

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMUNA
BAŞVURAN HASTALARDA ERKEN DÖNEM
UYUMSUZ ŞEMALAR İLE DEPRESYON VE
ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN İLİŞKİSİ**

DR. HÜSEYİN FİŞEK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2019

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMUNA
BAŞVURAN HASTALARDA ERKEN DÖNEM
UYUMSUZ ŞEMALAR İLE DEPRESYON VE
ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN İLİŞKİSİ**

DR. HÜSEYİN FİŞEK

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR.NİLGÜN ÖZÇAKAR

2019

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	iii
EKLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Şema Modeli.....	7
2.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	7
2.2.1. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	8
2.3. Major Depresyon	13
2.3.1 Major Depresyon Tanımı.....	13
2.3.2. Major Depresyonun Epidemiyolojisi	13
2.3.3. Major Depresyonun Risk Faktörleri	14
2.3.4. Major Depresyonda Belirti ve Bulgular	15
2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	15
2.4.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanımı	15
2.4.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	16
2.4.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Risk Faktörleri.....	16
2.4.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Belirti ve Bulgular	16

2.5. Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon İlişkisi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırma Modeli	17
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	18
3.3. Araştırmanın Uygulanması	18
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Sosyodemografik Anket Formu	18
3.4.2. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) Ölçeği	19
3.4.3. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)	19
3.5. İstatistiksel Analiz	20
4. BULGULAR	21
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	21
4.2. PRIME-MD Tanı Grupları Dağılımı.....	24
4.3. Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puanları İlişkisi.....	26
4.4. Sosyodemografik Özellikler ile PRIME MD Tanı Grupları İlişkisi	35
4.5. PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları İlişkisi.....	39
4.6. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün (YŞÖ-KF3) İç Tutarlılık Analizi	42
4.7. Şema Toplam Puanlarının Duygudurum ve Anksiyete Gruplarına Yönelik Lojistik Regresyon Analizi	43
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
7. KAYNAKÇA.....	50
8. EKLER	57

TABLÖLAR DİZİNİ

- Tablo 1.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (1)
- Tablo 2.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (2)
- Tablo 3.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (3)
- Tablo 4.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (4)
- Tablo 5.** PRIME-MD Tanı Grupları
- Tablo 6.** PRIME-MD Tanı Gruplarının Dağılımları
- Tablo 7.** Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi (1)
- Tablo 8.** Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi (2)
- Tablo 9.** Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi (3)
- Tablo 10.** Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi (4)
- Tablo 11.** Anne Tutum Algısı ile Şema Toplam Puan İlişkisi
- Tablo 12.** Baba Tutum Algısı ile Şema Toplam Puan İlişkisi
- Tablo 13.** Sosyodemografik Özellikler ile PRIME MD Tanı Grupları İlişkisi (1)
- Tablo 14.** Sosyodemografik Özellikler ile PRIME MD Tanı Grupları İlişkisi (2)
- Tablo 15.** Sosyodemografik Özellikler ile PRIME MD Tanı Grupları İlişkisi (3)
- Tablo 16.** PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları İlişkisi
- Tablo 17.** PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları Post-HOC Analizi
- Tablo 18.** PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları İlişkisi (2)
- Tablo 19.** PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları Post-HOC Analizi (2)
- Tablo 20.** Duygudurum Bozuklukları Grubu ile Sağlıklı Grup Şema Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 21.** Anksiyete Bozuklukları Grubu ile Sağlıklı Grup Şema Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 22. Duygudurum Bozuklukları Grubu Şema Toplam Puanı Lojistik Regresyon Analizi

Tablo 23. Anksiyete Bozuklukları Grubu Şema Toplam Puanı Lojistik Regresyon Analizi



EKLER DİZİNİ

Ek-1. Sosyodemografik Anket Veri Formu

Ek-2. PRIME-MD Klinisyen Değerlendirme Kılavuzu

Ek-3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3

Ek-4. Etik Kurul Onayı



KISALTMALAR

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YŞÖ-KF 3 : Young Şema Ölçeği Kısa Form 3



TEŞEKKÜR

Tez sürecimin ve uzmanlık eğitimimin her aşamasında bilgi, tecrübe ve desteğini esirgemeyen, samimiyetini ve hoşgörüsünü her zaman hissettiğim tez danışmanım değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca hem tıbbi hem de akademik bilgi, birikim ve tecrübeleriyle yol gösteren, üzerimde emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Dilek GÜLDAL, Prof. Dr. Mehtap KARTAL, Prof. Dr. Vildan MEVSİM ve Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a;

Asistanlık sürecimi içten arkadaşlık ve dostluklarıyla daha güzel ve anlamlı kılan tüm asistan arkadaşlarıma;

Bugünlere ulaşmamda üzerimde emekleri bulunan kıymetli babam, annem ve ablama;

Yaşamın her alanında olduğu gibi zorlu tez sürecimde de sevgi, destek ve anlayışıyla hep yanımda olan sevgili eşim Minel FİŞEK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Dr. Hüseyin FİŞEK

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURAN HASTALARDA ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR İLE DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN İLİŞKİSİ

Dr. Hüseyin FİŞEK, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İZMİR

E-posta: huseyinfisek@gmail.com

Giriş ve Amaç: Erken dönem uyumsuz şemalar yaşamın erken döneminde öğrenilen, kişinin kendisi ve dünya hakkındaki katı inançlarıdır. Major depresyon ve anksiyete bozuklukları toplumda yaygın görülen ruhsal hastalık/bozuklukların başında gelmektedir. Bu çalışmada birinci basamak sağlık kurumuna başvuran hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar ile birinci basamakta sık görülen ruhsal hastalıklardan duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. 1-31 Mayıs 2018 ve 3-28 Eylül 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Buca DEÜ Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran 416 hastayla tamamlanmıştır. Katılımcılar sosyodemografik anket formu ve Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3'ü (YŞÖ-KF3) doldurduktan sonra her biri ile Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ölçeği kullanılarak yaklaşık 20 dakikalık yapılandırılmış klinik görüşme gerçekleştirildi.

Bulgular: Duygudurum bozuklukları grubunun şema toplam puan ortalaması sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,008$). Anksiyete bozuklukları grubunun şema toplam puan ortalaması sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,047$). Duygudurum bozuklukları grubu ile anksiyete bozuklukları grubu arasında şema toplam puan ortalamaları farkı açısından istatistiksel anlam bulunmadı ($p=0,23$). Duygudurum bozuklukları grubunu sağlıklı grupla karşılaştırdığımızda karamsarlık, sosyal izolasyon ve dayanıksızlık şema puanlarının sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,002$). Anksiyete bozukluğu grubunu sağlıklı grupla karşılaştırdığımızda karamsarlık, sosyal izolasyon, onay arayıcılık, terk edilme ve yüksek standartlar şema puanlarının sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Birinci basamak ortamındaki depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip hastalarımız sahip oldukları şemalar açısından değerlendirilmelidir. Hastalara şemalar ile bařa çıkma yöntemleri anlatılabilir, bilişsel çarpıtmaları, işlevsel olmayan dūřuncelerine yönelik kişinin kendi uygulayabileceği yöntemler ęretilebilir.

Anahtar Kelimeler: erken dönem uyumsuz şemalar, depresyon, anksiyete, birinci basamak



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER IN PATIENTS ADMITTED TO PRIMARY HEALTH CARE

Dr. Hüseyin FİŞEK, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Family
Medicine

E-mail: huseyinfisek@gmail.com

Introduction and Purpose: Early maladaptive schemas are strict beliefs about the person and the world that are learned early in life. Major depression and anxiety disorders are among the most common mental illnesses/disorders. The aim of this study is to evaluate the relationship between early maladaptive schemas and mood disorder and/or anxiety disorder in primary care patients.

Method: This is a cross-sectional descriptive study. The study was completed with 416 patients who applied to Dokuz Eylül University Family Medicine Polyclinic and Dokuz Eylül University Buca Family Health Center for any reason between 1-31 May 2018 and 3-28 September 2018. After the participants completed the sociodemographic questionnaire and Young Schema Scale-Short Form 3 (YSQ-SF3), a structured clinical interview was conducted with each of them using the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) scale.

Results: Total schema mean score of the mood disorder group was significantly higher than the healthy group ($p = 0.008$). Total schema mean score of the anxiety disorders group was significantly higher than the healthy group ($p = 0.047$). There was no statistically significant difference between the mood disorders group and the anxiety disorders group in terms of the difference in the mean total schema score ($p = 0.23$). When mood disorder group was compared with healthy group, negativity/pessimism, social isolation and vulnerability to harm/illness schema scores were found to be significantly higher than healthy group ($p = 0.002$). When anxiety disorder group was compared with the healthy group, negativity/pessimism, social isolation, approval seeking, abandonment and unrelenting standards schema scores were significantly higher than the healthy group ($p < 0.05$).

Conclusion: Patients with depression and anxiety disorder in the primary care should be evaluated in terms of their schemas. Patients can be taught methods of coping with schemas, cognitive distortions, non-functional thoughts and methods that can be applied by the individual.

Key Words: early maladaptive schemas, depression, anxiety, primary care



1.GİRİŞ VE AMAC

Erken dönem uyumsuz şemalar; gelişimimizin erken dönemlerinde duygusal ihtiyaçlarımızın karşılanmaması sonucunda başlayıp yaşam boyunca tekrar eden duygusal ve bilişsel kalıplardır. Yaşamın erken döneminde öğrenilen, kişinin kendisi ve dünya hakkındaki katı inançlarıdır (1).

Karşılanmayan duygusal ihtiyaçlar sonucunda toplamda 18 şema belirlenmiştir. Bu şemalar; terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık, zarar görme/dayanıksızlık, iç içe geçme, başarısızlık, haklılık, yetersiz öz-denetim, boyun eğicilik, fedakarlık, onay arayıcılık, karamsarlık, duyguların bastırılması, yüksek standartlar, cezalandırıcılık şemasıdır (1).

Kaygı, depresyon, madde kötüye kullanımı ve psikosomatik bozukluklar gibi kronik eksen I belirtilerinin altında genellikle erken dönem uyumsuz şemalar ve hastaların onlarla başa çıkmak için öğrendiği uyum bozucu yollar yatmaktadır. Bunlar aynı zamanda bağımlılık, kaçınma, ilgi arayıcılık veya mükemmeliyetçilik gibi kronik eksen II belirtilerinin de temelini oluştururlar. Şemalar bilişsel/duygulanımsal kişisel özelliklerdir ve derecelendirilebilirler (1).

Major depresyon ve anksiyete toplumda yaygın görülen ruhsal hastalık/bozuklukların başında gelmektedir. Major depresyon; çökkün duygulanım, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama, enerji azlığı, suçluluk duyguları, özgüven azalması, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon bozukluğu ile seyreden bir duygudurum bozukluğudur. Major depresyon birinci basamağa başvuran hastalarda hipertansiyondan sonra en sık görülen hastalıktır (2). Ülkemizde yürütülen bir çalışmaya göre birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda ICD-10'a göre %11.6 oranında depresyon saptanmıştır (3).

Yaygın anksiyete bozukluğu; kişinin olağan gündelik yaşamındaki olaylar ve eylemlerle ilgili olarak sürekli aşırı bir kaygı, evham ve gerginlik duyması ve bu tür duygular yaşamaktan kendini bir türlü alıkoyamaması olarak tanımlanır (4). Yaygın anksiyete bozukluğu, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur. Anksiyete bozukluklarının toplumdaki yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasında olduğu bildirilmiştir (3).

Bu çalışmada PRIME-MD ölçeği ve Young Şema ölçeği kullanılarak birinci basamağa başvuran hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar ile birinci basamakta sık görölen ruhsal hastalıklardan duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu ilişkisinin değeriendirilmesi, duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerle sağlıklı bireyler arasında şema puanları açısından fark olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Şema Modeli

Şema modeli, kişilerin erken dönemde geliştirdikleri uyumsuz şemaların psikolojik rahatsızlıkların temelinde yattığını öne sürmektedir. Şema Terapi; bilişsel terapi, bağlanma ve nesne ilişkileri, Gestalt ve yaşantısal terapi kavramlarını bir arada ele alan bütüncül yaklaşımdır (1).

Şema terapi kronik sorunlara odaklanma amacıyla daha etkili bir tedavi yöntemi sunmak için bilişsel davranışçı terapi tekniklerini kişiler arası, yaşantısal ve psikodinamik terapi öğeleriyle birlikte değerlendirmektedir. (5-7).

Şema kavramı felsefe, psikoloji, özellikle bilişsel gelişim alanında, yaygın bir şekilde kullanılmıştır. Şemalar, bireylerin dünyayı algılamasına ve açıklamasına yardımcı olacak deneyim ve gerçeklikle kurduğu örüntüler olarak tanımlanır. Bilişsel psikoloji yaklaşımına baktığımızda şemalar, bireylerin sahip olduğu bilgileri anlamlandırmak ve bununla ilgili olarak yaşadıkları problemleri çözmek için kullandıkları soyut bir bilişsel plan olarak görülür. (8)Buradan yola çıkarak Young ve arkadaşları kişilik bozukluklarının, daha hafif ilişkisel problemlerin ve çoğu kronik duygudurum bozukluğunun temelinde şemaların olabileceği fikrini ortaya koymuştur ve “Erken Dönem Uyumsuz Şemalar” kavramını tanımlamıştır (5).

2.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Şema kuramı evrensel birtakım duygusal ihtiyaçların varlığından yola çıkar. Bu duygusal ihtiyaçlara güvenlik, bakım, kabul edilme, özerklik, rekabet, kimlik algısı, ihtiyaç ve duyguları ifade etme özgürlüğünü örnek verebiliriz. Bu duygusal ihtiyaçlar çocukluktan itibaren mevcuttur. Birçoğu en güçlü haliyle çocukluk döneminde kendini gösterir.

