

T.C.
ÇUKURAVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

142162

PANİK BOZUKLUKTA YAŞAM KALİTESİ

Dr. Nazlı ÇÖLKESEN ALCAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. BEKİR AYDIN LEVENT

ADANA-2004

**Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana
yardımcı olan
Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e
Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a, Prof. Dr. Yunus Emre
EVLİCE'ye, Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, Prof. Dr. Ayşe AVCI'ya,
Doç .Dr. Lut TAMAM'a
tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı
Yrd. Doç. Dr. Şükrü UĞUZ'a
ve tüm çalışma arkadaşlarıma
TEŞEKKÜR EDERİM**

İÇİNDEKİLER

Teşekkür.....	I
İçindekiler	II
Tablo Listesi.....	IV
Şekil Listesi	V
Özet.....	VI
Abstract.....	VII
Kısaltmalar	VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Panik bozukluk tarihçesi.....	2
2.1.1 Panik Atak:	3
2.1.2 Panik Bozukluk Tanı Ölçütleri:.....	5
2.2. Agorafobi:.....	6
2.3. Beklenti anksiyetesi:.....	7
2.4. Epidemiyoloji	8
2.5. Eştanı:	9
2.6. Etiyoloji	10
2.6.1 Ayrılık Anksiyetesi.....	10
2.6.2. Erken Yaşam Olayları:	11
2.6.3. Genetik:	11
2.6.4. Gelişimsel Faktörler:	12
2.6.5. Panik Bozuklukta Pozitron Emisyon Tomografi (PET) Bulguları:.....	13
2.6.6. Bilişsel-davranışçı Kuram:	13
2.6.7. Psikodinamik Kuram:	13
2.7. Klinik gidiş:	14
3- PANİK BOZUKLUK VE YAŞAM KALİTESİ.....	15
3.1 Yaşam Kalitesi: Kavram.....	15
3.2 Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi	16
3.3 Klinik Çalışmalar.....	18
3.3.1. Tedavinin Panik Bozukluk Hastalarında Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	19
3.4 Diğer yaşam kalitesi ölçekleri:	19
3.4.1 Yaşamdan Zevk Alma ve Tatmin Kalitesi Anketi: (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire).....	19
3.4.2 Sheehan Disabilite Skalası: (Sheehan Disability Scale).....	19
3.4.3 Sosyal Uyum Skalası: (Social Adjustment Scale_Self-Report)	20
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
4.1. Verilerin toplanması:	21
4.2. KULLANILAN ÖLÇEKLER:	21
4.2.1. Kısa Form-36 (Short Form-36) (SF-36):	21
4.2.2. Panik ve Agorafobi Ölçeği:	22
4.2.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği:	23
4.2.4. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği:	23
4.2.5. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D):.....	24
4.3.İstatistiksel İşlemler:	24
5. BULGULAR	26
5.1. Sosyo- Demografik Özellikler.....	26
5.2.Ölçekler	30

5.3. Yaşam Kalitesi.....	32
6. TARTIŞMA	41
7. KAYNAKLAR:	45
8. EKLER.....	53
9. ÖZGEÇMİŞ:.....	76



Tablo listesi

Tablo 1 : Çalışmaya alınan olguların sosyo-demografik özellikleri.....	26
Tablo 2 : Çalışmaya alınan olguların sosyo-demografik özellikleri.....	28
Tablo 3 : Cinsiyet ve başlama yaşına göre hasta dağılımı.....	29
Tablo 4 : Hastalık gruplarına göre ölçek puanları	30
Tablo 5 : Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği puanlarının hastalık gruplarına göre karşılaştırılması.....	31
Tablo 6 : Total Panic ve Kontrol Yaşam Kalitesi Tablosu.....	32
Tablo 7 : Depresyon ve Kontrol Yaşam Kalitesi Tablosu.....	33
Tablo 8 : Agorafobisiz ve Agorafobili Panik Bozukluk Yaşam Kalitesi Tablosu	34
Tablo 9 : Total Panik ve Depresyon Yaşam Kalitesi Tablosu.....	35
Tablo 10 : Agorafobisiz Panik Bozukluk ve Depresyon Yaşam Kalitesi Tablosu.....	36
Tablo 11 : Agorafobili Panik Bozukluk ve Depresyon Yaşam Kalitesi Tablosu.....	37
Tablo 12 : Yaşam kalitesi ölçeklerinin tüm hastalık gruplarında değerlendirilmesi.....	38



Şekil listesi

Şekil 1: Hastalık başlama yaşı.....	30
Şekil 2: EİÜÖ puanlarının hastalık gruplarına göre dağılımı.....	31
Şekil 3 a-b-c-d : Yaşam kalitesi ölçeklerinin alt gruplarının hastalık tiplerine göre dağılımları.	39
Şekil 4 a-b-c-d : Yaşam kalitesi ölçeklerinin alt gruplarının hastalık tiplerine göre dağılımları.	40



ÖZET

Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi

Son yıllarda yaşam kalitesi ile ilgili birçok çalışma yapılmış, panik bozukluk tanısıyla izlenen olgularda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği yönünde birçok veri elde edilmiştir. Bu çalışma ile, Panik Bozukluğun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyip etkilemediğinin, kontrol grubu ile karşılaştırılması ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinen ve başka bir hastalık olan majör depresyon ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya Psikiyatri polikliniğine başvuran PB tanısı konan yaşları 18-60 arasında (ortalama $35,4 \pm 10,8$) değişen 13 erkek ve 33 kadın olgu; majör depresyon tanısı konan yaşları 25-69 arasında (ortalama $42,7 \pm 10,9$) değişen 10 erkek ve 43 kadın olgu alındı. Ayrıca herhangi bir yakınması olmayan yaşları 18-57 arasında (ortalama $34,9 \pm 10,6$) değişen 10 erkek ve 21 kadın sağlıklı denek kontrol grubu olarak çalışmaya katıldı. Çalışma toplam 130 olgudan oluşmuştur. 46 PB hastasının %50'si agorafobili, %50'si agorafobisiz olarak seçildi. Kontrol grubu mümkün olduğu kadar hastanın sosyokültürel düzeyine uygun ve yakın çevresinde yaşayan bireylerden alınmaya çalışıldı. Bu temin edilemediği durumlarda yaş eğitim düzeyi ve cinsiyet temel alınarak benzer kontrol örnekleri alındı. Tüm deneklere ilk görüşme sırasında çalışmanın amacı anlatıldı ve onayları alındı. Yapılandırılmış bir görüşme formu (SCID-I) ile psikiyatrik görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği(HAM-A), Hamilton Depresyon Ölçeği(HAM-D), Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi ölçeği (SF-36), Panik ve Agorafobi ölçeği ve Endicott İş Üretkenlik ölçeği (EWPS) uygulandı.

Çalışma sonucunda, panik bozukluğun (agorafobili ya da agorafobisiz), yaşam kalitesini sağlıklı kontrol grubuna göre olumsuz etkilediğini saptadık. Agorafobili panik bozukluğun, yaşam kalitesini, agorafobisiz panik bozukluğa ve sağlıklı kontrol grubuna göre daha kötü etkilediği saptandı. Agorafobili panik bozukluğu olan olguların, depresyonu olan olgulara göre yaşam kalitesi ölçeği alt gruplarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ağrıda daha belirgin bozulma belirlendi. Depresyonu olan olgularda ise enerji ve ruhsal sağlık alt gruplarında daha belirgin bozulma olduğunu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, yaşam kalitesi, SF-36.

ABSTRACT

Quality of life in Panic Disorder

At last years, several studies on quality of life have been made, and data showing that quality of life is negatively affected in cases being followed with panic disorder diagnosis have been obtained. In this study, it was aimed to investigate whether panic disorder affects quality of life negatively or not in comparison with a control group and cases with major depression, another disease negatively affecting quality of life.

13 men and 33 women (total 46) within an age range of 18 and 60 (mean age $35,4 \pm 10,8$) diagnosed as panic disorder; 10 men and 43 women (total 53) within an age range of 25-69 (mean age $42,7 \pm 10,9$) diagnosed as major depression were included in this study on admission to psychiatry polyclinic. In addition 10 men and 21 women (total 31) within an age range of 18-57 (mean age $34,9 \pm 10,6$) without no complaint were also participated in the study as a control group. The study consisted of total 130 cases. %50 of 46 panic disorder patients were chosen as agoraphobic while the rest %50 were without agoraphobia. We tried to select the control group among the people living in similar environment and at similar sociocultural levels, when possible. If that was not achieved, similar control samples were chosen according to age, education level and gender. Psychiatric consultation was carried out using Structured Clinical Interview for Diagnose (SCID-I). Sociodemographic data form, Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Hamilton Depression Scale (HAM-D), Short form 36 Quality of Life Scale (SF-36), Panic and Agoraphobia Scale and Endicott's Work Productivity Scale (EWPS) were applied.

As a result of the study, we found that Panic Disorder (with or without Agoraphobia) had negatively affected quality of life in comparison with healthy control group. We also found that Panic Disorder with Agoraphobia had affected the quality of life worse than comparison with Panic Disorder without Agoraphobia and healthy control group. We detected more significant impairment in physical function, physical role disability and pain subgroups of quality of life scale (SF-36) in Panic Disorder with Agoraphobia group than depression group. We detected a more significant impairment in energy and mental health subgroup of SF-36 in depression.

Key Words: Panic Disorder, quality of life, SF-36.

KISALTMALAR

PB	: Panik Bozukluk
SCID-I	: DSM-IV için yapılandırılmış görüşme ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
SF-36	: Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi ölçeği
NIMH-ECA	: Amerikan Akıl Sağlığı Ulusal Enstitüsü
PA	: Panik Atak
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
PTSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
GAB	: Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
AD	: Alt Değer
UD	: Üst Değer
Ort	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
EİÜÖ (EWPS)	:Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Panik bozukluk (PB), yineleyici, beklenmedik panik ataklar ve bu panik atakları izleyen çeşitli belirtilerle giden bir anksiyete bozukluğudur. Panik atak bozukluğun temelini oluşturmaktadır ⁴. Bir panik atağın temel özelliği, birdenbire, nedensiz ve yoğun bir korku, huzursuzluk duygusunun patlak vermesidir ^{5,6}. Temel başvuru yakınması o kişi için en korkutucu olan nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi ve benzeri bedensel belirtilerdir ^{6,7,8}.

Agorafobi, PB'un bir komplikasyonu olarak ya da nadiren PB öyküsü olmadan da ortaya çıkabilen; panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması halinde kişinin yalnız kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da bir yeti yitimi durumunda yardımın gelemeyeceği topluma açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku ve kaçma isteği duyması şeklinde tanımlanmaktadır ^{7,10,12}.

Yaşam kalitesi, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir söyleyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimidir ¹¹¹. Genel kabul görmüş tek bir yaşam kalitesi tanımı yoktur ⁷⁷. Bununla birlikte, genel bir fikir birliği, yaşam kalitesi kavramının kişinin kendi yaşamının kalitesini subjektif algılaması üzerine odaklanmasıdır ^{78, 79}. Yaşam kalitesi, farklı hastalıkların işlevsellik ve iyilik hali üzerine etkisini öngörmede, farklı sağıltım yöntemlerinin (ilaç ya da cerrahi gibi) sonuçlarını karşılaştırmada ve iki sağıltımın mortalite ve/veya morbidite açısından farklılıklarının belirlenmesinde kullanılmıştır ⁷⁶.

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluk olguları ile sağılıklı kontrol grubunun yaşam kalitesinin karşılaştırılması, panik bozukluğun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin araştırılmasıdır. Ayrıca agorafobili ve agorafobisiz PB olguları arasındaki yaşam kalitesi farklar araştırılmıştır. Agorafobinin eklendiğı olguların yaşam kalitesinde depresyonu olan olgulara benzer etkilenme olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Panik bozukluk tarihçesi

Anksiyete bozuklukları ise M.Ö.4.yüzyılda Hipokrat yazılarında tanımlanmış ancak, 30 yıl öncesine kadar önemi tam olarak anlaşılamamıştır⁷⁰. Hastalığın sadece bireyi değil dolaylı olarak toplumu da etkilemesi nedeniyle 19. yüzyılda sadece psikotik hastalıkların tanımı ve sınıflandırılması ile uğraşmıştır. Bu konuların araştırılması ise Silva, Briquet, Charcot, ve Freud'un zamanına kadar gecikmiştir⁷¹. Ancak bu dönemde de anksiyete bozukluklarına psikiyatrinin ilgisi, psikoterapinin bazı tipleri ile kısıtlı kalmış ve yeterli olmamıştır⁷².

Anksiyete bozukluklarının farmakolojik ajanlarla başarıyla tedavi edilebileceğinin fark edilmesi, güvenilir tanı kriterlerinin gelişmesi, ve modern psikiyatrik tanımların yapılması, anksiyete bozukluklarının, büyüklüğünün anlaşılmasına neden olmuştur. Amerikan Akıl Sağlığı Ulusal Enstitüsü (NIMH) alan çalışması, Amerika Birleşik Devletleri'nde 26.9 milyon kişinin hayatlarının herhangi bir döneminde anksiyete bozukluklarından etkilendiğini belirlemiştir^{73,74}.

Panik kelimesi Yunan Mitolojisinde yalnız yaşayan, üzgün olduğu zaman bir mağaraya kapanan, rahatsız edildiğinde, çığlık atarak korkutan bir tanrının ismi olan "Pan"dan gelmektedir. Pan, korkunç çığlığı olan, bunu duyan insanları ve hayvanları korkutan, kaba, çirkin ve ürkütücü cinsellik tanrısıdır. İşte adını bu mitolojik tanrıdan alan panik bozukluğu da aniden kişileri bir anda ölüm korkuları, beraberindeki vücutsal belirtiler ve kalabalık, büyük, çıkışın bulunamayacağı alanlardan kaçınmaya, tek başına kalamamaya, kişinin sık sık o anda öleceği, aklını kaybedeceği, felç ya da kalp krizi geçirebileceği gibi düşüncelerle hastanelerin acil servislerine başvurmalarına yol açmaktadır¹.

19.yy. ortalarında çarpıntı ve göğüs ağrısı semptomları yüzünden kardiyolojik bir hastalık olduğu düşünülmüştür^{1,2}.

Da Costa, 1871’de irritabl kalp hastalığı, Beard, 1880’de nevrasteni terimini, sir Thomas Lewis 1917’de “efor sendromu” isimlerini kullanmışlardır. Daha sonra Freud, anksiyete ataklarıyla giden bu sendromu nevrasteniden ayırmıştır. “Kardiyak nevroz” ismi ise 1930 sonlarında kullanılmaya başlanmıştır. 1941 yılında Wood, Da Costa Hastalığının ve efor sendromunun aynı şeyler olduğunu, kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğünü, aşırı duygusal ve psikonevrotik davranış sergileyen kişilerde daha sık bulunduğunu belirterek; bunları “Kardiyak Nevroz” ya da “Nörosirkulatuvar Asteni” olarak adlandırmıştır ^{1,2,3}.

Panik bozukluk (PB), yineleyici, beklenmedik panik ataklar ve bu panik atakları izleyen çeşitli belirtilerle giden bir anksiyete bozukluğudur. Panik atak bozukluğun temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle panik atak tanı ölçütülerini tanımlamak gereklidir ⁴.

2.1.1 Panik Atak:

Bir panik atağın temel özelliği, birdenbire, nedensiz ve yoğun bir korku, huzursuzluk duygusunun patlak vermesidir. Genellikle ilk panik atak, stresli bir yaşam olayının ardından gelişir. Yaşanan bu yüksek düzeyde anksiyeteye nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi güçlü bedensel duyular eşlik etmektedir. Ayrıca plan yapma, düşünme, usa vurma gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın diğer temel özellikleridir ^{5,6}.

Bu belirtiler aniden ortaya çıkar, giderek artan bir hız ile başlangıcından sonraki 10 dk içinde doruğa ulaşır. Genellikle kendiliğinden ortaya çıkar. Hastalar yaşadıkları bu durumu “çok korkutucu, dehşet verici ve yaşamlarının en kötü deneyimi” olarak tanımlarlar. Çoğu, “artık sonunun geldiği” duygusunu yaşamıştır. Atak sırasında çok sayıda ve şiddetli, bedensel ya da bilişsel belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bedensel belirtilerin bir kısmı hiperventilasyona bağlıdır. Panik atağı genellikle 10-30 dakikada sonlanır. Ancak süresi birkaç saate dek uzayabilir. Atak hızla tıbbi yardım arayışına neden olur. Bu hastalar öncelikle acil servislere, daha sonra da pratisyen hekimlere, kardiyolog ve nörologlara başvururlar. Temel başvuru yakınması o kişi için en korkutucu olan bedensel belirtidir; nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi ve benzeri gibi ^{6,7,8}.

Panik atağı tanısı için atak sırasında, DSM-IV'e göre toplam 13 bedensel ya da bilişsel belirtiden en az dördünün korku duygusuna eşlik etmesi gereklidir. Eğer panik atağı sırasında dörtten az sayıda belirti ortaya çıkıyorsa o zaman "sınırlı belirtili panik atağı" söz konusudur. Bu tür ataklara genellikle hafif seyirli panik bozukluğunda karşılaşılmaktadır. Nadiren, irritabilite ve öfke patlamaları şeklinde kendini gösteren atipik panik ataklarıyla karşılaşılmaktadır. Panik atakları gece uykuda da gelebilmektedir (nokturnal panik atak). Kişi uykudan büyük bir korkuyla uyanır. Bazı hastalar uykuya dalmaktan korktukları için uyumamaya çabalarlar ^{5,6,7}.

