

T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

TANI ALMIŞ İLAÇ ALMAMIŞ DEPRESYON HASTALARINDA KOGNİTİF
İŞLEVLER

TEZİ YAZAN
Seda SALIK

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TARSUS/MERSİN
EYLÜ 2017

TEZ İMZA SÜRKÜLERİ

T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE

201510013 numaralı öğrencimiz olan **Seda KARAKURUMER** tarafından hazırlanan “**Tanı Almış İlaç Kullanmayan Depresyon Hastalarında Kognitif İşlevler**” başlıklı bu tez çalışması jürilerimiz tarafından **oy birliği** ile **PSİKOLOJİ** Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

.....
Üniv. İçi - Tez Danışmanı - Jüri Başkanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

.....
Üniv. İçi - 1. Yedek Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. İbrahim INAN

.....
Üniv. Dışı - Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK
(Çukurova Üniversitesi)

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.



11/09/2017

Doç. Dr. Murat KOÇ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

**“Bilgelik, ruha yerleřti mi bir kez, kendini evvela dıřa vurur insan yzünde
duraksamaksızın. İçsel huzur, dışsal huzur olarak yansır vücudun diğerk
organlarına.”**

Hermann Hesse

ETİK BEYANI

Öğrencinin

Adı – Soyadı: Seda SALIK

Numarası: 201510020

Ana Bilim / Bilim Dalı: Psikoloji

Programı: Tezli Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Tezin Adı: Tanı Almış İlaç Almamış Depresyon Hastalarında Kognitif İşlevler

Bu araştırmanın başlangıcından sonuçlanmasına kadar ki bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde hazırlanarak sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim sürecimde akademik bilgisinden, deneyimlerinden faydalandığım, bilgileri ile bana yol gösteren, desteğini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan mutlu ve gururlu olduğum değerli hocam Prof. Dr. Şükrü UĞUZ'a;

Yüksek Lisans eğitim sürecimde tanıdığım değerli hocalarım; Prof. Dr. Gülşah SEYDAOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK, Yrd. Doç. Dr. İbrahim İNAN ve Ayşe Şenay Koç'a;

Verilerin analizi için titizlikle çalışan bana yardımcı olan değerli hocam Emre Han Alpaz'a;

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğindeki çalışmaya katılan katılımcılara;

Çalışmama katkıda bulunan Adana Dr. Ekrem. Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına;

Evlatları olmaktan gurur duyduğum, bugünlere gelmemde maddi-manevi desteklerini esirgemeyen sevgili anneme ve babama;

Bu süreçte desteklerini benden esirgemeyen sevgili eşimin ailesine;

Tez sürecim boyunca yanımda olan değerli dostum Psk. Rabia Geyikçi'ye;

Son olarak her zaman yanımda, varlığıyla bana motivasyon kaynağı olan sevgili eşim Onur Salık'a teşekkür ederim.

ÖZET

TANI ALMIŞ İLAÇ ALMAMIŞ DEPRESYON HASTALARINDA KOGNİTİF İŞLEVLER

Seda SALIK

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

Eylül 2017, 102 sayfa

Bu araştırmada; majör depresyon bozukluğu olan hastaların kognitif işlevlerinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Yeni tanı alan depresyon hastalarının kognitif işlevleri, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Araştırma, vaka kontrol desenli bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran daha önce antidepresan kullanmamış depresyon hastaları oluşturmaktadır. Bu hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 20-49 yaş grubunda olan 44 kadın, 16 erkek toplam 60 kişi ise çalışma örneklemini oluşturmaktadır. Cinsiyet ve yaş bakımından benzer olan basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen depresyon tanısı almayan 17 kadın, 13 erkek toplam 30 kişiden kontrol grubu oluşturulmuştur.