Erken dönem uyumsuz şemalar; gelişimimizin erken dönemlerinde duygusal ihtiyaçlarımızın karşılanmaması sonucunda başlayıp yaşam boyunca tekrar eden duygusal ve bilişsel kalıplardır. Yaşamın erken döneminde öğrenilen, kişinin kendisi ve dünya hakkındaki katı inançlarıdır. Şemalar değişime karşı oldukça dirençlidir, dolayısıyla psikopatolojik semptomların tedavisi açısından oldukça güçlü oluşturmaktadır. Bu özelliklerinden dolayı şemalar bireyin düşünce ve davranışlarını, kişiler arası ilişkilerini etkilemektedir. Şemalar yetişkinlik döneminde tetiklendiğinde birey içinde bulunmuş olduğu durumları, çocukluk

döneminde yaşamış olduğu durumlara benzer olarak algılamaktadır. Şemaların şiddeti, yaygınlığı kişiden kişiye değişim gösterir. Bir şema ne kadar çok köklü ve yayılmışsa o şemayı tetikleyen durumlar ve bununla beraber olumsuz duyguların yoğunluğu da artar. Temel duygusal ihtiyaçlar, erken yaşam deneyimleri, ve duygusal mizaç şemaların kökenlerinde rol oynamaktadır (8). Bireyin yaşamındaki belirli bir olayın kaygı bozukluğu ya da depresyon görünümü ile kendini belli eden erken dönem uyumsuz şemaları tetikleyebileceğini belirtmişlerdir (9).

2.2.1. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Erken dönem uyumsuz şemalar beş farklı alan altında sınıflandırılmıştır. Bu bölümde bu beş alan altındaki 18 şema ele alınacaktır.

Alan 1: Ayrılma ve Reddedilme

Bu alan bakım, güvenlik, kabul ve saygı, empati gibi temel evrensel ihtiyaçların karşılanmaması ile ilişkili şemaları içerir. Bu alandaki şemalarda çoğunlukla uzun ayrılıkların olduğu aile ortamı ve soğuk , şiddetuygulayan, tacizkar, dengesiz ebeveynler rol oynar. Bu alan altında beş şema bulunmaktadır:

1. **Terk Edilme/İstikrarsızlık:** Bu şema kişinin destek ve yakınlık beklediklerinin bu konularda güvenilmez ve dengesiz olduğuna dair algısını içerir. Bu şema sık öfke patlamalarının olduğu, bakım verenlerin değişken olduğu, ebeveyn figürlerinin terk ederek ya da ölüm nedeniyle uzaklaştığı aile ortamında sıkça görülür.
2. **Güvensizlik / Kötüye Kullanılma:** Bu şema başkalarının kişiye zarar vereceği, onu sürekli aldatacağı, ona yalan söyleyeceği beklentisine neden olur. Kişi sürekli aldatıldığını düşünerek yaşar.
3. **Duygusal yoksunluk:** Bu şemada kişi duygusal destek alma isteğinin başkaları tarafından tam anlamıyla karşılanmayacağı beklentisi içinde olur. Yoksunluk başlıca üç şekilde ortaya çıkar:

- a. Bakım Yoksunluğu: Sıcaklık, sevgi, şefkat, dikkat yokluğu
- b. Empati Yoksunluğu: Başkalarıyla duygularını paylaşma, dinleme, anlayış yoksunluğu.
- c. Korunma Yoksunluğu: Başkalarından gelen güç, rehberlik ve yönlendirme yoksunluğu.

4. Kusurluluk/Utanç: Bu şemada kişi kendini kötü, kusurlu, değersiz ve işe yaramaz hisseder. Kişi eleştiriye, suçlamaya ve reddedilmeye karşı çok hassastır. Gerçek benliği görüldüğünde başkaları tarafından sevilmeceğine inanır.

5. Sosyal izolasyon: Kişi ailesi dışındaki sosyal dünyadan yalıtılmış olduğunu hisseder. Bu şemaya sahip kişiler diğer insanlardan farklı olduklarını ve/veya hiçbir gruba ait olmadıklarını duygusunu taşır.

Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Bu alan özerklik ve rekabet ihtiyaçlarının ihlali ile ilgili şemaları içerir. Kişinin başarılı bir şekilde kendini ortaya koyma ve bağımsız olma konularındaki algıladığı becerisi, kendisi ve çevresiyle ilgili beklentileriyle çatışır. Bu şemalar çoğunlukla aşırı korumacı, iç içe geçmiş, çocuğun aile dışı sosyal ortamlarda kendini ifade etmesini sağlamada yeterli olmayan aile ortamlarında görülür. Bu alanda dört şema bulunmaktadır:

6. Bağımlılık/Yetersizlik: Bu şemaya sahip bireyler başkalarının yardımı olmadan günlük hayattaki sorumluluklarının üstesinden gelemeyeceklerine dair inanca sahiptir. Kişiler kendi kendilerine bakamayacaklarını, görevlerin altından kalkamayacaklarını, mantıklı yargılamada bulunamayacaklarını hissedebilirler.

7. Hastalıklara ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık: Bu şemaya sahip bireyler her an başına felaket geleceği ve bununla baş edemeyeceğine dair abartılı yoğun korku duyarlar. Gerçekleşmesi beklenen felaketlerin çoğu dış kaynaklıdır. Örneğin; kalp krizi, bulaşıcı hastalıklar gibi tıbbi felaketler, çıldırmak, aklını kaybetmek gibi duygusal felaketler, depresyon, uçak düşmesi gibi çevresel felaketler.

8. İç İçe Geçme/Gelişmemiş Benlik: Bu şemaya sahip bireyler genellikle ebeveynler olmak üzere bir ya da daha çok kişiyle aşırı duygusal bağlanma ve yakınlık içine girme isteğinde olurlar. İç içe geçmiş bireylerin en az birinde diğeri olmadan mutlu olamayacağına ya da yaşayamayacağına dair inanç mevcuttur. Bu şemaya sahip bireyler diğerkleri tarafından boğulduğunu, ayrı bir birey kimliğinin yetersiz olduğunu hissedebilir. Kişiler boşluk duygusu ve ileri durumlarda varlığını sorgulama içine girebilirler.

9. Başarısızlık: Bu şemada kişiler sürekli başarısız olacağı yaşıtlarına göre akademik ve sportif başarı alanlarında yeterli olamayacağına dair inanca sahiptir. Genelde kişi beceriksiz, yeteneksiz, bilgisiz olduğunu düşünür.

Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar

Bu alan başkalarına karşı sorumluluk ve uzun vadeli hedeflere yönelik eksikliklerle ilişkili şemaları içerir. Bu şemalara sahip bireylerin başkalarının haklarına saygı göstermede, gerçekçi hedefler belirlemede zorluk çekerler. Genellikle bu şemaya sahip kişilerin erken dönem aile ortamı fazla müsamahanın olduğu, yönlendirme eksikliği olan veya yönlendirmenin üstünlük algısıyla tanımlı olduğu ortamlardır. Genellikle bu aile ortamları disiplin ve sınır koyma konusunda eksik kalmış, sorumluluk alma ve gerçekçi hedef koyma konusunda örnek olamamıştır. Bazı ileri durumlarda çocukların normal seviyedeki rahatsızlıklara bile katlanması beklenmeden yeterli öz denetim verilememiştir. Bu alanda iki şema bulunmaktadır:

10. Haklılık/Büyüklenmecilik: Bu şemaya sahip bireyler diğerk insanlardan üstün olduğu, özel hak ve ayrıcalık sahibi olduğu inancını içinde barındırır. Bu şemaya sahip kişiler gerçekçi olup olmadığını gözetmeksizin ya da başkalarına neye sebep olacağını düşünmeksizin kişinin istediği şeyleri yapması ve tüm isteklerine sahip olması için diretmesini içerir. Bazı durumlarda bu şema güç ve kontrol için üstünlük üzerine fazla odaklanmaya neden olur. Bazı durumlarda da başkalarının ihtiyaç ve duygularına yönelik empati kurma çabası olmadan onlarla yoğun rekabete girmeyi hedefler.

11. Yetersiz Öz-denetim/Öz-disiplin: Bu şemaya sahip bireylerde rahatsızlıktan kaçınma üzerine abartılı bir odaklanma mevcuttur. Kişisel doyum, bağlılık pahasına acıdan, çatışmadan, sorumluluktan veya çabalamaktan kaçınırlar. Bu bireyler hedeflerini

gerçekleştirmek ve duygu ve düşüncelerini dizginlemede zorluk yaşarlar. Ayrıca engellemeye tolerans göstermede zorluk hissederler.

Alan 4: Diğerlerine Yönelimlilik

Bu alanda temel evrensel ihtiyaçlardan olan kendi yönelimlilik ihtiyacının karşılanmasındaki eksiklikler nedeniyle ortaya çıkan şemalar bulunur. Kişi kendi istek ve ihtiyaçları yerine başkalarının duygu, istek ve ihtiyaçlarına fazla miktarda odaklanmıştır. Bu odaklanmanın ardındaki motivasyon sevgi ve onay kazanma, aidiyet hissinin sürdürülmesi ve misillemeden kaçınma ihtiyacı olabilir. Bu şemada kişi kendi duygu ve ihtiyaçlarını bastırır ve kendini ifade etmekte zorluk yaşar. Genellikle çocuklar koşullu saygı ve koşullu kabul ortamlarında büyütüldüğünde ortaya çıkar. Çocuk aileden sevgi, onay ve ilgi alabilmek için kendi benliğini bastırır. Çoğu ailede ebeveynlerin duygusal ihtiyaç ve isteklerine daha çok önem verilmiştir. Bu alanda üç şema bulunmaktadır:

12. Boyun Eğicilik: Bu şemaya sahip bireyler kontrolü başkalarına bırakma eğilimindedir. Kişi terk edilmemek ve kötü muamele görmemek için boyum eğmesi gerektiğine inanır. Bu şema duyguların ve ihtiyaçların bastırılması olarak iki şekilde ortaya çıkar. Duyguların bastırılmasında özellikle öfke gibi olumsuz duyguların bastırılması ön plandadır. Bu şemada kişinin kendi arzu, düşünce ve duygularının başkaları için önemsiz olduğu inancı mevcuttur. Bu bireylerde kapana kısılmışlık hissi ile birlikte aşırı bir uyum gösterme özelliği bulunabilir. Pasif agresif davranış, öfke patlamaları gibi uyum bozucu belirtiler görülebilir.

13. Kendini Feda: Bu şemada kişi kendi mutluluğu yerine başkalarının ihtiyacını karşılama konusunda aşırı duyarlılık gösterir. Bu durumun arkasındaki temel motivasyonlar bencil hissetmekten doğan suçluluktan kaçınma, yardıma ihtiyacı olan kişiyle bağlantıyı sürdürmektir. Bu şemanın sonucunda genellikle kişi kendi ihtiyaçlarının karşılanmadığını hisseder ve buna neden olduğu kişilere karşı kırgınlık duygusu gelişebilir.

14. Onay Arayıcılık/Kabul Arayıcılık: Bu şema güvenli ve net bir benlik algısı oluşturma pahasına diğer kişilerin onay, kabul ve ilgisini elde etmek için aşırı bir odaklanmaya neden olur. Bu şemaya sahip bireyler kendi doğal eğilimlerine değil öncelikle başkalarının tepkisine bağlıdır. Bu şemada kişiler statü, dış görünüş, para ve başarı konuları

ile aşırı bir uğraş içindedir. Bu şema genellikle kişinin hayatında özgün ve tatmin etmeyen karar almaya neden olur.

Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketlenme

Bu alan kişinin spontanlık ve keyif alma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucu gelişen şemaları içerir. Bu şemalar kişinin dürtülerini ve seçimlerini bastırması üzerine yoğun odaklanmaya neden olur. Bu şemaya sahip bireylerin dikkati genellikle mutlu olma, kendini ifade etme, rahatlama, sıcak ilişkiler kurma pahasına etik davranma üzerine içsel katı kurallar oluşturmaya odaklanmıştır. Bu şemalar çoğunlukla acımasız, talepkar ve cezalandırıcı aile ortamlarında gelişir. Bu aile ortamlarında sorumluluklar, görevler, kurallar ön plandadır. Çocuklardan duygularını saklamaları, hata yapmamaları ve mükemmel olmak için çaba sarf etmeleri beklenir. Kişide genellikle karamsarlık ve endişe eğilimi mevcuttur. Bu alanda dört şema yer almaktadır:

15. Karamsarlık/Kötümserlik: Bu şemaya sahip kişiler çoğunlukla yaşamın pozitif ve iyimser yönlerini görmezden gelirken hastalık, ölüm, acı, suç, çözülmemiş problemler gibi negatif yönlerine odaklanır. Bu kişiler özellikle kariyer ve mali durumlarla ilgili işlerin sürekli kötüye gidip felaketle sonuçlanacağına dair yoğun bir kaygı içinde olurlar. Genellikle kayıp, küçük düşme ya da olumsuz bir durumda kalmalarına neden olacak yanlışlar yapmaya yönelik korku taşırlar. Bu şemaya sahip bireylerde kronik endişe, sürekli tetikte olma veya kararsızlıktan muzdariptirler.

16. Duyguların Bastırılması: Bu şemaya sahip kişiler genellikle başkalarının utanç duygularından ve kınamasından kaçınmak için spontan duygu ve davranışlarını ileri derecede bastırır. En sık baskılanan alanlar; (a) öfke ve saldırganlığın bastırılması, (b) neşe, şefkat, oyun gibi olumlu duyguların bastırılması (c) bireyin duygu ve ihtiyaçlarıyla ilgili kendini ifade edip kırılganlığını ifade etmemesi ve (d) duygularını baskılayıp rasyonelleştirmeye aşırı şekilde yönelmesidir.

17. Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik: Bu şemaya sahip kişiler eleştiriden kaçınmak için davranış ve kendini ifade etme konularında yüksek standartlarını karşılama için yoğun çaba sarf etmesi gerektiğine inanır. Kişi sürekli baskı altında hisseder, kendine ve başkalarına karşı fazla eleştirel yaklaşır. Yüksek standartlar şeması şu şekillerde görülür; (a) ayrıntıya odaklanmış ve kendi performansını az bulan mükemmeliyetçilik, (b) yaşamın birçok

alanında gerçeği yansıtmayan yüksek ahlak, etik, dini ya da kültürel emirleri içeren katı kurallar veya (c) daha çok başarıya ile ilgili zaman ve verimlilik ile fazla meşgul olma hali.