Panik atakları atağın başlangıcı ile durumsal tetikleyiciler arasındaki ilişkiye göre kabaca iki biçimde kendini gösterebilir:

1. Beklenmedik panik atakları; panik atağının başlangıcı durumsal bir tetikleyiciyle ilişkili değildir. Ataklar nedensiz ve spontan olduğu için hastalar atağın ne zaman ve nerede geleceğini bilemezler.
2. Durumsal panik atakları; PA değişmez bir biçimde durumsal bir tetikleyici ile karşılaşıldığında ya da karşılaşılabileceği düşünüldüğünde ortaya çıkmaktadır. Başka deyişle bu atakların ne zaman ve nerede olacağı önceden kestirilebilir. Durumsal ataklar daha çok sosyal ve basit fobilerde görülür ⁵.

PB hastalarının önemli bir kısmında hem durumsal, hem de spontan ataklar birlikte bulunmaktadır ⁹.

DSM-IV'e göre Panik Atak tanı ölçütleri:

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün (ya da daha fazlasının), ani olarak başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, yoğun bir korku ya da rahatsızlık döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarının hissedilmesi, kalp atım hızında artma olması,
2. Terleme,
3. Titreme ya da sarsılma,
4. Nefes darlığı ya da boğulma hissi,
5. Soluk kesilmesi,
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
7. Bulantı ya da karın ağrısı,
8. Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik hissi ya da bayılacakmış gibi olma,
9. Derealizasyon ya da depersonalizasyon,

10. Kontrolünü kaybedeceği yada çıldıracağı korkusu,
11. Ölüm korkusu,
12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma hissi),
13. Üşüme ya da ateş basmaları gibi belirtilerdir.

Hastaların atak sırasında, subjektif olarak sık ve yüzeysel nefes alma gibi şikayetleri vardır ama gerçekte hiperventilasyon bulunmaktadır ^{10,11}.

Panik ataklı hastada, sosyal fobiler (topluluk içinde yemek yeme, bir gruba karşı konuşma, yabancılarla konuşma gibi) olabildiği gibi, panik atakların tekrarlanabileceği durumlara karşı da hastanın fobileri (asansör, toplu taşıma araçları, köprü ve otobanlarda araba kullanma v.b.) de olabilir ^{8,10,11}.

2.1.2 Panik Bozukluk Tanı Ölçütleri:

Fobik bir uyaran olmaksızın DSM-III-R’de PB tanısı için dört hafta içinde en az dört atak olmalı veya bir ataktan sonra en az bir ay süren yeni bir atak olacak şekilde, beklenti anksiyetesi bulunmalıdır. DSM-IV’de ise belirli bir zaman diliminde belirli sayıda atak geçirme ölçütü kaldırılmış, tek bir nöbet geçirilse bile olası bir atak beklentisi ölçütü yeterli bulunmuştur ⁵.

DSM-IV’e göre “Agorafobisiz PB” tanı ölçütleri:

A- Aşağıdakilerden hem (1) hem de (2) vardır:

1. Yineleyen beklenmedik panik atakları
2. Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

- a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı
- b. Atığın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma.
- c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.

B- Agorafobinin olmaması

C- Panik atakları bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D- Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.2. Agorafobi:

Agorafobi, PB'un bir komplikasyonu olarak ya da nadiren PB öyküsü olmadan da ortaya çıkabilen; panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması halinde kişinin yalnız kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da bir yeti yitimi durumunda yardımın gelemeyeceği topluma açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyması şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi bu durum ve yerlerden mümkün olduğunca kaçınmaktadır. Bu durumlarla karşılaştığında yoğun bir anksiyete ve kaçma isteği duymaktadır ^{7,10,12}.

Agorafobik kaçınma çok sayıda yer ve durumu içerir. Bunlar içinde toplu taşıma araçları (uçaklar, yer altı metrosu, otobüsler, trenler vs), kalabalık ortamlar (tiyatro ve sinemalar, süpermarketler, pazar yerleri, konser salonları, stadyumlar vs), kuyrukta beklemek, kapalı yerler (tünel, asansör vs), otomobile binmek ve sürmek (özellikle trafik sıkışıkken), sokakta yürümek, evden uzaklara gitmek, evde tek başına kalmak, yüksek yerler ve köprülerden geçmek sayılabilir ^{1,2,5}. Agorafobili panik bozukluğu hastalarında birden çok (ortalama 4-5 duruma yönelik) fobik kaçınma saptanmaktadır. Agorafobi, kadın panik bozukluğu hastalarında çok daha sıktır. Erkek hastalar işleri ile ilgili bazı kaçınma ya da kısıtlanmalar sergilemekle birlikte nadiren eve bağlı düzeyde agorafobi yaşarlar ^{6,7,10}.

Agorafobi işe gitmede, ev işlerini yapmada, sosyal ilişkileri sürdürmede zorluklar yaratarak toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açar. Ağır agorafobilerde, hastalar, eve ve aile bireylerine giderek bağımlı hale gelir. Böylece, agorafobili hastalar evden ayrılmaları, sosyal yaşamı sürdürebilmeleri için mutlaka başka birilerine ihtiyaç duyduklarından, aile sistemi olumsuz yönde etkilenebilir ^{1,2,5,7,12}.

Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri:

A- Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağın ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçınmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım durumlar vardır ki, bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda olma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.

Bu durumlardan kaçınılır (ör. geziler kısıtlanır) ya da panik atağı ya da panik benzeri belirtiler olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinin duyulur.

B- Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (ör. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (ör. asansör gibi tek durumlarla sınırlı kaçınma), OKB (ör. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), PTSD (ör. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ör. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3. Beklenti anksiyetesi:

Panik atak geçiren bireyler o korkutucu anı tekrar yaşamak istemezler. Birkaç şiddetli ataktan sonra “beklenti anksiyetesi”, yani, yeni bir panik atağı geçirme korkusu gelişir. Beklenti anksiyetesinin 3 ögesi vardır^{2,7,10,12}.

1. Bir panik atak geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşlar.
2. Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak beklentisi,
3. Süregiden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkmak^{7,10}.

Beklenti anksiyetesi içindeki hastalar ne zaman panik atak yaşayacaklarını kestirmek amacıyla çevresel ve bedensel ipuçlarını değerlendirmeye çalışmaktadırlar. Belirgin bir uyarılmışlık hali vardır. Beklenti anksiyetesi, doğal olarak, birçok yanlış çıkarsama ve inanca yol açar ve durumsal panik ataklarının ve agorafobik kaçınmanın çekirdeğini oluşturmaya başlar. Hastalar ciddi bedensel

hastalığı olabileceği endişesiyle bedenlerine odaklaşır ve hipokondriak tutum ya da davranışlar göstermeye başlarlar. Hekime başvurular artar ve hastalar sürekli tansiyon ölçüp nabız sayar hale gelir. Panik atağı sırasında yaşadığı kalp çarpıntısını kalp krizi geçirebileceğinin kanıtı olarak gören hasta, nabız artışına yol açabilecek etkinliklerden (spor yapma, cinsel ilişkide bulunma, kafeinli içecekler alma vs) kaçınmaya çalışır. Yalnızca bu anksiyeteli bekleyiş bile kişinin gündelik yaşamını sekteye uğratabilecek boyuta varabilir, gündelik yaşam ve sosyal ilişkiler giderek kısıtlanır, çoğul fobiler gelişmeye başlar ^{8,9}.

2.4. Epidemiyoloji

Panik bozukluk, genel popülasyonda sık görülen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Son 10 yılda yapılan çok sayıdaki epidemiyolojik çalışmalarda, yaşamboyu (ortalama %2-3) ve bir yıllık (ortalama%1-2) prevalans oranları belirlenmiştir. Panik bozukluğu ölçütlerini karşılamayan panik atakları, sınırlı belirtileri olan panik atakları ve panik atağı öyküsü olmaksızın agorafobi de ele alındığında ise bu oranlar daha yükselmekte ve yaşamboyu prevalans yaklaşık %3-5 olmaktadır. Genel toplumda yaşayanların %10'u yaşamlarında en az bir panik atak deneyimlemektedir ^{1,2,5,7,12}.

Panik bozukluk hastaları, yaşadıkları belirtiler nedeniyle önce psikiyatri dışı hekimlere başvurdukları için tıbbi yardım arayan hasta gruplarında bu oranlar daha da yüksektir. Panik bozukluğu tanısı alan hastaların en az 1/3'ünde tabloya agorafobi eşlik etmektedir ^{8,13,45}.

Panik bozuk tüm sosyodemografik grupları etkilemekteyse de, tipik bir hasta "50 yaş altında, kadın, dul ve şehirli biri" olarak tanımlanmaktadır. Bozukluk genellikle ergenlik ile 30 yaş arasında başlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 25'tir ve tedavi için başvuranların çoğu 25-45 yaşlarındadır. Yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde ise nadiren görülmektedir . Başlangıç yaşının, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15-34) ve geç başlangıçlı (45-54) olarak bi-modal yaş dağılımı gösterdiği saptanmıştır. Evli olanlarda görülme sıklığı düşmektedir. Evli olmayanlarda (dul, bekar, ayrı yaşayanlar) panik bozukluğu riski evlilere göre iki kat artmaktadır. Panik bozukluğu şehirde yaşayanlarda, kırsal

kesimde yaşıyanlara göre 1,5-2 kat daha fazla görülmektedir. Sıralanan bu epidemiyolojik veriler değişik kültürlerde çok az farklılık göstermektedir ^{7,10,14,45,114}.

2.5. Eş tanı:

Panik Bozukluk maliyeti yüksek, ciddi yeti yitimlerine neden olan, kronik gidişli, gidişi oldukça çeşitlilik gösteren komorbiditesi fazla bir hastalıktır. Diğer ruhsal hastalıklarla birlikteliği, alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar ve yüksek özkıym girişimi riski nedeniyle ortaya çıkan sosyal ve ailesel işlevlerdeki bozulmalar PB'nun önemini arttırmaktadır ^{7,10,12,30,32,34,50}.

Klinik çalışmalar PB'nda eş tanı oranlarının %51-90,4 arasında değiştiğini göstermiştir. PB'da depresyon, agorafobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriasis, alkol ve madde kullanımının gibi eş tanı durumlar bulunmuştur ^{2,7,12,53}.

Goisman ve ark.(1995) agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğun yaşam boyu en az bir diğer anksiyete bozukluğu ile %37 oranında ortak görüldüğünü, en sık ise yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobinin eş tanı durum olduğunu, panik bozukluğu olmadan agorafobinin %32 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir ⁵⁷. Klerman ve ark (1991) Panik Bozukluğu ile agorafobinin görülme oranını %33, Panik Bozukluk ile agorafobi, majör depresyon, madde/alkol kötüye kullanımı oranının %72 olduğunu belirlemişlerdir ⁵⁸.

Stein ve ark (1990) Panik Bozukluğu olan hastaların %35-91'inin yaşamlarında bir majör depresif epizoddan yakındıklarını bildirdiler ⁵⁹. Valkenburg ve ark (1984) sekonder depresyonu olan hastaların, Panik Bozukluk başlama yaşlarının daha erken olduğunu bildirdiler. Bu nedenle Starcevic ve ark (1993) depresyonu olan Panik bozukluklu hastaların daha uzun süre hastalıktan yakındığının beklendiğini bildirdiler ^{60,61}.

Panik Bozukluk ile sosyal fobi birlikteliği sıktır. Panik Bozukluk ve eş tanı sosyal fobisi olanlarda, Panik Bozukluk başlangıç yaşı daha erkendir ve daha fazla OKB görülür ⁶². Eş tanı sosyal fobisi olanlarda ve obsesif kompulsif belirtiler gösteren Panik Bozukluğu olanlarda yaşam boyu depresyon riski de daha fazladır ⁶³.

Panik Bozuklukta bir risk faktörü de alkol kötüye kullanımının gelişmesidir ⁶⁴. Başlangıçta alkol alımı Panik Bozukluğu olan hastalarda anksiyete belirtilerini azaltsa da, alkolizm sonradan bir komplikasyon halini alır ⁶⁵.

2.6. Etiyoloji

Panik bozukluğu etiyojisine dair kuramlar kabaca nörobiyolojik ve psikososyal olarak iki grupta toplanabilir. Anksiyete bozuklukları içinde biyolojik açıdan en fazla çalışmanın yapıldığı hastalık panik bozukluktur. Bozukluğun oluşumundan sorumlu biyolojik düzenekler henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Yine de bozukluğun ailesel bir yatkınlıkla ilişkili olması, provokasyon testleri (laktat, karbondioksit, kafein, hiperventilasyon vb) ile panik ataklarının uyarılması ve bazı özgül farmakolojik tedavilere yanıt vermesi bozukluğun etiyojisinden biyolojik bir fizyopatolojik düzeneğin sorumlu olduğunu desteklemektedir ^{2,7,10,11,12}.

2.6.1 Ayrılık Anksiyetesi

Erişkin yaşamdaki panik bozukluk ve çocukluk anksiyetesi arasındaki ilişkiyi gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır ^{15,16,17,18,19}. Silove ve arkadaşları; erken ayrılık anksiyetesinin, erişkin panik bozukluk riski ile bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir. Bu olgularadan yaşam boyu panik bozukluk agorafobisi olanların, panik bozukluk öyküsü olamadan GAB ve diğer fobik bozukluğu olanlardan daha fazla ayrılık anksiyetesi belirtileri olduğunu buldular ^{20,21,22}. Pollak ve arkadaşları panik bozukluğu olan erişkin hastaların %55'inin çocukluk çağı anksiyete kriterleri taşıdığını bildirdiler ve çocukluk döneminde anksiyete öyküsü olanların yüksek oranda comorbid anksiyete bozuklukları tanısı aldıklarını bildirmişlerdir ¹⁷. Kagan (1984) ve arkadaşları çocukluk dönemindeki davranışların kısıtlanmasının; sonra anksiyete bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü olabileceğini bildirmişlerdir ²³. Yapılan bir çok araştırmada panik bozukluk ve agorafobisi olan ailelerin, çocuklarına karşı davranışsal kısıtlamanın yüksek oranda olduğunu bildirilmiştir ^{24,25,26,27,28}.

2.6.2. Erken Yaşam Olayları:

Çocukluk ve ergenlik döneminde travmatik yaşam deneyimi ile erişkinlerde anksiyete bozukluğu gelişimi arasında bir bağ olabileceği ileri sürülmektedir. Raskin ve ark anksiyete bozuklukları çeşitlerinde, gelişimsel nedenleri araştırırken, PB grubunun %53'ünde çocuklukta aileden ayrılmanın olduğunu bildirmiştir ³¹. Panik ataklı agorafobik hastaların, normal deneklere göre, çocukluk ve ergenlikte ana-baba ölümü, aileden uzamış ayrılık, ana-babanın boşanması gibi travmatik yaşam olaylarını daha fazla yaşadıkları bulundu ^{34, 39, 40}. Hatta, erişkin psikopatolojisinde erken travmaların etkilerini düşündüren tüm çalışmalar, erken yaşam olaylarını, tüm anksiyete ve depresif bozuklukları, somatizasyon ve komorbidite için artmış risk ile bağlantılı olduğunu bildirmektedir ^{41,42,68}.

Özellikle agorafobili hastaların agorafobisi olmayan panik hastalarına kıyasla; çok büyük oranda 16 yaşından önce en az bir travmatik olay yaşadığı belirlenmiştir ³⁵.

Saunders ve ark. 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismara uğrayan çocukların, %44'ünde gelişen agorafobinin, en yaygın psikiyatrik bozukluk olduğunu bildirdi ⁴³.

Erken dönem yaşam olayları dışında bir çok klinik araştırmalar, ilk panik atağın öncesinde de stresli yaşam olaylarının bulunduğunu bildirmişlerdir ^{29,30,31,32,33,34,35}.

2.6.3. Genetik:

Panik bozuklukta ailesel yatkınlık söz konusudur. Panik bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında panik bozukluğun yaşam boyu prevalansı %7-20 olarak verilmiştir ^{7,11,12}. Agorafobili hastaların akrabalarında da PB sıkça bulunmaktadır. Bu çalışmalar PB kalıtımında tek bir majör lokusun sorumlu olabileceğini desteklemekle birlikte, kalıtım biçimi kesin olarak bilinmemektedir. İkiz çalışmaları, PB için eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde (%31) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu genetik temelin oldukça güçlü olduğunu göstermektedir. PB kalıtılabilirliğinin %44 olarak saptanması, bozukluğun fenotipik dışavurumunda belirgin bir genetik etkinin olduğunu, ancak çevresel etkenlerin de önemli önemli rol oynadığını düşündürmektedir ^{46,47,48}.

2.6.4. Gelişimsel Faktörler:

Panik Bozuklukta Biyolojik Modeller: Panik bozukluk etyolojisine biyolojik yaklaşımlar çerçevesinde; bugüne kadar yapılan çalışmaların içinde en tutarlı sonuçları, laktat provokasyon testi vermiştir ^{10,11,12}.

Bu testin teorisini kuran ve uygulayan kişiler Cohen ve White olmuştur. Bundan 50 sene kadar önce bu iki araştırmacı, panik ataklı kişilerde kanda egzersizden sonra artmış laktat seviyelerine rastladılar. Egzersizden sonra laktatın artmasını da, bu kişilerde hücrel metabolizmanın yetersiz olması nedeniyle egzersizin gerektirdiği hızlı metabolik aktiviteye, organizmanın uyum gösterememesi ve sonuçta, parçalanması gereken laktatın yeterince parçalanamamasına bağladılar. Bu bulgudan yola çıkarak, dışarıdan verilen laktatın aynı durumu ortaya çıkarıp çıkarmayacağını araştırdılar. Nitekim panik bozukluğu olan kişilere, 0.5 mol/L'lik laktattan 10 ml/kg dozunda 20 dakika boyunca intravenöz olarak vererek panik atağı ortaya çıkartmayı başardılar. Aynı uygulama normallerde panik atak ortaya çıkmıyordu ^{7,11,12}.