Araştırmada veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve İz Sürme Testi (İST) kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgu depresyon tanısı alan hastaların karmaşık dikkat işlevlerindeki bozulmalarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuştur. DSM-V kriterlerine göre majör depresyon tanısı alan 60 hastanın İz Sürme Testinden aldıkları puanlar kontrol grubunun puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Majör depresif bozukluğu olan grubun İz Sürme Testinden aldıkları puanlar, 20-49 yaş, cinsiyet, eğitim düzeyine (5-11 yıl ve 12 yıl ve üzeri) göre karşılaştırılmıştır. İz Sürme Testi'nden alınan puanlar incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İz Sürme Testi'nde depresyonlu hastaların İST A Süre, İST B Süre olmak üzere tüm testi tamamlama süreleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha uzun olduğu bulunmuştur. Ayrıca MDB olan hastaların İST B bölümüne ilişkin hata ve

düzeltilme oranları kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İST puanları ile BDÖ puanı arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İST' den alınan puanların yaş ve cinsiyet değişkeni üzerine anlamlı bir farklılığı yokken, eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları majör depresyon bozukluğu olan hastaların kognitif işlevlerinde bozulma olduğu bulgusunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Majör depresif bozukluk, kognitif işlevler, karmaşık dikkat, akut faz, günlük yaşamdaki işlevsel bozukluklar.



ABSTRACT**COGNITIVE FUNCTIONS IN DRUG-FREE PATIENTS WITH MAJOR
DEPRESSİVE DİSORDER****Seda SALIK****Master Thesis, Department of Psychology****Supervisor: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ****September 2017, 102 pages**

This study was planned to evaluate the cognitive functions of patients with major depressive disorder. The cognitive functions of newly diagnosed depressive patients were compared with the healthy control group. The research was designed as a case-control study.

The population of the research was generated in Adana Dr. Ekrem Tok Mental Health and Disease Hospital Psychiatric Polyclinic with patients who have not used antidepressant before. Of these patients, 44 women and 16 men, aged 20-49, who agreed to participate in the study, constituted the study sample for a total of 60 participants. A simple random sampling method was used to construct a control group, similar to gender and age, consisting of 30 women and 17 men who did not receive the diagnosis of depression.

Personal Information Form, Beck Depression Scale (BDS) and Trail-Making Test (TMT) were used as data collection tools in the study.

According to findings in the study, it was found that the patients with depression diagnosis had more impairments in complex attention functions than the control group. Scores of the Trail-Making Test of 60 patients, who were diagnosed with major depression according to the DSM-V criteria, were compared with the scores of the control group. The scores of the group with major depressive disorder were compared according to the age of 20-49 years, gender and education level (5-11 years and over 12 years). A significant difference was found between two groups when scores of the Trail-Making Test were examined. Patients with depression were found to have significantly longer duration of completion of all sections in the Trail-Making Test than the control group, including TMT-A and TMT-B. In addition, it was determined that the patients

with MDD had more error and correction rates than the control group, regarding the TMT-B part. A positive correlation was also found between TMT and BDS scores. While TMT scores did not show any significant difference on age and gender variables, a significant difference was found according to education level.

The results of this study support the finding that cognitive functions of patients with major depressive disorder are impaired.

Key words: Major depressive disorder, cognitive functions, complex attention, acute phase, functional disorders in daily life.



İÇİNDEKİLER

KAPAK.....	i
TEZ İMZA SÜRKÜLERİ.....	ii
İTHAF.....	iii
ETİK BEYANI.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Arka Planı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Problemi.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi.....	4
1.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
1.6. Araştırmanın Sayıtları.....	5
1.7. Sınırlılıklar.....	6
1.8. Tanımlar.....	6

İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL TEMELLER VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	7
2.1. Depresyon.....	7
2.1.1. Depresyon Tanısı ve Klinik Özellikleri.....	8
2.1.2. Major Depresif Bozukluğun DSM-V Tanı Kriterleri.....	9
2.1.3. Depresyonun Cinsiyete Göre Dağılımı.....	11
2.1.4. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	12
2.1.5. Depresyonun Etiyolojisi.....	13

2.1.6. Depresyonla İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	14
2.1.6.1. Psikanalitik Kuram	14
2.1.6.2. Bilişsel Kuram	14
2.1.6.3. Davranışçı Kuram	15
2.1.6.4. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı	16
2.1.6.5. Umutsuzluk Kuramı.....	16
2.1.7. Depresyonun Tedavisi	17
2.1.7.1. Psikolojik Tedaviler.....	18
2.1.7.1.1. Psikoterapi	18
2.1.7.2. Biyolojik Tedavi Yöntemleri	19
2.2. Kognitif İşlevler	19
2.2.1. Dikkat.....	20
2.2.2. Bellek	21
2.3. Depresyondaki Kognitif İşlevler.....	22