18. Cezalandırıcılık: Bu şemaya sahip kişiler hataların cezalandırılması gerektiği konusunda katı bir anlayışa sahiptir. Beklentileri ve standartları karşılanmadığında öfkeli, acımasız, hoşgörüsüz olma eğilimindedirler. Kişi empati yapmakta ve en küçük hataları bile bağışlamakta zorluk çekmektedir (6) .

2.3.Major Depresyon

2.3.1 Major Depresyon Tanımı

Depresyon; çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamları olan duygusal bir yaşantıdır. Elem ve keder duygularını içerir. Depresyon terimi 16. yüzyıldan bu yana kullanılmaktadır ancak 19. yüzyılda çağdaş anlamda sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin seyrinin, sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Çökkün duygulanım, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama, enerji azlığı, suçluluk duyguları, özgüven azalması, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon bozukluğu ile seyreden bir duygudurum bozukluğudur (10).

2.3.2. Major Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon dünyada en önemli iş göremezlik nedenlerinden birisidir (10). Depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar, sağladıkları veriler ile ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunmakta, aynı zamanda etyoloji ile ilgili ipuçları vermektedir. Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun klinik belirtileri ile ilgili bilgilerimizi artırmakta, tanı koydurucu bilgiler sağlamaktadır.

Ülkemizde depresyonla ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalarda karşılaşılan bazı eksiklikler ise alan araştırmalarının olmaması, ülke genelini temsil eden çalışmalar olmaması, yapılandırılmış tanı görüşmeleri yerine öz bildirim ölçekleri kullanılmış olması ve elde edilen sonuçların depresif bozukluktan çok depresif belirtilerin yaygınlığına ilişkin olmasıdır.

Major depresyon birinci basamağa başvuran hastalarda hipertansiyondan sonra en sık görülen hastalıktır. Türkiye Psikiyatri Derneği 2017 yılı verilerine göre birinci basamak sağlık

kurumlarına başvuran hastalarda ICD-10'a göre %11.6 oranında depresyon saptanmıştır (3). Dünyada major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranları %1,5 ile %19,6 arasında bildirilmiştir (2).

2.3.3. Major Depresyonun Risk Faktörleri

Erişkinlerde depresyon en sık 40-59 yaş arasında ve kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir. Artan yaşla birlikte, erkeklerle karşılaştırıldığında; kadınlar depresif sendrom için daha yüksek risk altındadır (11). İleri yaş, kadın olmak, eşin ölümü, yalnız yaşıyor olmak, depresyon öyküsü, düşük sosyoekonomik statüde olmak, yakınlarıyla görüşme sıklığının az olması, komorbid hastalığa sahip olmak, fiziksel engellilik gibi koşulların yaşlılarda depresyon için zemin hazırladığı bildirilmiştir. Çocukluk çağındaki anksiyete ve depresyonun erişkin psikopatolojisinin temel belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (12). Özellikle, çocukluk çağında istismar ve kötü muamele gibi travmatik yaşantılar depresif bozuklukların ortaya çıkışına katkıda bulunmaktadır (13). Çocuk ve ergenlerde; ebeveynlerin boşanması, aile içi şiddet, sevdiği birinin veya hayvanın ölümü, ailede depresyon tanısı almış ebeveyn varlığı, tutarlı olmayan ebeveyn tutumları, diyabet gibi kronik hastalıklar, gelir düzeyinin düşük olması, okul değiştirme, taşınma, akademik veya sosyal başarısızlık faktörlerinin bir ya da birkaçının varlığı depresyona yol açabilir. Önceden geçirilmiş depresyon veya ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı depresyon için önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır (14).

Kişilik özellikleri de depresyon için risk etkeni olabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içedönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özellikleri üzerinde depresyonun daha çok geliştiği bildirilmektedir (15).

Düşük sosyoekonomik düzeyin de depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir (16).

Alkol ve madde kullanımı olan bireylerde depresif belirtilerin daha fazla görülmesi, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde depresyon riskinin arttığı görüşünü desteklemektedir (17).

2.3.4. Major Depresyonda Belirti ve Bulgular

Major depresif bozukluk tanı ölçütlerine (DSM-V) göre; ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün, günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gereklidir. Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmak zorundadır.

- Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi; neredeyse her gün
- İlgi ve zevk kaybı; neredeyse her gün
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma; neredeyse her gün
- İştah kaybı ya da kilo değişikliği; neredeyse her gün
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon; neredeyse her gün
- Düşük enerji; neredeyse her gün
- Kötü konsantrasyon; neredeyse her gün
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri; neredeyse her gün
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri
- Buna ek olarak, bu belirtiler önemli sıkıntıya yol açabilir veya psikososyal fonksiyonlarda bozukluğa sebep olabilir ve bu belirtiler madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir (18).

2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

2.4.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanımı

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sıklıkla gözden kaçan ve yeterince tanınmayan bir ruhsal bozukluktur. Hastalar, öncelikle birinci basamak hekimleri ve psikiyatri dışındaki hekimlere başvurdıklarından, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur (19).

DSM-V'e göre yaygın anksiyete tanı kriterleri:

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

- Kolay yorulma,
- Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması,
- Kolay kızma,
- Kas gerginliği,
- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (20).

2.4.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığının %13.6 ile %28.8, 12 aylık yaygınlığının ise %5.6 ile %19.3 arasında olduğu bildirilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili alan çalışmasında anksiyete bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6.7 olarak bulunmuştur (3).

2.4.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Risk Faktörleri

Yaygın anksiyete bozukluğu, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülür. Genellikle 20'li yaşlarda başladığı bilinmektedir. Erken başlangıç yaşı, kadın cinsiyet, tedaviye uyumun olmaması kötü gidişatı gösterir (21). Avustralya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, boşanmış veya dul, eğitimsiz ve işsiz kişilerde YAB sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (22). YAB yaygınlığının ailede bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir(23).

2.4.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Belirti ve Bulgular

Anksiyete ruhsal ve bedensel belirtilerle kendini gösterir. Belli bir düzeyde anksiyete öğrenmeyi kolaylaştırırken, aşırı düzeyde olduğunda dikkat, yoğunlaşma ve belleği olumsuz etkileyerek öğrenmeyi zorlaştırır. Fizyolojik olarak ortaya çıkan anksiyete tehdit ile ilişkili

hipervolemik hiperaktivasyona neden olur. Tehlikeden daha hızlı uzaklaşmak için kan visseral organlardan çekilir, midede burulma hissi, ağızda kuruma meydana gelir. Nabız basıncı ve kalp debisi artar, sistolik kan basıncı artar. Soluk alıp verme hızlanır, fizyolojik alkaloz ortaya çıkar. Tüm bunları bilişsel ve emosyonel belirtiler izler. Anksiyete uzun sürdüğünde kaslarda titreme ve yorgunluk, kronik uyku bozuklukları, gastrointestinal sistemde düzensizlik (diyare, kabızlık, mide yanması, gaz krampları vb.) , terleme, cinsel isteksizlik, unutkanlık belirtileri gözlenir (3,24).

Bazı anksiyete bozukluklarında belirtiler ataklar halinde yaşanırken (panik bozukluk, özgül fobi) bazılarında daha çok süregelen bir anksiyete durumu olur. Anksiyetenin başlıca bedensel belirtileri çarpıntı, terleme, titreme, taşikardi, baş dönmesi ve sersemlik,yorgunluk, halsizlik,paresteziler, baş ağrıları, kas ağrıları, uykusuzluk, nefes alamama, boğazda göğüste sıkışma hissi, bunaltı,boğulma hissidir. Bilişsel belirtilerin başlıcası dikkat ve bellek bozuklukları, endişe korku hisleri, öleceğini, kontrolünü kaybedeceğini, çıldıracağını düşünme ve bu durumlara ilişkin felaketleştirici senaryolar oluşturma ve depersonalizasyondur (4).

2.5. Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon İlişkisi

Anksiyete bozukluklarında yaşam boyu depresyon görülme oranı %60'ın üzerindedir. Bazı hastalıklarda oran %80'e ulaşmaktadır (3). Hastalığın kronikleşmesi ile birlikte yeti yitimi ve sosyal kayıplar depresyon riskini artırır. Depresyonu olan anksiyete bozukluğu hastalarında intihar riski ve intiharın gerçekleşme oranı artar (25). Depresyon bazen anksiyete bozukluğu belirtilerini gölgeleyebildiği gibi anksiyete bozukluğunun depresyonu gölgelemesi şeklinde tersi de geçerlidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma verilerimiz; 1-31 Mayıs 2018 ve 3-28 Eylül 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Buca DEÜ Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran 416 hastayla yapılan klinik görüşme ve anket yoluyla elde edilmiştir.

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.10.2017 tarihli 2017/24-11 karar numaralı onay (Ek-4) alındı.

3.2.Araştırma Evren ve Örneklemi

Örneklem büyüklüğü; evreni bilinmeyen örneklem formülüne göre %80 güç %95 güven düzeyi %5 hata payı ile toplumda depresyon prevalansı %12 ve anksiyete prevalansı %20 alınarak 162+245 olmak üzere toplam 407 birey olarak hesaplandı.

Örneklem hesaplanırken $n = t^2 pq / d^2$ formülü kullanılmıştır. Formüldeki;

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasını ifade etmektedir.

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara anket formu, ölçekler ve yapılandırılmış klinik görüşme hakkında bilgi verildi. Katılımcılar sosyodemografik anket formu ve Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3'ü (YŞÖ-KF3) doldurduktan sonra her biri ile Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) ölçeği kullanılarak yaklaşık 20 dakikalık yapılandırılmış klinik görüşme gerçekleştirildi.

Çalışmamızın dahil etme kriteri çalışmaya katılmayı kabul etme ve okur yazar olma olarak belirlenmiştir. Çalışmamızın dışlama kriterleri PRIME-MD ölçeğinin kapsadığı tanılar dışındaki psikiyatrik hastalık/bozukluğa sahip olma (Ör; bipolar bozukluk, şizofreni...) olarak belirlenmiştir. Veri toplama sürecinde 425 katılımcıya ulaşılmış olup 4 kişinin çalışmaya katılmayı reddetmesi ve 5 kişinin de PRIME-MD ölçeği kapsamı dışındaki psikiyatrik tanıya sahip olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemesi sonucunda 416 kişiyle çalışmamız tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Anket Formu

Sosyodemografik anket formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, gelir durumu, kronik hastalık, psikiyatrik tanı, sigara/alkol kullanım

durumları sorgulanmıştır. Ayrıca şemalar ile ilgili olabilecek çocukluk dönemi yaşantılarına yönelik anne-baba öğrenim durumu, anne-baba tutum algısı, çocukluğun geçtiği yer, yurttaki kalma durumu, anne baba boşanma durumu, anne babanın hayatta olup olmama durumu, çocukluk çağı travma algısına yönelik sorular yöneltmiştir. Sosyodemografik anket formumuz 22 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) Ölçeği

Birinci basamakta ruhsal hastalık/bozuklukları değerlendirmek için kullanılan yapılandırılmış klinik görüşmedir. ‘Hasta soru formu’ ve ‘klinikisyen değerlendirme kılavuzu’ndan oluşur. Hasta soru formu hastanın kendisi tarafından yanıtlanan evet-hayır tarzındaki 26 sorudan oluşmaktadır. Hastanın bu sorulara verdiği yanıtlara göre klinikisyen değerlendirme kılavuzuna geçiş yapılır ve daha ayrıntılı hasta görüşmesi ile tanıya gidilir.

Ölçek Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiştir (26). Türkiye’de geçerlik-güvenirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır (27).

3.4.3. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

Young ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilip 2004 yılında revize edilerek 18 şemayı içeren ve 90 maddeden oluşan öz bildirime dayalı bir ölçektir.

Türkçe formunun geçerlik-güvenirlik çalışmasını Soygüt ve ark. yapmıştır (28). Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 Türk üniversite örneklemiyle yapılan çalışma olarak ölçeğin yorumlanabilir 14 faktörden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcılardan, kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadelerden oluşan maddeleri okuyarak bu ifadelerin kendilerini ne derecede tanımladıklarını, 1 (Beni hiç tanımlamıyor) ile 6 (Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) arasında derecelendirilen Likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir.

Ölçekte yüksek puanların çok sayıda ve şiddetli derecede uyumsuz şemaların varlığına işaret ettiği belirtilmiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verildi. Kategorik bağımlı değişkenlerin ve kategorik bağımsız değişken karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulandı. Sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi yapıldı. Analizlerin değerlendirilmesinde p değerinin $<0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4.BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmamızda 18-35 yaş aralığında toplam 416 kişiye ulaşıldı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1, 2 , 3 ve 4'te özetlenmiştir.