Daha sonraki araştırmalar ise, yalnızca panik bozuklukta değil diğer anksiyete bozukluklarında da, (yaygın anksiyete bozukluğunda, obsesif kompulsif bozuklukta, depresyonda ve bulimia nervozada) laktat infüzyonu ile panik atağa benzer bir tablo ortaya çıkarmışlardır ^{7,11,12,46,47}.

Laktat ile ilgili hipotez, "CO₂ birikimi" ile ilgilidir. Laktat verildikten sonra karaciğer tarafından alınıp pirüvata dönüştürülür. Pirüvat metabolizması anında da HCO₃⁻, ondan da CO₂ meydana gelir. CO₂ kanbeyin bariyerini aşarak MSS'ye girer. Panik atağı geçiren kişilerin MSS'de CO₂ birikimine karşı aşırı hassas oldukları ve bu nedenle laktat enfüzyonu sırasında normallerden daha fazla hiperventilasyon cevabı gösterdikleri bulunmuştur ^{11,12,46}.

Panik ataklı hastalar, normal kişilerle, yüksek oranda CO₂ bulunduran bir odada nefes alıp vermeleri karşılaştırılırsa; hasta grubun daha fazla hiperventilasyon gösterdiği tespit edilir ^{11,12}.

Panik bozuklukta olasılıkla MSS'de beyin sapı kemoreseptörleri düzeyinde bir defekt olduğu düşünülmektedir ^{10,11,12,46,47}.

2.6.5. Panik Bozuklukta Pozitron Emisyon Tomografi (PET) Bulguları:

Panik bozuklukta PET çalışmaları, Posterior parahipokampal bölgede kanlanma ve metabolizma değişiklikleri olduğu bildirilmektedir ¹¹.

Bu bölge, hipokampusa gelen ve hipokampustan çıkan uyarıların toplandığı merkezdir. Duyusal merkezlerle sıkı bağlantısı bulunmaktadır. Hipokampus gibi anksiyete nörobiyolojisi ile yakından ilgili bir bölgenin input ve outputlarını kontrol etmektedir ^{11,46,47}.

Panik bozuklukta en önemli bağlantı parahipokampal bölge ile amigdala'nın bağlantısıdır. Ayrıca temporopolar korteks ve locus coeruleus'ta panik ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır ^{11,46}.

Panik ataktaki hiperaktivitenin Parahipokampal bölgeyle ilgisi yoktur. Ama panik atağa karşı sergilenen davranışının düzenlendiği yer parahipokampal bölgedir. O nedenle panik atağının ortaya çıkmasında parahipokampal bölgedeki hipoaktivitenin neden olduğu düşünülmektedir ^{11,12,46}.

2.6.6. Bilişsel-davranışçı Kuram:

Bilişsel kurama göre Panik atak (PA) yaşayan kişi atak sırasında oluşan belirtileri bedensel ya da ruhsal açıdan tehlikeli, zararlı ve hatta ölümcül olabileceği inancına kapılır. Bir anlamda panik hastaları “korkudan korkmakta” ve dikkatini bu belirtilere yoğunlaştırmaktadır. Bu katastrofik inançlar anksiyete artışına ve dolayısıyla daha fazla bedensel duyuma neden olmaktadır. Oluşan bu kısır döngü anksiyete ve otonomik uyarılmanın artışına ve yeni PA yol açmaktadır. Böylece, koşullanmış uyaranlara karşı (ör. çarpıntı), koşullanmış yanıtlar (PA) ortaya çıkmaktadır. Bu durum çoğu zaman agorafobi ve birçok kaçınma davranışına da neden olmaktadır ^{1,2,7,10,12,14}.

2.6.7. Psikodinamik Kuram:

Freud çocukluğun çeşitli gelişim dönemleri ile ilgili dört farklı anksiyete türü tanımlamıştır. Bunlardan biri olan ayrılma anksiyetesi, sevilen bir kişiyi yitirme ya da ondan uzaklaşma, kopma anksiyetesidir. PB ile ayrılma anksiyetesi bağlantısını destekleyen çok değişik veriler ortaya konmuşsa da, bu modeller panik

anksiyetesinin içeriğinin anlaşılmasına tek başına yeterli olmamıştır ^{7,10,12}. Agorafobiyi açıklamak için psikoanalitik varsayımlar, çocukluk çağında kaybedilmiş bir ebeveyn ve bir ayrılma anksiyetesi öyküsü üzerinde durulur. Çocukluk döneminde örselenmeye neden olan bu ayrılıkların, çocukların geliştirmekte olan sinir sistemlerini erişkinlikte anksiyeteye daha yatkın hale gelecek biçimde etkilediği düşünülmektedir ^{2,12}.

PB'da ruhsal etkenlerin önemli olduğunu düşündüren; bu hastaların kontrollere göre daha çok stresli yaşam olaylarına maruz kalmaları, ayrılık anksiyetesinin olması, PA'ların sıkça önemli bir kişinin kaybı ya da boşanma gibi bir ayrılıktan sonra ortaya çıkması gibi veriler bulunmaktadır ^{15,30,31,34,35}.

2.7. Klinik gidiş:

PB'nun başlangıç yaşı çok değişken olmakla birlikte genellikle ergenliğin son dönemleri ile 30'lu yaşlar arasında kalan bir döneme rastlar. Çocukluk döneminde ve 45 yaşından sonra başlaması nadirdir. Panik bozukluk, yinelemelerle giden, olağan gidişi süregelenlik gösteren bir hastalıktır (7,10). Yapılan çalışmalarda 1- 2 yıl sonra %25- %72 oranında iyileşme (51) beş-on yıl sonra %10-30'unda tam düzelme bulunmuştur ^{1,2,5,7,10,12,52}.

Agorafobik kaçınma davranışları gösteren olgularda, olmayanlara göre daha şiddetli bulgular görüldüğü ve hastalığın daha uzun süre devam ettiği gözlenmiştir. Agorafobik kaçınma davranışları zamanla ve tedaviyle azalma göstermesine rağmen, hastaların çoğunda panik ataklar devam etmektedir. Panik bozukluk ve komorbid depresyonu olan olgularda daha uzun hastalık dönemi, daha şiddetli anksiyete belirtileri, daha sık panik ataklar ve daha fazla fobik kaçınma gösterdikleri gözlenmiştir ⁵³. PB'da yaşam kalitesi bozulmuştur. Yaşam kalitesinin bozulması, sağlıkla ilgili ciddi kaygılar, mali sorunlar, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmalar moral bozukluğuna ve ümitsizliğe neden olup öz kıyım riskini arttırabilmektedir. Kadın, genç ve evlenmemiş olmak öz kıyım riskini arttıran diğer etmenlerdir. Panik bozukluğu olan bireylerdeki ölüm düşünceleri şaşırtıcı değildir, panik bozukluk yaşantıları sıkıntı vericidir ve yardım arama davranışı ve yaşam kalitesi azalır ⁵⁶.

Dürtüsellik, cinsiyet (kadın olma hem agorafobili panik atakların hem de remisyondan sonra yinleme riskini artırır), kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, sosyal ve mesleki desteğin zayıf olması, erken başlangıç, kişilik bozukluğu bulunması panik bozuklukta kötü prognostik etmenler olarak bildirilmiştir^{66,67,68}.

3- PANİK BOZUKLUK VE YAŞAM KALİTESİ

3.1 Yaşam Kalitesi: Kavram

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, sağlık, sadece bir hastalığın ya da malûliyetin olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik içinde bulunmaktır. Bu tanımlamada yer alan tam bir huzur ve iyilik içinde olma vurgusu doğrudan doğruya yaşam kalitesi kavramı ile bağlantılıdır. Yaşam kalitesi, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir söyleyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimidir¹¹¹.

İnsanoğlunun çektiği sıkıntıların tam olarak ölçülemeyeceği sıkça söylenirdi. Ama artık bu kavram değişmektedir. Bu sıkıntıları günlük yaşamın sıkıntılardan etkilenmesini ölçebilen bir çok testler geliştirilmiştir. “Yaşam kalitesi” kavramı bunlardan biridir.

Yaşam kalitesi bileşenleri, bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojik durumu/iyilik hali, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur. Bu çerçevede, bireyin “kendini iyi hissetmesi”, “yaşamdan doyum sağlaması” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının öznel boyutunu oluştururken; “bağımsız yaşayabilme”, “kişiler arası ilişkiler”, “üretken olma” gibi ifadeler kavramın nesnel boyutunu oluşturmaktadır¹¹¹.

Genel kabul görmüş tek bir yaşam kalitesi tanımı yoktur⁷⁷. Bununla birlikte , genel bir fikir birliği bulunmaktadır. Bu da yaşam kalitesi kavramının kişinin kendi yaşamının kalitesini subjektif algılaması üzerine odaklanmasıdır.^{78, 79}. Ayrıca belirli

sayıda alanı kapsayacak şekilde, çok boyutlu bir yapısının da olması önem taşımaktadır^{80, 81}.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin çok boyutlu tanımı Patrick ve Erickson tarafından tarif edilmiş, daha sonra Aaronson ve grubu, yaşam kalitesinin değerlendirilmesini dört ana başlıkta toplamıştır.

1-Fiziksel Fonksiyonel Durum

2-Hastalık ve Tedavi ile İlişkili Fiziksel Semptomlar

3-Psikolojik Fonksiyon

4-Sosyal Fonksiyon^{82,84}.

Yaşam kalitesi sözcüğünün bilimsel tıbbi dergilerde yazılı olarak ilk kez kullanılışı 1966 yılında olmuştur. Kavram, transplantasyon sorunlarını tartışırken Elkinton tarafından ele alınmıştır¹¹². Daha sonra kanser tedavilerinde hastaların hayatta kalma sürelerinde, iyilik düzeylerini belirlemede kullanılmıştır. Bu kavram, daha sonra çeşitli antihipertansif sağıaltımlarının işlevsellik, iyilik hali ve yaşam memnuniyeti açısından karşılaştırılmasında kullanılmıştır⁷⁵. Yaşam kalitesi, farklı hastalıkların işlevsellik ve iyilik hali üzerine etkisini öngörmede, farklı sağıaltım yöntemlerinin (ilaç ya da cerrahi gibi) sonuçlarını karşılaştırmada ve iki sağıaltımın mortalite ve/veya morbidite açısından farklılıklarının belirlenmesinde kullanılmıştır⁷⁶.

Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesinin araştırıldığı ilk çalışmalar konsültasyon-liyezoon psikiyatrisi alanında olmuş, bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve çocukluk-yaşlılık psikiyatrisi çalışmaları izlemiştir¹¹¹.

3.2 Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi

Genel olarak ruhsal bozukluklardaki, özel olarak da anksiyete bozukluklarındaki yaşam kalitesine ilişkin bilgiler iki tip kaynaktan köken almaktadır. Birinci kaynak epidemiyolojik çalışmalardır. Bu çalışmalar toplumdaki ruhsal bozukluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi anlamak için özel olarak düzenlenmiştir. Bunların en iyi örneklerinden birisi Amerikan Akıl Sağlığı Ulusal Enstitüsü'nün (NIMH-ECA) alan çalışmasıdır^{70,85,86}.

Özel olarak dizayn edilmiş belgeler kullanılarak yapılmış klinik çalışmalar, yaşam kalitesi ile ilgili bilgilerin önemli ikinci kaynağını oluşturur. Bu belgeler genel (yaşam kalitesinin birden çok özelliklerini ölçmeye çalışan) veya özgül (özgül sağlık durumu özelliklerine odaklanmış) olabilir. Özgül olanlar, hastalığa (panik bozukluk vb), popülasyona (yaşlı hasta vb), fonksiyona (uyku vb) veya bir probleme (ağrı vb) özgül olabilmektedir ⁸⁷. Genel yaşam kalitesi araştırmalarının temel avantajı durumlar ve popülasyonlar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak sağlamasıdır. Bunun aksine, özel ölçümler ise genel ölçümlerin duyarsız olabileceği spesifik durumlardaki küçük, anlamlı değişiklikleri tespit etmeyi hedeflemektedirler. Yaşam kalitesi bilgileri anketler veya hasta günlüklerinden toplanabildiği halde , artık çoğu çalışma hasta ile ilişkili bilgi elde etmenin en ucuz metodu olan kendi kendine rapor anketlerine başvurmaktadır ⁸⁴.

Panik bozukluk epidemiyolojisi ve panik bozukluğunun yaşam kalitesi üzerine etkisi açısından ECA çalışması önemli bir veri kaynağıdır. Bu çalışmada panik bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1,5 olarak bulunmuştur ⁸⁶.

Toplumda panik bozukluğu olan kişiler arasında, %35'i kendilerini orta veya kötü fiziksel sağlığa sahip olduklarını hissederken, %38'i kötü emosyonel sağlığa sahip olduklarını belirtmişlerdir. Majör depresyonu olanlarda benzer oranlar görülürken (sırasıyla %29 ve %39), herhangi bir bozukluğu olmayanlarda fiziksel ve ruhsal durumla ilgili negatif algılamalar daha düşük düzeylerde bulunmuştur (%24,%16) ¹¹³.

Panik Atak veya semptomların sıklığı oldukça az olan ve ("seyrek" panik ataklar; yaşam boyu prevelansı=%3.6) nedeni ile DSM III'ün panik bozukluk kriterlerinin tamamını karşılamayan panik ataklı hastalarda bile fiziksel ve duygusal sağlık, mesleki işlevsellik ve finansal bağımlılıkta önemli bozukluklar görüldüğü bildirilmektedir. Klerman ve arkadaşları, hemen tüm alt ölçeklerde panik atağı olan bireylerin ölçümlerinin, panik bozukluğun tüm kriterlerini karşılayanlar ile panik bozukluğu olmayan bireyler arasında ara bir durum oluşturduğunu ortaya koymuşlardır ⁹². Bu bulgular, Gelder'in PB ile panik atağı olan bireylerdeki farklılığın nitelikten çok nicelik ile ilgili olduğunu gösteren gözlemleri ile uyumludur ⁹³. Genel popülasyonda panik atakların yaşam boyu prevelansı panik bozukluğun iki katından daha yüksektir (Amerikan Ulusal Komorbidite Araştırmasında sırası ile

%7.3 ve%3.5) ⁹⁴. Bu nedenle panik atak panik bozukluk tanısı almasa bile işlevsellikte ve yaşam kalitesinde önemli sorunlara yol açabilmektedir ⁹⁵.

3.3 Klinik Çalışmalar

Son zamanlarda yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçek 36 başlık kısa-form Sağlık araştırmasıdır (SF 36) ^{83,88,101}. İki boyutu değerlendirir; Ruhsal sağlık ve fiziksel sağlık. Her biri 4 alt grubu içerir (yani toplam sekiz); fiziksel işlevsellik, fiziksel sağlık problemlerine bağlı işlev kısıtlılıkları, bedensel ağrı, sosyal işlevsellik, genel ruhsal sağlık, duygusal sorunlara bağlı işlev kaybı, yaşam ve genel sağlık algılaması, bulunmaktadır ⁹⁶. Kısa-Form Sağlık Araştırmasının sekiz ölçeğinden altısı skorları 0-100 arasında olan sürekli değişkenlere sahiptir. Diğer iki ölçek-fiziksel sağlık problemlerine bağlı rol kısıtlamaları ve emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlamalarını ölçmektedir ⁹⁶.

Sherbourne ve arkadaşları, panik bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesini, depresyonu ya da kronik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, artrit ve kronik akciğer hastalığı gibi) olanların yaşam kalitesi ile kıyaslamak için SF-36 kullandılar ve panik bozukluğun yüksek psikolojik stres ve fiziksel rol fonksiyonunda kısıtlamalara yol açtığını ancak fiziksel fonksiyonların göreceli olarak korunmuş olduğunu belirlemişlerdir ⁹⁷.

Aynı çalışmada, depresyonu olanların, diğer tıbbi hastalıklar kadar veya daha büyük işlev kaybı olduğu belirlenmiştir. Sherbourne ve arkadaşlarının bulguları Kısa-Form Sağlık Araştırmasının kullanıldığı diğer pek çok çalışmaların sonuçları ile uyumludur ⁹⁷. Pek çok araştırmacı panik bozukluğu olanlarda normal kişilere oranla yaşam kalitesinde azalma olduğunu bildirmişlerdir ^{95, 98, 100}.

Bir çok çalışmada panik bozukluğu olan hastalardaki ruhsal işlevlerde olduğu kadar, fiziksel işlev alt ölçeklerinde de anlamlı bozukluklar bildirilmiştir ^{95,98,99,100}. Schanfeld ve arkadaşları, Sherbourne ve ark gibi, major depresyonun panik bozukluğunu da içeren tüm anksiyete bozukluklarından çok daha fazla işlev kaybına yol açtığını bildirmişlerdir ^{97,99}.

3.3.1. Tedavinin Panik Bozukluk Hastalarında Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Giderek artan sayıda araştırma panik bozukluk tedavisinde etkinlik olarak yaşam kalitesi ölçeğini kullanmaktadır. Mavissakalian ve ark panik bozukluk + agorafobi hastalarında yaptıkları bir çalışmada imipramin tedavisinden sonra SF 36'nın tüm ölçeklerinde anlamlı iyileşme olduğunu göstermişlerdir ¹⁰².

Jacobs ve ark, çift kör, kontrollü bir çalışmada Kısa-Form Sağlık Araştırmasında panik bozukluğu olan hastaların 6 haftalık klonozepam tedavisinden sonra plaseboya göre ruhsal sağlık puanlarında anlamlı derecede iyileşme olduğunu bildirmişlerdir. Özellikle kaçınma ve korkuda iyileşme bildirenlerde Ruhsal sağlık puanlarında belirgin iyileşmeler olduğunu bildirmiştir ¹⁰¹.