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM	25
3.1. Araştırma Deseni / Modeli.....	25
3.2. Araştırmanın Örneklemi	25
3.3. Araştırmanın Yapılışı (Prosedür).....	25
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.4.1.1. Klinik Veri Toplama Aracı	26
3.4.1.2. Beck Depresyon Ölçeği	26
3.4.2. Nörokognitif Veri Toplama Aracı	27
3.4.2.1. İz Sürme Testi	27
3.5. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri	29
3.6. Araştırmanın Etiği.....	29
3.7. Verilerin Toplanması	30
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	30

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR	32
4.1. Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular.....	32
4.2. Vaka Grubu İstatistikleri.....	32
4.3. Kontrol Grubu İstatistikleri.....	36

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA VE YORUM	54
-----------------------------------	----

ALTINCI BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Sonuç	60
6.2. Öneriler	61
7. KAYNAKÇA	63
8. EKLER	73
8.1. Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	73
8.2. Ek-2: Kişisel Bilgi Formu.....	74
8.3. Ek-3: Beck Depresyon Ölçeği	75
8.4. Ek-4: İz Sürme Testi (A Formu Ön Sayfa).....	78
8.5. Ek-5: İz Sürme Testi Kullanım İzni.....	82
8.6. Ek-6: Etik Kurul Onay Belgesi.....	83
8.7.Ek-7: Anket İzni.....	84
9. ÖZGEÇMİŞ	87

KISALTMALAR LİSTESİ

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disord
EF	: Yürütücü (Kognitif) İşlevler
MDB	: Major Depresif Bozukluk
İST	: İz Sürme Testi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
KBF	: Kişisel Bilgi formu
APA	: American Psychiatric Association
NCS-R	: National Comorbidity Survey
WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektro- Konvülsif Tedavi
SPSS	: Sosyal Bilimlerde Kullanılan İstatistik Veri Analiz Paketi
Ss	: Standart Sapma

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Katılımcıların Yaş Aralığı İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	32
Tablo 2.	Cinsiyet Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	32
Tablo 3.	Medeni Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	33
Tablo 4.	Çocuk Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	33
Tablo 5.	Eğitim Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	33
Tablo 6.	Eğitim Durumu (Yıla Göre) Değişkeni İçin Frekans ve Yüzdeleri	34
Tablo 7.	Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	34
Tablo 8.	Evin Geçimini Sağlama Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	34
Tablo 9.	Sosyoekonomik Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	35
Tablo 10.	Uzun Süredir Yaşadığı Yer Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	35
Tablo 11.	Katılımcıların Yaş Aralığı İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	36
Tablo 12.	Cinsiyet Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	36
Tablo 13.	Medeni Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	36
Tablo 14.	Çocuk Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	37
Tablo 15.	Eğitim Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	37
Tablo 16.	Eğitim Durumu (Yıla Göre) İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	37
Tablo 17.	İş Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	38
Tablo 18.	Evin Geçimini Sağlama Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	38
Tablo 19.	Sosyoekonomik Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri.....	38
Tablo 20.	Kontrol Grubunun Uzun Süredir Yaşadığı Yer Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri	39
Tablo 21.	Kontrol ve Vaka Grubundaki Katılımcıların Testlerden Aldıkları Puanların Ortalamaları ve Standart Sapmaları.....	39
Tablo 22.	İz Sürme Testi Skorlarının Gruplara Göre Normallik Testi Sonuçları:.....	40
Tablo 23.	İz Sürme Testi Puanlarının Vaka ve Kontrol Gruplarına Göre T-Testi Sonuçları	40
Tablo 24.	İz Sürme Testi Puanları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon Analizi	41
Tablo 25.	İz Sürme Testi Skorlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırıldığı Göre T- Testi Sonuçları	42
Tablo 26.	İz Sürme Testi Skorlarının Eğitim Süresi Gruplarına Göre T-Testi Sonuçları	43