Katılımcıların %46.4'ü 18-20 yaş aralığında, %53,6'sı 21 yaş üstüydü. Katılımcıların 229'u (%55) kadın , 187'si (%45) erkekti. Çalışmamıza katılanlar arasında bekarlar (%95) evli (%5) olanlardan daha fazlaydı. Öğrenim durumlarına bakıldığında katılımcıların %81'i lise mezunu, %10'u üniversite mezunu, %8,7'si lisans üstü düzeydeydi. Katılımcıların %85,1'i üniversite öğrencisi, %7,7'si araştırma görevlisi, %7,2'si diğer meslek gruplarına dahildi. Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında %55,3'ü 1000 tl altı, %27,2'si 1000-2000 tl arası, %17,5'i 2000 tl üzeri gelire sahipti.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Yaş	18-20	193	46,4
	21 üstü	223	53,6
Cinsiyet	Kadın	229	55,0
	Erkek	187	45,0
Medeni Durum	Evli	21	5,0
	Bekar	395	95,0
Öğrenim Durumu	Lise mezunu	337	81,0
	Üniversite mezunu	43	10,3
	Lisans üstü (yüksek lisans/doktora)	36	8,7
Meslek	Ünv. öğrencisi	354	85,1
	Araştırma görevlisi	32	7,7
	Diğer	30	7,2
Gelir Durumu	1000 tl altı	230	55,3
	1000-2000 tl	113	27,2
	2000 tl üzeri	73	17,5

Katılımcıların %13,7'sinin düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik bir hastalığı vardı. Katılımcıların %17,3'ü daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı almıştı. Düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik hastalığı olmayanların oranı %86,3, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olanların oranı %82,7'dir. Katılımcıların %31,3'ü düzenli sigara içmekte, %39,7'si düzenli alkol tüketmekteydi. Sigara içmeyenlerin oranı %68,8 , alkol tüketenlerin oranı %39,7'dir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Kronik Hastalık		Sayı	Yüzde
	Hayır	359	86,3
	Evet	57	13,7
Psikiyatrik Tanı	Hayır	344	82,7
	Evet	72	17,3
Sigara İçme Durumu	Hayır	286	68,8
	Evet	130	31,3
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	251	60,3
	Evet	165	39,7
Toplam		416	100

Katılımcılarının çocukluklarının geçtiği yerlere baktığımızda katılımcıların %59,6'sı şehir merkezinde, %27,9'u ilçede %12,5'i köyde büyümüşü. Katılımcıların %30,8'inin yatılı okul/yurtta kalma öyküsü mevcuttu. Anne ve babanın öğrenim durumlarına bakıldığında katılımcıların %42,5'inin babası ilk ve orta öğrenim mezunuydu. Babası lise mezunu olanların oranı %26,4 , üniversite mezunu olanların oranı ise %31'di. Annenin öğrenim durumuna bakıldığında katılımcıların %53,6'sının annesi ilk ve orta öğrenim mezunu, %27,2'si lise mezunu, %19,2'si üniversite mezunuydu.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Çocukluğun Geçtiği Yer	Köy	52	12,5
	İlçe	116	27,9
	Şehir Merkezi	248	59,6
Yatılı Okul/Yurtta Kalma Durumu	Hayır	288	69,2
	Evet	128	30,8
Babanın Öğrenim Durumu	İlk-orta öğretim mezunu	177	42,5
	Lise mezunu	110	26,4
	Üniversite/lisansüstü mezunu	129	31,0
Annenin Öğrenim Durumu	İlk-orta öğretim mezunu	223	53,6
	Lise mezunu	113	27,2
	Üniversite/lisansüstü mezunu	80	19,2
Toplam		416	100

Anne ve babanın boşanma durumuna baktığımızda katılımcıların %6'sının anne ve babası boşanmıştı. Katılımcılardan sadece %0,7'sinin annesi hayatta değildi. %2,6'sının da babası hayatta değildi. Katılımcıların %34,9'u çocukluğunuzda sizi derinden etkileyen durum/deneyim/olay yaşadınız mı sorusuna evet yanıtını vermişti.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Anne Babanın Boşanma Durumu	Hayır	391	94,0
	Evet	25	6,0
Anne Hayatta Mıydı?	Evet	413	99,3
	Hayır	3	0,7
Baba Hayatta Mıydı?	Evet	405	97,4
	Hayır	11	2,6
Çocukluğunuzda Derinden Etkileyen Durum/Deneyim/Olay Yaşadınız mı?	Hayır	271	65,1
	Evet	145	34,9
Toplam		416	100

4.2. PRIME-MD Tanı Grupları Dağılımı

Katılımcılarla PRIME-MD ölçeği kullanılarak yapılan yapılandırılmış klinik görüşme sonucunda 276 kişi (%66,3) herhangi bir psikiyatrik tanı almazken, 40 kişi (%9,6) duygudurum bozuklukları grubundan, 45 kişi (%10,8) anksiyete bozukluklarından ve 55 kişi (%13,2) de her iki gruptan tanı almışlardır. Tanı grupları ve gruplardaki dağılımlar Tablo 5 ve Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 5. PRIME-MD Tanı Grupları

	Sayı	Yüzde
Duygudurum Bozuklukları Grubu	40	9,6
Anksiyete Bozuklukları Grubu	45	10,8
Her İki Grup Tanısı Olanlar	55	13,2
Sağlıklı Grup	276	66,3
Total	416	100,0

Duygudurum bozuklukları grubunda ilk sırada bu grubun %50'sini oluşturan major depresif bozukluğun (MDB) kısmi remisyon/rekürrensi tanısı bulunmaktadır. MDB kısmi rekürrens/remisyonu tanısını %30 ile minör depresif bozukluğun takip ettiği görüldü. Anksiyete bozuklukları grubunda ilk sırada bu grubun %64,4'ünü oluşturan başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu tanısı bulunmaktadır. Bu tanıyı %17,8'lik oranla yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk tanılarının takip ettiği görüldü. Her iki gruptan tanı alanlar grubuna baktığımızda ise ilk sırada bu grubun %18'ini oluşturan major depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun birlikteliği bulunmaktadır. Bu birlikteliği %14,5'lik oranla minör depresif bozukluk ve BTA anksiyete bozukluğunun takip ettiği görülmektedir.

Tablo 6. PRIME-MD Tanı Gruplarının Dağılımları

		Sayı	Grup Yüzdesi
Duygudurum Bozuklukları Grubu	Major depresif bozukluk	8	20
	MDB kısmi remisyon/rekürrens	20	50
	Minör depresif bozukluk	12	30
	Distimi	0	0
Anksiyete Bozuklukları Grubu	BTA anksiyete bozukluğu	29	64.4
	Yaygın anksiyete bozukluğu	8	17.8
	Panik bozukluk	8	17.8
Her İki Gruptan Tanı Alanlar	Major DB + Yaygın anksiyete bozukluğu	10	18
	Minör DB + BTA anksiyete	8	14.5
	Major DB kısmi rem/rek.+ BTA anksiyete	7	12.7
	Major DB + BTA anksiyete	7	12.7
	Major DB + Panik bozukluk	5	9
	Distimi + Yaygın anksiyete bozukluğu	2	3.6
	Diğer	16	29.5
Toplam		416	100

4.3. Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puanları İlişkisi

Çalışmamızda 18-20 yaş aralığında olan grubun şema toplam puan ortalaması 214,90 , 21 yaş üstü grubun 212,51 bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,68$).

Cinsiyet değişkenine baktığımızda erkeklerin şema toplam puan ortalaması 220,14 , kadınların şema toplam puan ortalaması 208,29 bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,04$).

Medeni durum değişkenine bakıldığında evli ve bekar grubun şema toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p=.0,16$).

Öğrenim durumu değişkenine bakıldığında lise mezunu, üniversite mezunu ve lisans üstü gruplarının şema toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,47$).

Meslek değişkenine bakıldığında üniversite öğrencisi, araştırma görevlisi ve diğer meslekler gruplarının şema toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,07$).

Gelir durumu değişkenine bakıldığında geliri 1000 tl altı olanlar, 1000-2000 tl arası olanlar ve 2000 tl üzeri olanların şema toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,20$).

Tablo 7. Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi

		Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St.Sapma	p değeri
Yaş	18-20	193	%46,4	214,90	62,53	0,68
	21 üstü	223	%53,6	212,51	58,41	
Cinsiyet	Kadın	229	%55	208,29	58,93	0,04
	Erkek	187	%45	220,14	61,45	
Medeni Durum	Evli	21	%5	195,61	52,55	0,16
	Bekar	395	%95	214,57	60,59	
Öğrenim Durumu	Lise mezunu	337	%81	215,32	60,82	0,47
	Üniversite mezunu	43	%10,3	204,81	53,76	
	Lisans üstü (y.lisans/doktora)	36	%8,7	208,16	63,02	
Meslek	Ünv. öğrencisi	354	%85,1	216,22	61,60	0,07
	Araştırma görevlisi	32	%7,7	205,15	48,89	
	Diğer	30	%7,2	191,93	51,35	
Gelir Durumu	1000 tl altı	230	%55,3	214,16	62,92	0,20
	1000-2000 tl	113	%27,2	219,23	60,25	
	2000 tl üzeri	73	%17,5	203,20	50,56	
Toplam		416	%100			

Kronik hastalık değişkenine bakıldığında kronik hastalığı olan ve olmayan grubun şema toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,51$).

Psikiyatrik tanı değişkenine bakıldığında daha önceden herhangi bir psikiyatrik tanı alanların şema toplam puan ortalaması 243,86 , olmayan grubun ise 207,29 bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000002$).

Sigara içme değişkenine bakıldığında sigara içen ve içmeyen grubun şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,26$).

Alkol kullanımı değişkenine bakıldığında düzenli alkol kullanan grubun şema toplam puan ortalaması 221,50 , düzenli alkol kullanmayan grubun şema toplam puan ortalaması 208,44 bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,03$).

Tablo 8. Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi

		Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St.Sapma	P değeri
Kronik Hastalık	Hayır	359	%86,3	212,85	59,69	0,51
	Evet	57	%13,7	218,47	64,31	
Psikiyatrik Tanı	Hayır	344	%82,7	207,29	57,62	0,000002
	Evet	72	%17,3	243,86	63,94	
Sigara İçme Durumu	Hayır	286	%68,8	211,38	60,18	0,26
	Evet	130	%31,3	218,55	60,48	
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	251	%60,3	208,44	60,19	0,031
	Evet	165	%39,7	221,50	59,77	
Toplam		416	%100			

Çocukluğun geçtiği yer değişkenine bakıldığında çocukluk dönemini köyde, ilçede ya da şehir merkezinde geçirmiş olan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,39$).

Yatılı okul/yurtta kalma değişkenine bakıldığında öğrenim hayatında yatılı okul/yurtta kalanlar ile kalmayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,21$).

Baba öğrenim durumu değişkenine bakıldığında babası ilk-orta öğrenim mezunu, lise mezunu, üniversite/lisans üstü mezunu olan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,30$).

Anne öğrenim durumu değişkenine bakıldığında annesi ilk-orta öğrenim mezunu olanların şema toplam puan ortalaması 220,85, lise mezunu olanların şema toplam puan ortalaması 198,17, üniversite/lisans üstü mezunu olanların şema toplam puan ortalaması 215,27 bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,005$).

Tablo 9. Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi

		Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St.Sapma	p değeri
Çocukluğun Geçtiği Yer	Köy	52	%12,5	223,84	67,70	0,39
	İlçe	116	%27,9	214,00	59,46	
	Şehir Merkezi	248	%59,6	211,29	59,06	
Yatılı Okul/Yurtta Kalma Durumu	Hayır	288	%69,2	211,15	59,23	0,21
	Evet	128	%30,8	219,17	62,51	
Babanın Öğrenim Durumu	İlk-orta öğretim mezunu	177	%42,5	218,83	61,00	0,30
	Lise mezunu	110	%26,4	208,34	59,35	
	Üni./lisansüstü mezunu	129	%31,0	210,97	60,02	
Annenin Öğrenim Durumu	İlk-orta öğretim mezunu	223	%53,6	220,85	62,92	0,005
	Lise mezunu	113	%27,2	198,17	53,41	
	Üni./lisansüstü mezunu	80	%19,2	215,27	58,61	
Toplam		416	%100			

Anne baba boşanma durumu değişkenine bakıldığında çocukluk döneminde anne ve babası boşanmış ve boşanmamış katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,056$).

Çocukluk döneminde annesi hayatta olan katılımcılar ile annesi vefat etmiş katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,93$).

Çocukluk döneminde babası hayatta olan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 214,63, babası vefat etmiş katılımcıların 176,18 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,02$).

Katılımcılara çocukluklarında onları derinden etkileyen durum/deneyim/olay yaşadınız mı sorusu sorulduğunda bu soruya hayır yanıtı veren katılımcıların şema toplam puan ortalaması 204,23 , evet yanıtı verenlerin 231,15 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000012$).

Tablo 10. Sosyodemografik Özellikler ile Şema Toplam Puan İlişkisi

		Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St.Sapma	p değeri
Anne Babanın Boşanma Durumu	Hayır	391	%94,0	212,19	59,75	0,056
	Evet	25	%6,0	236,00	65,57	
Anne Hayatta Mıydı?	Evet	413	%99,3	213,60	60,41	0,93
	Hayır	3	%0,7	216,66	51,53	
Baba Hayatta Mıydı?	Evet	405	%97,4	214,63	60,34	0,02
	Hayır	11	%2,6	176,18	46,94	
Çocukluğunuzda Derinden Etkileyen Durum/Deneyim/Olay Yaşadınız mı?	Hayır	271	%65,1	204,23	60,58	0,000012
	Evet	145	%34,9	231,15	55,87	
Toplam		416	%100			

Katılımcıların anne tutum algısına bakıldığında annesinin tutumunu hoşgörülü olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 209,19 , hoşgörülü olarak tanımlamayanların 222,84 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,03$).

Annesinin tutumunu anlayışsız-katı olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 249,05 , anlayışsız-katı olarak tanımlamayanların 211,92 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,009$).

Annesinin tutumunu şiddet uygulayan olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 253,85 , şiddet uygulayan olarak tanımlamayanların 211,59 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$).

Annesinin tutumunu sevgi dolu olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,11$).

Annesinin tutumunu soğuk/sevgisini belli etmeyen olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,39$).

Annesinin tutumunu otoriter olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,28$).

Annesinin tutumunu saygılı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,10$).

Annesinin tutumunu ilgisiz olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 266,37, ilgisiz olarak tanımlamayanların 212,58 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$).

Annesinin tutumunu eleştirel olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 249,06, eleştirel olarak tanımlamayanların 209,53 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00004$).

Annesinin tutumunu tutarlı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,06$).

Annesinin tutumunu korumacı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,76$).

Annesinin tutumunu cezalandırıcı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,27$).

Annesinin tutumunu dengesiz olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 253,10, eleştirel olarak tanımlamayanların 211,62 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,003$).

Annesinin tutumunu kuralcı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,73$).