3.4 Diğer yaşam kalitesi ölçekleri:

3.4.1 Yaşamdan Zevk Alma ve Tatmin Kalitesi Anketi: (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire)

Yaşamdan Zevk Alma ve Tatmin Kalitesi anketi, fiziksel sağlık, subjektif duygular, günlük yaşam aktiviteleri ve genel olarak yaşamdan memnuniyeti içeren, yaşam kalitesinin sekiz özelliğini oranlayan bir yaşam kalitesi ölçeğidir ⁸⁹.

Pahl ve ark ve Pallock ve ark, bu ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmalarda sertralin ve plasebonun, etkisini panik bozuklukta ölçtüler. Her iki çalışmada da daha az panik atak yaşamaya ek olarak, sertralin ile tedavi edilen hastalar, plasebo tedavisi olan hastalara oranla yaşam tatmini açısından belirgin iyileşme bulmuşlardır ^{103,104}.

3.4.2 Sheehan Disabilite Skalası: (Sheehan Disability Scale)

Sheehan Disabilite Skalası iş aktiviteleri, sosyal yaşam ve boş zaman aktiviteleri ve aile yaşamı ve ev sorumluluklarındaki bozuklukları değerlendiren üç-başlıklı bir kendini değerlendirme (self rating) skaladır ⁹¹.

Panik bozukluk tedavisinde Hoehnsoric ve ark, Lecrubuer ve ark, Michelson ve ark bu ölçeği kullanmış ve tedavinin değerlendirilmesinde etkin bir araç olduğunu bildirmiştir. Ancak çalışmalarda kullanılan diğer sonuç ölçekleriyle Sheehan

Disabilite Skalasındaki skorlar arasında zayıf bir ilişki bulduklarını bildirmişlerdir^{105,106}.

3.4.3 Sosyal Uyum Skalası: (Social Adjustment Scale_Self-Report)

Sosyal Uyum Skalası altı ana başlık içeren, 42 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Orijinalinde depresif hastalarda psikoterapi ve ilaç tedavisinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçek olarak düzenlenmiştir⁹⁰.

Çok fazla kullanılan bir ölçek değildir. Telch ve ark yaptıkları bir çalışmada kognitif davranışçı grup terapisinde Sheehan Disabilite Skalasıyla beraber uygulamışlardır. Daha önceki çalışmalara benzer şekilde panik bozukluğu olan hastaların başlangıç yaşam kaliteleri anlamlı derecede bozuk bulunmuş. Tedavi edilen grupta yaşam kalitesi belirgin şekilde iyileşmiş. Panik atak sıklığı yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmazken, anksiyete ve fobik kaçınmanın yaşam kalitesi ile anlamlı derecede ilişkili olduğu gösterilmiş¹⁰⁷.

Kessler ve Frank Birleşik Devletlerde psikiyatrik bozukluklar ve iş gücündeki kayıp arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu olanların olmayanlara göre işe gitmedikleri gün sayısının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Anksiyete bozukluğu olan bireyler arasında, Panik Bozukluğu olanlar, üretkenlikte azalmanın olduğu gün sayısı en fazla olan grup iken, sosyal fobisi olanlarda üretkenlikte azalmanın olduğu gün sayısı en azdı. Yaygın anksiyete bozukluğu ve PTSB'nin bu iki uç arasında arada yer aldığı belirlenmişti¹⁰⁸.

Olfson ve ark., yaptıkları saha çalışmasında eşik altı tanılarda bile depresif ve panik bozuklukta anlamlı yaşam kalitesinin kontrollere göre daha kötü olduğunu bildirmişlerdir^{109,110}.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Verilerin toplanması:

Veriler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğine 01. Eylül. 2003 -31. Aralık. 2003 tarihleri arasında başvuran panik bozukluk veya depresyon tanısı alan ardışık 99 hastadan toplandı. Çalışmaya PB tanısı koyulan 46 (23 PB, 23PB+Agorafobili) olgu, majör depresyon tanısı koyulan 53 olgu ve herhangi bir yakınması olmayan 31 sağlıklı denek alınmıştır. Kontrol grubu olarak hastanın sosyokültürel düzeyine uygun ve yakın çevresinde yaşayan, yaş eğitim düzeyi ve cinsiyet temel alınarak benzer bireylerden alınmaya çalışıldı.

Çalışmaya alınan hastalar yapılandırılmış görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre PB tanısı konan, son 2 yıl içinde PB gelişmiş ve halen hastalığı sürmekte olan, yaşları 18-60 arasında (ortalama $35,4 \pm 10,8$) değişen 13 erkek ve 33 kadın olgu; majör depresyon tanısı konan yaşları 25-69 arasında (ortalama $42,7 \pm 10,9$) değişen 10 erkek ve 43 kadın olgu ve yaşları 18-57 arasında (ortalama $34,9 \pm 10,6$) değişen 10 erkek ve 21 kadın toplam 130 olgudan oluşmuştur. Şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar ve tıbbi duruma bağlı panik ya da madde ya da ilaç kullanımına bağlı durumlar çalışmaya alınmadı.

Tüm deneklere ilk görüşme sırasında SCID-I, Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi ölçeği (SF-36), Panik ve Agorafobi ölçeği ve Endicott İş Üretkenlik ölçeği (EWPS) uygulanmıştır.

4.2. KULLANILAN ÖLÇEKLER:

4.2.1. Kısa Form-36 (Short Form-36) (SF-36):

SF-36, Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 (SF-36), Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur ¹¹⁵. Özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir ¹¹⁶. En belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilişkili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel fonksiyonları

değerlendirmek üzere soru bulundurmamasıdır ^{119,120}. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) ¹¹⁵. Ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirilmektedir ¹¹⁷. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir ¹¹⁵.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamış, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı 0.70'in üzerinde bulunmuştur, ayrıca maddeler arası korelasyon katsayıları, test-yeniden test korelasyon katsayıları güvenilirliği destekler nitelikte bulunmuştur. Güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.7324-0.7612 arasında elde edilmiştir. Alt ölçekler için ayrı ayrı hesaplanmıştır: fiziksel fonksiyonda 0.4712-0.7348 arasında, sosyal fonksiyonda 0.8353-0.8445 arasında, emosyonel rol kısıtlanmasında 0.6539-0.8257 arasında, fiziksel rol kısıtlanmasında 0.6883-0.9034 arasında, ağrıda 0.7887-0.8872 arasında, mental sağlıkta 0.6893-0.7815 arasında, enerjide 0.6167-0.7943 arasında ve sağlığın genel algılanmasında 0.5670-0.7812 arasında bulunmuştur ¹¹⁸.

4.2.2. Panik ve Agorafobi Ölçeği:

B.Bandelow tarafından geliştirilerek 1995 yılında yayınlanan "Panic & Agoraphobia Scale" panik bozukluğun (agorafobili ya da agorafobisiz) şiddetini ölçer; özellikle klinik ilaç çalışmalarını izlem amacıyla geliştirilmiş olmakla beraber, psikolojik tedavilerin etkinliğini ya da bu bozukluğun hangi boyutunun hangi sağaltım biçimine yanıt verdiğinin saptanmasında kullanılmaktadır ¹²³. Tanısal değerlendirmede kullanılan bir araç değildir ¹²¹. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini, Tural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ¹²³. Beşli likert tipinde olan bu ölçek, beş başlık altında (A başlığı: panik atakları, B başlığı: agorafobi, C başlığı: beklenti anksiyetesi, D başlığı: yeti yitimi, E başlığı: organik hastalık inancı) toplam 14 soruyla panik bozukluğu ve/veya agorafobinin şiddetini ölçmektedir ve klinik çalışmalarda

kullanılmıştır¹²². “U” maddesi (atakların kendiliğinden mi yoksa beklenen durumlarda mı ortaya çıktığı) toplam puanlamaya katılmayarak, geriye kalan 13 maddenin aritmetiksel toplamı ölçeğin toplam puanını oluşturur¹²¹.

Cronbach alfa katsayısı, gözlemci formu için 0.88, hasta formu için 0.86 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği, gözlemci formu için $r = 0.82$, hasta formunda $r = 0.70$ bulunmuştur. Sonuç olarak “Panik ve Agorafobi Ölçeği” ihtiyaç duyulan standardize panik bozukluğu şiddet ölçüm aracı özelliklerini taşımaktadır¹²³.

4.2.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği:

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Bugün daha çok, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda anksiyetenin şiddetini, ilaçların anksiyete belirtileri üzerindeki etkilerini tayin etmekte kullanılmaktadır¹²⁴. Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 madde bulunmaktadır. Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arası yapılmaktadır¹²⁵. Bruss ve arkadaşları, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliğini arttırabilmek amacıyla yapılandırılmış bir görüşme kılavuzu geliştirmiş, ortalama madde ve toplam puan grup içi korelasyon katsayılarını 0,99 olarak belirlemiştir¹²⁶.

Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını Yazıcı ve arkadaşları yapmıştır. Grup içi korelasyon katsayısını 0,94 olarak bulmuşlardır¹²⁴.

4.2.4. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği:

İş performansı ölçeklerinin çoğu işte kaybedilen saat ya da gün sayısı, iş performansı ile ilgili doyum düzeyleri ve deneğin kendi ifadesi temelinde toplam iş performansı düzeyi ile sınırlıdır. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği (Endicott Work Productivity Scale-EWPS) ruhsal bozuklukların hastanın iş verimi üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla tasarlanmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yakın zamanda geliştirilmiş olan (Endicott ve Nee 1997) Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği (EİÜÖ), hissedilen bu gereksinime yanıt verebilecek nitelikte bir ölçme aracıdır¹²⁷.

Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği, depresif bozukluklar gibi ruhsal bozuklukların, hastanın işteki üretkenliği üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan, (1) hastalığa bağlı olarak işlerini tamamlamakta

çektikleri güçlük açısından farklı derecelerdeki bireyleri ayırt edebilen ve (2) iş üretkenliği ile ilgili küçük değişimleri bile yansıtan, duyarlı bir ölçümdür. Farklı iş ortamlarında, farklı ruhsal bozukluğu olan kimseleri değerlendirmek üzere tasarlanmış olan EİÜÖ 25 maddeden oluşmaktadır. Maddeler davranışın, duygunun ya da tutumun bir önceki hafta içerisinde ne sıklıkta görüldüğüne bağlı olarak 5 dereceli bir ölçekle (0=hiç, 1=çok nadir, 2=bazen, 3=sık sık, 4=hemen her zaman) değerlendirilmektedir: Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ila 100 arasında değişmekte ve yüksek puan düşük iş verimine işaret etmektedir. Ölçeğin, iç tutarlık Cronbach alfa katsayılarının hasta grubu için .93, kontrol grubu için ise .92 olduğu tespit edilmiştir. Yalnızca hasta grubundan elde edilen verilerle hesaplanan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .92 olarak tespit edilmiştir ¹²⁷.

Endicott İşte Üretkenlik Ölçeğinin Türkçe formunun yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının sonuçlarına göre ölçeğin her iki grupta da yüksek düzeyde iç tutarlık katsayılarına (alfa> .90) sahip olduğu söylenebilir ¹²⁸. Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlık katsayıları (alfa> .90) bu çalışmada elde edilen değerlerle paralellik göstermektedir ¹²⁷.

4.2.5. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D):

Depresyon tanısı konan hastalarda depresyon düzeyini derecelendirmek amacı ile geliştirilmiş standart bir ölçektir ¹²⁹. Bu araştırmada 17 soruluk versiyonu kullanılmıştır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır ^{130,131}.

4.3.İstatistiksel İşlemler:

Çalışma ölçütlerine uyan ve çalışmaya alınan deneklere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra tüm deneklere ayrıntılı klinik görüşme yapıldı, elde edilen bilgiler sosyodemografik veri formuna işlendi. Daha sonra kullanılacak ölçekler uygulandı. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi Mikrosoft Excel’de hazırlanan bir program kullanılarak yapıldı. Diğer ölçekler uygun şekilde değerlendirildi.

İstatistiksel İşlemler:

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 12.0 paket programı ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normale uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ve histogram ile kontrol edildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t testi ve

Mann Whitney U testi, Kruskal Vallis testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni yaklaşımı uygulandı (p/n n; karşılaştırma sayısı) ve $p<0.016$ anlamlı kabul edildi. Kesikli değilkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı. Veriler ortalama $\pm$ SS (standart sapma), ortanca, AD (alt değer), ÜD (üst değer) olarak gösterildi.



5. BULGULAR

5.1. Sosyo- Demografik Özellikler

Tablo 1: Çalışmaya alınan olguların sosyo-demografik özellikleri

	Panik (n=46)	Depresyon (n=53)	Kontrol (n=31)	P
Panik Atak Yaşı	33.5±11.0 16-58	-----	-----	
Hastalık Başlama Yaşı	34.4±10.8 16-58	40.9±11.0 23-69	-----	0.03
Başvuru Yaşı	35.4±10.8 18-60	42.7±10.9 25-69	34.9±10.6 18-57	0.001
Eğitim (Yıl)	9.9±4.8 11 (0-18)	8.3±4.8 11 (0-20)	11.4±4.1 11 (0-18)	0.6
Cinsiyet				
Kadın	33 (%71.7)	43 (%81.1)	21 (%67.7)	0.3
Erkek	13 (%28,3)	10 (%18,9)	10 (%32,3)	
Meslek				
Çalışıyor	21(%45.7)	32 (%60.4)	13 (%41.9)	0.1
Çalışmıyor	25 (%54.3)	21 (%39,6)	18 (%58,1)	
Medeni durum				
Evli	35 (%76.1)	44(%83.0)	21(%67.7)	0.2
Bekar	11 (%23,9)	9 (%17,0)	10 (%32,3)	
Alkol kullanımı				
Yok	39 (%84.8)	51(%96.2)	31 (%100)	0.1
Var	7 (%15,2)	2 (%3,8)	0	
Sigara Kullanımı				
Yok	24 (%52.2)	31(%58.5)	18 (%58.1)	0.4
Var	22 (%47,8)	22 (%41,5)	13 (%41,9)	

Genel olarak hastaları incelediğimizde panik atak geçirme yaşının ortalama 33,5; PB başlama yaşının 34,4 olduğu, ancak başvuru yaşının 35,4 olduğu bulunmuştur. Depresyon başlama yaşının, panik bozukluktan daha ileride olduğu bulunmuştur. Panik Bozukluğu olan hastaların ortalama eğitim yılı 9,9, depresyonluların 8,3 yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde PB olgularının %28,3'ü erkek, %71,7'si kadın; depresyonlu olguların %18,9'u erkek, %81,1'i kadın, kontrol grubunun ise %18,9'u erkek, %67,7'si kadın idi. Her iki hastalığın da kadınlarda erkeklere oranla fazla görüldüğü gözlemlendi. PB olan hastaların çalışma oranının depresyondan daha düşük olduğu saptandı, ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Alkol kullanım oranları değerlendirildiğinde PB olgularında %15,2, depresyonda ise %3,8 idi.



Tablo 2: Çalışmaya alınan olguların sosyo-demografik özellikleri

	Panik (n=46)	Depresyon (n=53)	Kontrol (n=31)	P
Özgeçmiş Psikiyatrik Hastalık				
Yok	31 (%67.4)	19 (%35.8)	26 (%83.9)	0.01
Var	15 (%32,6)	34 (%64,2)	5 (%16,1)	
Özgeçmiş Tıbbi Hastalık				
Yok	22(%47.8)	23 (%43.4)	20 (%64.5)	0.03
Var	24 (%52,2)	30 (%56,6)	11 (%35,5)	
Soygeçmiş Psikiyatrik Hastalık				
Yok	18 (%39.1)	27(%50.9)	21(%67.7)	0.04
Var	28 (%60,9)	26 (%49,1)	10 (%32,3)	
Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık				
Yok	11 (%23.9)	35(%66.0)	27 (%87.1)	0.005
Var	35 (%76,1)	18 (%34,0)	4 (%12,9)	
Çocuklukta İstismar				
Yok	39 (%84.8)	42(%79.2)	25 (%80.6)	0.7
Var	7 (%15,2)	11 (%20,8)	6 (%19,4)	
Başlatan Stres Etkeni				
Yok	8 (%17.4)	4 (%7.5)	30 (%96.8)	0.001
Var	38 (%82,6)	49 (92,5)	1 (%3,2)	
Son 1 Ayda Gittiği Hekim Sayısı				
Yok	11 (%23.9)	25 (%47.2)	28 (%90.4)	0.001
1 kez	11(%23.9)	13(%24.5)	3 (%9.6)	
2 kez	8 (%17.4)	7(%13.2)	0	
3 ve daha fazla	15(%34.8)	8(%15.1)	0	

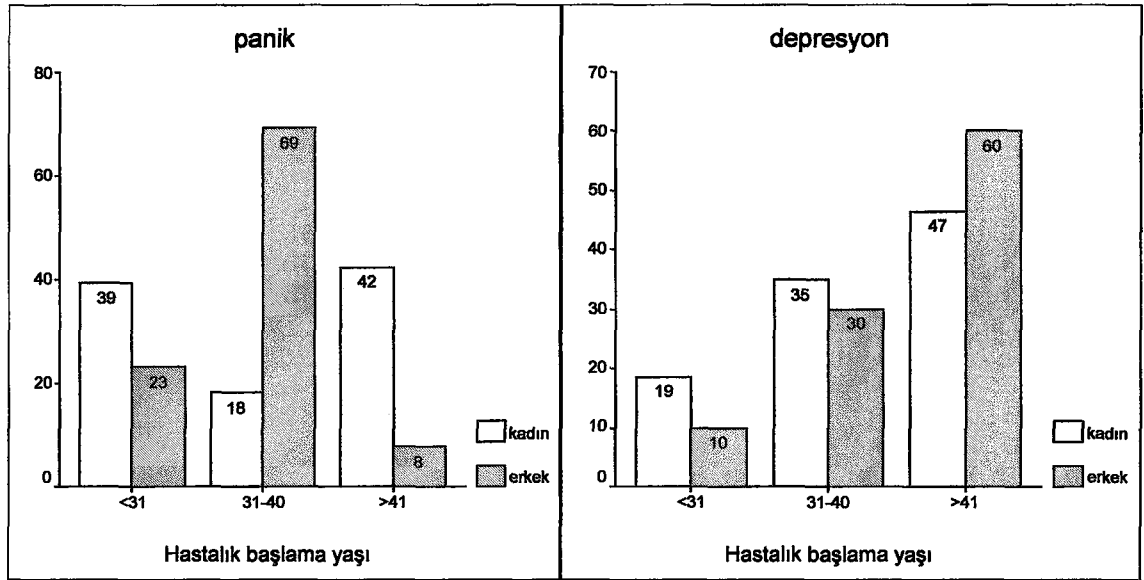
PB hastalarının %32,6 sı daha önce bir psikiyatrik tedavi alırken, depresyonda bu oran %64,2 olarak saptandı. Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar PB olgularında %60,9; depresyonda %49,1 idi. PB olgularında %76,1; depresyonda %34 oranında eş tanıli durumlar saptandı. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çocukluk çağı istismar sıklığının ise PB olgularında %15,2; depresyonda %20,8 olduğu, hastalığı

başlatan stres etken oranlarının her iki hastalık için yüksek olduğu saptandı. Son 1 ayda gidilen hekim sayısı incelendiğinde PB olgularında 3 ya da daha fazla hekime gitme oranının (%34,8), depresyona göre (%15,1) farklı olduğu gözlemlendi.

