tavsiye ilaç kullanımı ve ilaç kullanım gerekçeleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
7. Sağlık personellerinin anksiyete/depresyon düzeyleri ile antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanma eğilimi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

BÖLÜM 2

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Depresyon Tanımı

Depresyon; çökkünlük, üzüntü, keder ve umutsuzluk tanımlarını içeren ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Depresyonda sosyal ve mesleki işlevsellik azalır, kişiler arası iletişim belirgin bir şekilde bozulur. İşlevsellik ve yaşamsal aktivitelerde sorunlar görülmektedir. Psikomotor yavaşlama ve yoğun bir keder hissi söz konusudur. Depresyonda çökkün duygu durumunun sonucu olarak umutsuzluk ve karamsarlık ortaya çıkmaktadır. Çökkün duygu durumunun ortaya çıkmasına keder, içsel sıkıntı ve bunaltı hisleri neden olmaktadır.

Depresyon istenmeyen veya beklenmedik durumlar karşısında bireylerin gösterdiği duygusal tepkilerinin sonucu ortaya çıkmaktadır. Yaşamsal olayların bireyde yarattığı üzüntü ve keder içeren tepkiler belli bir düzeye kadar normal kabul edilmektedir. Ancak işlevsellik ve yaşamsal aktivitelerde bozulmalara yol açacak düzeye ulaşan bu tepkiler ruhsal rahatsızlık boyutuna ulaşmaktadır. Klinik açıdan şiddetli ve yaşamsal faaliyetleri bozan belirtiler bir araya gelerek “depresif bozukluk” olarak adlandırılan hastalığı oluşturmaktadır. Depresyon duygulardan kaynaklansa da daha çok belirli belirtiler kümesi olarak gözlenmiştir. Depresyonda bireyin yaşamı olumsuz olarak etkilenmektedir. (Işık ve Meriç, 2010).

Depresyon çökkün duygulanım içerisindeki bireyin düşünce ve duygularında meydana gelen bozulmalar bütünüdür. Depresyon yoğun üzüntü ve çaresizlik duygularından kaynaklanan davranışsal değişimlere neden olan ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu duygu duruma en yakın normal insan deneyiminin çok sevilen birini kaybettiğinde yaşanan derin yas içinde olma durumu olduğu ifade edilmektedir (Engin, 2018).

Depresyon hastalarının postür, beden duruşları ve yüz ifadeleri de sağlıklı bireylerden belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Depresyonda genel görünüm değişkenlik göstermekle beraber genellikle yüz çizgileri belirgindir. Depresif bireylerde alın çizgisi derinleşmiş ve omuzlar çökkündür. Üzgün bir yüz ifadesi mevcuttur. Bazı hastaların öz bakımı azalmış olabilmektedir. Genel olarak motor davranışlar yavaştır. Halsizlik, gün içinde ki yorgunluk bireyin tüm yaşantısını etkiler. Bazen de kişi çok sıkıntılı ve tedirgin görünür, yerinde duramaz, dövünür, ileri geri yürür. Bireyin konuşma ve düşünce hızı yavaşlamış olabilir. Bazı depresyonlarda hasta ile ilişki ve iletişim kurmak güç olmaz. Bunlar hafif ve orta seviyeli depresyonlardır. Ağır olgularda hiç konuşmama görülebilir. Bazı hastalar ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir ilişki kurmak zor olabilir. Ses tonu alçaktır ve genellikle orta ve

şiddetli vakalar da sosyal ilişki kurmak istemezler. Hastalarda genel anlamda yaşama karşı isteksizlik, zevk alamama, ilgi kaybı, enerji azlığı, uykuda azalma veya artma, iştahta azalma veya artma, yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri, dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık, ölüm ve öz kırım düşünceleri hâkimdir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Depresyon, görülme sıklığı, bireylerde yarattığı işlevsel ve yaşamsal etkileri bakımından ruhsal bozukluklar arasında oldukça önemli bir yer edinmiştir. Ruhsal bozukluklar arasında en sık rastlanan hastalık tablosudur. Depresyon hasta bireylerde yeti kaybı ve kalıcı etkiler bırakmaktadır (Katon, 1982; Rezaki, 1995; Whooley ve ark., 1997). Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı farklılık göstermekle beraber %10 ile %21 arasında olduğu belirtilmektedir (Noble, 2005). Cinsiyet açısından ele alındığında ise depresyonun kadınlarda görülme oranının erkeklerden daha yüksek olduğu ve kadınlarda depresif belirtilerin daha uzun süreler devam ettiği görülmektedir (Kessler ve ark., 1993; Güleç, 2006). Bunun kadının toplumsal rolü ile yakından ilişkisi vardır. Sosyal ve ailevi problemlerle başa çıkmak, zorluklarla mücadele etmek bazı ruhsal problemlere yol açmaktadır. Toplumsal yapının içinde kadın olmak, ani gelişen zor şartlarla mücadele etme zorunluluğunu ve sosyal problemleri beraberinde getirmektedir. Kadınlarda depresif belirtilerin daha sık görülme nedenlerinden bazıları; şiddet ve travmaya maruz kalma, sosyo- ekonomik düzeyin yetersiz olması, mahalle baskısı, ayrımcılık, baskı görme ve değersizleştirilmedir. Ayrıca hormonal ve fizyolojik faktörler de duygu durum bozukluklarının genel olarak kadınlarda nispeten daha sık görülme sebeplerindedir (Noble, 2005; Lee ve ark., 2005, Mc Forland ve Thomas, 1991).

Depresyon diğer adıyla çökkünlük uzun yıllardır ruh sağlığı alanında ele alınmaktadır. Bunun en önemli nedeni ciddi riskleri olan ve yaygın görülen bir ruhsal bozukluk olmasıdır. Ruhsal bozukluklar yaşam şartlarının birer sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak bazı ruhsal bozukluklar bireyin tüm hayatını tehlikeye atabilecek boyutlardadır. Depresyon intihar teşebbüsü açısından ciddi bir etkidir.

Depresyonla ilgili literatürde birbirinden farklı pek çok tanımlama mevcuttur. Bu tanımlardan en yaygın kabul görenlerine bakacak olursak;

Hamilton (1982) depresyonun tanımlamasını günlük yaşamda hareket ve davranışlarda belirgin azalmanın yanı sıra büyük değişimler görülmesi şeklinde yapmaktadır (Güven, 2010).

Köroğlu (2014) depresyonu düşünce ve zihinde meydana gelen değişimlerin beden ve davranışlardaki yansımaları olarak tanımlamaktadır. Depresyonun duygulanım ve bilinç üzerinde büyük değişiklikler yaratan önemli bir ruhsal rahatsızlık olduğunu belirtmektedir.

Depresyonun yaşamsal aktivitelerde yavaşlama ve ruhsal bunalımlar şeklinde görüldüğünü belirtmektedir (Küllü, 2008).

Adsall (1976) ise depresyonun bireydeki çevresel ve kalımsal değişimlerle ilişkilendirmiştir. Belli periyotlarla devam eden fizyolojik, hormonal ve kalımsal değişimlerle ortaya çıkan üzüntülü ruh hali tanımlamasında bulunmaktadır (Güven, 2008).

Depresyon, ruhsal bozukluklar arasında görülme sıklığı fazla ve tekrarlama ihtimali yüksek olan önemli bir hastalıktır. Bunda intihar eğilimi ve yaşamsal faaliyetler üzerindeki olumsuz etkilerinin yüksek olması büyük rol oynamaktadır. Günümüzde en ciddi sağlık problemleri sıralamasında ön sıralara yükselmiştir. Depresyon dünya genelinde hastalık yükünü yükseltmekte olan başlıca rahatsızlıklardandır. Hastalık yükü açısından genel olarak dünyada üçüncü sırada yer alan depresyon az gelişmiş ülkelerde ise sekizinci sırada yer almaktadır. Depresyon ve çökkün duygu durum orta ve yüksek gelir seviyelerindeki ülkelerde daha sık görüldüğünden bu ülkelerde hastalık yükü bakımından ilk sırada yer almaktadır (Akkaş, 2013).

Literatürde depresyon, belirtiler kümesi olarak görülmekle beraber çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Bu sınıflandırmalar, zihinsel, duygusal, somatik ve davranışsal belirtiler şeklindedir (Adıyaman, 2010):

Davranışsal Belirtiler: Depresyonun davranış boyutundaki belirtileri oldukça fazladır. Depresyonda hastalar davranışsal olarak pek çok değişim göstermektedir. Normal davranışlardan uzaklaşma ve kontrol duygusunu kaybetme hissi ön plandadır. Bu normal dışı davranış ve belirtiler çeşitlilik göstermektedir. Sebepsiz ağlama nöbetleri, ajitasyon, gergin ve sinirli tutumlar, çekimser tutumlar, sosyal geri çekilme, öz bakımda yetersizlikler bu belirtilerden bazılarıdır (Öztürk, 2004).

Duygusal Belirtiler: Depresyonun duygu durum boyutundaki belirtilerini tanımlamaktadır. Duygulanımda genellikle öfkeli, kaygılı, karamsar bir durumun varlığı söz konusudur. Endişe, mutsuzluk, umutsuzluk, suçluluk hissi gibi olumsuz duygular belirti olarak ön plana çıkmaktadır.

Düşünsel Belirtiler: Depresyonun düşünce boyutundaki belirtilerini tanımlamaktadır. Düşünce içeriğinde intihar, değersizlik, suçluluk hissi, karamsarlık ve çökkünlük hakimdir. Düşünce içeriği karamsar ve takıntılı düşüncelerin yoğun olduğu belirtileri kapsamaktadır.

Birey düşünsel bağlamda kendini eleştirmeyi ve değersiz olarak görmeyi sık sık tekrarlamaktadır. Öz kıyım fikirleri bu belirtiler içerisinde yer almaktadır. Derin ve karşı konulamaz bir pişmanlık düşüncesi de belirtilere eşlik etmektedir. Düşünce içeriği yavaşlamış ve çökkünlük temalı fikirler hakimdir.

Bedensel Belirtiler: Depresyonun bedensel ve fizyolojik boyutlardaki belirtilerini tanımlamaktadır. Yemek yemede de ve kiloda aşırı atış görülürken beden imajında bozulmalar görülmektedir. Depresyon iştah kaybı ve kilo yitimi olarak da belirti göstermektedir. Uyku düzeni olmamakla beraber yetersiz veya aşırı uyuma görülür. Cinsel istek duygusunda belirgin azalmalar ile beraber kadınlarda adet düzensizlikleri görülür. Bedensel şikâyet ve ağrılar ön plana çıkmaktadır. Sindirim sistemi şikayetleri ve kabızlık gibi belirtiler de söz konusudur. Bu belirtileri fiziksel belirtiler olarak da adlandırmak mümkündür.

Depresyon, ruhsal bozukluklar arasında halk sağlığını tehdit eden birincil sağlık problemi olarak kabul görmektedir. Günümüzde görülme oranı en fazla olan ruhsal hastalık türüdür. Depresyon üzerinde yürütülen çalışmalar orta yaşlarda daha sık görüldüğünü, genç yetişkinlerde özellikle erkeklerde erken yaşlarda ortaya çıktığını göstermektedir. Kadınlarda erkeklere oranla depresyon görülme oranı daha fazladır. Bunda şiddet öyküsü, medeni durum, boşanmalar ve zor hayat şartlarının rol oynadığı tespit edilmiştir. Ayrıca depresyonun kırsal kesimde kentlere oranla daha az görüldüğü tespit edilmiştir. Kent yaşamında yüksek prevalans gösteren bu rahatsızlığın köy ve kırsal kesimde görülme oranı nispeten daha düşüktür. Depresyona yakalanma ve çökkün duygu durum epizodu geçirme ihtimali yadsınamayacak kadar yüksek bir orandır. Depresyon üzerine yapılan araştırmalarda bu oranın %20-30 civarında olduğu saptanmıştır (Bursa, 2010).

Depresyonun 25-30 yaş aralığında daha sık görülmesinin yanı sıra bu yaş aralığındaki bireylerin nerdeyse yarısının en az bir çökkün belirti gösterdiği saptanmıştır. 25-30 yaşlar depresyon risk grubu içerisinde (Güven, 2010). Depresyonla ilgili yapılan araştırmalar depresyon tanısı alan hasta sayısının gün geçtikçe arttığına işaret etmektedir. Depresyonun görülme sıklığı özellikle son 25 senede oldukça artmıştır. Depresyon vakalarının görülme durumundaki bu artış eski vakalarla karşılaştırıldığında 10-20 kat daha fazladır. Hastanelerin psikiyatri servislerinde yatan hastaların büyük çoğunluğu depresyon tanısı alan hastalardan oluşmaktadır. Yataklı servislerde tedavi gören hastaların %75'ine yakını depresyon tanısı alan bireylerden oluşmaktadır (Küllü, 2008; Batıgün, 2001; Alper, 1999).