Tablo 11. Anne Tutum Algısı ile Şema Toplam Puan İlişkisi

Anne Tutumu		Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St.Sapma	p değeri
Hoşgörülü	Hayır	135	%32,5	222,84	61,50	0,03
	Evet	281	%67,5	209,19	59,31	
Anlayışsız-Katı	Hayır	397	%95,4	211,92	59,42	0,009
	Evet	19	%4,6	249,05	68,95	
Şiddet Uygulayan	Hayır	396	%95,2	211,59	59,85	0,002
	Evet	20	%4,8	253,85	56,19	
Sevgi Dolu	Hayır	99	%23,8	222,01	67,04	0,11
	Evet	317	%76,2	211,00	57,90	
Soğuk-Sevgisini Belli Etmeyen	Hayır	395	%95,0	213,04	60,36	0,39
	Evet	21	%5,0	224,47	59,48	
Otoriter	Hayır	325	%78,1	211,96	61,46	0,28
	Evet	91	%21,9	219,56	55,85	
Saygılı	Hayır	277	%66,6	217,01	62,11	0,10
	Evet	139	%33,4	206,86	56,10	
İlgisiz	Hayır	408	%98,1	212,58	59,79	0,01
	Evet	8	%1,9	266,37	66,69	
Eleştirel	Hayır	373	%89,7	209,53	58,81	0,00004
	Evet	43	%10,3	249,06	62,09	
Tutarlı	Hayır	319	%76,7	216,68	62,03	0,06
	Evet	97	%23,3	203,54	53,25	
Korumacı	Hayır	148	%35,6	214,55	64,15	0,76
	Evet	268	%64,4	212,78	56,74	
Cezalandırıcı	Hayır	386	%92,8	212,72	60,28	0,27
	Evet	30	%7,2	225,23	60,23	
Dengesiz	Hayır	396	%95,2	211,62	59,93	0,003
	Evet	20	%4,8	253,10	54,85	
Kuralcı	Hayır	330	%79,3	213,11	60,36	0,73
	Evet	86	%20,7	215,55	60,36	
Toplam		416	%100			

Katılımcıların baba tutum algısına bakıldığında babasını hoşgörülü olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 204,97 , hoşgörülü olarak tanımlamayanların 226,91 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00002$).

Babasının tutumunu anlayışsız-katı olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 244,06 , anlayışsız-katı olarak tanımlamayanların 211,00 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$).

Babasının tutumunu şiddet uygulayan olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 252,14 , anlayışsız-katı olarak tanımlamayanların 211,57 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,003$).

Babasının tutumunu sevgi dolu olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,46$).

Babasının tutumunu soğuk/sevgisini belli etmeyen olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 230,56 , soğuk/sevgisini belli etmeyen olarak tanımlamayanların 209,52 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,005$).

Babasının tutumunu otoriter olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,15$).

Babasının tutumunu saygılı olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 204,51, saygılı olarak tanımlamayanların 217,67 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,04$).

Babasının tutumunu ilgisiz olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 246,43 , ilgisiz olarak tanımlamayanların 209,74 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00001$).

Babasının tutumunu eleştirel olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 242,28 , eleştirel olarak tanımlamayanların 210,05 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$).

Babasının tutumunu tutarlı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,12$).

Babasının tutumunu korumacı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,06$).

Babasının tutumunu cezalandırıcı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,45$).

Babasının tutumunu dengesiz olarak tanımlayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması 248,18 , dengesiz olarak tanımlamayanların 210,14 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00001$).

Babasının tutumunu kuralcı olarak tanımlayan katılımcılarla bu şekilde tanımlamayan katılımcıların şema toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,23$).

Tablo 12. Baba Tutum Algısı ile Şema Toplam Puan İlişkisi

Baba Tutumu		Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St.Sapma	p değeri
Hoşgörülü	Hayır	164	39,4	226,91	63,13	0,00002
	Evet	252	60,6	204,97	56,86	
Anlayışsız-Katı	Hayır	383	92,1	211,00	59,25	0,002
	Evet	33	7,9	244,06	64,86	
Şiddet Uygulayan	Hayır	395	95,0	211,57	59,98	0,003
	Evet	21	5,0	252,14	53,97	
Sevgi Dolu	Hayır	227	54,6	215,58	60,67	0,46
	Evet	189	45,4	211,26	59,91	
Soğuk-Sevgisini Belli Etmeyen	Hayır	335	80,5	209,52	59,34	0,005
	Evet	81	19,5	230,56	61,64	
Otoriter	Hayır	297	71,4	216,25	61,71	0,15
	Evet	119	28,6	207,04	56,32	
Saygılı	Hayır	288	69,2	217,67	61,92	0,04
	Evet	128	30,8	204,51	55,63	
İlgisiz	Hayır	372	89,4	209,74	59,45	0,00001
	Evet	44	10,6	246,43	57,97	
Eleştirel	Hayır	370	88,9	210,05	59,72	0,01
	Evet	46	11,1	242,28	57,79	
Tutarlı	Hayır	337	81,0	215,81	61,58	0,12
	Evet	79	19,0	204,27	53,85	
Korumacı	Hayır	234	56,3	218,49	61,95	0,06
	Evet	182	43,8	207,35	57,67	
Cezalandırıcı	Hayır	402	96,6	213,21	60,24	0,45
	Evet	14	3,4	225,42	63,07	
Dengesiz	Hayır	378	90,9	210,14	59,33	0,00001
	Evet	38	9,1	248,18	59,62	
Kuralcı	Hayır	336	80,8	215,34	60,12	0,23
	Evet	80	19,2	206,37	60,85	
Toplam		416	%100			

4.4. Sosyodemografik Özellikler ile PRİME MD Tanı Grupları İlişkisi

Çalışmamızda katılımcılarla gerçekleştirilen PRİME MD yapılandırılmış klinik görüşme sonucunda 18-20 yaş arası katılımcıların %72,5'i (140 kişi) herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. 18-20 yaş arası katılımcıların %8,3'ü (16 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %9,8'i (19 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna dahildi. %9,3'ü (18 kişi) de hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. 21 yaş üstü katılımcıların %61'i (136 kişi) herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. 21 yaş üstü katılımcıların %10,8'i (24 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %11,7'si (26 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. %10,2 (19 kişi) de hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. 18-20 yaş arası ve 21 yaş üstü katılımcılar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,06$).

Cinsiyet değişkenine bakıldığında kadınlar ve erkekler arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,23$).

Medeni durum değişkenine bakıldığında evli ve bekar katılımcılar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p=1,00$).

Öğrenim durumu değişkenine bakıldığında lise mezunu, üniversite mezunu, lisans üstü öğrenim durumuna sahip katılımcılar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,33$).

Tablo 13. Sosyodemografik Özellikler ile PRİME MD Tanı Grupları İlişkisi

	Duygudurum Boz. Grubu	Anksiyete Boz. Grubu	Her İki Grup Tanısı	Sağlıklı Grup	Toplam	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	p değeri
Yaş						
18-20 yaş	16 (8,3)	19 (9,8)	18 (9,3)	140 (72,5)	193 (100)	0,06
21 yaş üstü	24 (10,8)	26 (11,7)	37 (16,6)	136 (61)	223 (100)	
Cinsiyet						
Kadın	25 (10,9)	24 (10,5)	36 (15,7)	144 (62,9)	229 (100)	0,23
Erkek	15 (8,0)	21 (11,2)	19 (10,2)	132 (70,6)	187 (100)	
Medeni Durum						
Evli	2 (9,5)	2 (9,5)	3 (14,3)	14 (66,7)	21 (100)	1,0
Bekar	38 (9,6)	43 (10,9)	52 (13,2)	262 (66,3)	395 (100)	
Öğrenim Durumu						
Lise mezunu	31 (9,2)	35 (10,4)	42 (12,5)	229 (68)	337 (100)	0,33
Üniversite mezunu	5 (11,6)	6 (14)	10 (23,3)	22 (51,2)	43 (100)	
Lisansüstü	4 (11,1)	4 (11,1)	3 (8,3)	25 (69,4)	36 (100)	

Meslek değişkenine bakıldığında üniversite öğrencisi, araştırma görevlisi ve diğer meslek mensubu katılımcılar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,99$).

Aylık gelir durumuna göre 1000 tl altı, 1000-2000 tl arası ve 2000 tl üzeri geliri olan katılımcılar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,38$).

Kronik hastalık değişkenine bakıldığında kronik hastalığa sahip olan katılımcıların %49,1'i (28 kişi) herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Kronik hastalığa sahip olan katılımcıların %21,1'i (12 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %12,3'ü (7 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna dahildi. %17,5'i (10 kişi) de hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların %69,1'i (248 kişi) herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların %7,8'si (28 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %10,6'sı (38 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna dahildi. %12,5'u (45 kişi) de hem duygudurum hem de

anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. Kronik hastalığa sahip olan katılımcıların olmayan katılımcılara göre duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,005$).

Daha önceden psikiyatrik tanı alma değişkenine bakıldığında daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı alan katılımcıların %30,6'sı (22 kişi) PRİME MD yapılandırılmış klinik görüşme sonucunda herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Bu katılımcıların %20,8'i (15 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %16,7'si (12 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna dahildi. %31,9 (23 kişi) de hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. Daha önceden herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmayan katılımcıların %73,8'i (254 kişi) PRİME MD yapılandırılmış klinik görüşme sonucunda herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Bu katılımcıların %7,3'ü (25 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %9,6'sı (33 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna, %9,3'ü (32 kişi) de hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. Daha önceden herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olan katılımcıların olmayan katılımcılara göre duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,00001$).

Tablo 14. Sosyodemografik Özellikler ile PRİME MD Tanı Grupları İlişkisi

	Duygudurum Boz. Grubu	Anksiyete Boz. Grubu	Her İki Grup Tanısı	Sağlıklı Grup	Toplam	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	p değeri
Meslek						
Ünv.öğrencisi	34 (9,6)	38 (10,7)	48 (13,6)	234 (66,1)	354 (100)	0,99
Arş. gör.	3 (9,4)	3 (9,4)	4 (12,5)	22 (68,8)	32 (100)	
Diğer	3 (10)	4 (13,3)	3 (10)	20 (66,7)	30 (100)	
Aylık Gelir						
1000 tl altı	24 (10,4)	22 (9,6)	28 (12,2)	156 (67,8)	230 (100)	0,38
1000-2000 tl	8 (7,1)	13 (11,5)	21 (18,6)	71 (62,8)	113 (100)	
2000 tl üzeri	8 (11)	10 (13,7)	6 (8,2)	49 (67,1)	73 (100)	
Kronik Hastalık						
Hayır	28 (7,8)	38 (10,6)	45 (12,5)	248 (69,1)	359 (100)	0,005
Evet	12 (21,1)	7 (12,3)	10 (17,5)	28 (49,1)	57 (100)	
Psikiyatrik Tanı						
Hayır	25 (7,3)	33 (9,6)	32 (9,3)	254 (73,8)	344 (100)	0,00001
Evet	15 (20,8)	12 (16,7)	23 (31,9)	22 (30,6)	72 (100)	

Çocukluk döneminde katılımcıları derinden etkileyen durum/olay/deneyimleri ile PRİME MD tanı grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında bu soruya evet yanıtı veren katılımcıların %53,1 (77 kişi) PRİME MD yapılandırılmış klinik görüşme sonucunda herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Evet yanıtı veren katılımcıların %13,1 (19 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %16,7 (12 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna dahildi. %19,3'ü (28 kişi) de hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. Bu soruya hayır yanıtını veren katılımcıların %73,4'ü (199 kişi) PRİME MD yapılandırılmış klinik görüşme sonucunda herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Hayır yanıtı veren katılımcıların %7,7'si (21 kişi) duygudurum bozuklukları grubuna, %8,9'u (24 kişi) anksiyete bozuklukları grubuna dahildi. %10'u (27 kişi) de hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan tanılara sahipti. Travma algısı ile PRİME MD tanı grupları arasındaki ilişkiyi inceleme amacıyla sorduğumuz çocukluk döneminde katılımcıyı derinden etkileyen durum/olay/deneyim sorusuna katılımcılardan evet yanıtını veren grupta hayır yanıtını veren gruba göre duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve her iki gruptan tanı alma oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,00001$).

Tablo 15. Sosyodemografik Özellikler ile PRİME MD Tanı Grupları İlişkisi

	Duygudurum Boz. Grubu	Anksiyete Boz. Grubu	Her İki Grup Tanısı	Sağlıklı Grup	Toplam	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	p değeri
Alkol Kullanımı						
Hayır	21 (8,4)	26 (10,4)	25 (10)	179 (71,3)	251 (100)	0,035
Evet	19 (11,5)	19 (11,5)	30 (18,2)	97 (58,8)	165 (100)	
Çocukluğunuzda Derinden Etkileyen Durum/Deneyim/Olay Yaşadınız mı?						
Hayır	21 (7,7)	24 (8,9)	27 (10)	199 (73,4)	271 (100)	0,001
Evet	19 (13,1)	21 (14,5)	28 (19,3)	77 (53,1)	145 (100)	

4.5. PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları İlişkisi

PRİME MD tanı grupları ile şema toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında herhangi bir psikiyatrik tanı almayan sağlıklı grubun şema toplam puan ortalaması 201,46 , duygudurum bozuklukları grubunun 229,97 , anksiyete bozuklukları grubunun 224,13 , her iki grup (hem duygudurum hem anksiyete bozuklukları) tanısı olanların 254,14 olarak bulunmuştur. Ortalama şema toplam puanlarına bakıldığında sağlıklı grubun en düşük, her iki grup tanısı olanların en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00001$).

Tablo 16. PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları İlişkisi

Tanı Grubu	Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St. Sapma	p değeri
Duygudurum Bozuklukları Grubu	40	9,6	229,97	55,92	0,00001
Anksiyete Bozuklukları Grubu	45	10,8	224,13	59,97	
Her İki Grup Tanısı Olanlar	55	13,2	254,14	58,83	
Sağlıklı Grup	276	66,3	201,46	57,04	
Total	416	100	213,62	60,29	

Tanı grupları ile şema toplam puan ortalamalarının post-hoc analizlerine bakıldığında duygudurum bozuklukları grubu ile sağlıklı grup arasındaki şema toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,008$). Duygudurum bozuklukları grubu ile anksiyete bozuklukları grubu ve her iki grup tanısı olanlar arasında şema toplam puan ortalamaları farkı açısından istatistiksel anlam bulunmadı (Sırasıyla $p=0,99$ $p=0,23$).