Tablo 3 : Cinsiyet ve başlama yaşına göre hasta dağılımı

Yaş Grupları	Panic		Depresyon		Kontrol	
Başvuru Yaşı	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)
<30	13 39,4%	3 23,1%	8 18,6%	0 0%	8 38,1%	2 20,0%
31-40	5 15,2%	7 53,8%	13 30,2%	3 30,0%	4 19,0%	6 60,0%
>41	15 45,5%	3 23,1%	22 51,2%	7 70,0%	9 42,9%	2 20,0%
p Değeri	0.02		0.3		0.07	
Hastalık Başlama						
<30	13 39,4%	3 23,1%	8 18,6%	1 10,0%		
31-40	6 18,2%	9 69,2%	15 34,9%	3 30,0%		
>41	14 42,4%	1 7,7%	20 46,5%	6 60,0%		
p Değeri	0.003		0.7			

Yaş gruplarına göre hastalık başvuru yaşları incelendiğinde, 30 yaş altında PB olgularının %23,1'inin erkek, %39,4'ünün kadın olduğu; bu yaş grubunda depresyonlu olguların ise %0'ının erkek, %18,6'sının kadın olduğu saptanmıştır. 31-40 yaş arasında PB olgularının %53,8'inin erkek, %15,2'sinin kadın olduğu; depresyonda ise bu oranların eşit olduğu belirlenmiştir. 41 yaş üzerinde ise PB olgularında erkek hasta oranının %23,1, kadın hasta oranının %45,5 olduğu; depresyonda ise erkek hasta oranı %70, kadın hasta oranının %51,2 olarak saptanmıştır. PB'da kadın hastalarda 30 yaş altı ve 41 yaş üzeri bimodal dağılım saptandı.



Şekil 1 : Hastalık başlama yaşı

Hastalık başlama yaş oranları incelendiğinde depresyonda yaş ilerledikçe hastalık görünme oranlarının her iki cinstе yükseldiği; PB olgularında kadınlarda 30 yaş öncesinde ve 41 yaş sonrası dağılım olduğu, iki ayrı dönemde kümelenme olduğu belirlenmiştir.

5.2.Ölçekler

Tablo 4: Hastalık gruplarına göre ölçek puanları

	Panic Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Kontrol Ort±SS Ortanca (AD-UD)
PAN-OLC-H	25,5±9,7 28 (5-45)	-	-
PAN-OLC-D	26,9±9,3 28 (6-44)	-	-
HAM-A	18,9±7,4 18,5 (5-40)	21,7±7,2 22 (7-38)	2,5±2,5 2(0-8)
HAM-D	14,3±6,3 14 (2-25)	21,5±5,7 22 (7-34)	2±2,6 1 (0-9)
CGI-S	4,4±0,7 5 (3-5)	4,7±0,8 5 (2-6)	1±0,3 1(1-2)

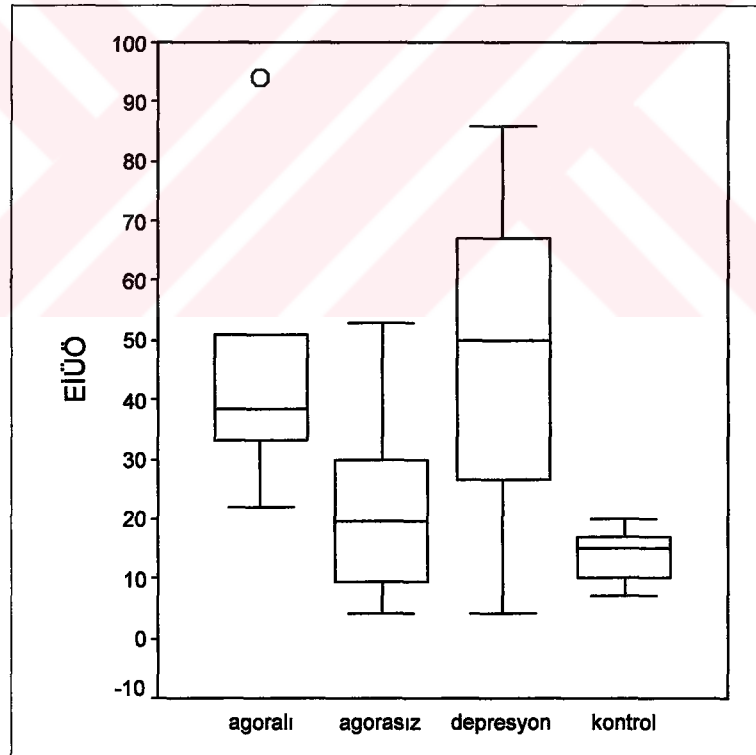
PB'da Panik Agorafobi Ölçeği Hasta formu ortalaması 25,5; doktor formu ortalaması 26,9 idi. HAM-A ölçek puanları PB olgularında 18,9, depresyonda 21,7, kontrol

grubunda 2,5; HAM-D ölçek puanları PB’da 14,3; depresyonda 21,5; kontrol grubunda 2 olarak belirlendi.

Tablo 5: Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği puanlarının hastalık gruplarına göre karşılaştırılması

	Panic+Agorafobi Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Agorafobisiz Panic Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Kontrol Ort±SS Ortanca (AD-UD)
EİÜÖ	46,1±25,3 38 (22-94)	21,9±16,3 19,5 (4-53)	46,9±25,8 50 (4-86)	13,8±4,7 15 (7-20)

EİÜÖ’ne baktığımızda Panik+Agorafobisi olan hastaların puanı 46,1±25,3 (22-94); agorafobi olmadan panik bozukluğu olan hastaların puanı 21,9±16,3 (4-53); depresyonu olan hastaların puanı 46,9±25,8 (4-86) olarak bulunmuştur. Agorafobili panik bozukluğu olanların iş üretkenlik kaybının depresyondakilere yakın olduğu, agorafobi olmadan PB olan olguların iş üretkenliğinde daha az bozulma olduğu saptanmıştır. Her üç hastalıktaki iş üretkenliğinin kontrol grubundan daha bozuk olduğu belirlenmiştir.



Şekil 2: EİÜÖ puanlarının hastalık gruplarına göre dağılımı

Agorafobisiz PB olgularının işte üretkenlik kaybında belirgin bir bozulma olmadığı, Agorafobili PB ve Depresyonu olan olgularda üretkenliğin kontrol grubuna göre bozulduğu tespit edilmiştir.

5.3. Yaşam Kalitesi

Tablo 6: Total Panik ve Kontrol Yaşam Kalitesi Tablosu

	Total Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Kontrol Ort±SS Ortanca (AD-UD)	p değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	81,09±27,36 95 (15-100)	89,3±14,3 100 (55-100)	0.4
Fiziksel Rol Güçlüğü	63,59±43,37 100 (0-100)	88,7±24,8 100 (0-100)	0.01
Ağrı	57,78±23,26 51,5 (12-90)	68,6±20,1 72 (22-90)	0.03
Genel Sağlık	38,96±22,67 40 (0-85)	72,0±19,5 72 (25-100)	0.000
Enerji	26,52±16,33 25 (0-70)	62,7±15,4 65 (30-95)	0.000
Sosyal Fonksiyon	46,47±30,01 50 (0-100)	83,0±19,2 87,5 (37,5-100)	0.000
Duygusal Rol Güçlüğü	26,88±40,21 0 (0-100)	80,6±30,8 100 (0-100)	0.000
Ruhsal Sağlık	33,30±16,22 30 (8-72)	68,4±13,6 68 (32-92)	0.000

Panik bozukluğu olgularında kontrol grubuna göre (fizik fonksiyonlar dışında) yaşam kalitesi belirgin oranda bozulmuştur.

Tablo 7: Depresyon ve Kontrol Yaşam Kalitesi Tablosu

	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Kontrol Ort±SS Ortanca (AD-UD)	p değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	73,7±26,9 80 (10-100)	89,3±14,3 100 (55-100)	0.01
Fiziksel Rol Güçlüğü	55,6±46,4 75 (0-100)	88,7±24,8 100 (0-100)	0.002
Ağrı	55,1±23,0 52 (22-90)	68,6±20,1 72 (22-90)	0.009
Genel Sağlık	32,7±22,6 30 (0-80)	72,0±19,5 72 (25-100)	0.000
Enerji	20,4±13,9 20 (0-55)	62,7±15,4 65 (30-95)	0.000
Sosyal Fonksiyon	32,5±25,2 25 (0-100)	83,0±19,2 87,5 (37,5-100)	0.000
Duygusal Rol Güçlüğü	14,4±33,0 0 (0-100)	80,6±30,8 100 (0-100)	0.000
Ruhsal Sağlık	25,1±12,7 24 (0-68)	68,4±13,6 68 (32-92)	0.000

Depresyon olgularında kontrol grubuna göre yaşam kalitesi tüm alt gruplarda belirgin oranda bozulmuştu.

Tablo 8: Agorafobisiz ve Agorafobili Panik Bozukluk Yaşam Kalitesi Tablosu

	Agorafobisiz Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Agorafobili Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	p değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	91,7±19,75 100 (20-100)	70,4±30,1 80 (15-100)	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	82,6±33,2 100 (0-100)	44,5±44,5 25 (0-100)	0.004
Ağrı	63,9±20,2 61 (31-90)	51,6±24,8 51 (12-90)	0.06
Genel Sağlık	45,8±22,9 45 (0-85)	32,1±20,6 35 (0-82)	0.02
Enerji	24,1±16,9 25 (0-70)	28,9±15,7 25 (5-60)	0.3
Sosyal Fonksiyon	58,1±31,6 62,5 (0-100)	34,8±23,5 37,5 (0-100)	0.01
Duygusal Rol Güçlüğü	33,3±43,8 0 (0-100)	20,4±36,1 0 (0-100)	0.3
Ruhsal Sağlık	33,9±18,3 28 (12-68)	32,7±14,2 32 (8-72)	0.9

Panik bozukluğu olguları Agorafobisiz ve Agorafobili Panik Bozukluk olarak ikiye ayrılıp kıyaslandığında, Agorafobili Panik Bozukluk grubunun enerji, duygusal rol güçlüğü, ve ruhsal sağlık alt tipleri dışında yaşam kalitesini agorafobisiz panik bozukluğa göre daha fazla oranda bozmaktaydı.

Tablo 9: Total Panik ve Depresyon Yaşam Kalitesi Tablosu

	Total Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	p değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	81,09±27,36 95 (15-100)	73,7±26,9 80 (10-100)	0.1
Fiziksel Rol Güçlüğü	63,59±43,37 100 (0-100)	55,6±46,4 75 (0-100)	0.3
Ağrı	57,78±23,26 51,5 (12-90)	55,1±23,0 52 (22-90)	0.5
Genel Sağlık	38,96±22,67 40 (0-85)	32,7±22,6 30 (0-80)	0.1
Enerji	26,52±16,33 25 (0-70)	20,4±13,9 20 (0-55)	0.07
Sosyal Fonksiyon	46,47±30,01 50 (0-100)	32,5±25,2 25 (0-100)	0.02
Duygusal Rol Güçlüğü	26,88±40,21 0 (0-100)	14,4±33,0 0 (0-100)	0.03
Ruhsal Sağlık	33,30±16,22 30 (8-72)	25,1±12,7 24 (0-68)	0.01

Depresyonda yaşam kalitesi, panik grubuna göre enerji, sosyal fonksiyon, duygusal rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt birimlerinde anlamlı olarak daha fazla bozulmuştu.

Tablo 10: Agorafobisiz Panik Bozukluk ve Depresyon Yaşam Kalitesi Tablosu

	Agorafobisiz Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	p değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	91,7±19,75 100 (20-100)	73,7±26,9 80 (10-100)	0.001
Fiziksel Rol Güçlüğü	82,6±33,2 100 (0-100)	55,6±46,4 75 (0-100)	0.02
Ağrı	63,9±20,2 61 (31-90)	55,1±23,0 52 (22-90)	0.1
Genel Sağlık	45,8±22,9 45 (0-85)	32,7±22,6 30 (0-80)	0.02
Enerji	24,1±16,9 25 (0-70)	20,4±13,9 20 (0-55)	0.3
Sosyal Fonksiyon	58,1±31,6 62,5 (0-100)	32,5±25,2 25 (0-100)	0.002
Duygusal Rol Güçlüğü	33,3±43,8 0 (0-100)	14,4±33,0 0 (0-100)	0.02
Ruhsal Sağlık	33,9±18,3 28 (12-68)	25,1±12,7 24 (0-68)	0.07

Panik bozukluğu olguları Agorafobisiz ve Agorafobili Panik Bozukluk olarak ikiye ayrılıp depresyonla kıyaslandığında, depresyonun fiziksel fonksiyonlar dışındaki tüm alt gruplarında Agorafobisiz Panik Bozukluk grubundan daha fazla yaşam kalitesini bozduğunu belirlendi.

Tablo 11: Agorafobili Panik Bozukluk ve Depresyon Yaşam Kalitesi Tablosu

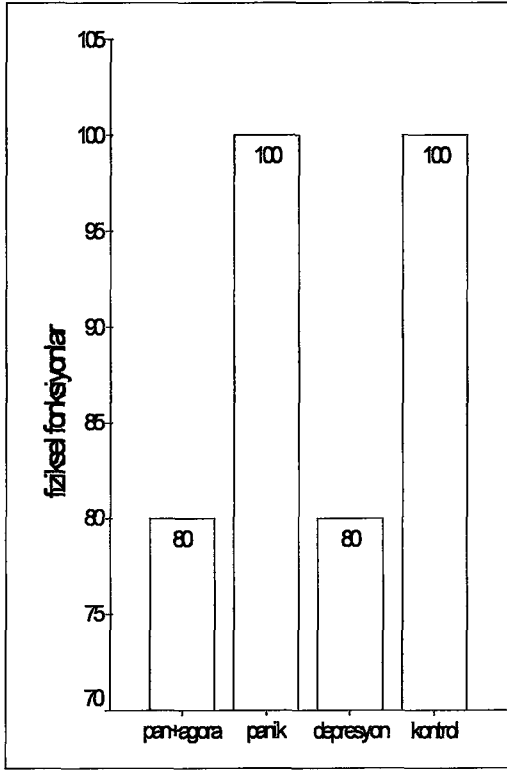
	Agorafobili Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	p değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	70,4±30,1 80 (15-100)	73,7±26,9 80 (10-100)	0.5
Fiziksel Rol Güçlüğü	44,5±44,5 25 (0-100)	55,6±46,4 75 (0-100)	0.3
Ağrı	51,6±24,8 51 (12-90)	55,1±23,0 52 (22-90)	0.5
Genel Sağlık	32,1±20,6 35 (0-82)	32,7±22,6 30 (0-80)	0.9
Enerji	28,9±15,7 25 (5-60)	20,4±13,9 20 (0-55)	0.05
Sosyal Fonksiyon	34,8±23,5 37,5 (0-100)	32,5±25,2 25 (0-100)	0.6
Duygusal Rol Güçlüğü	20,4±36,1 0 (0-100)	14,4±33,0 0 (0-100)	0.2
Ruhsal Sağlık	32,7±14,2 32 (8-72)	25,1±12,7 24 (0-68)	0.02

Agorafobili Panik Bozukluk ile depresyon kıyaslandığında ise enerji ve ruhsal sağlık alt birimleri dışında benzer şekilde yaşam kalitesini bozduğu görüldü.

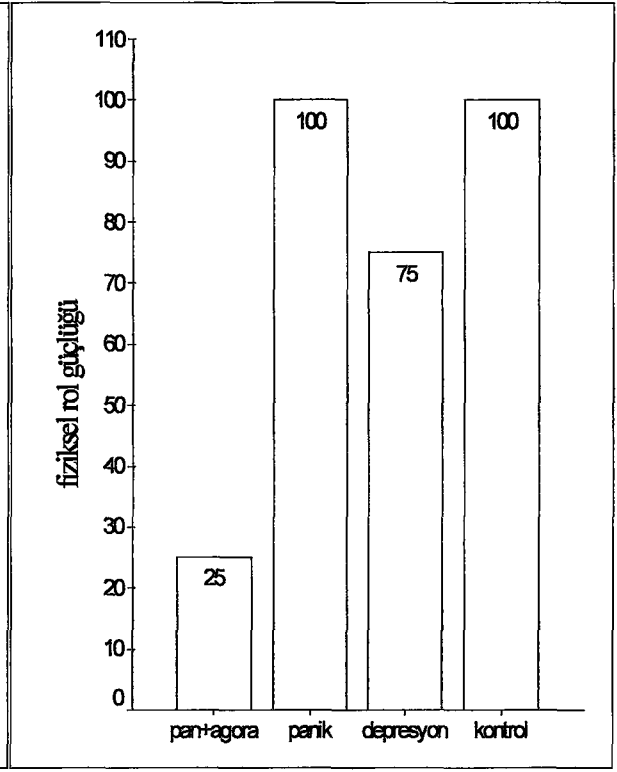
Tablo12: Yaşam kalitesi ölçeklerinin tüm hastalık gruplarında değerlendirilmesi.

	Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)		Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Kontrol Ort±SS Ortanca (AD-UD)
	Agorafobisiz	Agorofobili		
Fiziksel	91,7±19,75	70,4±30,1	73,7±26,9	89,3±14,3
Fonksiyonlar	100 (20-100)	80 (15-100)	80 (10-100)	100 (55-100)
Fiziksel Rol	82,6±33,2	44,5±44,5	55,6±46,4	88,7±24,8
Güçlüğü	100 (0-100)	25 (0-100)	75 (0-100)	100 (0-100)
Ağrı	63,9±20,2	51,6±24,8	55,1±23,0	68,6±20,1
	61 (31-90)	51 (12-90)	52 (22-90)	72 (22-90)
Genel Sağlık	45,8±22,9	32,1±20,6	32,7±22,6	72,0±19,5
	45 (0-85)	35 (0-82)	30 (0-80)	72 (25-100)
Enerji	24,1±16,9	28,9±15,7	20,4±13,9	62,7±15,4
	25 (0-70)	25 (5-60)	20 (0-55)	65 (30-95)
Sosyal Fonksiyon	58,1±31,6	34,8±23,5	32,5±25,2	83,0±19,2
	62,5 (0-100)	37,5 (0-100)	25 (0-100)	87,5 (37,5-100)
Duygusal Rol	33,3±43,8	20,4±36,1	14,4±33,0	80,6±30,8
Güçlüğü	0 (0-100)	0 (0-100)	0 (0-100)	100 (0-100)
Ruhsal Sağlık	33,9±18,3	32,7±14,2	25,1±12,7	68,4±13,6
	28 (12-68)	32 (8-72)	24 (0-68)	68 (32-92)

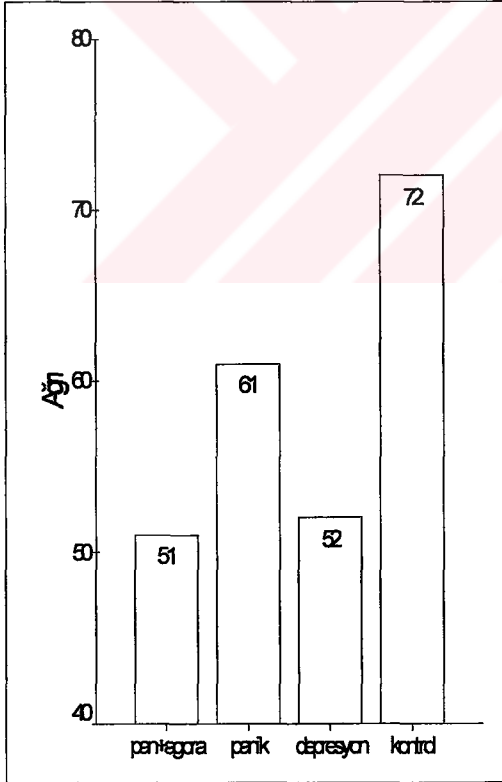
Yaşam kalitesi ölçeği puanları hem panik hem de depresyon hastalarında, sağlıklı kontrol grubuna göre daha kötüydü. Agorafobisiz PB, Agorafobili PB ve depresyona göre ise daha iyi durumda idi.



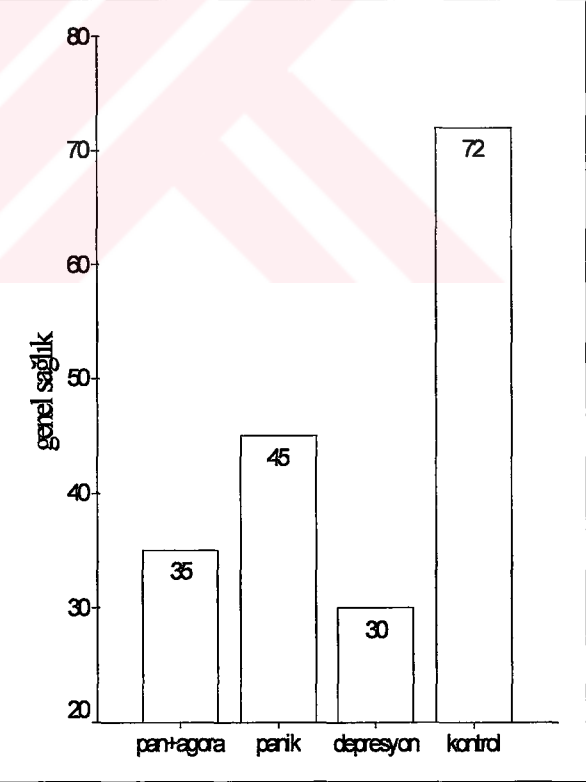
Şekil 3 a



Şekil 3 b

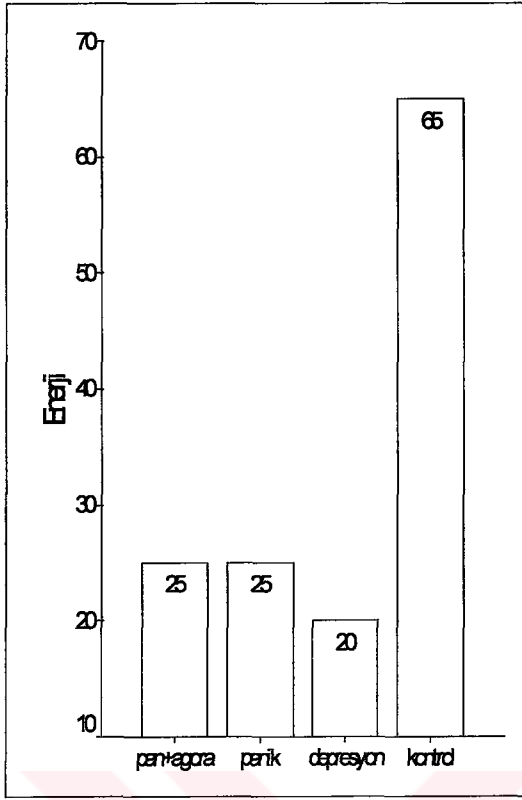


Şekil 3 c

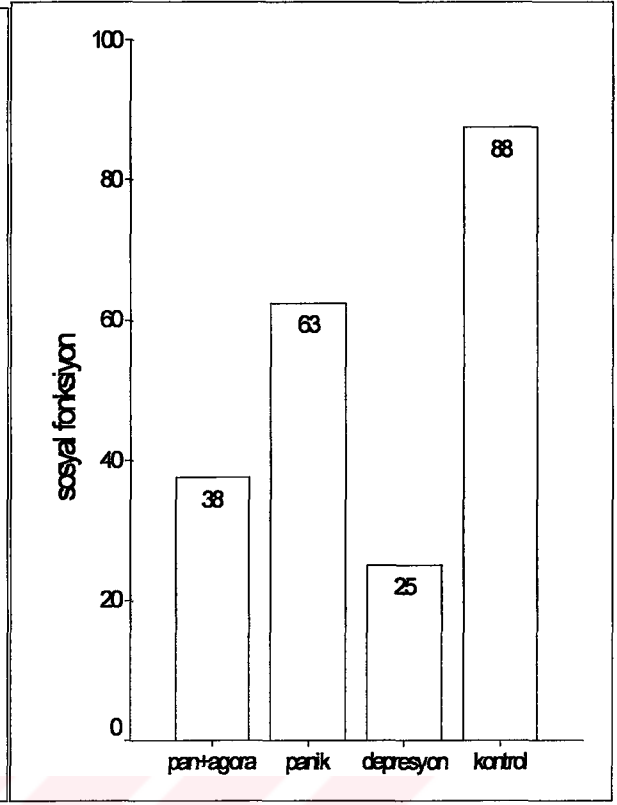


Şekil 3 d

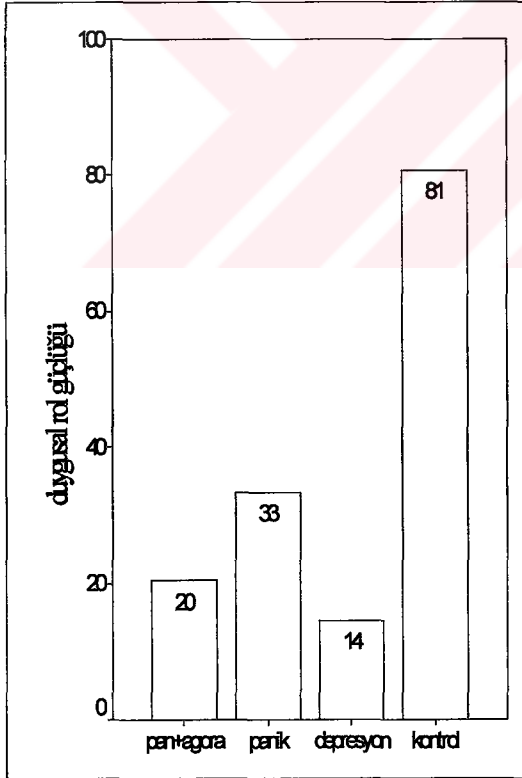
Şekil 3a-b-c-d: Yaşam kalitesi ölçeklerinin alt gruplarının hastalık tiplerine göre dağılımları.



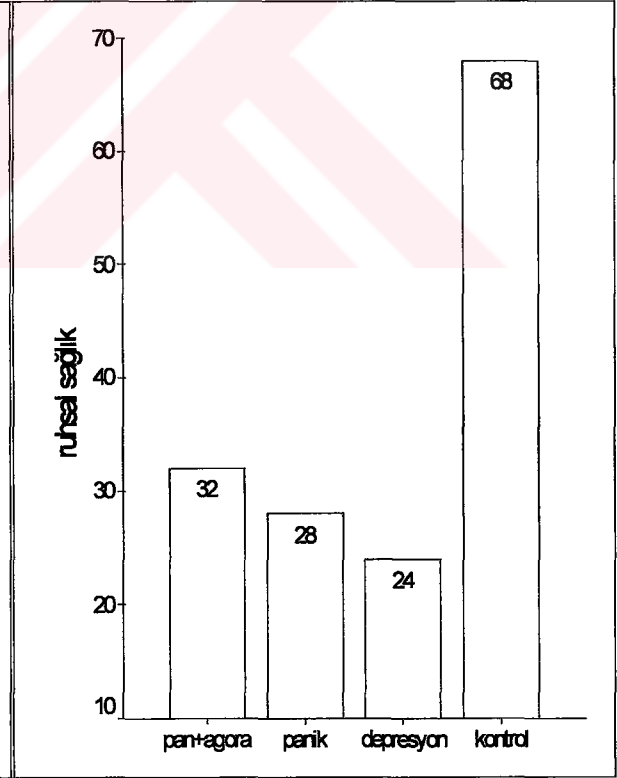
Şekil 3 e



Şekil 3 f



Şekil 3 g



Şekil 3 h

Şekil 3e-f-g-h: Yaşam kalitesi ölçeklerinin alt gruplarının hastalık tiplerine göre dağılımları.

6. TARTIŞMA

Panik atak birdenbire başlayan, yoğun bir korku, huzursuzluk duygusu ve bu duygulara nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi güçlü bedensel duyuların eşlik ettiği bir psikiyatrik tablodur. Ayrıca plan yapma, düşünme, usa vurma gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşma isteği duyulmaktadır^{5,6}. Ani başlangıç ve kontrol edilemez olması nedeniyle hastalar yaşadıkları bu durumu “çok korkutucu, dehşet verici ve yaşamlarının en kötü deneyimi” olarak tanımlamaktadır.

Beklenti anksiyetesi içindeki hastalar ne zaman panik atak yaşayacaklarını kestirmek amacıyla çevresel ve bedensel ipuçlarını değerlendirmeye çalışmaktadırlar. Bu durum birçok yanlış çıkarsama ve inanca yol açmakta ve agorafobik kaçınmanın çekirdeğini oluşturmaktadır. Atak sırasında yaşadığı çarpıntıyı kalp krizinin kanıtı olarak yorumlayan hasta, nabız artışına yol açabilecek etkinliklerden (spor yapma, cinsel ilişkide bulunma, kafeinli içecekler alma vs) kaçınmaya çalışır. Yalnızca bu anksiyeteli bekleyiş bile kişinin gündelik yaşamını sekteye uğratabilecek boyuta varabilmekte, sosyal ilişkiler kısıtlayabilmektedir.

Yapılan çalışmalar, panik bozukluğun genellikle ergenlik ile 30 yaş arasında başladığını, ortalama başlangıç yaşının 25 olduğunu ve tedavi için başvuruların 25-45 yaşlarında olduğunu bildirmektedirler. Weissman ve arkadaşları¹¹⁴ yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığının azaldığını ve 65 yaş üzerinde ise nadiren görüldüğünü bildirmektedir. Bu çalışmada, PB için hastalık başlangıç yaşı 34.4 ± 10.8 , depresyonda ise başlangıç yaşı 40.9 ± 11.0 olup, bu iki grubun yaş ortalaması literatürdeki bilgilerle uyum göstermekteydi (Tablo 1).

Panik bozukluğun başlangıç yaşının, özellikle kadınlarda, (15-34) ve (45-54) olarak bi-modal dağılımı gösterdiği bildirilmektedir^{7,14}. Literatür bilgilerine uygun olarak bu çalışmada da kadın hastalarda hastalık başlangıç yaşı bi-modal bir dağılım göstermekteydi (Tablo 3). 31 yaşından önce ve 41 yaştan sonra kadınlarda ikinci bir

pik gözlenmekteydi. Bu araştırmada incelenmemesine karşın bu durumun menapoz dönemi ile uygun seyretmesi değişen hormonal duruma ikincil olarak panik bozukluğun tetiklenmiş olabileceğini akla getirmiştir.

Panik Bozukluk maliyeti yüksek, ciddi yeti yitimlerine neden olan, kronik gidişli bir hastalıktır. Diğer ruhsal hastalıklarla birlikteliği, alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar ve yüksek özkıyım girişi riski nedeniyle ortaya çıkan sosyal ve ailesel işlevlerdeki bozulmalar PB'nun önemini arttırmaktadır.

Yapılan birçok klinik araştırmada PB hastalarının %8- %13'ünün alkol kullanmakta olduğunu gösterilmiştir^{7,10,12,30,32,34,50}. Bu çalışmada PB olgularının %15.2'sinde alkol kullanımının olduğu saptanmıştır. Depresyonu olan olgularda ise bu oran %3.8 olarak saptanmıştır. PB olgularında alkol kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular literatür ile uyum göstermekteydi. PB bozukluğu olan hastaların depresyon hastalarına göre alkol kullanımının daha fazla olması, hastaların alkolü panik atakları tedavi (self medication) etmek için kullandıkları bir yöntem olarak düşünüldü.

Klinik çalışmalar PB'nda eş tanı oranlarının %51-90,4 arasında değiştiğini göstermiştir^{2,7,12,53}. Bu çalışmada PB'ta eştanı oranını literatürle uygun bir şekilde %76.1 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda panik bozukluk ve komorbid depresyonu olan olgularda daha uzun hastalık dönemi, daha şiddetli anksiyete belirtileri, daha sık panik ataklar ve daha fazla fobik kaçınma gösterdikleri gözlenmiştir⁵³. Bu literatür bulgularıyla uyumlu olarak çalışmamızda da Panik Bozukluğa diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği durumlarda yaşam kalitesi ve iş üretkenliğinin de daha fazla bozulduğunu saptadık.

Yapılan birçok çalışmada ilk panik atağın öncesinde stresli yaşam olaylarının bulunduğu bildirilmiştir^{29,30,31,32,33,34,35}. Finlay-Jones ve Brown (1981), yakın bir kişinin yitilmesi ya da yitirme tehdidi ile anksiyete gelişimi arasında özgün bir ilişki bulunduğunu kaydetmişlerdir³⁰. Faravelli ve Pallanti (1989) PB gelişiminden önce bu hastaların, stres yaratan olumsuz bir yaşam olayı ile çok sık karşılaştıklarını iletmişlerdir³⁵. Bizim yaptığımız bu çalışmada atak öncesi atağı başlatan stres etkeni, hastaların %82.6'sında mevcuttu.

Panik bozukluk hastaları, yaşadıkları belirtiler nedeniyle sıklıkla psikiyatri dışı hekimlere başvurumaktadırlar^{8,13,45}. Yaptığımız bu çalışmada, PB olgularının

%34,8'inde son bir ayda 3 ya da daha fazla psikiyatri dışı hekime gittiklerini tespit ettik (Tablo 2). Bu oran hem depresyon hem de kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla idi.