Depresyon üzerine yapılan araştırmalar yaygınlığının ve görülme sıklığının giderek arttığını göstermektedir. Dünya sağlık örgütü önümüzdeki yıllarda bunun devam edeceğini

açıklamaktadır. Depresyonun 2030 yılında dünyadaki en yaygın rahatsızlık olacağı tahmin edilmektedir. Yine WHO'nun verilerine göre, günümüzde 350 milyon depresyon hastası olduğu belirtilmektedir (WHO, 2008).

Ülkemizde de ülke nüfusuna oranla oldukça yüksek rakamlar belirtilmektedir. Ülkemizde Sağlık bakanlığı tarafından 2 milyon civarında depresif vakanın olduğu ifade edilmektedir. Ülke nüfusunun %2 ile %3'ü arasındaki bu rakamlar Türkiye'de de büyük bir kitlenin depresyon hastası olduğunu ortaya koymaktadır. Bu kitlenin büyük bir bölümü kadınlardan oluşmaktadır. Kadınlarda çökkün duygu durumunun kronikleşmesi ve görülme prevalansı da oldukça yüksektir. Bunun hayatlarının belli bir döneminde şiddete maruz kalma ile yakından ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla depresyon hem Türkiye'de hem de dünyada toplum ruh sağlığını tehdit eden en önemli ruhsal bozukluktur (WHO, 2008).

2.1.1. Epidemiyoloji

Depresyon bütün psikiyatrik hastalıklar içerisinde yaşam boyu en yüksek yaygınlığa sahiptir. Majör depresyon veya diğer adıyla Majör Depresif Bozukluğun (MDB) prevalansının %5 ile %17 arasında olduğu belirtilmektedir. MDB yaşam boyu yaygınlık oranı yüksek olması sebebiyle depresif bozukluklar içinde büyük bir öneme sahiptir. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülen bu tür çocuk ve yaşlılarda da görülmektedir.

Depresyon üzerine yapılan araştırmalar 20 ya ile 50 yılları arasında görüldüğü ancak 20 yaş altındaki bireylerde de vaka sayısının gün geçtikçe arttığı belirtilmektedir. Depresyon kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir. Hastaların yüzde ellisinde hastalık 20 ile 50 yaşlar arasında başlar. Çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde de görülebilir. Yeni çalışmalar depresif bozukluğun 20 yaş altındaki bireylerde de giderek arttığını göstermektedir. Eşlerinden ayrılmış veya kişiler arası ilişkileri yeterli olmayan nispeten yalnız bireylerde depresyona yakalanma riski daha yüksek görülmüştür. Depresyonun düşük sosyoekonomik seviye ile yakın bir ilişkisi saptanamamakla beraber bağımsız olmadığı belirtilmektedir (Kayahan vd., 2003).

2.1.2. Etyoloji

Depresyonun görülme nedenleri olarak kalıtımın, fizyolojik, biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkisi oldukça yüksektir. Psikososyal etkenlerin; stresli/olumsuz yaşam olayları, bilişsel yatkınlık, kişiler arası yatkınlık olarak, biyolojik etkenlerin; biyojenik aminler, nöroendokrinolojik faktörler, nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler olarak ayrı ayrı incelenebileceği belirtilmiştir. Genetik faktörlere bakıldığında ise ikizlerde %31- 42 oranında kalıtımla geçiş bulunmuştur. Tekrarlayan ve erken başlangıçlı 35 depresyonda, genetik faktörlerin rolü daha fazladır. Depresyonla ilgili etiyojik olarak birçok kuram ve model ortaya atılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Freud psikanalitik teorideki bağ kurulan gerçek veya gerçek dışı bir nesnenin yitiminde sonra bireyde görülen değişimlere dikkat çekmiştir. Kaybedilen sevgi nesnesinden dolayı bireyde öz güven kaybı, öz saygıda azalma ve terk edilmişlik duygusu oluşmaktadır. Kaybedilen nesneye duyulan saldırganlık ve nefret dürtüleri zaman geçtikçe kendisine dönmektedir. Kaybedilen nesneyle özdeşim kurmaktadır. Aslında bu bir savunma mekanizmasıdır. Kişi bu kaybedilen nesneyle ilgili bir yanda nefret bir yandan da sevgi beslemektedir. Bu çelişkili duyguların bir arada görülmesi ambivalan duygulanımı ortaya çıkartmaktadır. Depresif bireyler bunun sonucunda suçluluk duygusuna kapılırlar ve kendilerini cezalandırırlar (Kayahan vd. 2003).

Bilişsel-davranışçı kuram depresif hastaların yoğun bir şekilde geleceğe dair olumsuz düşünceler beslediklerini ve düşünceler nedeniyle dış dünya ile olan ilişkilerinde çekimser davrandıklarına değinir. Bu bireyler kendilerine ve çevrelerindeki insanlara karşı yoğun bir karamsarlık içinde olurlar. Çevrelerinde olup biten olaylara karşı olumsuz otomatik düşüncelere sahip olurlar. Genel olarak kullandıkları bazı hatalı davranış biçimleri oluşturmaktadırlar. Bu davranışları alışkanlık haline getirme eğiliminde olurlar. Seçici soyutlama, içselleştirme, ikili düşünme ve olayları genelleme şeklinde davranış biçimlerinde sıkça bulunmaktadırlar. Bu bireyler hayata karşı umutsuzluk içinde olduklarından geleceğe dair kaygı duymaktadırlar (Kayahan vd. 2003).

Cloninger'in geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri ile yapılan bazı çalışmalarda depresif kişilerin zarardan kaçınma skorunda yükselme, iş birliği yapma ve kendini yönetme skorunda azalma saptanmıştır (Richter vd. 2000). Davranışçı kurama bakıldığı zaman öğrenilmiş davranışları sergileyen bireylerin çevrelerinden etkilenmeleri kaçınılmazdır. Bu düşünce bazı çalışmalarla desteklenmiştir. Birinci derece akrabaların da major depresyon öyküsü olanlarda depresyon görülme olasılığı artmaktadır (Kendler vd. 1999).

2.1.3. Depresif Bozukluklar

DSM-IV'ten farklı olarak DSM-5'te depresif bozukluklar alt başlığı içerisinde yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, premenstrüel disfori bozukluğu majör depresif bozukluk ve distimik bozuklukla beraber tanımlanmıştır.

2.1.3.1 Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

DSM-5'te ilk kez bir depresif bozukluk olarak tanımlanan bu bozukluk, bireyin içerisinde bulunduğu durumla orantısız sözel ve davranışsal öfke tepkilerini gösterdiği bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bu bozuklukta en az bir yıl süre ile haftada en az üç veya daha fazla kez ortaya çıkan, gelişim düzeyi ile tutarsız öfke patlamaları olmalıdır. Bu belirtilerin bireyin sosyal, akademik, ailevi ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara sebep olması gerekmektedir. Yıkıcı duygu durum düzenleme bozukluğunda tanı yaşının 6 ile 18 yaş arasında konmuş olması gerekmektedir. Ayrıca bu bozukluğun belirtileri başka bir ruhsal bozukluk veya bir maddenin etkisi ile veya nörolojik bozukluk ile açıklanamamalıdır (Köroğlu,2014).

2.1.3.2 Major Depresyon Bozukluğu

En az iki hafta süresince hemen hemen her gün bireyin işlevselliğini bozacak düzeyde çökkün duygu durum, hiçbir şeyden zevk alamama veya yoğun ilgi kaybı içinde olması durumudur. Bu bozuklukta görülen belirtiler bireyin kendisi tarafından belirtilebileceği gibi yakın çevresi tarafından da gözlemlenebilir. Birey günün büyük bir bölümünde umutsuzluk, çökkünlük ve ilgi kaybı içinde olduğu görülür. Daha önce zevk alınan etkinliklerin hemen hemen hepsine karşı zevk alamama durumu söz konusudur. Herhangi bir diyet yapmamaya rağmen aşırı kilo kaybı veya kilo alma ile beraber iştahta belirgin artış ya da azalma görülür. Bunun sonucu olarak bir aylık süre içerisinde vücut ağırlığında yüzde beş ve üzeri bir orantıda değişiklik görülür. Bu bozukluk türünde haftalar boyunca süregiden uykusuzluk\aşırı uyku, karar vermede güçlük, suçluluk hissi, hareketlerde yavaşlama, bitkinlik, değersizlik duygusu ve dikkat kaybı gözlemlenir. Bu belirtilerin yanı sıra bireyde tekrarlayıcı öz kırım düşüncelerine bağlı , intihar teşebbüsleri sıkça görülmektedir. Bu belirtilerin bireyin sosyal, akademik, ailevi ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara sebep olması gerekmektedir. Ayrıca bu bozukluğun belirtileri başka bir ruhsal bozukluk veya bir maddenin etkisi ile veya nörolojik bozukluk ile açıklanamamalıdır. Bireyin bu süreç içerisinde herhangi bir manik veya hipomanik epizot yaşamamış olması gerekmektedir (Köroğlu,2014).

2.1.3.3. Süregiden Depresyon Bozukluğu

DSM-IV'te iki ayrı alt başlık olarak ele alınan distimi bozukluğu ve kronik depresyon bozukluğu, DSM-5'te tek başlık altında süregiden depresyon bozukluğu olarak birleştirilmiştir. İki yıl veya daha fazla süre ile duygulanımda yoğun çökkünlük ile karakterize bireyin ya da çevresindekilerin gözlemlediği depresif belirtiler kümesidir. Yeme ve uyuma isteğinde aşırı artma veya azalma ,yorgunluk, bitkinlik hali, düşük benlik saygısı, kararsızlık ve umutsuzluk belirtileri günün büyük bir bölümünde görülmektedir. Gündelik hayatta yaşamsal aktivitelerde odaklanma ve karar verme süreçlerinde zorlanmalar olmaktadır. Bu bozuklukta görülen belirtilerin iki yıl boyunca belli periyotlar ile gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu süre ergen ve çocuk hastalarda bir yıl olarak tanımlanmıştır. Belirtilerin görülmemesi süresinin de iki aydan fazla olmaması gerekmektedir. Hastalığın herhangi bir döneminde mani veya hipomaniyi tanımlayacak belirtilerin görülmemiş olması ve siklotimik bozukluk tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması gerekir.

Süregiden depresyon bozukluğu tanımlaması yapılırken ; şizofreni, sanrılı bozukluk veya psikoz gibi tanılarının belirtilerinin kesinlikle karşılanmamış olması gerekir. Ayrıca bu bozukluğun belirtileri başka bir ruhsal bozukluk veya bir maddenin etkisi ile veya nörolojik bozukluk ile açıklanamamalıdır. Bu belirtilerin bireyin sosyal, akademik, ailevi ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara sebep olması gerekmektedir. Yirmi bir yaşından önce görülen türü erken başlangıçlı, yirmi bir yaş ve sonrasında görülen ise geç başlangıçlı süregiden depresyon bozukluğu olarak adlandırılır. (Köroğlu,2014).

2.1.3.4. Premenstrüel Disfori Bozukluğu

Menstrüel döngülerin hemen hemen hepsinde, adet döneminin başlamasından önceki hafta depresyon belirtilerinden en az beş tanesinin görülmesi ve adet başlangıcından sonra bu belirtilerin azalarak ortadan kalkması ile karakterize depresyon türüdür. Bu türde görülen belirtiler; gündelik hayatta öncesine oranla daha yoğun bir şekilde yaşanan, aniden gelişen üzüntü ve ağlama isteği şeklindeki duygu durum değişiklikleri, sosyal ilişkilerde uyumsuzluk, öfke ve ajitasyon olarak tanımlanmıştır. Bu belirtilere ek olarak, daha önce ilgi duyulan aktivitelere karşı ilgi kaybı, enerji kaybı, odaklanmakta zorlanmalar, yeme alışkanlığında değişiklikler, uyku problemleri ve bunaltı şeklinde şikayetlerden en az birinin olması gerekmektedir. Bu belirtiler bireyin sosyal, akademik, ailevi ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara sebep olmaktadır.

Klinik açıdan bakıldığında yaşamsal aktivitelerde sorunlar ve kişiler arası iletişimde çatışmalar söz konusudur. Bu bozukluğun belirtileri başka bir ruhsal bozukluk veya bir

maddenin etkisi ile veya nörolojik bozukluk ile açıklanamamalıdır. Ayrıca görülen bu belirtilerin, panik bozukluk, distimi ,yeğin depresyon bozukluğu veya herhangi bir kişilik bozukluğunun belirtilerinden belirgin bir şekilde soyutlanmış olması gerekmektedir (Köroğlu,2014).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Tanımı

Bunaltı, sıkıntılı durum, kaygı, boğulma hissi anlamında kullanılan anksiyete bireydeki bazı değişimlerin bütünü için kullanılan genel bir tanımlamadır. Anksiyete durumunda hastada bazı psikolojik belirtilerin yanı sıra yoğun otonomik belirtiler de görülür. Anksiyete durumunda görülen psikolojik belirtiler daha çok duyu boyutunda olmaktadır. Bu duygular heyecan ve korku temalı duygulardır. Hasta kötü şeyler olacaktıymış hissine kapılır ve kaygılanmaya başlar. Bu durum kısa sürede büyümeye ve fiziksel belirtilere dönüşmeye başlar. Anksiyete de görülen otonomik belirtiler ise daha çok solunum ve dolaşım sistemlerinde olmaktadır. Nefes almada güçlük, el ve ayak titremesi, kalp atışında hızlanma, vücutta terleme ve göğüs kafesinde ağrı şikâyeti en sık görülen anksiyete belirtileridir. Hastalar bu şikayetlerle sıkça hekimlere başvururlar. Özellikle acil servislere başvuran sayısı oldukça fazladır. Anksiyete kaynağı bilinmeyen yoğun korku ve tehlike belirtisi olarak tanımlanmaktadır. Ortada herhangi bir tehlike veya uyarıcı olmadan da anksiyete görülebilir (Tükel, 2009).