Anksiyete bozuklukları grubu ile sağlıklı grup arasındaki şema toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,047$). Anksiyete bozuklukları grubu ile duygudurum bozuklukları grubu ve her iki grup tanısı olanlar arasında şema toplam puan ortalamaları farkı açısından istatistiksel anlam bulunmadı (Sırasıyla $p=0,99$ $p=0,05$).

Her iki grup tanısı olanlar ile sağlıklı grup arasındaki şema toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,0001$). Her iki grup tanısı olanlar ile

duygudurum bozuklukları grubu ve anksiyete bozuklukları arasında şema toplam puan ortalamaları farkı açısından istatistiksel anlam bulunmadı (Sırasıyla $p=0,23$ $p=0,05$).

Sağlıklı grup ile duygudurum bozuklukları grubu, anksiyete bozuklukları grubu ve her iki grup tanısı alanlar arasındaki şema toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı saptandı (Sırasıyla $p=0,008$ $p=0,047$ $p=0,0001$). Sağlıklı grubun şema toplam puan ortalamasının diğer üç gruptan anlamlı olarak daha düşük bulundu.

Tablo 17. PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları Post-HOC Analizi

		Ort. Fark	p değeri
Duygudurum Bozuklukları Grubu	Anksiyete Bozuklukları Grubu	5,84	0,99
	Her İki Grup Tanısı Olanlar	-24,17	0,23
	Sağlıklı Grup	28,51	0,008
Anksiyete Bozuklukları Grubu	Duygudurum Bozuklukları Grubu	-5,84	0,998
	Her İki Grup Tanısı Olanlar	-30,01	0,056
	Sağlıklı Grup	22,66	0,047
Her İki Grup Tanısı Olanlar	Duygudurum Bozuklukları Grubu	24,17	0,232
	Anksiyete Bozuklukları Grubu	30,01	0,056
	Sağlıklı Grup	52,68	0,0001
Sağlıklı Grup	Duygudurum Bozuklukları Grubu	-28,51	0,008
	Anksiyete Bozuklukları Grubu	-22,66	0,047
	Her İki Grup Tanısı Olanlar	-52,68	0,0001

Duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları grubuna dahil olan katılımcılar tek tanı grubu altında birleştirilerek ele alındığında tek tanı grubunun şema toplam puan ortalaması 226,88 olarak bulundu. Tek tanı grubu, her iki grup tanısı olanlar ve sağlıklı grubun şema toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0,00001$).

Tablo 18. PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları İlişkisi

Tanı Grubu	Sayı	Yüzde	Şema Puan Ort.	St. Sapma	p değeri
Tek Tanı Grubu	85	20,4	226,88	57,83	0,00001
Her İki Grup Tanısı Olanlar	55	13,2	254,14	58,83	
Sağlıklı Grup	276	66,3	201,46	57,04	
Total	416	100	213,62	60,29	

Her iki grup tanısı olanların tek bir psikiyatrik tanısı olanlara ve sağlıklı gruba göre şema puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Sırasıyla $p=0,018$ $p=0,0001$).

Tablo 19. PRIME-MD Tanı Grupları ile Şema Toplam Puanları Post-HOC Analizi

		Ort. Fark	p değeri
Tek Tanı Grubu	Her İki Grup Tanısı Olanlar	-27,26	0,018
	Sağlıklı Grup	25,41	0,001
Her İki Grup Tanısı Olanlar	Tek Tanı Grubu	27,26	0,018
	Sağlıklı Grup	52,68	0,0001
Sağlıklı Grup	Tek Tanı Grubu	-25,41	0,001
	Her İki Grup Tanısı Olanlar	-52,68	0,000

Duygudurum bozuklukları grubunu sağlıklı grupla karşılaştırdığımızda karamsarlık, sosyal izolasyon ve dayanıksızlık şema puanlarının sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,002$).

Tablo 20. Duygudurum Bozuklukları Grubu ile Sağlıklı Grup Şema Puanlarının Karşılaştırılması

	Karamsarlık Puan Ort.	Sosyal İzolasyon Puan Ort.	Dayanıksızlık Puan Ort.	p değeri
Sağlıklı Grup	10,97	15,27	10,63	0,002
Duygudurum Grubu	14,62	19,20	13,62	

Anksiyete bozukluğu grubunu sağlıklı grupla karşılaştırdığımızda karamsarlık, sosyal izolasyon, onay arayıcılık, terk edilme ve yüksek standartlar şema puanlarının sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 21. Anksiyete Bozuklukları Grubu ile Sağlıklı Grup Şema Puanlarının Karşılaştırılması

	Karamsarlık Puan Ort.	Sosyal İzolasyon Puan Ort.	Onay Arayıcılık Puan Ort.	Terk Edilme Puan Ort.	Yüksek Standartlar Puan Ort.	p değeri
Sağlıklı Grup	10,97	15,27	18,28	8,09	8,26	$p<0,05$
Anksiyete Grubu	13,51	18,55	20,86	9,71	9,80	

4.6. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün (YŞÖ-KF3) İç Tutarlılık Analizi

Cronbach alfa güvenilirlik analizi Lee Cronbach tarafından 1951 yılında geliştirilmiş bir analiz türüdür. Likert tipli ölçeklerde kullanılması uygun bir iç tutarlılık analizidir. Cronbach alfa aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:

$0 < R^2 < 0.40$ ise güvenilir değil

$0.40 < R^2 < 0.60$ ise düşük güvenilirlikte

$0.60 < R^2 < 0.80$ ise oldukça güvenilir

$0.80 < R^2 < 1.00$ ise yüksek güvenilirlikte

Bizim çalışmamızda da YŞÖ-KF 3 iç tutarlılık analizi sonucunda cronbach alfa değeri 0,957 olarak bulunmuş olup yüksek güvenilirlikte olduğu görülmektedir.

4.7. Şema Toplam Puanlarının Duygudurum ve Anksiyete Gruplarına Yönelik Lojistik Regresyon Analizi

Duygudurum bozuklukları grubunu "duygudurum bozukluğu var" ve "duygudurum bozukluğu yok" olarak bağımlı değişken; şema toplam puanını da bağımsız değişken olarak belirleyip oluşturduğumuz modelde Nagelkerke R kare değerinin 0,049 olmasından duygudurum bozukluğu tanısını belirleyen faktörlerden sadece %4,9'unun modelimizdeki değişkenler tarafından açıklanabildiğini anlıyoruz. Modelde kullanılan değişkenlerden şema toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). Odds oranı şema toplam puanı için 1,008'tir.

Tablo 22. Duygudurum Bozuklukları Grubu Şema Toplam Puanı Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	B (Katsayı)	SE	Güven Aralığı	Odds Oranı	p değeri
Sabit	-3,717	0,673		0,024	0,000
Şema Toplam Puanı	0,008	0,003	1,003-1,014	1,008	0,004

Anksiyete bozuklukları grubunu "anksiyete bozukluğu var" ve "anksiyete bozukluğu yok" olarak bağımlı değişken; şema toplam puanını da bağımsız değişken olarak belirleyip oluşturduğumuz modelde Nagelkerke R kare değerinin 0,032 olmasından anksiyete bozukluğu tanısını belirleyen faktörlerden sadece %3,2'sinin modelimizdeki değişkenler tarafından açıklanabildiğini anlıyoruz. Modelde kullanılan değişkenlerden şema toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016$). Odds oranı şema toplam puanı için 1,006'tir.

Tablo 23. Anksiyete Bozuklukları Grubu Şema Toplam Puanı Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	B (Katsayı)	SE	Güven Aralığı	Odds Oranı	p değeri
Sabit	-3,181	0,611		0,042	0,000
Şema Toplam Puanı	0,006	0,003	1,001-1,012	1,006	0,016

5.TARTIŞMA

Erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu ilişkisini araştırdığımız bu çalışmamızda duygudurum bozuklukları grubunun şema toplam puan ortalaması herhangi bir psikiyatrik tanı almayan sağlıklı grubun ortalamasından daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kırkıkoglu (2018) depresyon ve kaygı belirtilerini kişilerarası tarz ve erken dönem uyumsuz şemalar çerçevesinde incelediği çalışmasında erken dönem uyumsuz şemaların depresyon ve kaygı belirtilerini yordadığını bulmuştur (29). Davoodi ve arkadaşlarının (2018) major depresyon (n=30) ve somatizasyon bozukluğu (n=30) olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemaları inceledikleri çalışmada major depresif bozukluğu olan hastaların beş şema alanının tümünde daha yüksek puanlara sahip olduğunu bulmuştur (30). Kontrol grubu bulunmayan bu çalışmaya göre bizim çalışmamızda herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubumuzun olması çalışmamızın güçlü yanlarından biridir.

Çalışmamızda anksiyete bozuklukları grubunun şema toplam puan ortalaması herhangi bir psikiyatrik tanı almayan sağlıklı grubun ortalamasından daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hoffart (2012) bilişsel terapi modellerinin çoğu hasta için etkili bir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiş olsa da bazı hastaların yeterli düzeyde psikolojik ve farmakolojik tedavi almalarına rağmen kronik kaygıdan yakındıklarını belirtmiştir (31). Hoffart bu durumu sorunun şemalar ile ilişkili olmasıyla açıklamaktadır. Kişinin kaygısını devam ettiren faktörlerin şemalar çerçevesinde ele alınarak aydınlatılabileceğini belirtmektedir. Rhein ve Sukawatana (2015) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada birçok şemanın üniversite öğrencilerinin kaygı düzeyini yordadığını belirtmişlerdir (32). Örneklemini üniversite öğrencilerinin oluşturduğu Zadahmad'ın (2016) çalışmasında birçok şemanın anksiyeteyi yordadığı bulunmuştur (33). Bizim çalışmamız da literatürdeki bu bulguları destekler niteliktedir.

Duygudurum bozukluğu grubunu sağlıklı grupla karşılaştırdığımızda karamsarlık, sosyal izolasyon ve dayanıksızlık şema puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erken dönem uyumsuz şemalarla depresyon arasındaki ilişkileri inceleyen farklı çalışmalar yürütülmüştür. Eberhart ve ark. (2011) yaptığı çalışmada güvensizlik/kötüye kullanılma, sosyal izolasyon, kusurluluk, duygusal yoksunluk, başarısızlık ve boyun eğicilik şema puanlarını; Petrocelli ve ark. (2001) da terk edilme ve kusurluluk şema

puanlarını kontrol grubuna göre daha yüksek bulmuştur (34,35). Yıldız (2017) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, duyguları bastırma, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, terk edilme, cezalandırılma, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar şemalarının depresif belirtileri anlamlı bir şekilde yordadığını belirtmektedir (36). Bizim çalışmamızın da dahil olduğu literatürdeki farklı çalışmalarda depresyon tanılı hastalarda farklı şemaların daha yüksek puana sahip olması ya da depresif belirtileri yordaması şemaların oluşumunda birden çok faktörün etkin rol almasına bağlı olabilir. Buna rağmen erken dönem uyumsuz şemalar ve depresyon arasındaki kuvvetli ilişki göz ardı edilemez.

Çalışmamızda cinsiyet değişkenine göre toplam şema puan ortalamaları erkeklerde istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Şema alt boyutları incelendiğinde de erkeklerde duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, kusurluluk, sosyal izolasyon şema puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Akhun (2012) tez çalışmasında erkeklerin erken dönem şemaların bütün alt boyutlarında daha yüksek puanlar aldığını belirtmektedir (37). Irkörüücü (2016) yaptığı çalışmada duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon ve kusurluluk şema puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğunu belirtmiştir (38). Brenning ve ark. (2012), Shorey ve ark. (2012) şemalardaki cinsiyet açısından farklılığı, cinsiyet rolü farklılıkları ile ilişkilendirmiştir (39,40). Bu nedenle, toplumun kadın ve erkeğe yüklediği cinsiyet rolleri ve aynı zamanda çocuk yetiştirme uygulamalarındaki cinsiyet yaklaşımı, şemalar arasındaki farklılığın nedenlerinden biri olabileceğini düşündürmektedir.

Daha önceden herhangi bir psikiyatrik tanı alanlarda almayanlara göre şema toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Rafaeli ve arkadaşları (2012) depresyon, madde kötüye kullanım ve birçok psikosomatik bozuklukların altında şemaların yattığını belirtmiştir.

Anne öğrenim durumlarına bakıldığında; annesi ilk-orta öğrenim mezunu olan katılımcıların lise mezunu olanlara göre şema toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Akhun (2012) tez çalışmasında anne eğitim yılı arttıkça duygusal yoksunluk, cezalandırılma, iç içelik/bağımlılık, kendini feda şema puan ortalamalarının azaldığını belirtmiştir (37). Karayiğit (2018) tez çalışmasında annesi üniversite mezunu olanların ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemaları; annesi lise mezunu, ilköğretim mezunu ve annesinin okuma-yazması olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur (41). Bizim çalışmamız da bu bulguları destekler niteliktedir.

Çalışmamızda çocukluk dönemine dair travma algısı olanların olmayanlara göre şema toplam puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalar şemaların kökeninde kişilerin çocukluk çağlarında ailesi ve yakın çevresinden maruz kaldığı travmatik yaşantıların, erişkinlikte bağlanma ve özerklik gibi şemaların oluşmasında etkili olduğunu vurgulamaktadır. (42). Yapılan bir diğer araştırmada, ihmal ve istismar yaşantılarının erken dönem uyum bozucu şemaların meydana gelmesinde etkili olduğu sonucu elde edilmiştir (43). Messman-Moore (2007) çalışmasında şemalar ile çocukluk dönemi travma deneyimleri arasında güçlü kanıtlar olduğunu belirtmiştir (44). Çalışmamızda katılımcıların travma öykülerini sorgularken yaşamlarında onları derinden etkileyen herhangi bir durum/deneyim/olay yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Travma kavramı subjektif olarak değerlendirilebileceği için katılımcıların travma algısı olarak tanımlanmasının daha doğru olacağını düşündük.