Agorafobi, panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması halinde kişinin yalnız kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da bir yeti yitimi durumunda yardımın gelemeyeceği topluma açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyması şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi bu durum ve yerlerle karşılaştığında yoğun bir anksiyete ve kaçma isteği duymaktadır^{7,10,12}. Panik bozukluğu tanısı alan hastaların en az 1/3'ünde tabloya agorafobi eşlik etmektedir. Agorafobili panik bozukluğu hastalarında birden çok (ortalama 4-5 duruma yönelik) fobik kaçınma saptanmaktadır^{6,7,10}. Agorafobi işe gitmede, ev işlerini yapmada, sosyal ilişkileri sürdürmede zorluklar yaratarak toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır. Ağır agorafobilerde, hastalar, eve ve aile bireylerine giderek bağımlı hale gelir. Buna bağlı olarak aile sistemi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Agorafobik kaçınma davranışları gösteren olgularda, olmayanlara göre daha şiddetli bulgular görüldüğü ve hastalığın daha uzun süre devam ettiği gözlenmiştir.^{1,2,5,6,7,10,12}. Çalışmamızda, agorafobili panik bozuklukta, agorafobi olmayan gruba göre Panik Agorafobi, Hamilton Anksiyete ve Hamilton Depresyon ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldıkları ve yaşam kalitesi ve iş üretkenliğinin de daha belirgin bozulduğu belirlenmiştir.

Bir hastalığın, kişinin yaşamı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi sadece hastalık şiddeti ile değil, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesindeki bozulmanın değerlendirilmesiyle mümkün olabilmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojik durumu, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur. Bu çerçevede, bireyin “kendini iyi hissetmesi”, “yaşamdan doyum sağlaması” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının öznel boyutunu oluştururken; “bağımsız yaşayabilme”, “kişiler arası ilişkiler”, “üretken olma” gibi ifadeler kavramın nesnel boyutunu oluşturmaktadır¹¹. Son zamanlarda yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçek SF 36'dır. İki boyutu değerlendirir; Ruhsal sağlık ve fiziksel sağlık ve bunların her birinin 4 alt grubu vardır (yani toplam sekiz); fiziksel işlevsellik, fiziksel sağlık problemlerine bağlı işlev kısıtlılıkları, bedensel ağrı, sosyal işlevsellik, genel ruhsal sağlık, duygusal sorunlara bağlı işlev kaybı, yaşam ve

genel sağlık algılaması, bulunmaktadır^{83,88,96,101}. Yaşam kalitesinin bozulması, sağlıkla ilgili ciddi kaygılar, mali sorunlar, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmalar ümitsizliğe neden olup öz kıyım riskini arttırabilmektedir⁵⁶. Hollifield ve arkadaşları, sağlıklı kontrol grubuna göre panik bozukluk hastalarında SF-36 alt ölcekleri olan genel sağlık, mental sağlık ve fiziksel fonksiyonlar yönünden daha fazla bozulma olduğunu bildirmişlerdir⁹⁸. Bu araştırmada da, panik bozukluğun (agorafobili ya da agorafobisiz), yaşam kalitesini sağlıklı kontrol grubuna göre olumsuz etkilediği belirlendi.

Panik bozukluğu olgularında kontrol grubuna göre (fizik fonksiyonlar dışında) yaşam kalitesi belirgin oranda bozulmuştu. Benzer şekilde depresyon olgularında kontrol grubuna göre yaşam kalitesi tüm alt gruplarda belirgin oranda bozulmuştu. Panik bozukluk olguları agorafobisiz ve agorafobili panik bozukluk olarak ikiye ayrılıp incelendiğinde agorafobili panik bozukluk grubunun enerji, duygusal rol güçlüğu, ve ruhsal sağlık alt tipleri dışında yaşam kalitesini agorafobisiz panik bozukluğa göre daha fazla oranda bozmaktaydı. Depresyonda yaşam kalitesi panik grubuna göre enerji, sosyal fonksiyon, duygusal rol güçlüğu ve ruhsal sağlık alt birimlerinde anlamlı olarak bozulmuştu.

Sonuç

Hem panik bozukluk hem de depresyon yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemekteydi. Ancak depresyon panik bozukluğa göre yaşam kalitesini daha yüksek oranda etkiliyordu. Panik bozukluğu olgularını agorafobisiz ve agorafobili panik bozukluk olarak ikiye ayrılıp depresyonla kıyaslandığında agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğun en az depresyon kadar yaşam kalilitesini olumsuz etkilediğini belirledik. Bu nedenle panik bozukluğun agorafobi eklenmeden önce yakalanması ve tedavi edilmesi bireyin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini önlemek açısından önem kazanmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. **Güleç C, Köroğlu E.** *Temel Psikiyatri Cilt 1.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.
2. **Atalay ND, Bayraktar E .** *Panik Bozukluk.* İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 141, 1992.
3. **Sevin BH.** Mitral valve prolapse, panic states and anxiety. *Psyciatr Clin. North Am.* 1987;10:1,141-150.
4. **Katerndahl DA, Realini JP.** Lifetime prevalence of panic states. *Am. J. Psychiatry*, 1993; 150: 246-249.
5. **Köroğlu E (çeviren).** *Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV),* Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1994
6. **Angst J.** Panic Disorder: History and epidemiology. *Eur.Psychiatry*, 1998; 13(suppl.2): 51-55
7. **Kaplan HI, Sadock BJ.** *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry.* Baltimore: 1998: 594-602
8. **Aronson TA, Logue CM.** Phenomenology of Panic attack : a descriptive study of panic disorder patients' self reports. *J Clin. Psychiatry*, 1988 ; 49: 8-13
9. **Davidson JRT.** The long-term treatment of the panic disorder. *J.Clin. Psychiatry*, 1998; 59(suppl.8): 17-21
10. **Kaplan Harold I, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Anxiety Disorders.* Williams and Wilkins, 1995
11. **Ceylan ME, Yazan B.** *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 3.Cilt, Anksiyete Bozuklukları.* 1.Baskı, 2000.
12. **Atalay ND, Bayraktar E.** *Panik Atağı ve Panik Bozukluk.* Anksiyete Monografıları 6, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995: 225-254.
13. **Dager SR, Khan A, Corness KA ve ark.** Mitral valve prolapse and the anxiety disorders. *Hosp Com Psychiatry*, 1988; 39(5):517-531
14. **Fyer AJ, Mannuzza S, Copland JD.** *Panic Disorders and agoraphobia, In Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI Vol 1(Eds:Kaplan HI, Sadock BJ.)* Williams and Wilkins, Baltimore, 1995; 1191-1204
15. **Klein RG.** Adult consequences of childhood separation anxiety disorders. In Macher JQ Crocq (eds). *New Prospects in psychiatry/ the Bioclinical Interface I.* Amsterdam: Elsevier Science, 1992.
16. **Klein RG.** Is panic disorder associated with childhood separation anxiety disorder? *Clin. Neuropharmacol*, 1995; 18. suppl:17-14.
17. **Pollak MH, Otto MW et al.** Longitudinal course of panic disorder : Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry*, 1990; 51: 12-16
18. **Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA et al.** Behavioural inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Rev Psychiatry*, 1993; 1: 2-16

19. **Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S et al.** Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, **1994**; 151: 927-929
20. **Silove D, Manicavasagar V.** Adults who feared school: Is early separation anxiety specific to pathogenesis of panic disorder? *Acta Psychiatry Scand*, **1993**; **88**: 390
21. **Silove D, Manicavasagar Y, O'Connell D et al.** Reported early separation anxiety symptoms in patients with panic and generalised anxiety disorders. *Aust N Z Psychiatry*, **1993**; **27**: 487-494.
22. **SiloveD, Harris M, Morgan A et al.** Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychol Med*, **1995**; **25**: 405-411
23. **Kagan J, Reznick JS, Clarke C et al.** Behavioural inhibition to the unfamiliar. *Child Dev*, **1984**; **55**: 2212-2225
24. **Rosenbaum JF, Biederman J, Gersten M et al.** Behavioural inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, **1988**; **45**: 463-470
25. **Biederman J, Rosenbaaum JF, HirsfeldMA et al.** Psychiatric correlates of behavioural inhibition in young children of parents with without psychiatric disorders.*Arch Gen Psychiatry*, **1990**; **47**: 21-26.
26. **Reznick JS, Kagan J, Snidman N et al.** Inhibited and unhibited children: A follow-up study. *Child Dev*, **1986**; **51**:660-680.
27. **Last CG, Hersen M, Kazdin A et al.** A family study of childhood anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, **1991**; **48**:928-934.
28. **Turner SM, Beidel DC, Costello A.** Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *J Consult Clin Psychol*, **1987**; **55**: 229-235.
29. **Klein DF.** Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacol*, **1964**; **5**: 397-408.
30. **Finaly-Jones R, Brown GW.** Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol Med*, **1981**; **11**: 803-815.
31. **Raskin M, Peeke HVS, Dikman W et al.** Panic and generalized anxiety disorders: Developmental antecedents and precipitants. *Arch Gen Psychiatry*, **1982**; **39**: 587-589
32. **Roy-Byrne P, Geraci M, Uhde T.** Life events and the course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, **1986**; **143**:1033-1035.
33. **Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde T.** Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry*, **1986**; **143**: 1424-1427.
34. **Faravelli C.** Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affective Disord*, **1985**; **9**: 103-105.
35. **Faravelli C, Pallanti S.** Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*, **1989**; **146**: 622-626.
36. **Boulenger JP, Bisserbe JC.** Clinical efficacy of selective anxiolytic compounds. *Clin Neuropsychopharmacol*, **1992**; **15**(1):Pt A: 529A-530A.

37. **Hallarm RS.** Agoraphobia : A critical review of the concept. *Br J Psychiatry*, 1978; 133: 314-319.
38. **Klein DF.** Anxiety reconceptualised. In Klein DF, Raskin J (eds) *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York: Raven Press, 1981.
39. **Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK et al.** The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, 1989; 154: 823-828.
40. **Harris EL, Noyes R, Crowe RR et al.** Family study group of agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry*, 1983; 40: 1061-1064.
41. **Kessler RC, Davis CG, Kendler KS.** Childhood adversity and adult psychiatric disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 1997; 27(5): 1001-1019.
42. **Young EA, Abelson JL, Curtis JC.** Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 1997; 5(2): 66-72.
43. **Saunders BE, Villepontaux LA, LiipovskyJA et al.** Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Interpersonal Violence*, 1992; 7: 189-204.
44. **Swanston HV, TebbuttJS, O'Toole BJ, Oates RK.** Sexually abused children 5 years after presentation: A case-control study. *Pediatrics*, 1997; 100(4): 600-608.
45. **Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ.** Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*, 1994; 151(3): 413-420.
46. **Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein S.** A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1989; 146: 148-161.
47. **Grove G, Coplan JD, Hollender E.** The neuroanatomy of 5-HT dysregulation and panic disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1997; 9: 198-207.
48. **Stein MB, Uhde TW.** *Biology of anxiety disorders. Textbook of Psychiatry*, Hales RE, Yudovsky SC, Talbott JA (eds.) 2.Baski. Washington, DC: American psychiatric Press. 1994.
49. **Başoğlu M.** The relationship between panic disorder and agoraphobia. Burruws GD, Roth M, Noyes RJ(eds.). *Handbook of Anxiety*, Vol. 5. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1992.
50. **Keller MB, Hanks DL.** Course and outcome in panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 1993; 17: 551-570.
51. **Maier W. Buller R.** The course of panic attacks and agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45: 501.
52. **Lepine JP, Chignon JM, Teherani M.** Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50: 144-149.
53. **NoyesR, Reich J, Christiansen J et al.** Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 1990; 47: 809-818.
54. **Markowitz JS, Weissman MM, Oullette R et al.** Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiaatry*, 1989; 46: 984-992.
55. **Sherbourne CD, Walls KB, Judd LL.** Functioning and well being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1996; 153(2): 213-218.

56. **Katerndahl DA, Realini JP.** Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1997; 58(4) : 153-158.
57. **Goisman RM, Warshaw MJ, Steketee GS et al.** DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry*, 1995; 152(10): 1438-1443.
58. **Klerman GL, Weissman MM, Ouellette Ret al.** Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assos*, 1991; 265(6): 742-746.
59. **Stein MB, Tancer ME, Uhde TW.** Major depression in patients with panic disorder: Factors associated with course and reoccurrence. *J Affect Disord*, 1990; 19: 287-296.
60. **Van Valkenburg C, Akiskal HS, Puzantian V, Rosenthal T.** Anxious depressions: clinical, family history and naturalistic outcome: comparison with panic and major depressive episode. *J Affect Disord*, 1984; 6:67-82.
61. **Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathac D.** Comparison of primary and secondary panic disorder: A preliminary report. *J Affect Disord*, 1993; 27: 81-86.
62. **Segui H, Salvador R, Canet J et al.** Comorbidity of panic disorder and social phobia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1995; 23(2):43-47.
63. **Anxiety Disorders: An introduction to clinical management and research.** Edited by Eric J.L. Griez, Carlo Faravelli, David Nutt, Joseph Zohar 2001.
64. **Munjack M, Moss HB.** Affective disorders and alcoholism in family of agoraphobics. *Arch Gen Psychiatry*, 1981; 38: 869-871.
65. **Cox BJ, Norton R, Dorward J, Fergusson PA.** The relationship between panic attacks and chemical dependencies. *Addict Behav*, 1989; 14: 53-60.
66. **Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J et al.** Is the course of panic disorder the same in the women? *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 596-602.
67. **Cowley DS, Flick SN, Roy-Byrne PP.** Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study. *Depress Anxiety*, 1996; 2: 13-21.
68. **Pollack MH, Otto MW, Sabatino S et al.** Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry*, 1996; 153: 376-381.
69. **Massion AO, Warshaw MG, Keller MB.** Quality of life and Psychiatric Morbidity in Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry*, 1993; 150: 4-600-607.
70. **Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ.** One-month prevalence of mental disorders in United States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45:977-986
71. **Pichot P.** Nosological models in psychiatry. *Br J Psychiatry*, 1994; 164:232-240
72. **Klerman GL.** *Approaches to the phenomenia of comorbidity, in Comorbidity of Mood and Anxiety disorders.* Edited by Maser JD, Cloninger CR. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990, pp 13-37.
73. **Klein DF, Fink M.** Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry*, 1962; 119:432-438.

74. **Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R.** Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, 1972; 26:57-63
75. **Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins JD, Klerman GL, Williams GH.** The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J Med*, 1986; 314:1657-1664.
76. **Spilker B.** *Introduction, in Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* Edited by Spilker B Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996, pp 1-10.
77. **Gill TM, Feinstein AR.** A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 1994; 272:619-626.
78. **Palmore E, Luikart C.** Health and social factors related to life satisfaction. *J Health Soc Behav*, 1972; 13:68-80.
79. **Larson R.** Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J Gerontol*, 1978; 33:109-125.
80. **Gerin P, Dazord A, Biossel J, Chifflet R.** Quality of life assessment in therapeutic trials: rationale for and presentation of a more appropriate instrument. *Fundam Clin Pharmacol*, 1992; 6:263-276.
81. **Ware JE Jr.** Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis*, 1987; 40:473-480.
82. **Patrick DL, Erickson P.** What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr*, 1988, 7: 53-63.
83. **Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S.** A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results Cancer Res*, 1988; 111:231-249.
84. **Aaronson NK.** Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. *Control Clin Trials*, 1989; 10(4 suppl):195S-208S.
85. **Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51:8-19.
86. **Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL.** Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46:984-992.
87. **Guyatt GH, Eagle DJ, Sackett B, Willian A, Griffith L, McIlroy W, Patterson CJ, Turpie I.** Measuring quality of life in the frail elderly. *J Clin Epidemiol*, 1993; 46:1433-1444.
88. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), I: conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992; 30:473-483.
89. **Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R.** Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*, 1993; 29:321-326.
90. **Weissman MM, Prusoff BA, Thompson WD, Harding PS, Myers JK.** Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis*, 1978; 166:317-326.

91. **Sheehan DV.** The Anxiety Disease. New York, Charles Scribner's Sons, 1983.
92. **Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Jhonson J, Greenwald S.** Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. *JAMA*, 1991; 265:742-746.
93. **Gelder MG.** Panic disorder: fact or fiction? *Psychol Med*, 1989; 19:277-283.
94. **Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU; Magee WJ.** Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*, 1994; 151:413-420.
95. **Katon W, Hollifield M, Chapman T, Mannuzza S, Ballenger J, Fyer A.** Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res*, 1995; 29:121-131.
96. **McDowell I, Newell C.** Measuring health : A guide for rating scales and questionnaires, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996.
97. **Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL.** Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1996; 153: 213-218.
98. **Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballinger JC, Mannuzza S, Fyer AJ.** Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *Am J Psychiatry*, 1997; 154:766-772.
99. **Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschultz RC, Lubeck DP, Buesching DP.** The functioning and well-being of patients with unrecognised anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*, 1997; 43:105-119.
100. **Candilis PJ, McLean RY, Otto MW, Manfro GG, Worthington JJ III, Penave SJ, Marzol PC, Pollack MH.** Quality of life in patients with panic disorder. *J Nerv Ment Dis*, 1999; 187:429-434.
101. **Jacobs RJ, Davidson JR, Gupta S, Meterhoff AS.** The effects of clonazepam on quality of life and work productivity in panic disorder. *Am J Manag Care*, 1997; 3:1187-1196.
102. **Mavissakalian MR, Perel JM, Talbott-Green M, Sloan C.** Gauging the effectiveness of extended imipramine treatment for panic disorder with agoraphobia. *Biol Psychiatry*, 1998; 43:848-854.
103. **Pohl RB, Wolkow RM, Clary CM.** Sertraline in treatment of panic disorder: a double-blind multicenter trial. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 1189-1195
104. **Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Manfro GG, Wolkow R.** Sertraline in treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55:1010-1016.
105. **Leclercq Y, Judge R.** Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. *Acta Psychiatr Scand*, 1997; 95:153-160.
106. **Michelson D, Lydiard RB, Pollack MH, Tamura RN, et al (Fluoxetine Panic Disorder Study Group).** Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder: evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo. *Am J Psychiatry*, 1998; 155:1570-1577.