Anksiyete, endişe hissini otonom sinir sistemindeki artışa bağlı olarak bedensel belirtilerin yarattığı bir bozukluktur (Kaplan ve Sadok, 1990). Tarih boyunca anksiyete var olmuştur ve de varlığı kabul edilmiştir. İnsanlığın var olduğu ilk dönemlerde insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik bir durum olan anksiyete günümüzde yaşamla mücadele etmenin, kendini kabul ettirebilmenin, yeni şeyler keşfetmenin, canlılığın ve rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Aslında anksiyete; kişinin varlığına yönelik çeşitli bozucu, yıkıcı durumlara karşı geliştirdiği bir tepkidir. Anksiyete bireylerin yeni koşullara uyum sağlamasını engelleyen ve çevresel uyarıcılar karşı savunma geliştiremediği bir durumu kapsamaktadır. Ruhsal gelişimin ilerlemesini de engellemektedir. Fakat ileri boyutlara ulaştığı zaman zararlı patolojik bir duruma dönüşür (Çevik, 1993). Hangi durumlarda patolojik hangi durumlarda ise normal olduğu konusunda birçok tartışma vardır. Anksiyete kişiler arası ilişkilerde kopukluklara ve kişinin verimini düşürdüğü durumlarda patolojik olarak değerlendirilir (Güleç ve Köroğlu, 1998).

2.2.2. Anksiyete Belirtileri ve Bulguları

Anksiyete bozukluğu, tüm psikiyatrik bozukluklarda görülebilecek bir semptom olabileceği gibi tek başına veya primer semptom olarak da ortaya çıkabilir.

Konuşma ve ilişki kurma: Konuşması düzgündür. Fakat sesinde titreklik, heyecanlı ve zor konuşma olabilir.

Duygulanım: Anksiyetede hastalar sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiklerini, içinde korkuya benzeyen bir duygu olduğunu belirtmektedir. Korkunun nedenini bilemez. Bazen, özellikle uzun sürdüğünde, ruhsal çökkünlük, bıkkınlık belirtileri de birlikte olabilir.

Genel görünüm: Anksiyöz bireylerde endişeli yüz, yerinde duramama, hareketlerinde tedirginlik, gergin duruş, çabuk kızma, sabırsızlık, çabuk irkilme ve huzursuzluk görülmektedir.

Düşünce içeriği ve akımı: Yakınmaları haricinde düşünce içeriğinde bir bozukluk yoktur. Sabırsızlıkla yakınmalarını anlatmak istediği için düşünce hızlanmış gibi görülür.

Bilişsel yetiler: Genel olarak hastaların bilişsel yetilerinde belirgin bir bozukluk gözlenmemektedir. Ancak anksiyete içerikli düşünceler sürekli, yorucu ve aşırı sıkıntı verici olduğundan hastanın dikkati çabuk dağılabilir ve geçici unutkanlıklar gelişebilir.

Fizyolojik belirtiler: Otonomik uyarılma olur. Bunun sonucu olarak kalp atımında artış, çarpıntı, kan basıncında yükselme, boğulma hissi, hava açlığı, yüzde solukluk veya kızarma, kılların piloereksiyonu, ağız kuruluğu, kaslarda gerginlik, midriazis, poliürezis, sık defekasyon mide bulantısı, kusma, nefes almada güçlük, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.2.3. Anksiyeteye kuramsal yaklaşımlar

Psikanalitik kuram anksiyeteyi açıklarken benlik-üst benlik veya benlik-altbenlik arasında oluşan bir iç çatışmaya vurgu yapmaktadır. Benlik, alt benliğe ait bilinçdışı dürtüleri dengelemektedir. Dürtüler karşısında benlik bir şekilde zayıf kalırsa alt benlik ve benlik arasında iç çatışma meydana gelmektedir. Bu durum benliğin dürtülere karşı güçsüz ve çözümsüz kaldığını bu nedenle baş etme problemleri yaşadığının göstergesidir. Tehlike algısına neden olan bu tabloda savunma düzenekleri devreye girerek anksiyete ile baş etmeye çalışır (Öztürk, 2004).

Varoluşçu teori anksiyeteyi varlığın temelindeki ontolojik bir özellik olarak göstermektedir. Yalom' a göre; gerçek anksiyete varoluşsaldır, her birey varlığının bir gün yok olacağını, algıladığı dünyayı ve kendini kaybedeceğini ve bir gün hiç olacağını bilincindedir. Anksiyete varoluş açısından öze yönelen bir tehlike ifadesidir (1999).

Anksiyeteyi, bilişsel yaklaşım kişinin olaylarla ilgili beklenti ve yorumlarına bağlamıştır. Olaylar karşısında bireyin geliştirdiği yorum ve beklentileri anksiyeteye neden olmaktadır. Bu beklenti, yorum ve diğer düşüncelerin temelini, algılanan fiziksel ve ruhsal tehdit belirlemektedir. Anksiyete durumunda algılanan tehditin abartılı olarak değerlendirilmesiyle anksiyete ile ilgili davranış programı devreye girmektedir. Tehditin asılsız olduğu durumlarda anksiyeteye karşı geliştirilen bu program işlevselliğinden uzaktır ve kişinin hayatındaki akışı bozabilmektedir (Kabakçı, 2003). Anksiyete anında gerçekleşen depersonalizasyon ve derealizasyon bireyin değerlendirme yetisine ket vurmaktadır. Buldukları ortam ile ilgili, kendilerine ait ve tehditlerle ilgili kognüsyonlar sağlıklı yorumlama sürecini bloke etmektedir. Tehlike algısının yeniden yorumlanması, tanımlanması, değerlendirilmesi ile değişimin hedeflenmesi terapi sürecinin temel hedefidir (Öztürk, 2004).

Davranışçı teori fobi ile anksiyeteyi öğrenilmiş bir durum olarak değerlendirmektedir. Karmaşık öğrenme süreçlerinde farklı ve çeşitli fobiler oluşabilmektedir. Normal şartlarda korkuya neden olmayan bir nesne ve acı verici uyarının birlikteliği sonucu, nesneye karşı gelişen korku duygusu nedeniyle davranış olarak kaçınma ortaya çıkabilmektedir. Sonuç olarak normal şartlarda korku duyulmayan nesneye karşı, uyarının acı verici özelliği nedeniyle öğrenilmiş fobi gelişmekte ve tepki olarak korku oluşmaktadır (Öztürk, 2004).

Biyolojik kuramcılar, anksiyeteyi nörobiyoloji ve kalıtım çerçevesinde ele almaktadır. Soy ağacı incelemeleri ve ikizlerle yapılan çalışmalar anksiyete üzerinde kalıtımın etkisini göstermektedir. Nörobiyolojik açıdan nöroanatomik yapıların, GABAerjik, serotoninjik, dopaminerjik ve noradrenerjik dizgelerin anksiyete üzerinde büyük etkisi olduğu görüşü yaygındır (Öztürk, 2004).

2.2.4. Anksiyete Bozuklukları

DSM-IV'ten farklı olarak, DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu anksiyete bozuklukları tanı başlığından çıkarılmıştır. Ayrıca DSM-5'te ilk kez ayrılma kaygısı bozukluğu ve seçici konuşmazlık (mutizm) birer anksiyete bozukluğu türü olarak tanımlanmıştır.

2.2.4.1 Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma kaygısı bozukluğu, yetişkinlerde en az 6 ay çocuk ve ergenlerde en az 4 hafta süre ile bağıllık duyduğu kişilerden ayrılma üzerine gelişim düzeyi ile uyumlu olmayan yoğun korku ve kaygı içinde olma olarak tanımlanmaktadır. Bağıllık duyulan ortamlardan veya bireylerden ayrılma durumu söz konusu olduğunda abartılı ve fazlaca kaygılanma görülmektedir. Ayrılık durumunda sürekli bir biçimde tekrar eden kötü şeyler olacak hissi ile birlikte yoğun korku içeren düşünceler hakimdir. Bu bireylerde, bağlandığı kişilerden ayrılmalarına neden olacak istenmeyen olayların gerçekleşeceğine dair kaygı ve korkular ön plandadır. Yoğun kaygı ve korku duygularına bağlı olarak dışarı çıkma veya evden uzaklaşmaya karşı isteksizlik ve karşı koymalar görülür. Bağıllık duyulan kişilerden ayrı kalmaya veya ortamlarda yalnız kalmaya dair aşırı korku ve yoğun isteksizlik beslenmektedir. Bu bireyler bağlanılan ortamlar dışında veya bağlanılan kişilerden ayrı uyumama eğilimindedirler. Uyku esnasında tekrarlayan ve ayrılık içeren kötü rüyalar görme durumu söz konusudur. Bu bozuklukta bağlanılan kişilerden ayrılma durumu söz konusu olduğunda somatik şikayetler görülür. Bu durumun akademik, mesleki ve sosyal açıdan bireyin hayatını olumsuz etkileyecek kayıplara sebebiyet verecek düzeylerde olması gerekmektedir. Ayrıca bu bozukluğun belirtileri başka bir ruhsal bozukluk ile açıklanamamalıdır (Köroğlu,2014).

2.2.4.2. Seçici Konuşmazlık

Fizyolojik herhangi bir sorun olmadığı halde en az bir ay süre ile toplumsal iletişimi bozacak düzeyde konuşmanın beklendiği ortamlarda konuşamama olarak tanımlanan bu bozukluk mesleki ve akademik başarısızlıklara neden olmaktadır. Bu durum konuşulan dile

hâkim olmama veya dili bilmeme durumlarından bağımsız olmalıdır. Birey konuşulan dile hakimdir ancak konuşma davranışında bulunmaktan kaçınmaktadır. Bu bozukluğun tanımlaması yapılırken, iletişim bozuklukları ile daha iyi açıklanamaması ve otizm, şizofreni veya psikotik bozuklardan herhangi birinin prognozu altında görülmemiş olması gerekmektedir (Köroğlu,2014).

Seçici konuşmazlık çocukluk çağında görülen tedavisi en zor bozukluklardan biridir. Yaşın ilerlemesi ve konuşulmayan sürenin uzamasıyla hastalığın seyri giderek kötüleşmektedir. Tedavi sürecinde bireysel terapi yerine çocuğun okul ve aile ortamında iletişim halinde olduğu bireylerle beraber grup terapisi uygulamak daha olumlu sonuç vermektedir (Karakoç-Demirkaya, 2015). Tedavide terapist öncelikle çocukla güvenli bir ilişki kurup çocuğa kaygı konusunda eğitim vermelidir (Kotrba, 2015).

2.2.4.3. Özgül Fobi

En az altı ay süre ile belli bir nesne veya duruma karşı mevcut tehlikeye oranla uyumsuz aşırı kaçınma ve korku duyma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, çocuk bireylerde sıkıca sarılma, ağlama veya bağırıp çağırma şeklinde gözlemlenmektedir. Birey korku duyulan bu durum veya nesne ile her karşılaştığında korku duyar ve kaçınma göstermektedir. Kaçınmanın söz konusu olmadığı durumlarda ise buna yoğun korku ve kaygı ile katlanmaktadır. Fobik nesne veya durumlar bu bireyler için her zaman korku hissi vermektedir. Bu nesne veya duruma maruz kalındığında birey içinde olduğu toplumdaki farklı ve durumun yarattığı tehlikeye nispeten aşırı tepki verme eğilimindedir. En sık görülen fobi kaynakları hayvanlar, doğal çevre veya durumsal olabilmektedir. Görülen belirtilerin agorafobi, ayrılma kaygısı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ve toplumsal kaygı bozukluğu gibi bozukluk belirtileri ile daha iyi açıklanamıyor olması gerekmektedir (Köroğlu,2014).