Çalışmamızda babası hayatta olmayan katılımcıların hayatta olan katılımcılara göre şema toplam puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Her ne kadar ebeveyn kaybını travmatik yaşantılar başlığı altında değerlendirdiğimizde bu kişilerde şema puanlarının yüksek olmasını beklessek de literatürde sadece bu değişkene yönelik analiz bulunmamaktadır. Çalışmamızdaki bu bulgu, şema puanları üzerinde ebeveyn tutumunun, ebeveyn kaybından daha etkili bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bu alanda daha spesifik gruplarda ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda olumsuz anne baba tutumu algısı olanların olmayanlara göre şema toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Young olumsuz anne baba davranışlarının şemaların kökeninde yer aldığını belirtmektedir (8). Literatürde yer alan bazı çalışmalar da bu görüşü destekler niteliktedir. Murris (2006), Harris ve Curtin (2002) ve Leung ve ark. (2000) yaptıkları çalışmalarda özellikle soğuk, reddedici ve aşırı kontrolcü anne-baba algılarının erken dönem uyum bozucu şemalarla ilişkili olduğunu bulmuştur (42,45-47). Daha önce bahsedildiği gibi şema modeline göre çekirdek aile ortamında bireyin sevgi, kabul, anlayış görme gibi en temel duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması erken dönem uyumsuz şemaların ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır.

Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre duygudurum bozukluğu , anksiyete bozukluğu ve her iki gruptan tanı alma oranları daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki

birçok çalışma kronik hastalıklar ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır (48,49). Bizim çalışmamız da bu bulguları destekler niteliktedir.

Çalışmamızda önceden herhangi bir psikiyatrik tanı alan katılımcıların olmayanlara göre duygudurum bozukluğu , anksiyete bozukluğu ve her iki gruptan tanı alma oranları daha yüksek bulunmuştur. Bilindiği gibi daha önceden geçirilmiş depresyon ya da anksiyete bozukluğunun olması yaşamın ilerleyen döneminde depresyon ve anksiyete bozukluğunun yinelemesi açısından risk faktörüdür (3).

Çocukluk dönemine dair travma algısı olanların olmayanlara göre duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve her iki gruptan tanı alma oranları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için örselenme kavramı kullanılmaktadır (50). Çalışmamızda katılımcılara yönelttiğimiz çocukluk dönemlerinde onları derinden etkileyen herhangi bir durum/deneyim/olay yaşayıp yaşamadıkları sorumuz örselenme kavramı ile oldukça benzeşmektedir. Literatürdeki çalışmalar, çocukluk çağı örselenme yaşantılarıyla erişkin dönemde obezite (51), psöriazis (52), migren (53), kronik ağrı (54) gibi bedensel hastalıklar ve travma sonrası stres bozukluğu (55), madde kullanım bozukluğu (56), kişilik bozuklukları (57), yeme bozuklukları (58), somatizasyon bozukluğu (59) , bipolar bozukluk (60) gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Literatürde psikiyatrik bozukluklardan anksiyete bozukluğu ve depresyon ile çocukluk çağı örselenmelerinin ilişkisi ise önemle belirtilmektedir (61-65).

Ek olarak, çocuklukta örselenme yaşantıları olan depresyon hastalarında hastalığın daha erken başladığı, daha çok atak görüldüğü (66); kronik depresif belirtilerin (67) ve psikotik bulguların (68) daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Çalışmamızda her iki grup tanısı olanların tek bir psikiyatrik tanısı olanlara ve sağlıklı gruba göre şema puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatürde şema analizleri açısından örnekleme birden çok psikiyatrik tanısı olanların dahil edildiği çalışmaya rastlanmamış olup çalışmamızın literatürdeki bu eksikliğin giderilmesi açısından katkıda bulunmasını umuyoruz. Ayrıca bu bulgumuz psikiyatrik tanıların birlikte görülmesinin şemaların şiddetini artırdığı ya da şemaların şiddeti arttıkça psikiyatrik komorbidite

görülmesini artırması şeklinde yeni hipotezlere ışık tutacak araştırmalara ön ayak olmasını umuyoruz.

Çalışmamızın güçlü yanları, birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında yapılan literatürde başka çalışma bulunmamakta olup çalışmamızın örnek teşkil etmesidir. Ayrıca veri toplama sürecinde kullandığımız PRIME-MD yapılandırılmış klinik görüşmenin tanı koydurucu özelliği hastalık şema ilişkisi açısından önem arz etmektedir. Çalışmamızın bir diğer güçlü yanı da kullandığımız Young Şema Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısının çalışmamızda oldukça yüksek bulunmasıdır (Cronbach alfa: 0.95).

Çalışmamızın kısıtlılıkları, katılımcıların yaş aralığının 18-35 yaş aralığında olması, çoğu katılımcının üniversite öğrencisi ve araştırma görevlisi olması nedeniyle sosyokültürel seviyenin topluma genellenebilirliği açısından kısıtlılık yaratmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda herhangi bir psikiyatrik tanı almayan sağlıklı grubun diğer üç gruba göre (duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve her iki grup tanısı alanlar) toplam şema puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu açıdan birinci basamak ortamındaki depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip hastalarımız sahip oldukları şemalar açısından değerlendirilmelidir.

Her iki grup tanısı olanların tek bir psikiyatrik tanısı olanlara ve sağlıklı gruba göre şema puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aile sağlığı merkezimize başvuran birden çok psikiyatrik tanıya sahip hastalarımızın şemalarının daha dirençli olabileceği göz önünde bulundurularak şemalarına yönelik bilişsel davranışçı terapi ve şema terapi açısından imkanı olan hastalar yönlendirilmelidir.

Birinci basamakta karşılaştığımız depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalarımıza erken dönem uyumsuz şemalar ile başa çıkma yöntemleri anlatılabilir, bilişsel çarpıtmaları, işlevsel olmayan düşüncelerine yönelik kişinin kendi uygulayabileceği yöntemler öğretilerek düzenli olarak takip edilebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2016). Şema Terapi: Ayırıcı Özellikler. (M. Şaşıoğlu, Çev.) İstanbul: Psikonet Yayınları
2. BOZDEMİR, N., KARAKUŞ, G., & KURDAK, H. (2017). Türkiye ve Dünyada Erişkin Depresyonu Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics, 8(1), 1-6
3. Türkiye Psikiyatri Derneği. (2017). Aile Hekimleri için Psikiyatri. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
4. Köroğlu, E. (2015). Aile Hekimliği Uygulamasında Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
5. Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press
6. Rafaeli, E., Bernstein, D. P. & Young, J. E. (2011). Schema therapy: Distinctive features. London: Routledge.
7. Edwards, D. J. A. & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In M. Van Vrieswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), The Wiley/Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice (3-26). Chichester: Wiley
8. Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press.
9. Young, J. E. ve Klosko, J. S. (1994). Reinventing your life. New York: Plume Books.
10. Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6(1), 51-66.
11. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2013;50:344-51
12. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara: Rotatıp Kitapevi; 2013

13. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 2007;24(4):256-63
14. Yalvaç HD. Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2012;5(2):7-13.
15. Jylhä P, Isometsä E. The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depress Anxiety* 2006;23(5):281-9.
16. Doğan O. Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi* 2000;1:29-38.
17. Keskin, G., & Gumus, A. B. (2017). Investigation of Depressive Symptoms and Related Variables with Depressive Symptoms in Alcohol and Substance Abusers. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 39(3).
18. YILDIRIM, E., & TAN, M. N. (2017). Depresyonda Risk Faktörleri, Belirti ve Bulgular. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 8(1), 15-20.
19. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 20-26.
20. ASOĞLU, M., KARKA, İ., PİRİNÇÇİOĞLU, F., GÖBELEK, M., ÇELİK, H., TAKATAK, H., & ULGAR, Ş. B. (2018). Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Konulan Hastaların Anksiyetelerinin İfade Biçimlerinin Kültürel Yansımaları.
21. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014
22. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Hazırlayanlar: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'nda. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998; 77-94
23. Özmen E. Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji'de*. Ed. Doğan O., Ege Psikiyatri Yayınları İzmir, 2002.s.49-58
24. David Baldwin, MA, DM FRC Psych. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis 2017

25. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 3.Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 236-71
26. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744.
27. Çorapçıoğlu, A., Köroğlu, E., Ceyhun, B., & Doğan, O. (1996). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikiyatrik tanı koydurucu bir ölçeğin (Prime-MD) Türkiye için uyarlanması. *Nöropsikiyatri Gündemi*, 1(1).
28. Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1).
29. Kırkıkoğlu Betül. DEPRESYON VE KAYGI BELİRTİLERİNİN KİŞİLERARASI TARZ VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR AÇISINDAN İNCELENMESİ. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, 2018.
30. Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand, Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of affective disorders*, 235, 82-89.
31. Hoffart, A. (2012). The Case Formulation Process in Schema Therapy of Chronic Axis I Disorder (Affective/Anxiety Disorders). M. van Vreeswijk, J. Broersen ve M. Nadort (Ed.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* içinde (s.69-80). Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
32. Rhein, D. ve Sukawatana, P. (2015). Thai university student schemas and anxiety symptomatology. *International Education Studies*, 8(7), 108-126.
33. Zadahmad, M. ve Torkan, H. (2016). Investigation of the multiple relationships between early maladaptive schemas and coping styles with anxiety. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(1), 49-53.

34. Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., & Abela, J. R. (2011). Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 75-104.
35. Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 183-191.
36. Yıldız, M. (2017). ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN DEPRESİF BELİRTİLERE ETKİSİ. *Ihlara Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 18-23.
37. Akhun, M. (2012). ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE, ALGILANAN EBEVEYNLİK BİÇİMLERİ, ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARI, BENLİK KURGULARI, AYRILMA-BİREYLEŞME VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN PSİKOLOJİK BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
38. İRKÖRÜCÜ, A. (2016). Gender difference in early maladaptive schemas. *UFUK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ UFUK UNIVERSITY INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES*, 103.
39. Brenning, K., Bosmans, G., Braet, C. & Theuwis, L. (2012). Gender Differences in Cognitive Schema Vulnerability and Depressive Symptoms in Adolescents. *Behaviour Change* 29 (3). 164–182
40. Shorey, R. C., Anderson, S. E., Stuart, G. L. (2012). Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. *Substance Use & Misuse*, 47, 108–116, 2012
41. Karayiğit, S. (2018). ÇOCUKLUK DÖNEMİ ÖRSELENME YAŞANTILARI İLE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. *HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ*
42. Kapçı, E. G., & Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 13(3), 127-136.

43. Cukor, D., & McGinn, L. K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 19-34.
44. Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 75-92.
45. Murris P (2006) Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relation to perceived parental rearing parental rearing behaviours, big five personality factors and psychological symptoms. *Clin Psychol Psychother*, 13:405-413.
46. Haris AE, Curtin L (2002) Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognit Ther Res*, 26:405-416.
47. Leung N, Waller G, Thomas G (1999) Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J Nerv Ment Dis*, 187: 736-741
48. Smith GC, Clarke DM, Handrinos D (1998) Consultation-liaison psychiatrists management of depression. *Psychosomatics*, 39(3):244-252
49. American Psychiatric Press (1990) Review of Psychiatry. Consultation-Liaison Psychiatry, 9. Cilt, 4. Bölüm, American Psychiatric Press, Washington DC, s.409-674.
50. Öztürk MO, Uluşahin A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., s. 496
51. Thomas C, Hypponen E, Power C (2008) Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: The role of childhood adversity. *Pediatrics* 121:1240-9
52. Simonic E, Kastelan M, Peternel S ve ark. (2010) Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *J Dermatol* 37: 793-800.
53. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BE (2010) Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: A multicenter headache clinic survey. *Headache* 50: 20-31.

54. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ (2005) Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain* 21:398-405.
55. McCutcheon VV, Sartor CE, Pommer NE ve ark. (2010) Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *J Trauma Stres*, 23: 811-4
56. Toker T, Tiryaki A, Özçürümez G ve ark. (2011) Madde kullananlarda çocukluk örselenme yaşantılarının, madde kullanma eğilimi, benlik saygısı ve başa çıkma tutumları ile ilişkisi. *Turk Psikiyatri Derg* 22: 83-92.
57. Haller DL, Miles DR (2004) Personality disturbances in drug-dependent women: Relationship to childhood abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 30:269-86.
58. Kent A, Waller G, Dagnan D (1999) A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *Int J Eat Disord*, 25: 159-67.
59. Spitzer C, Barnow S, Gau K ve ark. (2008) Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 42: 335-41.
60. Etain B, Mathieu F, Henry C ve ark. (2010) Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stres*, 23: 376-83.
61. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK ve ark. (2011) Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 12:130-6.
62. Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ ve ark. (2010) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 122: 66–74
63. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BE (2010) Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: A multicenter headache clinic survey. *Headache* 50: 20-31.
64. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ (2007) A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 64:49-56.

65. Moskvina V, Farmer A, Swainson V ve ark. (2007) Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety* 24:163-8.
66. Bernet CZ, Stein MB (1999) Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety*, 9:169- 74.
67. Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K ve ark. (2004) Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms--a population-based study. *Nord J Psychiatry* 58:459-64.
68. Gaudiano BA, Zimmerman M (2010) The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatr Scand* 121: 462-70.



8. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Anket Veri Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmada erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyon ve/veya anksiyete arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu anketle sizden alınacak bilgiler gizli tutulacaktır. Lütfen her soru için size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Not: Çocukluk döneminize yönelik olan sorularda 0-18 yaş aralığını baz alınız.

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar c) Eşinden boşanmış d) Eşi vefat etmiş

4. Öğrenim durumunuz nedir?

a) Okur yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu

d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Lisans üstü (Yüksek lisans/doktora)

5. Mesleğiniz nedir?

6. Aylık toplam gelir durumunuz nedir? (Lütfen TL olarak belirtiniz.)

.....

7. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren hastalığınız var mı?

a) Hayır

b) Evet (Evet ise lütfen belirtiniz. Örneğin; şeker hastalığı, hipertansiyon, astım, romatizmal hastalık, hipo/hipertiroidi vb.)

.....

8. Daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık/bozukluk tanısı aldınız mı?

a) Hayır

b) Evet (Evet ise lütfen belirtiniz. Örneğin; depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, bipolar bozukluk vb.)
.....

9. Sigara içiyor musunuz?

a) Hayır

b) Evet (Evet ise lütfen bir günde içtiğiniz sigara sayısını belirtiniz. Örneğin; "günde 10 tane içiyorum" vb.)

10. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Hayır

b) Evet (Evet ise lütfen bir haftada alkol kullandığınız gün sayısını belirtiniz. Örneğin; "haftada 3 gün alkol kullanıyorum" vb.)
.....

11. Çocukluğunuzda nerede büyüdünüz?

a) Köy b) İlçe c) Şehir merkezi

12. Öğrenim hayatınızda (ortaokul,lise) yatılı okul ya da yurttta kaldınız mı?

a) Hayır

b) Evet

13. Çocukken babanızın mesleği ne idi?
.....

14. Çocukken annenizin mesleği ne idi?
.....

15. Babanızın öğrenim durumu nedir?

a) Okur yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu
d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Lisans üstü (Yüksek lisans/doktora)

16. Annenizin öğrenim durumu nedir?

a) Okur yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu

d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Lisans üstü (Yüksek lisans/doktora)

17. Çocukluğunuzda babanızın size karşı olan genel tutumunu nasıl tanımlarsınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Hoşgörülü b) Anlayışsız, katı
- c) Şiddet uygulayan (sözel,fiziksel ya da cinsel)
- d) Sevgi dolu e) Soğuk, sevgisini belli etmeyen
- f) Otoriter g) Saygılı
- h) İlgisiz i) Sürekli eleştiren
- j) Tutarlı k) Korumacı
- l) İlgili m) Cezalandırıcı
- n) Dengesiz o) Kuralcı
- p) Diğer (Lütfen belirtiniz.)

18. Çocukluğunuzda annenizin size karşı olan genel tutumunu nasıl tanımlarsınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Hoşgörülü b) Anlayışsız, katı
- c) Şiddet uygulayan (sözel,fiziksel ya da cinsel)
- d) Sevgi dolu e) Soğuk, sevgisini belli etmeyen
- f) Otoriter g) Saygılı
- h) İlgisiz i) Sürekli eleştiren
- j) Tutarlı k) Korumacı
- l) İlgili m) Cezalandırıcı
- n) Dengesiz o) Kuralcı
- p) Diğer (Lütfen belirtiniz.)

19. Çocukluğunuzda anne babanız boşanmış mıydı?

- a) Hayır, annem ve babam ile birlikte büyüdüm.
- b) Evet boşanmışlardı, ben annemle büyüdüm.
- c) Evet boşanmışlardı, ben babamla büyüdüm.
- d) Evet boşanmışlardı, diğer akrabalarım (anne baba dışında) büyüdüm.
- e) Diğer

20. Çocukluğunuzda anneniz hayatta mıydı?

- a) Evet
- b) Hayır vefat etmişti, ben babamla büyüdüm.
- c) Hayır vefat etmişti, ben diğer akrabalarım (anne baba dışında) büyüdüm.
- d) Diğer.....

21. Çocukluğunuzda babanız hayatta mıydı?

- a) Evet
- b) Hayır vefat etmişti, ben annemle büyüdüm.
- c) Hayır vefat etmişti, ben diğer akrabalarım (anne baba dışında) büyüdüm.
- d) Diğer.....

22. Çocukluğunuzda sizi derinden etkileyen bir durum/deneyim/olay yaşadınız mı? (Örneğin; anne babanız, ailenizden biri, arkadaşınız ya da sevdiğiniz birinin kaybı, taşınma, hastalık-tedavi süreci, aile içi şiddet/ihmal/istismar, trafik kazası vb.)

- a) Hayır
- b) Evet (Evet ise lütfen belirtiniz.)

.....
.....

Ek-2. PRIME-MD Klinisyen Değerlendirme Kılavuzu

Duygudurum Modülü

Son iki hafta boyunca hemen her gün biraz sonra sayacaklarım içinden bir sorunuz oldu mu?

1. Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme güçlüğüünüz 0) HAYIR 1) EVET
ya da çok fazla uyuduğunuz?
2. Kendinizi yorgun hissettiğiniz ya da bitkin düştüğünüz 0) HAYIR 1) EVET
3. İştahsızlığınız ya da aşırı yemek yediğiniz 0) HAYIR 1) EVET
4. Yaptığınız şeylere karşı ilgisizlik ya da bunlardan zevk 0) HAYIR 1) EVET
almadığınız
5. Kendinizi çökkün, kederli ya da umutsuz hissettiğiniz 0) HAYIR 1) EVET
6. Kendinizi kötü ya da yetersiz hissettiğiniz 0) HAYIR 1) EVET
ya da hayal kırıklığına uğradığınız
ya da ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınız
7. Televizyon seyrederken, gazete okurken ya da 0) HAYIR 1) EVET
bu gibi alanlarda dikkatinizi toplama güçlüğüünüz
8. Yerinde duramayan ya da huzursuz biri gibi her zamankinden 0) HAYIR 1) EVET
fazla dolanıp durduğunuz ya da bunun tam tersi-başkaları
farkına varacak derecede yavaş hareket ettiğiniz ya da yavaş
konuştuğunuz
9. Son iki hafta içinde 'ölsem daha iyi' diye düşündüğünüz 0) HAYIR 1) EVET
ya da bir şekilde kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz
10. **1'den 9'a kadar olan sorulardan 5 ve daha fazlası 'EVET' ise *Major Depresif Bozukluk***

12.adıma geç.

11. Çok daha çökkün, kederli ya da yaptığınız şeylere karşı 0) HAYIR 1) EVET
daha az ilgili olduğunuz ya da bunlardan daha az zevk aldığınız
bir dönem oldu mu?
Yanıt EVET'se: O dönemde uyuma güçlüğü,düşünceleriniz
belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü, kendinizi
yorgun hissetme, iştahsızlık, herşeyle daha az ilgilenme gibi,
biraz önce üzerinde konuştuğumuz sorunların bir çoğu sizde
var mıydı? 0) HAYIR 1) EVET

Geçmişte 1'den 9'a kadar olan semptomlardan 5'i hastada büyük bir olasılıkla görülmüşse;
ayrıca o hasta, o dönemde duygudurumunun bir parça kederli olduğunu ya da ilgilerinde azalma
olduğunu ya da hiçbir şeyden zevk almadığını da kabul ediyorsa ancak o zaman
'EVET' olarak değerlendiriniz. 0) HAYIR 1) EVET

Sonuc 'EVET' ise Major Depresif Bozukluğun kısmi remisyonu ya da rekürrensi

12. Son iki yıl boyunca kendinizi çoğu zaman çökkün, kederli ya da birşeyler yapmaya karşı çok az ilgili ya da birşeyler yapmaktan artık zevk almıyor olarak hissettiniz mi? HAYIR EVET

Aynı zamanda şu soruya da aldığınız yanıt 'EVET'se evet olarak değerlendiriniz.

- Bu, son iki yıl boyunca hemen her gün, gıntın yarısından çoğunda olan bir durum muydu? HAYIR EVET

Cevap 'HAYIR' ise 14'e geçiniz

0) HAYIR 1) EVET

13. Son iki yıl boyunca bu yaşadıklarınız, işinizi yapmanızı, evde gerekenleri yapmanızı, ya da başkalarıyla geçinmenizi çoğu zaman zorlaştırdı mı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise Distimi

Cevap 'HAYIR' ise 16'ya geçiniz

14. 10 ya da 11'de Major Depresyon (burada kısmi remisyona ya da rekürrens de kapsanmalıdır) tanısı kondu mu? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se 16'ya geçiniz

15. 1'den 9'a kadar olan sorulardan ikisinin veya daha fazlasının yanıtı 'EVET' mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se Minor Depresif Bozukluk

16. Daha önce bir doktor size 'Manik-Depresif' olduğunuzu hiç söyledi mi ya da lityum verdi mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se Bipolar bozukluğu dışlayınız

17. O sıradaki depresif semptomlar, olasılıkla, organik bir hastalığı, tedavi için kullanılan ilaçların ya da diğer ilaçların biyolojik etkilerine mi bağlı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se bu bozuklukları dışlayınız

Anksiyete Modülü

Hasta soru formunda 81. sorunun cevabı 'HAYIR' ise P.34'e geçiniz

18. Bu ay içinde bir sıkıntı nöbetiniz (birden ortaya çıkan korku ya da panik) olduğunu belirtmişsiniz. Dört haftalık bir dönemde dört nöbet geçirdiğiniz hiç oldu mu? HAYIR EVET
- Hayırsa; başka bir nöbet geçirmekten korkuyor musunuz? HAYIR EVET

Yukarıdaki iki sorudan herhangi birine verilen yanıt EVET ise,

cevap EVET olarak değerlendirilir.

0) HAYIR 1) EVET

Cevap HAYIR'sa P. 34'e geçiniz.

19. Bu nöbetlerin bazen birden geldiği oluyor mu?
Böyle bir durumun ortaya çıktığı, gerçekten kötü olan en son durumunuzu düşünün. 0) HAYIR 1) EVET

Hastanın son atağı sırasındaki dört semptomu tarar taramaz 33'e geçin.

20. Nefesiniz daraldı mı? 0) HAYIR 1) EVET
21. Kalp atışlarınız hızlandı mı? Çarpıntınız oldu mu?
Kalp atışınızda düzensizlikler oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
22. Göğüs ağrınız ya da göğsünüzde sıkışma hissi oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
23. Terlediniz mi? 0) HAYIR 1) EVET
24. Boğuluyormuş gibi olduğunuz duygusuna kapıldınız mı? 0) HAYIR 1) EVET
25. Ateş basmalarınız ya da ürpermeleriniz oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
26. Bulantınız, karın ağrınız ya da ishaliniz olacaktı gibi bir duyguya kapıldınız mı? 0) HAYIR 1) EVET
27. Baş dönmeniz oldu mu? Düşecekmiş gibi oldunuz mu?
Bayıldınız mı? 0) HAYIR 1) EVET
28. Vücudunuzun bazı kısımlarında karıncalanma ya da uyuşukluk oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
29. Titrediğiniz ya da sarsıldığınız oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
30. Çevrenizdekiler sanki gerçek değilmiş gibi göründü mü? 0) HAYIR 1) EVET
31. Ölüyor olmaktan korktunuz mu? 0) HAYIR 1) EVET
32. Çıldıırıyor olmaktan korktunuz mu? Ya da bağırıp çağırmak, koşup kaçmak gibi kontrolünüzün dışında bir şey yapabileceğinizden korktunuz mu? 0) HAYIR 1) EVET
33. 20'den 32'ye kadar 4 tanesi ya da fazlası işaretlendi mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise Panik Bozukluk

Cevap 'HAYIR' ise BTA (başka türlü adlandırılmayan) Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete

34. Son bir ay içinde hemen her gün, g nt n yarısından çoğunda

kendinizi gergin, sinirli, ya da endişeli hissettiniz mi?

0) HAYIR

1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise 45'e geciniz

Son bir ay içinde aşağıdaki sorulardan herhangi biri sizi çoğu zaman rahatsız etti mi?

35. Sakin bir şekilde oturamayacak derecede kendinizi

huzursuz hissetti iniz

0) HAYIR

1) EVET

36. Çok kolay yoruldu unuz

0) HAYIR

1) EVET

37. Kas gerginliği, ağrı ya da sızılar

0) HAYIR

1) EVET

38. Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme güçlüğü

0) HAYIR

1) EVET

39. Dikkatinizi, televizyon seyretmek, kitap ya da gazete

okumak gibi şeyler üzerinde yo unla tırmakta güçlüğü

 ekti iniz

0) HAYIR

1) EVET

40. Kolaylıkla kızıp sinirlendi iniz

0) HAYIR

1) EVET

41. 35'ten 40'a kadar 2 tanesi ya da daha fazlası işaretlendi mi?

0) HAYIR

1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise 46'ya geciniz

42. Bu sorunlarınız son bir ay içinde, i inizi yapmanız,

evde gerekenleri yapmanızı ya da başkalarıyla ge inmenizi

zorla tırdı mı?

0) HAYIR

1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise BTA Anksiyete Bozukluğu

Cevap 'HAYIR'sa tanıdan sonra 46'ya geciniz

43. Son bir aydır değişik alanlarda, büyük ölçüde üzüntü

duyuyor musunuz?

HAYIR

EVET

 u soruya verilen yanıt de 'EVET'se, 'EVET' olarak

değerlendiriniz.

Son bir ay içinde hemen hergün, g nt n yarısından çoğunda mı

böyle bir üzüntü duyduunuz?

HAYIR

EVET

Cevap 'HAYIR'sa BTA Anksiyete Bozukluğu, 46'ya geciniz

0) HAYIR

1) EVET

44. Kendinizi, sinirli, gergin ya da endişeli hissetmek

gibi ve '35'ten 40'a kadar işaretlenen sorunların hepsi

altı ay gibi bir süredir mi oluyor?

0) HAYIR

1) EVET

Cevap 'EVET' ise Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 46'ya geçiniz

Cevap 'HAYIR' ise BTA Anksiyete Bozukluğu, 46'ya geçiniz

45. Panik bozukluk ya da BTA Anksiyete Bozukluğu tanısı
kondu mu?

0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise modülden çıkınız

46. O sırada, anksiyete semptomları, olasılıkla organik bir
hastalığın, tedavi için kullanılan ilaçların ya da diğer
ilaçların biyolojik etkilerine mi bağlı?

0) HAYIR 1) EVET

**Cevap 'EVET' ise ya da emin olunamıyorsa, organik hastalığa yahut ilaçlara bağlı anksiyete
bozukluğunu dışla**



Ek-3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3

YSO

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.

2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.

3. ____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. ____ Uyumsuzum.
5. ____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. ____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. ____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. ____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.

16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. _____ Yakınlarımdan beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.

41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İstedığımı yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.

54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarımı ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. ____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. ____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. ____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. ____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. ____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.

68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.

79. ____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. ____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. ____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. ____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. ____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. ____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. ____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

Ek-4. Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/24-11	Tarih:12.10.2017				
	Prof.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "Birinci Basamağa Başvuran Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Np</i>
Prof.Dr.Sevinc ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Sevinc</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Müge</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Sevda</i>
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Sülen</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Bilge</i>
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Ayhan</i>
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>M.Aylin</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Murat</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Mehmet</i>