107. **Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez TL, Jacquin KM, Harrington PJ.** Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J Consult Clin Psychol*, 1995; 63:823-830
108. **Kessler RC, Frank RG.** The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med*, 1997; 27:861-873.
109. **Olfson M, Broadhead WE, Weissman MM, Leon AC, et al.** Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53:880-886.
110. **Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, et al.** Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 1734-1740.
111. **Katsching H.** How usefull is the concept of quality of life in psychiatry. Quality of life in Mental Disorders, H Katsching, H Freeman, N Sartorius (Ed), England: John Wiley&Sons, 1999 s.3-16.
112. **Katsching H.** Schizophrenia and Quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; 102 (suppl 407): 33-37.
113. **Mendlowicz MV, Stein MB.** Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*, May 2000; 157: 5.
114. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ.** The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54: 305-309.
115. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
116. **Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B.** SF-36 Health Survey: Manual and interpretation Guide. New England Medical Center, Boston, 1993.
117. **Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, Hsu MA, Damiano AM, Goss TF.** Comparison of responses to SF-36 Health Survey questions with one-week and four-week recall periods. *Health Serv Res* 1997; 32: 367-384
118. **Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A.** SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999.
119. **Brazier JE, Harper R, Jones NMB ve ark.** Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: New outcome measure for primary care. *BMJ* 1992; 305: 160-4,
120. **Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ.** Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1997; 24: 511-7.
121. **Bandelow B** Assessing the efficiacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*, 1995; 10: 73-81
122. **Bandelow B, Broocks A, Meyer T ve ark.** The panic and agoraphobia scale: an instrument sensitive to differences between treatment modalities. *Eur neuropsychopharmacol*, 1998; 8 (suppl 2): S268-S270.
123. **Tural U, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B:** Panik ve Agorafobi Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(1): 29-39.

124. **Yazıcı MK, Demir B.** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi* **1998**; 9(2): 114-117
125. **Dilbaz N, Özen AR:** Venlafaksin'in Majör Depresyonda etkinlik ve emniyeti; ümitsizlik intihar düşüncesi ve anksiyete üzerine etkisi: Bir açık çalışma : *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*: **1999**; 9: 197-202.
126. **Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD ve ark.** Hamilton Anxiety Rating Scale interview guide: Joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Res*, **1994**; 53: 191-202
127. **Endicott J ve Nee J.** Endicott Work Productivity Scale (EWPS): A new measure to assess treatment effects, *Psychopharmacol Bull* **1997**; 33 (1): 13-6
128. **Uğuz Ş, İnanç BY, Yerlikaya EE, Aydın H.** Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği'nin (EİÜÖ) Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 15(3): 209 - 214
129. **Hamilton M.** A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **1960**, 23:56-62.
130. **Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark.** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* **1996**, 4: 251-259.
131. **Rezaki M, Rezaki B, Tek C ve ark.** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: bazı psikometrik özellikleri ve ICD-10 depresyon tanısı ile karşılaştırması. 2. Bahar Sempozyumu, Poster Bildiri **1998**.

8. EKLER

HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik.)

0. yok
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığını ceza olarak görüyor. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. “Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok
 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
- 7.Çalışma ve aktiviteler
0. Herhangi bir sorun yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor.
 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.
- 8.Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma).
0. Düşünce ve konuşması normal.
 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
 4. Tam stuporda.
- 9.Ajitasyon
0. Yok
 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
 2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
- 10.Psişik anksiyete
0. Herhangi bir sorun yok.
 1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
 2. Küçük şeylere üzülüyor.
 3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
- 11.Somatik anksiyete
0. Yok

1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli

12.Gastrointestinal somatik semptomlar

0. Yok
1. İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor yada ilaca ihtiyaç duyuyor.

13.Genel somatik semptomlar

0. Yok
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok
1. Hafif
2. Şiddetli
3. Anlaşılamadı.

15.Hipokondriaklık

0. Yok
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriaklık delüzyonları.

16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok
1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B.Psikiyatr tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama

1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama

17.Durumu hakkında görüşü.

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olmasına bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.



HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlara başa çıkması önemli çabalar gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

	<u>BİRİNİ İŞARETLEYİN</u>				
1. Anksiyeteli mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite	0	1	2	3	4
2. Gerilim: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama	0	1	2	3	4
3.Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, hayvanlardan, yalnız bırakılmaktan, trafik ve kalabalıktan	0	1	2	3	4
4.Uykusuzluk: Uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları	0	1	2	3	4
5. Entelektüel (Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6.Depresif mizaç: İlgi yitimi, depresyon, hobilerden zevk alamama, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar	0	1	2	3	4
7.Somatik (Müsküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duygusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4
9.Solunum Semptomları: Göğüste baskı ya da sıkışma,	0	1	2	3	4

boğulma duygusu, iç çekme, dispne.

10.Gastrointestinal Semptomlar: Yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.

11.Genitoüriner Semptomlar: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.

12.Otonomik Semptomlar: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.

13.Görüşme sırasında davranış: Yerinde duramama, huzursuzluk

ya da gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme ya da hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.

Toplam Puan:

Psişik (1,2,3,5,6)

Somatik

(4,7,8,9,10,11,12,13)

PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ . GÖZLEME ANKETİ

Son haftayı değerlendirin

A.Panik atakları

A.1.Panik atağı sıklığı

0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı
1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu
2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu
3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu
4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu

A.2.Şiddet

0. Panik atağı olmadı
1. Ataklar genellikle çok hafif şiddetliydi
2. Ataklar orta derecede şiddetliydi
3. Ataklar epeyce şiddetliydi
4. Ataklar çok şiddetliydi

A.3.Panik ataklarının her birinin ortalama süresi

0. Panik atağı olmadı
1. 1-10 dakika arası sürdü
2. 10 dakikadan çok, 1 saatten az
3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü
4. 2 saatten daha uzun sürdü

U. Ataklardan çoğu beklenen ataklar mı (korkulan durumlarda mı ortaya çıkıyor) yoksa beklenmedik (kendiliğinden) mi?

5. Çoğunlukla beklenmedik
1. Beklenmedikler beklenenlerden çoğunlukta
2. Bazısı beklendik, bazısı beklenmedik
3. Beklenenler beklenmediklerden çok
4. Çoğunlukla beklendik

B.Agorafobi, kaçınma davranışı

B.1.Kaçınma davranışı sıklığı

0. Hiç kaçınma yok (ya da agorafobi yok)

- 1.Korku yaratan durumlardan oldukça nadir kaçınma
- 2.Korku yaratan durumlardan bazen kaçınma
- 3.Korku yaratan durumlardan sık sık kaçınma
- 4.Korku yaratan durumlardan her zaman kaçınma

B.2.Kaçınılan durum sayısı

- 0.Hiç (ya da agorafobi yok)
- 1.1durum
- 2.2-3durum
- 3.4-8durum
- 4.Pek çok farklı durumda ortaya çıkıyor.

B.3.Kaçınılan durumların önemi

- 0.Önemli değil
- 1.Çok az önemli
- 2.Orta derecede önemli
- 3.Epeyce önemli
- 4.Çok önemli

C.Beklenti anksiyetesi ya da korkudan korkmak

C.1.Beklenti anksiyetesinin sıklığı

- 0.Hiç beklenti anksiyetesi yok
- 1.Panik atağı geçirmekten duyulan korku oldukça nadir
- 2.Panik atağı geçirmekten duyulan korku bazen
- 3.Panik atağı geçirmekten duyulan korku sık sık
- 4.Panik atağı geçirmekten duyulan korku her zaman

C.2.Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.Yeti Yitimi

D.1.Aile ilişkilerinde yeti yitimnin (eş, çocuklar vb.) şiddeti

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.2.Sosyal ilişkiler ve boş zamanları değerlendirmede (sinema, sosyal olaylar vb.) yeti yitimnin şiddeti

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.3.İş yaşamı ve evdeki sorumluluklardaki yeti yitimnin şiddeti

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

E.Sağlık konusunda endişe

E.1.Sağlığa zarar geleceği konusunda endişe. Hastanın bedensel zarara uğrayacağı endişesi

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

E.2.Organik hastalık inancı. Hastanın anksiyete semptomlarının psikolojik değil de somatik nedenli olduğunu düşünmesi.

- 1.Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
- 2.Oldukça nadir

3.Bazen

4.Sık sık

5.Her zaman

Toplam Puan (U hariç tüm başlıklara ait puanları toplayın)



PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ. HASTA ANKETİ

A.1.Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

- 0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı
- 1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu
- 2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu
- 3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu
- 4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu

A.2.Geçen hafta içinde panik ataklarınız ne şiddetteydi?

- 0. Panik atağı olmadı
- 1. Ataklar genellikle çok hafif şiddetliydi
- 2. Ataklar orta derecede şiddetliydi
- 3. Ataklar epeyce şiddetliydi
- 4. Ataklar çok şiddetliydi

A.3.Panik atakların her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

- 0. Panik atağı olmadı
- 1. 1-10 dakika arası sürdü
- 2. 10 dakikadan çok, 1 saatten az
- 3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü
- 4. 2 saatten daha uzun sürdü

U. Ataklardan çoğu beklenen ataklar mıydı (korkulan durumlarda mı ortaya çıkıyor) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mı ortaya çıkıyordu?

- 0. Çoğunlukla beklenmedik
- 1. Beklenmedikler beklenenlerden çoğunlukta
- 2. Bazısı beklendik, bazısı beklenmedik
- 3. Beklenenler beklenmediklerden çok
- 4. Çoğunlukla beklendik

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz ya da rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

- 0. Hiç kaçınma yok (ya da panik ataklarının nerede olacağı belli olmuyor)
- 1. Oldukça nadir kaçındım

- 2.Bazen kaçındım
- 3.Sık sık kaçındım
- 4.Her zaman kaçındım

B.2.Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz ya da rahatsız olduğunuz durumları işaretleyin

- 1.Uçaklar
- 2.Metro
- 3.Otobüsler, trenler
- 4.Gemiler
- 5.Tiyatrolar,sinemalar
- 6.Süpermarketler
- 7.Kuyrukta beklemek
- 8.Konser salonları, stadyumlar
- 9.Parti ya da sosyal toplantılar
- 10.Kalabalıklar
- 11.Lokantalar
- 12.Müzeler
- 13.Asansörler
- 14.Kapalı yerler (tünel gibi)
- 15.Sınıflar, konferans salonları
- 16.Otomobile binmek ya da sürmek (örneğin trafik sıkışıkken)
- 17.Geniş salonlar (lobiler)
- 18.Sokakta yürümek
- 19.Tarlalar, geniş caddeler, avlular
- 20.Yüksek yerler
- 21.Köprülerden geçmek
- 22.Evden uzaklara gitmek
- 23.Evde tek başına kalmak

Diğer durumlar

- 24.....
- 25.....
- 26.....

B.3.Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

- 0.Önemli değil (ya da kaçınma yok)
- 1.Çok az önemli
- 2.Orta derecede önemli
- 3.Epeyce önemli
- 4.Çok önemli

C.1.Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

- 0.Hiçbir zaman korkum olmadı
- 1.Oldukça nadiren korktum
- 2.Bazen korktum
- 3.Sık sık korktum
- 4.Her zaman korktum

C.2.Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.1.Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

- 0.Bozulma yok
- 1.Çok az bozulma oldu
- 2.Orta derecede bozulma oldu
- 3.Epeyce bozulma oldu
- 4.Çok şiddetli bozulma oldu

D.2.Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz toplumsal yaşamınız ya da boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya ya da bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

- 0.Bozulma yok
- 1.Çok az bozulma oldu
- 2.Orta derecede bozulma oldu
- 3.Epeyce bozulma oldu

4.Çok şiddetli bozulma oldu

D.3.Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz iş ya da evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

0.Bozulma yok

1.Çok az bozulma oldu

2.Orta derecede bozulma oldu

3.Epeyce bozulma oldu

4.Çok şiddetli bozulma oldu

E.1.Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (ör kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak, yaralanmak) endişesi yaşadınız mı?

0.Yok

1.Çok az

2.Orta derecede

3.Epeyce

4.Çok şiddetli

E.2.Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

1.Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)

2.Oldukça nadir

3.Bazen

4.Sık sık

5.Her zaman(daha çok organik bir hastalıktır)

B.2.Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin

Korkulan durum yoksa= 0 puan

1 durum= 1 puan

2-3 durum= 2 puan

4-8 durum= 3 puan

8 durumdan çoksa= 4 puan

Toplam Puan (U hariç tüm başlıklara ait puanları toplayın)

SF-36 SAĞLIK TARAMASI

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinize ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

1. Genel Olarak Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

Mükemmel.....	1
Çok iyi.....	2
İyi.....	3
Fena değil.....	4
Kötü.....	5

2. Geçen Seneyle Karşılaştırıldığında Şimdi Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....	1
Bir yıl önceye göre daha iyi.....	2
Hemen hemen aynı.....	3
Bir yıl önceye göre daha kötü.....	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü.....	5

3. Aşağıdaki normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

FAALİYETLER	Evet Oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a)Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b)Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c)Çarşı-Pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d)Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e)Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f)Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g)Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h)Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i)Yüz metre yürümek	1	2	3
j)Yıkanmak yada giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay(4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a.İş ya da dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler,temizlenmeyen ev gibi.....)	1	2
c.Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d.İş yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

- 5.Geçtiğimiz bir ay (4 hafta)içerisinde veya diğer faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü yada kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a.İş ya da dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi.....)	1	2
c.İş yada diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapmamak	1	2

- 6.Son bir ay (4 hafta)içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz.aileniz,arkadaşlarınız,komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

(birinin etrafına daire çizin)

Hiç.....1
Biraz.....2
Orta derece.....3
Epeyce.....4
Çok fazla.....5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

(birinin etrafına daire çizin)

- Hiç.....1
Çok hafif.....2
Hafif.....3
Orta hafiflikte.....4
Aşırı derecede.....5
Çok aşırı derecede.....6

8. Son bir ay(4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize(ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? (birinin etrafına daire çizin)

- Hiç olmadı.....1
Biraz.....2
Orta derecede.....3
Epey.....4
Çok fazla.....5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı-

(Her satırda bir sayının etrafını daire çizersiniz)

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a.Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b.Çok sinirli bir kişi olduğunuz?	1	2	3	4	5	6
c.Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d.Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e.Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f.Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g.Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h.Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
ı.Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınıza yada duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (birinin etrafına daire çizin)

Her zaman.....1
Çoğu zaman.....2
Bazen.....3
Çok ender.....4
Hiçbir zaman.....5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla doğru	bilmiyorum	Çok kere yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hasta olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
b. Bende tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

ENDICOTT İŞTE ÜRETKENLİK ENDEKSİ (EWPS)

Haftada kaç saat çalışmanız gerekir? Haftada ____ saat.

Son bir hafta içinde kaç saat çalıştınız? Haftada ____ saat.

Son bir hafta içinde yapmanız gereken işten geri kaldıysanız lütfen nedenlerini belirtiniz:

☐ İzinliydim (Tatil - bayram)

☐ Bedensel hastalığım vardı

(Lütfen açıklayınız)

☐ Moralin bozuktu, üzgündüm, sinirlerim gergindi

☐ Diğer

1. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işe geç kaldınız ya da işten erken çıktınız ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

2. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla öğle yemeğiniz ya da çay-kahve molanız normalden daha uzun sürdü ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

3. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışmanız gereken saatlerde çalışmadınız ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

4. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışmanız gereken saatlerde hayal kurduğunuzu, endişe duyduğunuzu ya da dalıp gittiğinizi farkettiliniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

5. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla hata yaptığınız ya da yeni baştan yapmanız söylendiği için bir işi, silbaştan yaptınız?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

6. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla yanlış yere koyduğunuz eşyaları, malzemeleri, kağıtları, telefon numaralarını vb. aramakla zaman kaybettiniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

7. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla birini telefonla aramayı unuttuğunuzu farkettiliniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

8. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla sizden istenenleri yapmayı unuttuğunuzu farkettiliniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

9. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla iş arkadaşlarınıza, patronunuza, amirinize, müşterilerinize, satıcılara ya da başkalarına kızıp sinirlendiniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

10. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işiniz sırasında başkalarına karşı tahammülsüz davrandınız ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

11. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla toplantılara katılmaktan kaçındınız ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

12. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla iş arkadaşları, müşteriler, satıcılar ya da amirlerinizle görüşmekten kaçındınız ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

13. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla sizin yaptığınız bir işi, iş arkadaşlarınızın silbaştan yapması gerekti ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

14. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla elinizdeki işe dikkatinizi vermekte zorlandınız ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

15. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışırken beklenmedik şekilde uyuyakaldınız ya da çok uykunuz geldi ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

16. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışırken kendinizi huzursuz hissettiniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

17. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işinizi daha düşük verimle yaptığınızı farkettiniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

18. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işinizi daha düşük kalitede yaptığınızı farkettiniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

19. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işe ilginizi kaybettiniz ya da işinizden sıkıldınız ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

20. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla yavaş çalıştınız ya da elinizdeki işleri bitirmeniz gerekenden uzun sürdü

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

21. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla amiriniz ya da iş arkadaşlarınız, size yapmanız gereken işleri hatırlattı ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

22. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla telefonlara cevap vermek istemediniz ya da geri aramayı ertelediniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

23. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işlerinizi düzenlemekte ya da hangi işi önce yapacağınıza karar vermekte güçlük çektiniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

24. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla yapmanız gereken işleri bitiremediniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman

25. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işinizi yapamayacak kadar bitkin hissettiniz ?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen
herzaman



9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Nazlı Çölkesen Alcan

Doğum Tarihi ve Yeri : 1975- Karataş

Medeni Durum : Evli

Adres : Reşatbey Mh. Stad Cd. Salih Bosna APT. A Blok
22/6 ADANA.

Telefon : 0 532 5248769

Fax : -

E-mail : -

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Varsa Mezuniyet Derecesi :-

Görev Yerleri : Ç.Ü.T.F. Psikiyatri ABD Balcalı/ADANA

Dernek Üyelikleri : Türkiye Psikiyatri Derneği

Alınan Burslar :-

Yabancı Dil(ler) : İngilizce

Diğer Hususlar :-