Özgül fobi anksiyete bozuklukları arasında en sık görülen rahatsızlık olmasına rağmen tedavi amacıyla uzmanlara yapılan başvuru sayısının yüksek olmadığı görülmektedir. Tedavi amacıyla başvuruda bulunan bireylerde diğer anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği durumlarda ise özgül fobinin tespit edilmesi zorlaşmaktadır (Oguz, 1995)

2.2.4.4. Sosyal fobi

Bireyin en az altı ay boyunca sürekli olarak sosyal ilişkilerde ve toplum içinde toplumsal durumlarda etkileşim esnasında aşırı kaygı ve korku duyması şeklinde tanımlanmaktadır. Çevrede bulunan insanlar tarafından kendisinin olumsuz değerlendirilebileceğine dair yoğun bir korku beslenmektedir. Bu nedenle başkaları tarafından gözlemlenebilen davranışlarda

kaygıya bağılı bir kaçınma davranışı sergilenmektedir. Başka kişilerle tanışma, karşılaşma ve konuşma bu bireylerde daima kaygı yaratmaktadır. Kaçınmanın söz konusu olmadığı durumlarda ise buna ancak yoğun korku ve kaygı ile katlanmaktadır. Bu durum, çocuk bireylerde sıkıca sarılma, ağlama, konuşamama veya bağırıp çağırma şeklinde gözlemlenmektedir. Yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda bu kaygı yaşatlarının olduğu ortamlarda görüldüğünde sosyal fobi olarak adlandırılır. Çocukların yetişkin bireylerle olan iletişim ve etkileşimlerinde görülen kaygı bu bozuklukta belirtilere dahil edilmez. Görülen bu korku ve kaçınma durumları bireyin sosyal ve mesleki alanda işlevselliğini bozarak bu alanlarda başarı ve uyum sorunlarına neden olmaktadır. Bu bozuklukta görülen belirtilerin herhangi bir madde kullanımı veya başka bir sağlık sorununun yarattığı etkilerle açıklanamıyor olması gerekmektedir. Ayırıcı tanıda panik bozukluk, otizm ve beden algısı bozukluğunun dışlanmış olması gerekmektedir. Herhangi bir sağlık probleminin olduğu durumlarda kaygı ve korku içeren bu belirtilerin sağlık problemiyle bir ilgisinin olmaması gerekmektedir (Köroğlu,2014).

Sosyal fobide hastalar, kaygı verici ortamlarda dikkatlerini çevrelerinden ziyade kendilerine özellikle bedensel belirtilerine yöneltilmektedir. Bu hastaların dikkatlerini, bedensel belirtilerinden, içinde buldukları ortama çekmek endişe durumunun azaltılmasında etkili olmaktadır (Wells ve Papageorgiou, 1998).

2.2.4.5. Panik Bozukluk

Bireyde aniden görülen tekrarlayıcı panik ataklar içeren giderek artan yoğun korku ve bunaltının eşlik ettiği anksiyete türüdür. Fizyolojik olarak belirgin bir şekilde gözlemlenebilen belirtiler ile görülmektedir. Kalp atışlarında artmalar, çarpıntı, terleme, bulantı, solunum güçlüğü, titremeler, karında ve göğüste ağrılar, bayılma hissi, delirme-ölüm korkusu, üşüme veya ateş basmaları şeklinde şikayetler çok sık görülmektedir. Bedenin bazı bölgelerinde uyuşma ve karıncalanma şikayetleri ile beraber kendini olduğundan farklı biri olarak algılama durumları söz konusudur. Ayrıca bireyde, depersonalizasyon ve derealizasyonlar görülmektedir. Depersonalizasyon, bireyin kendini algılamasında kopukluk veya kendine yabancılaşma durumu olarak tanımlanmaktadır. Derealizasyon ise bireyin gerçek dışı olma durumu veya çevreyi algılamasında kopukluk olarak tanımlanmaktadır. Panik bozukluk tanısı alan hasta bireylerde yoğun bir şekilde kontrolü kaybetme ve çıldırma hissi görülmektedir. İlerleyen süre zarfında bu hisler artarak bireyde ölüm korkusunu tetiklemektedir.

Panik bozuklukta ilk ataktan hemen sonra birey başka atakların olacağına dair yoğun bir kaygı içerisinde. Bu atakların ortaya çıkmasını engellemek için bazı davranış değişiklikleri göstermektedir. Yapılan bu davranış değişiklikleri hastada uyum sorunlarına neden olmaktadır.

Birey yeni durumlarla karşı karşıya kalmaktan veya atak geçirmekten korktuğundan bu değişimleri gösterir. Panik bozukluk tanısı konabilmesi için bireyin herhangi bir madde veya ilacın etkisi altında ya da başka bir sağlık sorunundan mustarip olmaması gerekir (Köroğlu,2014).

2.2.4.6. Agorafobi

Bireyin toplu taşıma araçları, açık veya kapalı yerler, kalabalık ortamlar ve yalnız başına evden uzakta olma gibi durumlara karşı en az altı ay boyunca neredeyse her gün duyduğu belirgin kaygı ya da korku olarak tanımlanmaktadır. Yaşanan bu korkunun temelinde yardım alamama ve kaçınmanın mümkün olamayacağına dair düşünceler yatmaktadır. Birey bu durumlarla her karşılaştığında korku ve kaygı duyguları içerisinde girmektedir. Bu durumlardan sürekli kaçınmak isteğinde olur, kaçınmanın mümkün olmadığı durumlarda birey için katlanılması zor bir durum olmaktadır. Söz konusu durumlara maruz kalındığında birey kendini abartılı bir tehlike durumunda hissederek içinde yaşadığı kültürden bağımsız tepkiler vermektedir. Bu korku ve kaçınma hali bireyin mesleki ve sosyal hayatında bozulmalara yol açarak işlevselliğini azaltmaktadır. Bireyde mevcut bir sağlık sorunu varsa verilen tepkilerin normalin çok dışında abartılı olduğu görülmektedir. Bireyde görülen bu korku ve kaçınma hali diğer ruhsal bozukluk belirtilerinden farklı olmalıdır (Köroğlu,2014).

Bireylerin erken dönem yaşantılarında maruz kaldıkları stres verici olaylar agorafobiyi tetiklemektedir. Bilişsel süreçler, stres verici bu olayların etkilerinin ve anksiyetenin devam etmesinde büyük bir rol oynamaktadır. Bu bireylerde anksiyete durumunu pekiştiren birçok bilişsel stil ve olumsuz otomatik düşünce görülür. (Capps ve Ochs, 1995).

Agorafobide alışlagelmiş panik atakların haricinde nispeten daha kısa süreli ve beklenmedik ataklarda görülmektedir. Bu atakların tedavisi ve kaçınmaların ortadan kaldırılması için davranışçı terapilerde çoğunlukla maruz bırakma terapileri kullanılır (Bandelow, 2017).

2.2.4.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Bireyin yaşamsal aktiviteleri gerçekleştirirken, en az altı ay boyunca hemen hemen her gün aşırı endişe ve kuruntu halinin işlevselliğini bozacak düzeyde olması durumudur. Birey içinde olduğu bu endişeli durumu durdurmakta veya denetim altına almakta zorluk çekmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunda birey huzursuz ve gergin bir görünüm içerisinde. Bireylerde çabuk kızma, dikkatini toplamada zorlanma, çabuk yorulma, kasiarda gerginlik, uyku ve uyuma problemleri çok sık görülen belirtilerdir. Bu belirtilerin bireyin

sosyal, akademik, ailevi ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara sebep olması gerekmektedir. Ayrıca bu bozukluğun belirtileri başka bir ruhsal bozukluk veya bir maddenin etkisi ile veya nörolojik bozukluk ile açıklanamamalıdır (Köroğlu,2014).

Yaygın anksiyete bozukluğu bireylerin mesleki verimliliği ve yaşam kalitesinde düşüş sağlığı giderlerinde ise artışa neden olmaktadır (Patel ve Fancher, 2013).

Yaygın anksiyete bozukluğunun diğer ruhsal bozukluklarla birlikte görülme oranı oldukça yüksektir. Bu bozukluğa eşlik eden en önemli ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon ile birlikte görülmesi karma anksiyete-depresyon olarak adlandırılmaktadır. Bu durumda hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Bu durumlarda bireyde önce hangi bozukluğun ortaya çıktığının tespit edilmesi ve tedavi planının bu doğrultuda yapılması gerekmektedir (Bourne,2010).

2.3. Depresyon, Anksiyete Bozuklukları ve Tedaviye İlişkin Özellikleri

Yaşam boyu prevalansı yaklaşık %17-19 arasında değişen depresyon ile, yine yaşam boyu prevalansı % 10- 25 arasında olan anksiyete bozuklukları sık görülen psikiyatri hastalıklarıdır. 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında 1 yıllık depresif atak yaygınlığı yaklaşık olarak %4 ve anksiyete bozukluğu yaygınlığı ise %6.7 oranında tespit edilmiştir (Erol Vd., 1998; Okçin, 2000).

Depresyon görülme sıklığının yüksek olmasının yanı sıra, kişinin mesleki ve sosyal işlevselliği ile yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemesi nedeniyle de önemli bir sorundur. Depresyonun toplumda yaşam boyu görülme prevalansı kadınlar için %10-25 seviyelerindedir. Bu oran erkek bireylerde %5 ile 12 arasında değişmektedir. Major depresif bozukluğun yetişkin bireylerde görülme sıklığı kadınlar için %5-9, erkekler için %2-3 arasında gösterilmektedir (Altınay, 1999; Kessler, 1995).

Depresyon yoğun olarak fiziksel ve ruhsal enerji kaybının yaşandığı, hastanın basit günlük aktivitelerini yerine getirmesini engelleyecek düzeyde yeti kaybına neden olan bir bozukluktur. Depresyonun en önemli belirtileri; üzgün ve çökkün duygu durumu, kişinin kendini yetersiz hissetmesi ve günlük yaşam aktivitelerine karşı ilgisizlik ve zevk almama, üzüntü, değersizlik, ümitsizlik ve keder duygularının yaşanması, enerji azlığı, uyku ve iştah bozukluklarıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından major depresyonlu hastalarda ortaya çıkan yeti kaybının, diğer kronik hastalığı olan hastalardaki yeti kaybından daha fazla olduğu bildirilmiştir (Davidson, Meltzer-Brody, 1999; Yiğitöl, 1996). Depresyonun tedavisinde, ilaçla tedavi önemli bir yer tutmaktadır. Antidepresanlarla tedavide, genellikle 6-9 ay sonunda cevap

alınmaktadır. Bu dönemde depresyonlu hastaların sadece %50 kadarı verilen ilk tedaviye cevap vermekte, sonuç alınamayan hastaların ise yaklaşık olarak %20'si yan etkilerinden dolayı tedaviyi bırakmaktadır (Schulberg vd. 1998).

Depresyon yaşam boyu tekrarlama ihtimali olduğundan dolayı tam sağaltımdan bir süre sonra bile tedavisine devam edilmesi gereken bir rahatsızlıktır. Bu süre hastalara göre değişim göstermektedir. Ailede depresyon öyküsü olan hastalarda bu süre en az 12 ay, diğer hastalarda ise 6 aydır.

Depresyonun tekrarlayıcı 5 özelliğinden dolayı, tamamen iyileşen olgularda bile tedaviye bir süre daha devam edilmelidir. Bu süre ilk atakta 6 aydan, aile öyküsü pozitif olanlarda 1 yıldan kısa olmamalıdır. Ayrıca antidepresan tedavisi birden bırakılmamalı, ilaç dozları yavaş yavaş azaltılarak tedavi 15-60 gün gibi bir sürede sonlandırılmalıdır (Cansever, 2002). Bu kadar uzun bir süreye yayılacak olan tedavinin hasta ile görüşülmesi, sebebinin hastaya açıklanması, tedavi uyumunu artırmada olumlu bir rol oynayacaktır. Yapılan çalışmalarda, yeterli doz ve sürede tedavisi yapılamayan depresyon hastalarının çoğunun yaşamları boyunca birden çok atak yaşadığı bildirilmiş olup; üçten fazla atak olduğunda; tedavi edilmediklerinde ya da yetersiz tedavi aldıklarında depresif atağın uzadığı ve tekrarlama eğiliminin arttığı da bilinmektedir (Keller, 1993; Rush, 1999).

DSM-IV-TR' ye göre; anksiyete bozuklukları yaşanan belirtiler, hastalığın seyri ve ortaya çıkaran etkenlerle birbirinden ayrılırlar. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, obsesif- kompulsif bozukluk, fobik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu anksiyete bozuklukları olarak ele alınmaktadır (Köroğlu, 1994). Anksiyete bozukluğu tanısı tüm psikiyatrik hastalarda % 5-15 kadar bir yer tutmaktadır. Anksiyete bozuklukları içinde yaygın anksiyete bozukluğu, özellikle kadınlar arasında olmak üzere çok yaygın ve kronik bir rahatsızlıktır. Yapılan çalışmalara göre Yaygın anksiyete bozukluğunun anlık görülmesi % 1.2-6.4 arası iken, ömür boyu görülme sıklığı % 4-6.6 arası bulunmuştur (Saatçioğlu, 2001; Schweizer Ve Rickels, 1996).

Yaygın anksiyete bozukluğunda yaşamsal aktiviteler sırasında sıradan etkinlikler ve rutin işlerde yoğun endişe ve korku hissi yaşanmaktadır. Yapılan tüm telkinlere rağmen hasta yatışmakta ve bu hislerden kurtulmakta zorluk çeker. Endişe ve korku içeren duygulara engel olmakta zorlanan hasta düşünsel boyutta tehlikede olduğuna, başına kötü bir olay geleceğine inanmaktadır. Bu durum hastanın işlevselliğini ve yaşamsal faaliyetlerini bozacak kadar şiddetlidir. Hastalarda terleme, bulantı, çarpıntı, nefes almada zorluk, takipne, taşikardi ve titreme gibi otonom sinir sisteminden kaynaklı somatik belirtiler görülmektedir. Süreç içerisinde hastada dikkat dağınıklığı, çabuk yorulma, ajitasyon, kaslarda güçsüzlük ve uyku

düzensizlikleri de başlamaktadır. Hastalık tablosu gittikçe ağırlaşmakta ve bunun sonucunda hastada beklenti anksiyetesi görülmektedir (Cansever, 2002; Kaplan ve Sadock, 1998; Saatçioğlu, 2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde; anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen hastalar için farmakolojik tedavi tercih edilmektedir.

Tedavide benzodiazepinler, buspiron, beta blokerler ve antidepresanlar kullanılabilir. Tedavide en sık kullanılan ilaçlar benzodiazepin ve buspiron grubu ilaçlardır. Bu iki grubun tedavi edici özelliği diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Benzodiazepin grubu ilaçlar bedensel belirtileri, özellikle kas hareketleri ve gerginliklerini azaltarak etki göstermektedir. (Saatçioğlu, 2001; Schweizer Ve Rickels, 1996). Bazı hastalar benzodiazepin tedavisinden fayda gördükleri için tedavi dozlarını arttırma eğilimi taşıyabilmektedir. İlaç dozunu arttırmak tedaviye uyumsuzluğun oluşmasının yanısıra, benzodiazepinlerin bağımlılık riski konusunda dikkatli olmak gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bir diğer tedavi seçeneği olan buspiron, bağımlılık riski taşımamakla birlikte etkisinin geç başlaması gibi bir dezavantaja sahiptir. Bu nedenle, hastaların ilacın etki gösterme süresi ve hastalık belirtilerinin geç ortadan kalkabileceği konusunda uyarılması tedaviye uyumu etkileyecek bir durumdur (Cansever, 2002; Saatçioğlu, 2001).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ile kullanılan analiz teknikleriyle ilgili açıklamalar yer almaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Sağlık çalışanlarının anksiyete/depresyon seviyeleri ile antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanma eğilimleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın niteliği kesitsel olup araştırma ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evreni, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde çalışan 128 sağlık personelinin oluşturulmuştur. Çalışmanın örnekleme, evreni belli örneklem hesabına göre 97 sağlık personeli olarak seçilmiştir. Çalışmanın yürütülmesinde veri toplanması aşamasında belirlenen örneklem sayısının üzerinde katılımcıya ulaşılmıştır. Sonuç olarak 107 sağlık personelinin gönüllü katılımı ile araştırmanın veri toplama aşaması tamamlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Her bir katılımcıya sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Bilgi Formu, Beck Anksiyete Envanteri ile birlikte İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğinin üç alt boyutu uygulanmıştır. Araştırmanın amacına daha uygun olan İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğinin Sağlık Motivasyonu, Yarar Algısı ve Öz-Etkililik alt boyutları kullanılmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri göz önüne alınarak hazırlanan bu form 12 adet sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara ait demografik verilerin elde edilmesi amacıyla bireye özgü tanımlayıcı bilgileri içerecek şekilde hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılarla

yüz yüze görüşülerek formun doldurulması istenmiştir. Bu bilgi formu; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum daha önce psikolojik destek alınıp alınmadığı, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanılıp kullanılmadığı, psikiyatrik bir hastalık durumunun olup olmadığı gibi maddeler içermektedir.

3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini ölçmek amacıyla beck anksiyete ölçeği kullanıldı. Anksiyete belirtilerinin şiddetini ve görülme sıklığını ölçmek amacıyla alanda yaygın olarak kullanılan bu ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Beck anksiyete ölçeği uygulaması kolay bir öz bildirim envanteridir. Hem yetişkin hem de ergen bireylerde kullanılmaktadır. Ölçek 1988 yılında Aaron T. Beck tarafından 12 yaş ve üzeri bireylerin anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumundaki güvenilirlik ve geçerlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmış olup ölçeğin anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ayırım yapabildiği belirlenmiştir. Beck anksiyete ölçeği 4'lü likert tipi bir ölçek olup katılımcı tarafından kısa sürede doldurulabilmektedir. Ölçeğin her maddesi 0-3 arasında puanlanmakta ve toplam aralığı 0-63 arasındadır. Ölçek puanı 16 veya üzerinde olan bireylerin, değerlendirmeyi gerektirir düzeyde anksiyeteye sahip olduğu kabul edilmekte ve genellikle bu aralıkta medikal tedavi başlanması önerilmektedir. Ölçekten alınan puanlar, 0-7 puan aralığında ise minimal düzeyde anksiyete / normal, 8-15 puan aralığında ise hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan aralığında ise orta düzeyde anksiyete ve 26-63 puan aralığında ise şiddetli anksiyete olarak kabul edildi.

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Katılımcıların duygu durumu seviyelerini öğrenmek ve depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı. Beck Depresyon Ölçeği Aaron T. Beck tarafından yetişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçek depresyonun yoğunluğunun kantitatif olarak değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Yetişkin bireylerde depresyon taramalarında çok sık kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli ve ark. tarafından 1989 yılında yapılmıştır. BDÖ, depresyon yönünden riski saptamak ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacı ile kullanılmaktadır. Ölçeğin her maddesi ayrı ayrı puanlanmakta ve toplam puan aralığı 0-63

arasındadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. BDÖ her soru için puanı 0-3 arasında olan dörder seçenek içeren toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Toplam puanın yüksek oluşu depresyonun şiddetini göstermektedir. Araştırmacılar 17 üzerinde toplam puanlarda depresyonun klinik anlamı olduğunu kabul eder. Bu araştırma subklinik vakalarla çalışıldığı için literatüre uygun olarak 9 ve üzeri puan alanlar depresif; 8 ve daha aşağı alanlar ise depresif olmayanlar olarak kabul edilmiştir.

3.3.4. Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Bilgi Formu

Sağlık çalışanlarının bilinçli ve reçeteli ilaç kullanma hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan 36 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. Rasyonel ilaç kullanımını bir dizi unsurun akılcılığı ile beraber ölçmek için kullanılmaktadır. Cevapları evet hayır şeklinde olup kullanım kolaylığı ve kısa sürede uygulanma durumu vardır. Verilerin kısa sürede kayıt altına geçebilmesi mümkündür. Bazı unsurları araştırmak ve tespit etmeye yardımcı olur. Söz konusu unsurlar; ilacın akılcı seçimi, ilaç lojistiğinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin akılcılığı, reçete yanıtıma sürecinin akılcılığı, ilaçların akılcı kullanımı, ilaç bilgisi desteğinin akılcılığı, ilaç yönetiminin akılcılığı yani farmaekonomidir. Formun doğru cevaplarının tam puanı 55 puan olarak hesaplanmıştır.

3.3.5. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Katılımcıların ilaç kullanım eğilimlerini ve sağlık inanç algılarını belirlemek amacıyla kullanılan 35 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Çoktan seçmeli olan bu ölçek Zeynep Çiçek tarafından geliştirilip uyarlanmıştır. Her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmış olup 5'li likert tipi ölçek üzerinden verilen yanıtlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Katılımcılardan maddeler halinde verilen yargıların karşılıklarına kendilerine en uygun seçeneği işaretlemeleri istenir. Ölçekte her maddenin sonunda işaretlenebilecek beş seçenek sunulmaktadır. Kesinlikle katılmıyorum yanıtına 1 puan, katılmıyorum yanıtına 2 puan, kararsızım yanıtına 3 puan, katılıyorum yanıtına 4 puan ve kesinlikle katılıyorum yanıtına 5 puan verilmiştir. Ölçek 6 alt başlıktan oluşmaktadır. Bu alt başlıklar duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar algısı, engel algısı ve öz-etkililik algısıdır. Çalışmada, araştırmanın amacına daha uygun olan İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğinin Sağlık Motivasyonu, Yarar Algısı ve Öz-Etkililik alt boyutları kullanılmıştır.

Sağlık Motivasyonu: Katılımcıların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmaya bağlı olarak, fiziksel sağlığı ile ilgili zararlı sonuçları önleyici davranışlarla meşgul olmada farklı derecelerden istekliliklerini belirler. Bu alt başlık toplamda 6 adet madde içermektedir.

Yarar Algısı: Katılımcıların bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmada algıladığı yararları belirlemektedir. Bu alt başlık toplamda 4 adet madde içermektedir.

Öz-Etkililik: Katılımcıların bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmada algıladığı öz etkililiği belirler. Bu alt başlık toplamda 7 adet madde içermektedir.

Ölçek 17 soruluk formu ile kullanılmış olup alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 85'tir. Alınan puanın yüksek olması bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inancının da yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Her bir katılımcıya sosyodemografik veri formu ile beraber, Beck Depresyon Ölçeği, Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Bilgi Formu, Beck Anksiyete Envanteri ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın istatistiksel veri analizi SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) 19.0 paket programı ile yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri sayı, yüzdelik, varyans ve standart sapma şeklinde hesaplanmıştır.

Araştırmada, sağlık personellerinin stresle baş etme tarzları, tükenmişlik sendromu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile antidepresan, duyu durum düzenleyicileri ve anksiyolitik ilaç kullanımı eğilimleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla betimsel, yordamsal ve ilişkisel teknikler kullanılmıştır.

Sağlık çalışanlarının genel özelliklerini tanımlayıcı istatistikler; kesikli değişkenler için yüzde ve sıklık değerleri ile verilmiştir. Sürekli değişkenler için medyan, varyans, standart sapma ve minimum-maksimum değerler verilmiştir. Shapiro Wilk Testi kullanılarak sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler normal dağılıma uymadığı için verilerin analizinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Bu testler; Mann Whitney U Testi, Chi-Square Testi ve Fisher's Exact Testi' dir. Bütün istatistiksel analizlerde $p < 0,05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. Analiz ve Tablolar

Araştırmaya katılan 107 katılımcının 49'u kadın (%45,8), 58'i(%54,2) ise erkektir. Sağlık çalışanlarının 41'i(%38,3) 18-25 yaş arasında olduklarını belirtirken, 35'i(%32,7) 26-34 yaş arası, 25'i(%23,4) 35-45 yaş arası, 5'i(%4,7) 46-55 yaş arası ve 1'i(%0,9) 55 yaş ve üzerinde olduğunu bildirmiştir. Katılımcılardan 15'i(%14) ilkokul, 29'u(%27,1) lise, 12'si(%11,2) ön lisans, 39'u(%36,4) lisans, 9'u(%8,4) yüksek lisans ve 3'ü(%2,8) doktora seviyesinde eğitim seviyelerinin olduğunu bildirmişlerdir. 63(%58,9) kişi hemşire olduğunu bildirirken, 9(%8,4) kişi doktor, 5(%4,7) kişi veri giriş, 5(%4,7) kişi güvenlik, 17(%15,9) kişi personel ve 8(%7,5) kişi diğer meslek grubunda olduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcılardan 70'i(%65,4) 0-5 yıl arası, 20'si(%18,7) 6-10 yıl arası, 16'sı(%15) 11-20 yıl arası ve 1'i(%0,9) 20 yıl ve üzeri hizmet yılında oldukları görülmüştür. Katılımcılardan 64'ü(%59,8) 1-3 yıl arası, 19'u(%17,8) 4-6 yıl arası, 16'sı(%15) 7-10 yıl arası, 6'sı(%5,6) 11-15 yıl arası ve 2'si(%1,9) 15 yıl ve üzeri zamandır çalıştıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılardan 44'ü(%41,1) evli olduklarını bildirirken, 63'ü(%58,9) bekar olduklarını bildirmişlerdir. Katılımcılardan 5'i (%4,7) nöbet usulü çalıştıklarını bildirirken, 19'u(%17,8) gündüz çalıştıklarını ve 83'ü(%77,6) karışık olarak çalıştıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.1: Sağlık çalışanlarının demografik bilgileri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	49	45,8
	Erkek	58	54,2
	Toplam	107	100,00
Yaş	18-25	41	38,3
	26-34	35	32,7
	35-45	25	23,4
	46-55	5	4,7
	55 ve üzeri	1	0,9
	Toplam	107	100,00
Eğitim	İlkokul	15	14
	Lise	29	27,1
	Önlisans	12	11,2
	Lisans	39	36,4
	Yüksek Lisans	9	8,4
	Doktora	3	2,8
	Toplam	107	100,00
Görev	Hemşire	63	58,9
	Doktor	9	8,4
	Veri Giriş	5	4,7
	Güvenlik	5	4,7
	Personel	17	15,9
	Diğer	8	7,5
	Toplam	107	100,00
Hizmet yılı	0-5 yıl	70	65,4
	6-10 yıl	20	18,7
	11-20 yıl	16	15
	20 yıl ve üzeri	1	0,9
	Toplam	107	100,00
Çalışma süresi	1-3 yıl	64	59,8
	4-6 yıl	19	17,8
	7-10 yıl	16	15
	11-15 yıl	6	5,6
	15 yıl ve üzeri	2	1,9
	Toplam	107	100,00
Medeni Durum	Evli	44	41,1
	Bekar	63	58,9
	Toplam	107	100,00
Vardiya	Nöbet	5	4,7
	Gündüz	19	17,8
	Karışık	83	77,6
	Toplam	107	100,00

Tablo 4.2: Sağlık çalışanlarının demografik bilgileri

		N	%
Psikolojik destek	Evet	16	15
	Hayır	91	85
	Toplam	107	100,00
Tanısız ilaç	Evet	13	12,1
	Hayır	94	87,9
	Toplam	107	100,00
Reçetesiz ilaç	Evet	5	4,7
	Hayır	102	95,3
	Toplam	107	100,00
Tavsiye ilaç	Evet	7	6,5
	Hayır	100	93,5
	Toplam	107	100,00
Gerekçe	İş yoğunluğu/yükü	7	6,5
	Mobbing	6	5,6
	Sözel-fiziksel şiddet	5	4,7
	Depresif-anksiyöz yakınma	27	25,2
	Yok	62	57,9
	Toplam	107	100,00

Sağlık çalışanlarının 16'sı(%15) psikolojik destek aldıklarını belirtirken 91'i(%85) psikolojik destek almadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılardan 13'ü tanısız ilaç kullandıklarını bildirmişlerdir 94'ü ise tanısız ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. 5(%4,7) kişi reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtirken 102(%95,3) kişi reçetesiz ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir.

Katılımcılardan 7'si(%6,5) tavsiye ilaç kullandıklarını belirtirken, 100'ü(%93,5) tavsiye ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılara ilaç kullanım gerekçeleri sorulduğunda 7'si(%6,5) iş yoğunluğu/yükü, 6'sı(%5,6) mobbing, 5'i(%4,7) sözel-fiziksel şiddet, 27'si(%25,2) depresif veya anksiyöz yakınma ve 62'si(%57,9) herhangi bir gerekçelerinin olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 4.3: Cinsiyete ile psikolojik destek öyküsü arasındaki farklılık

Değişkenler		Cinsiyet		χ^2	p
		Kadın	Erkek		
Psikolojik destek öyküsü	Var	10(%62,5)	6(%37,5)	2,115	0,146
	Yok	39(%42,9)	52(%57,1)		

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 10'u(%62,5) kadınlar, 6'sını(%32,5) erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyetler arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel açıdan farklılık görülmemiştir (p=0,146)

Tablo 4.4: Hizmet yılına göre psikolojik destek öyküsü farklılık göstermekte midir?

Değişkenler		Hizmet yılı				χ^2	p
		0-5 yıl	6-10 yıl	11-20 yıl	20 yıl ve üzeri		
Psikolojik destek öyküsü	Var	8(%50)	5(%31,2)	3(%18,8)	0(%0,0)	3,266	0,367
	Yok	62(%68,1)	15(%16,5)	13(%14,3)	1(1,1)		

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 8'i(%50) 0-5 yıl, 5'i(%31,2) 6-10 yıl, 3'ü(%18,8) 11-20 yıl arasında hizmet süresi olan bireylerden oluşmaktadır. Hizmet yılları arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir(p=0,367).

Tablo 4.5: Çalışma yılına göre psikolojik destek öyküsü farklılık göstermekte midir?

Değişkenler		Çalışma yılı					χ^2	p
		1-3 yıl	4-6 yıl	7-10 yıl	11-15 yıl	15 yıl ve üzeri		
Psikolojik destek öyküsü	Var	7(%43,8)	5(%31,2)	3(%18,8)	1(%6,2)	0(%0,0)	3,580	0,407
	Yok	57(%62,6)	14(%15,4)	13(%14,3)	5(%5,5)	2(%2,2)		

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 7'si(%43,8) 1-3 yıl, 5'i(%31,2) 4-6 yıl, 3'ü(%18,8) 7-10 yıl ve 1'i(%6,2) 11-15 yıl arasında çalışma yılındadır. Çalışma yılları arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel açıdan farklılık görülmemiştir(p=0,407).

Tablo 4.6: Medeni duruma göre psikolojik destek öyküsü farklılık göstermekte midir?

Değişkenler		Medeni Durum		χ^2	p
		Evli	Bekar		
Psikolojik destek öyküsü	Var	4(%25)	12(%75)	2,020	0,155
	Yok	40(%44)	51(%56)		

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 4'ü(%25) evli ve 12'si(%75) bekar bireyler oluşturmaktadır. Medeni durumlar arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel açıdan farklılık bulunmamaktadır(p=0,155).

Tablo 4.7: Vardiya durumu ile psikolojik destek öyküsüne göre farklılık

Değişkenler		Medeni Durum			χ^2	p
		Nöbet	Gündüz	Karışık		
Psikolojik destek öyküsü	Var	1(%6,2)	3(%18,8)	12(%75)	0,596	0,882
	Yok	4(%4,4)	16(%17,6)	71(%78)		

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 1'i(%6,2) nöbet, 3'ü(%18,8) gündüz ve 12'si(%75) karışık vardiya sistemine göre çalışan bireylerdir. Vardiya durumu arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir(p=0,882).

Tablo 4.8: Tanısız ilaç kullanımı ile cinsiyete göre farklılık

Değişkenler		Tanısız ilaç Kullanımı		χ^2	p
		Var	Yok		
Cinsiyet	Kadın	9(%69,2)	40(%42,6)	3,274	0,070
	Erkek	4(%30,8)	54(%57,4)		

Tanımsız ilaç kullanımı olan sağlık çalışanlarının 9'u (%69,2) kadın, 4'ü (%30,8) erkektir. Cinsiyetler arasında tanımsız ilaç kullanımı oranı yönünden istatistiksel açıdan farklılık tespit edilmemiştir (p=0,070)

Tablo 4.9: Reçetesiz ilaç kullanımı ile cinsiyete göre farklılık

Değişkenler		Reçetesiz ilaç Kullanımı		χ^2	p
		Var	Yok		
Cinsiyet	Kadın	3(%60)	46(%45,1)	0,426	0,514
	Erkek	2(%40)	56(%54,9)		

Reçetesiz ilaç kullanımı olan sağlık çalışanlarının 3'ünü (%60) kadınlar, 2'sini (%40) erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyetler arasında reçetesiz ilaç kullanımı oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık görülmemektedir(p=0,514).

Tablo 4.10: Tavsiye ilaç kullanımı ile cinsiyete göre farklılık

Değişkenler		Tavsiye ilaç Kullanımı		χ^2	p
		Var	Yok		
Cinsiyet	Kadın	1(%14,3)	48(%48)	2,996	0,083
	Erkek	6(%85,7)	52(%52)		

Tavsiye ilaç kullanımı olan sağlık çalışanlarının 1'ini (%60) kadınlar, 6'sını (%85,7) erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyetler arasında tavsiye ilaç kullanımı oranı yönünden istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (p=0,083).

Tablo 4.11: İlaç kullanım gerekçesi ile cinsiyete göre farklılık

Değişkenler		Gerekçe					χ^2	p
		İş yoğunluğu /yükü	Mobbing	Sözel /fiziksel şiddet	Depresif /anksiyöz yakınlıklar	Yoktur		
Cinsiyet	Kadın	2(%28,6)	5(%83,3)	4(%80)	11(%40,7)	36(%58,1)	7,151	0,119
	Erkek	5(%71,4)	1(%16,7)	1(%20)	16(%59,3)	26(%41,9)		

Cinsiyetler arasında ilaç kullanım gerekçesi oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık bulunmamıştır(p=0,119).

Tablo 4.12: Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Kadın (n=49) Mean Rank/sum of rank	Erkek (n=58) Mean Rank/sum of rank	Z	P
Beck anksiyete ölçeği	54,48/2669,50	53,59/3108,50	-0,147	,883
Beck depresyon ölçeği	59,45/2913,00	49,40/2865,00	-1,672	,095
Sağlık motivasyonu	54,03/2647,50	53,97/3130,50	-0,009	,992
Yarar algısı	50,42/2470,50	57,03/3307,50	-1,122	,262
Öz etkililik	55,01/2695,50	53,15/3082,50	-0,320	,749

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre Beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve ilaç kullanmaya ilişkin inanç ölçeği alt ölçek skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla p=0.883, p=0.095, p=0.992, p=0.262, p=0.749).

Tablo 4.13: Sağlık çalışanlarının psikolojik destek öyküsüne göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Psikolojik destek alan (n=16) Mean Rank/sum of rank	Psikolojik destek almayan (n=91) Mean Rank/sum of rank	Z	P
Beck anksiyete ölçeği	59,50/952,00	53,03/4826,00	-0,769	,442
Beck depresyon ölçeği	69,28/1108,50	51,31/4669,50	-2,139	,032
Sağlık motivasyonu	40,47/647,50	56,38/5130,50	-1,914	,056
Yarar algısı	49,75/796,00	54,75/4982,00	-0,608	,543
Öz etkililik	49,34/789,50	54,82/4988,50	-0,674	,500

Sağlık çalışanlarının psikolojik destek öyküsüne göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında psikolojik destek alan sağlık çalışanlarının beck depresyon ölçeği skorlarının psikolojik destek almayan katılımcılara göre istatistiksel bakımdan yüksek olduğu saptanmıştır(p=0,032)

Tablo 4.14: Sağlık çalışanlarının tanısız ilaç kullanımlarına göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Tanısız ilaç kullanan (n=13) Mean Rank/sum of rank	Tanısız ilaç kullanmayan (n=94) Mean Rank/sum of rank	Z	P
Beck anksiyete ölçeği	62,85/817,00	52,78/4961,00	-1,097	,272
Beck depresyon ölçeği	74,19/964,50	51,21/4813,50	-2,507	,012
Sağlık motivasyonu	34,19/444,50	56,74/5333,50	-2,485	,013
Yarar algısı	40,00/520,00	55,94/5258,00	-1,775	,076
Öz etkililik	41,81/543,50	55,69/5234,50	-1,565	,118

Sağlık çalışanlarının tanısız ilaç kullanımlarına göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında tanısız ilaç kullanan sağlık çalışanlarının beck

depresyon ölçeği skorları tanısız ilaç kullanmayan katılımcılara nazaran istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur($p=0,012$). Tanısız ilaç kullanmayan sağlık çalışanlarının ise İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği sağlık motivasyonu alt ölçeği skorları tanısız ilaç kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan yüksek görülmüştür($p=0,013$).

Tablo 4.15: Sağlık çalışanlarının reçetesiz ilaç kullanımına göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Reçetesiz ilaç kullanan (n=5) Mean Rank/sum of rank	Reçetesiz ilaç kullanmayan (n=102) Mean Rank/sum of rank	Z	P
Beck anksiyete ölçeği	81,80/409,00	52,64/5369,00	-2,053	,040
Beck depresyon ölçeği	76,00/380,00	52,92/5398,00	-1,626	,104
Sağlık motivasyonu	34,40/172,00	54,96/5606,00	-1,464	,143
Yarar algısı	49,70/248,50	54,21/5529,50	-0,325	,746
Öz etkililik	48,70/243,50	54,26/5534,50	-0,405	,685

Sağlık çalışanlarının reçetesiz ilaç kullanımına göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında reçetesiz ilaç kullanan sağlık çalışanlarının beck anksiyete ölçeği skorları reçetesiz ilaç kullanmayan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan yüksek olarak tespit edilmiştir($p=0,040$).

Tablo 4.16: Sağlık çalışanlarının tavsiye ilaç kullanımlarına göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Tavsiye ilaç kullanan (n=7) Mean Rank/sum of rank	Tavsiye ilaç kullanmayan (n=100) Mean Rank/sum of rank	Z	P
Beck anksiyete ölçeği	77,21/540,50	52,38/5237,50	-2,049	,040
Beck depresyon ölçeği	74,29/520,00	52,58/5258,00	-1,792	,073
Sağlık motivasyonu	52,00/364,00	54,14/5414,00	-0,179	,858
Yarar algısı	64,14/449,00	53,29/5329,00	-0,915	,360
Öz etkililik	58,79/411,50	53,66/5366,50	-0,437	,662

Sağlık çalışanlarının tavsiye ilaç kullanımlarına göre beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında tavsiye ilaç kullanan sağlık çalışanlarının beck anksiyete ölçeği skorları tavsiye ilaç kullanmayan katılımcılara oranla istatistiksel bakımdan yüksek tespit edilmiştir($p=0,040$).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

Uygun olmayan ilaç kullanım alışkanlıkları, olumsuz ilaç etkileşimleri ve yan etkileri bireylerde tedaviyi zorlaştırmaktadır. Sağlık personelinin anksiyete/depresyon seviyeleri ile antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanma eğilimleri arasındaki ilişkisini incelediğimiz ve ilaç kullanan personellerde sosyal destek ve anksiyete depresyon riskini belirlediğimiz bu araştırmaya göre ulaştığımız sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Araştırma neticesinde, sağlık çalışanlarının %15'i psikolojik destek aldıklarını belirtirken %85 psikolojik destek almadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılardan 13'ü tanısız ilaç kullandıklarını bildirmişlerdir. 94'ü ise tanısız ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. %4,7'si reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtirken %95,3'ü reçetesiz ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Fransa'da çalışan hemşirelerde yapılan bir araştırmada, katılımcıların antidepresan ve anksiyolitikler başta olmak üzere bazı psikotrop ilaçları yüksek oranda kullandıkları bildirilmiştir (Rolland ve ark, 2012). Katılımcılardan %6,5'i tavsiye ilaç kullandıklarını belirtirken, %93,5'i tavsiye ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılara gerekçeleri sorulduğunda %6,5'i iş yoğunluğu/yükü, %5,6'sı mobbing, %4,7'si sözel-fiziksel şiddet, %25,2'i depresif veya anksiyöz yakınma ve %57,9'u herhangi bir gerekçelerinin olmadığını bildirmişlerdir. Yakın zamanda yayınlanmış bir çalışmada, hemşirelerde iş memnuniyetsizliğinin depresyon ve anksiyete seviyelerini yordadığı bildirilmiştir (Maharaj ve ark, 2019).

Yapılan analizler ışığında, psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 10'unu kadınlar, 6'sını erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyetler arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık saptanmamıştır. Netice itibarıyla, psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının %50'si 0-5 yıl, %31,2'si 6-10 yıl, %18,8'i 11-20 yıl arasında hizmet süresi olan bireylerden oluşmaktadır. Hizmet yılları arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık saptanmamıştır.

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının %43,8'i 1-3 yıl, %31,2'si 4-6 yıl, %18,8'i 7-10 yıl ve %6,2'si 11-15 yıl arasında çalışma yılındadır. Çalışma yılları arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık saptanmamıştır. Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 4'ü evli ve 12'si bekar bireyler oluşturmaktadır. Medeni durumlar arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık bulunmamıştır. Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 1'i nöbet, 3'ü gündüz ve 12'si karışık vardiya sistemine göre çalışan bireylerdir.

Vardiya durumu arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık yoktur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, vardiyalı çalışan sağlık çalışanlarının gündüz çalışanlara göre daha fazla ruhsal yakınmaya sahip oldukları bildirilmiştir (Selvi ve ark., 2010). Araştırmalarda kullanılan ölçme materyalleri ile araştırma örneklemelerinin farklı olması, bulguların da farklılık göstermesine sebep olmuş olabilir.

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 7'si 1-3 yıl, 5'i 4-6 yıl, 3'ü 7-10 yıl ve 1'i, 11-15 yıl arasında çalışma yılındadır. Çalışma yılları arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık tespit edilmemiştir. Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 4'ü evli ve 12'si bekar bireyler oluşturmaktadır. Medeni durumlar arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık bulunmamıştır.

Psikolojik destek öyküsü olan sağlık çalışanlarının 1'i nöbet, 3'ü gündüz ve 12'si karışık vardiya sistemine göre çalışan bireylerdir. Vardiya durumu arasında psikolojik destek öyküsü oranı yönünden istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Tavsiye ilaç kullanımı olan sağlık çalışanlarının 1'ini kadınlar, 6'sını erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyetler arasında tavsiye ilaç kullanımı oranı yönünden istatistiksel bakımdan fark saptanmamıştır.

Cinsiyetler arasında ilaç kullanım gerekçesi oranı yönünden istatistiksel bakımdan farklılık saptanmamıştır. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve ilaç kullanmaya ilişkin inanç ölçeği alt ölçek skorları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Sağlık çalışanlarının psikolojik destek öyküsüne göre Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında psikolojik destek alan sağlık çalışanlarının Beck depresyon ölçeği skorları psikolojik destek almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kadın ve erkek sağlık çalışanlarının depresyon ve anksiyete ölçek skorları arasında bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Ergün ve ark, 2016). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada Kızıllırmak ve Demir, kadın ve erkek hemşirelerin depresyon ölçek skorları arasında farklılık olmadığını bildirmiştir (2016). Çalışmamızın bu bulguları ulusal literatürde bildirilmiş diğer bulgularla benzerlik göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının tanısız ilaç kullanımlarına göre Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında tanısız ilaç kullanan sağlık çalışanlarının Beck depresyon ölçeği skorları tanısız ilaç kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,012$). Tanısız ilaç kullanmayan sağlık çalışanlarının ise İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği sağlık motivasyonu alt ölçeği skorları tanısız ilaç kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel bakımdan yüksektir.

Sağlık çalışanlarının reçetesiz ilaç kullanımlarına göre Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında reçetesiz ilaç kullanan sağlık çalışanlarının Beck anksiyete ölçeği skorları reçetesiz ilaç kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel bakımdan yüksek saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının tavsiye ilaç kullanımlarına göre Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Sağlık çalışanlarında tavsiye ilaç kullanan sağlık çalışanlarının Beck anksiyete ölçeği skorları tavsiye ilaç kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel bakımdan yüksek bulunmuştur.

Konuyla ilgili yapılan literatür araştırmasında gelir seviyeleri düşük bireylerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun görülme oranının orta ve yüksek seviye gelirleri olan bireylerden anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür. Orta ve yüksek seviye gelir durumunda olan bireylerde depresyon ve anksiyete görülme oranı daha düşük saptanmıştır. Gelir seviyesinin depresyon ve anksiyete üzerinde belirgin bir rolü olduğu belirtilmiştir. Sosyal ve ekonomik durumun depresyon üzerine etkilerini araştırmış birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar neticesinde hastaların depresyona yakalanma riskinin sosyo-ekonomik seviye ile yakın ilişki içerisinde olduğu belirlenmiştir. Düşük sosyo-ekonomik düzey depresyon riskini arttıran faktörlerden biri olarak saptanmıştır (Lorant ve ark., 2003). Depresyon ve anksiyetenin sosyal güvenlik ve toplumsal huzur ile de önemli bir şekilde değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Aynı şekilde işsizliğin de depresyon ve duygu durum bozuklukları üzerinde olumsuz bir etkisi saptanmıştır. Yapılan çalışmalar depresyon ve işsizlik arasında pozitif yönlü ilişkinin var olduğunu ortaya koymaktadır (Lorant ve ark., 2007).

Depresyon her yaş aralığında görülebilen ruhsal bir hastalık olmasının yanı sıra orta yaş gruplarında daha sık rastlanmaktadır. Orta yaşlar bu rahatsızlığın risk grubunu oluşturmaktadır. Kadın ve erkeklerde farklı yaşlarda başlangıç göstermektedir. Erkeklerde daha çok otuzlu

yaşların sonunda, kadınlarda ise ergenlik sonrası dönemde görülmektedir. Depresyonun genel olarak görülme yaşı 18-44 olarak ifade edilmektedir. Ancak son yıllarda 20 yaş altı erkek nüfusunda da depresyonun görülme sıklığının arttığı yapılan araştırmalar sonucunda görülmüştür. Bu durumun nedenleri arasında çevresel ve sosyal etkenlerin rol aldığı düşünülmektedir (Tezcan, 2011). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre depresyonun ortalama yaşı 28,9 olarak kabul edilmektedir. (Kessler ve ark., 2010).

KAYNAKÇA

Adıyaman, B. (2010). İlköğretim 2. Kademe Öğrencilerinin Duygusal Zeka Yeterliliklerini Kullanma Düzeyi ve Çocukluk Çağı Depresyonu (İstanbul Avrupa Yakası Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Sakarya.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5), Tanı ölçütleri başvuru el kitabından çev, Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013: 91-112.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ve Kawakami, N. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1): 3-21

Alper, Y. (1999). Bütün Yönleriyle Depresyon. Gendaş A.Ş. İstanbul.

Altınay, S. (1999). Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Batıgün, A.D. (2001). Depresyonda Bilişsel Davranışçı Terapiler. Türk Psikologlar Bülteni. 7 (20): 16-31.

Bromberger, J. T., & Matthews, K. A. (1994). Employment status and depressive symptoms in middle-aged women: a longitudinal investigation. *American Journal of Public Health*, 84(2), 202-206.

Bursa, D. (2010). Fiziksel Engelli Bireylerde Depresyon ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Cansever, A. (2002) Genel Tıpta Açıklanamayan Bedensel Belirtiler. İç Hastalıkları Karar Verme, Derleyenler: Koçar İ.H., Erikçi S., Baykal Y., Ankara, GATA Basımevi, 77-89.

Cramer, J.A. And Rozenheck R. (1998). Compliance With Medication Regiments For Mental And Physical Disorders, *Psychiatry Service*, 49, 196-201.

Crepet, P., Piazzzi, A., Vetrone, G., & Costa, M. (1993). Effects of occupational status on the mental health of young Italian men and women. A cross-sectional study. *International journal of social psychiatry*, 39(4), 303-312.

Çevik, A. (1993). Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu. Sivas: Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi;25-33.

Çilli, A. S., Kaya, N., Bodur, S., Özkan, İ., & Kucur, R. (2004). Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 14(1), 1-5.

Davidson, J. And Meltzer-Brody S.E. (1999). The Underrecognition And Undertreatment Of Depression: What Is The Breadth And Depth Of The Problem?, *Journal Clinical Psychiatry*, 60(7), 4-9.

Deniz, İ. (1995). *Bir Grup Depresif Hastanın Bazı Ailesel ve Psikososyal Özellikleri Uzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Dilbaz, N., Seber, G. (1998). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138

Eker, E. (2014). Yeme Bozukluğu Hastalarının Bağlanma Paternlerinin Depresyon ve İntihar Davranışı İle Korelasyonu, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Engin, B. (2018). Depresyon nedenleri, belirtileri, tanısı ve tedavisi. Erişim tarihi:05.05.2018 Erişim: <http://www.saglik.net/depresyon.html>.

Ergün, R., Ergün, D., & Ergan, B. (2016). Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanlarında Anksiyete ve Depresyon. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, 7(3).

Erol N.; Kılıç, C.; Ulusoy, M.; Keçeci, M. Ve Şimşek Z., (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1. Baskı, Ankara.

Ervatan, S.; Özel, A.; Türkçapar, H. Ve Atasoy, N. (2003). Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması, *Klinik Psikiyatri*, 6, 5-11

Güleç, C. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Yönünden Psikiyatrik Epidemiyoloji (Ed: M.Berton, L. Akın). Halk Sağlığı Temel Bilgileri, Hacettepe Üniversite Vakfı Yayını, Ankara.

Güleç, C. Ve Köroğlu, E. (1998). Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği 1998; 1.baskı.

Güven, H. (2008). Depresyon ve Dindarlık İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Güven, K. (2010). Marmara Depremine Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İşe Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Happell, B.; Manias, E. And Pinikahama, J. (2002). The Role Of The İnpatient Mental Health Nurse İn Facilitating Patient Adherence To Medication Regimes, İnternational Journal Of Mental Health Nursing, 11, 251- 259.

Husain, N., Gater, R., Tomenson, B., and Creed, F. (2004). Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 618-624.

Işık, A. Ve Meriç, M. (2010). Hayatın kalitesi (quality of life) kavramının felsefik temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. Ege Akademik Bakış 10 (1): 424-34.

Kabakçı, E. (2003). Panik ve Yaygın Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel – Davranışçı Tedaviler. (Ed: I. Savaşır, G. Soygüt ve E. Kabakçı). Bilişsel Davranışçı Terapiler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Baskı. Ankara.

Kaplan, H.I. And Sadock, B.J. (1990). Concise textbook of Clinical Pschiatry. Middle East Edition. Baltimore: William&Wilkins.

Kaplan, H.I. And Sadock, B.J. (1998). Generalized anxiety disorder. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 8th ed, Egypt, MassPublishing Company, 623-628.

Kartalçı, Ş. (2010). Testosteron ve Depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 457-472.

Katon, W. (1982). Depression: Somatic Symptoms and Medical Disorders in Primary Care. *Comprehensive Psychiatry*, 23: 274-287.

Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.

Kayahan, B.; Altıntoprak, E.; Karabilgin, S.; Öztürk, Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4: 208-18.

Keller. M.B. (1993). The Difficult Depressed Patient in Perspective. *Journal Clinical Psychiatry*, 54(2), 4-8.

Kendler, K.S.; Karkowski, L.M. And Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the on set of major depression, *American Journal of Psychiatry*; 156-6:837-841.

Kessler, R.C., Mcgonogle, K.A., Swartz, M. ve ark. (1993). Sex and Depression in the National Comorbidity Survey. 1: Lifetime Prevalence, Chronicity and Recurrence, *J Affect Disord*, 29: 85-96.

Kessler, R.C., (1995). *Sociology and Psychiatry* (Eds) Kaplan, H.I., Sadoc, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI*, Six Edition, Baltimore, Willian and Wilkins, Volume I, 356-364.

Kızılırmak, M., & Demir, S. (2016). Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2).

Köroğlu, E. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Köroğlu, E. (2004). 'Depresyon: Nedir? Nasıl Başedilir?'. 1. Baskı. Hekimler Yayın Birliği Yayını, Ankara.

Kumar, K. And Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to Psychotropic Medication in Eastern India: Clients' Perspective Part II, *Journal of Mental Health* 10 (3), 279–284.

Küllü, Z. (2008). 'Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi'. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri.

Lecompte, A. Ve Öner, N. (1988). Süreksiz-Durumluluk, Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.

Lee, L., Casanueva, C., Martin, S.L. (2005). Depression Among Female Family Planning Patients: Prevalence, Risk Factors, and Use of Mental Health Services. *Journal of Women's Health*, 2005; 14: 225-232.

Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis, *American Journal of Epidemiology*, 157:98-112

Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D, Mackenbach J, Ansseau M. (2007). Depression and socio-economic risk factors, *British Journal of Psychiatry*, 190:293-298

Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2019). Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), 61.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37(8), 1119-1129.

Mostow, E., & Newberry, P. (1975). Work role and depression in women: A comparison of workers and housewives in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(4), 538.

Mc Forland, G.K., Thomas, M.D. (1991). Psychiatric Mental Health Nursing Application of the Nursing Process. London: Lippincott Company, 841-857.

Nathawat, S. S., & Mathur, A. (1993). Marital adjustment and subjective well-being in Indian-educated housewives and working women. *The Journal of psychology*, 127(3), 353-358.

Noble, R.E. (2005). Depression in Women. *Metabolism*; 54 (5 suppl1): 49-52.

Okçin F. (2000). Kroner Stent Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Öner, N. (1997). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. Basım. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

- Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Bayt.
- Öztürk, M.O. Ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık Ltd. Şti; 342-7.
- Öztürk O (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Rezaki, M. (1995). Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerine Bir Alan Araştırması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6: 3-11.
- Richte, J.; Eisemann, M. And Richter, G. (000). Temperament and character during the course of unipolar depression among in patients, *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2; 250-1: 40-7.
- Rolland, Y., Andrieu, S., Crochard, A., Goni, S., Hein, C., & Vellas, B. (2012). Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(4), 407-e7.
- Rush, A.J. (1999). Strategies and Tactics In The Management Of Maintenance Treatment For Depressed Patients. *J Clin Psychiatry*, 60(14), 21-26.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11, 60-77.
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A., & Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), 238-43.
- Schulberg, H.C.; Katon, W. And Simon, G.E. (1998). Treating Major Depression In Primary Care Practise:An Update Of The Agency For Health Care Policiy And Research Practise Gidelines, *Archives Gen Psychiatry*, 55(12), 1121-1127.
- Schweizer, E. And Rickels, K. (1996). The Long Term Management Of Generalized Anxiety Disorder İssues And Dilemmas, *Clinical Psychiatry*, 7, 9-12.
- Tezcan AE. (2011). *Depresyon*. 1.Baskı, Ankara: Elma Yayınevi
- Tomb, A.D. (1994). *Aile Hekimleri için Psikiyatri*, çev. Tunca Z, Fidaner H. İzmir: Saray Medikal Yay; 70-7.

Tükel, R. (2009). Panik Hastasına Yaklaşım, Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Gelişim Dergisi*; 1-9.

Türkçapar, H.(2004). Melankolili Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1, 20-31.

Uluşahin A. (2003). Depresyona genel yaklaşım *Türkiye Tıp Dergisi*, 10(2): 79-88

Unger, K. (1993). Working women: economic and social considerations. *Occupational medicine (Philadelphia, Pa.)*, 8(4), 859-868.

Uzbay, I.T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 1:5-13.

Whooley, M. A., Avins, A.L., Miranda, J. ve ark. (1997). Case-finding Instrument for Depression. *J Gen Intern Med*, 12: 439-445.

WHO (2008). <https://www.who.int/whr/2008/en/> (E.T. 04.05.2019)

Yalom, I. (1999). Varoluşçu Psikoterapi (Çev. Z. İyidoğan Babayiğit). Kabalcı Yayınevi, İstanbul.

Yılmaz Akkaş, E. (2013). ‘Ankara’da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’ne Başvuran Gebelerde ‘Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’ ile Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler’. Yüksek Lisans Tezi. Ankara

Yiğitöl F. (1996). Depresif Hastaların İlaçlarına Uyumu ve Hemşirelik Bakımının Uyum Düzeyine Etkisi, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

EKLER

8.1. Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Araştırmaya katılmayı kabul etmeden önce, lütfen birkaç dakikanızı ayırarak, aşağıda bulunan araştırma hakkındaki bilgileri dikkatlice okuyunuz.

Bu araştırma Psk. Sinan ÇOLPO tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin anksiyete/depresyon seviyeleri ile antidepresan/anksiyolitik ilaç kullanma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmayı tamamlamak, 15-20 dakikadan fazla sürmeyecektir.

Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın yönünü belirlemek bakımından çok önem arz etmektedir. Sonuçlar kişi bazında değerlendirilmeyeceği için **adınız-soyadınızı yazmanız istenmemektedir**. Tüm yanıtlar ve anketler **gizlilikle** muhafaza edilecektir. Bu araştırma çalışması tamamen akademik bir amaca yönelik olup elde edilen sonuçlarla biliminin ilerlemesine katkıda bulunmayı arzuluyoruz.

1. Öğrenim durumunuz:

İlköğretim Ortaöğretim Ön lisans Lisans Yüksek Lisans Doktora

2. Yaşınız:

18-25 25-35 35-45 45-55 55 +

3. Cinsiyetiniz:

Bay Bayan

4. Biriminizde şu anki göreviniz nedir? (.....)

5. Meslekteki hizmet yılınız:

0-5 5-10 10-20 20 +

6. Bu kurumda çalışma süreniz:

0-3 3-5 5-10 10-15 15 +

7. Medeni durumunuz:

Evli Bekâr

8. Kurumunuzda şu anki pozisyonunuzda hangi vardiyada çalışmaktasınız?

Gece {Nöbet} Gündüz Gece-Gündüz Karışık

9. Bugüne kadar hiç psikolojik destek aldınız mı?

Evet Hayır

10. Bugüne kadar bir uzmandan herhangi bir psikiyatrik tanı veya ilaç aldınız mı?

Evet Hayır (Cevabınız Evet ise lütfen belirtiniz:
.....)

11. Bugüne kadar doktor reçetesi olmadan psikiyatrik ilaç kullandınız mı?

Evet Hayır (Cevabınız Evet ise lütfen ilacın adını belirtiniz:
.....)

12. Bugüne kadar arkadaşınızın ya da komşunuzun tavsiyesi ile ilaç kullandınız mı?

Evet Hayır (Cevabınız Evet ise lütfen ilacın adını belirtiniz:
.....)

8.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki 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)				

8.3. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜNDAHİL SON BİR 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.

- 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. Cezalandırılabilirim 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 içindem 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.
- Evet Hayır

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

8.4. Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Bilgi Formu

SORULAR	Evet (1)	Hayır (2)
1.Kullandığınız ilacın özelliklerinin ne olduğunu biliyor musunuz?		
2.Kullandığınız ilacın son kullanma tarihine bakar mısınız?		
3.Son kullanma tarihi geçen ilaçları kullanır mısınız?		
4.Kullandığınız ilacın kullanılma sıklığını biliyor musunuz?		
5.Kullandığınız ilacın kullanma miktarını biliyor musunuz?		
6.Kullandığınız ilacın kullanılma süresini biliyor musunuz?		
7.Kullandığınız ilacın saklama şeklini biliyor musunuz?		
8.Artık ilacı saklıyor musunuz?		
9.Reçete edilen ilaçlarınızı zamanında alır mısınız?		
10.Reçete edilen ilacınızı kullanmadan önce prospektüsünü okur musunuz?		
11. Reçete edilen ilacınızı düzenli kullanır mısınız?		
12.Reçete edilen ilacınızı belirtilen şekilde (çiğneme, yutma, cilde uygulama vs.) kullanır mısınız?		
13.Reçete edilen ilacınızda açlık tokluk ilkesine uyar mısınız?		
14.Reçete edilen ilacınızı belirtilen süreye kadar devam eder misiniz?		
15.Reçete edilen ilacınızı belirtilen süreden önce kendinizi iyi hissettiğinizde kullanmayı bırakır mısınız?		
16.Reçete edilen ilacınızı belirtilen süreden fazla kullanır mısınız?		
17.Reçete edilen ilacınızı başka maddelerle birlikte (sigara, alkol) alır mısınız?		
18.Reçete edilen ilacınızı başka içeceklerle birlikte (çay, süt meyve suyu) alır mısınız?		
19.Reçete edilen ilacınızı bitkisel ilaçlarla birlikte alır mısınız?		
20.Reçete edilen ilacınızı başkalarına kullandırır mısınız?		
21.Reçete edilen ilacınız hakkında yeterli bilgi alıyor musunuz?		
22.Reçete edilen ilacınızın yan etkilerini biliyor musunuz?		
23.Reçete edilen ilacınızı kullanırken kötü bir durum ortaya çıktığında ilaca devam eder misiniz?		
24.Reçete edilen ilacınızın tadı, şekli, rengi ve büyüklüğü kullanma durumunuzu etkiler mi?		
25.Reçete edilen ilacınızı fiyatı kullanma durumunuzu etkiler mi?		
26.Reçete edilen ilacınızın kullanma süresi kullanma durumunuzu etkiler mi?		
27.Reçete edilen ilaçlarınızın sayısı ilaçları kullanma durumunuzu etkiler mi?		
28.Hastalığınızın şiddeti ilaç kullanma durumunuzu etkiler mi?		
29.Reçete edilen ilacınızı kullanırken ortaya çıkan yan etkiler ilacı kullanma durumunuzu etkiler mi?		
30.Reçete edilen ilacınızı kullanırken kötü bir durum ortaya çıktığında hekiminize başvurur musunuz?		
31.Reçete edilen ilaçlarınızın birbiri ile uyumunu biliyor musunuz?		
32.Reçete edilen ilaçlarınız bittikten sonra doktorunuza kontrole gider misiniz?		
33.Reçetesiz ilaç kullanır mısınız?		
34.Başkasının verdiği ya da tavsiye ettiği ilaçları alır mısınız?		
35.Eczaneden kendi isteğinizle ilaç alır mısınız?		
36.Herhangi bir hastalıktan korunmak amacıyla reçetesiz ilaç kullanır mısınız?		

8.5. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Aşağıda ilaç kullanımına ilişkin inançları içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkürler.

Ölçek Soruları	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
Sağlık Motivasyonu					
1. Sağlık problemlerimi erkenden teşhis ettirmek isterim.					
2. Sağlıklı olmak benim için çok önemlidir.					
3. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
4. Doğru ilaç kullanmak için yeni bilgileri öğrenirim.					
5. Sağlığımı geliştirecek bilgi ve davranışları yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.					
6. Reçeteli ilaç kullanırım.					
Yarar Algısı					
7. Reçeteli ilaç kullanmak benim yararımadır.					
8. Reçeteli ilaç kullanmak iyileşmemi sağlar					
9. Reçeteli ilaç kullanmak ilaç zehirlenmelerini (alerjilerini) en aza indirebilir veya tamamen engeller.					
10. Reçeteli ilaç kullanmak yasal haklarımı korur					
Öz-Etkililik					
11. Reçeteli ilaç almanın prosedürünü biliyorum.					
12. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanabilirim.					
13. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanarak iyileşebilirim.					
14. Bana anlatılanlardan bilgiler edinebilirim ve ilaçlarımı doğru kullanabilirim.					
15. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanmak için gerekli bilgileri edinebilirim.					
16. İlaçlarımı doğru dozlarda kullanabilirim.					
17. İlaçlarımı önerilen zaman aralıklarında kullanabilirim.					



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 134
KONU: Etik Kurul İzni

29.11.2018

Sayın; Sinan Çolpo

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Dr. Öğr. Üye. Atilla Tekin'in danışmanlığında planladığınız "Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Biriminde Çalışan Sağlık Personelinin Anksiyete/Depresyon Seviyeleri ile Antidepresan/Anksiyolitik İlaç Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli araştırmanız kurumumuzun 29.11.2018 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78
etikkurul@halic.edu.tr İnternet:www.halic.edu.tr



TC
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

Yayın Tarihi :10.12.2015
Revizyon Tarihi :25.01.2016
Revizyon No :01
Sayfa No :1 /1

KARARLAR

Karar No :04

Tarih:29 Kasım 2018

Toplantı Sayısı:10

Sinan Çolpo'nun Dr. Öğr. Üye. Atilla Tekin'in danışmanlığında planladığı "Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Biriminde Çalışan Sağlık Personelinin Anksiyete/Depresyon Seviyeleri ile Antidepresan/Anksiyolitik İlaç Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Güneş YAVUZER (Başkan)	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üye. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üye. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üye. Atilla TEKİN	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üye. Nevra KALKANLI	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üye. Berrak YİĞİT	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üye. Maral Törenli Çakıroğlu	Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	

ETKU:10

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Mardin’de doğdum. İlköğretim ve lise eğitimimi Mardin’de tamamladım. 2010–2014 yılları arasında Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde lisans eğitimimi tamamladım. 2014-2016 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde hemşire kadrosunda çalıştım. Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde psikoloji lisans eğitimimi tamamladım. 2016 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak göreve başladım. 2017-2019 yılları arasında Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümünde yüksek lisans eğitimi aldım. Halen Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire kadrosunda çalışmaya devam etmekteyim.