Tablo 27. İz Sürme Testi Skorlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu İle İlgili Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	44
Tablo 28. Vaka Grubu İz Sürme Testi A ve B Hata Puanlarına İlişkin Bulgular:.....	45
Tablo 29. Kontrol Grubu İz Sürme Testi A ve B Hata Puanlarına İlişkin Bulgular	45
Tablo 30. İz Sürme Testi Hata Puanlarının Vaka ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi	46
Tablo 31. Kontrol Grubundaki Katılımcıların İz Sürme Testi Alt puanlarının Eğitim Süresi Açısından Karşılaştırıldığı Mann Whitney U Testi Sonuçları	47
Tablo 32. İz sürme Testi Puanlarının Vaka ve Kontrol Grubundaki Erkek katılımcılar açısından karşılaştırılması	48
Tablo 33. Vaka ve Kontrol Grubundaki Kadın Katılımcıların İz Sürme Testi Puanlarına Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 34. Vaka ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların 5-11 Yıl Eğitim Süresi Açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 35. Vaka ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların 12 Yıl ve Üzeri Eğitim Süresi Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 36. Vaka ve Kontrol Grubundaki 20-29 Yaş Arasındaki Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması	50
Tablo 37. Vaka ve Kontrol Grubundaki 30-39 Yaş Arasındaki Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması	51
Tablo 38. Vaka ve Kontrol Grubundaki 40-49 Yaş Arasındaki Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması	52
Tablo 39. Vaka ve Kontrol Grubundaki Bekar Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	52
Tablo 40. Vaka ve Kontrol Grubundaki Evli Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	53

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Arka Planı

Alanyazını incelendiğinde depresyonla ilgili birçok çalışma bulunmaktayken, depresyon ve kognitif işlevler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle araştırmanın daha önce benzerinin olmaması araştırmanın önemini arttırmaktadır. Depresyon, toplumun birçok kesimini etkileyen, sık görülen bir duygu durum bozukluğu olmakla beraber yetişkin bireylerde en çok tanı alan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Depresyon, bireyin günlük yaşamını olumsuz etkilemesiyle birlikte; dikkatte azalmalar, düşünme, düşüncede yoğunlaşamama, öğrenme, dikkat ve bellek gibi kognitif (bilişsel) işlevlerde bozulmaya yol açtığı için yapılan çalışmalarda kognitif bozuklukla ilişkilendirildiği görülmektedir. Bu nedenle, majör depresif bozukluk tanısı alan bireylerin kognitif işlevlerinde gelişebilecek olası bozuklukların tespit edilebilmesi hedeflenmektedir. Bireylerin tanı alır almaz erken dönemde tedavi programlarıyla, yaşamlarını kesintiye uğratan bu engellilikten kurtulabilecekleri değerlendirilmektedir. Erken dönemde tedavinin olumlu sonuçlar getireceği öngörülmektedir.

Majör Depresif Bozukluk (MDB), DSM-V sınıflandırmasında depresyon bozuklukları başlığı altında yer alır. En yaygın duygu durum bozukluğu depresyondur.

Unipolar depresyon küresel hastalık yükünün % 4.3' ünü oluşturur ve hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedenidir (WHO, 2012).

Çökkünlük (depresyon), derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinimde ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir hastalık tablosudur. Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi tamamen bağımsız olarak da ortaya çıkabilir (Öztürk, 2004). Belmaker ve Agam (2008), majör depresif bozukluğu zevkli uyaranlara karşı insanların daha az tepki vermesini sağlayan, düşünce, hissetme ve davranışlarını etkileyen bir bozukluk olarak tanımlar. Majör Depresif Bozukluğun belirtileri; çökkün duygu durum, zevk alamama, enerji azlığıyla birlikte çabuk yorulma, dikkati yoğunlaştıramama, psikomotor yavaşlama, uykuda azalma,

iştahta azalma, cinsel ilgide azalma, yetersizlik, değersizlik ve suçluluk düşünceleriyle birlikte, intihar düşüncesidir.

Bir duygu durum sendromu, belirli bir zaman diliminden daha uzun süren ve buna eşlik eden belirtiler grubunu tanımlar. Depresyon, üzüntülü ve bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, umutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, suçluluk duygu ve düşünceleri ile belirginleşen bir sendromdur. Depresyon, hakkında en fazla görüş birliğı sağlanmış olan psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Depresyon yalnızca ciddi düzeyde olduğunda, uzun sürdüğünde ve stresli bir yaşam olayına tipik bir tepkinin oldukça ötesinde olduğunda, duygu durumu bozukluğu olarak sınıflanır (American Psychological Association [APA], 2000).

Depresyon, kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada dünyadaki bir numaralı sağlık problemi olarak bilinir. WHO (2012) istatistiklerine göre, 2020 yılına kadar depresyon kardiyovasküler hastalıklardan sonra, dördüncü sırada en fazla kayıplara sebep olan hastalık olacaktır (World Health Organization, [WHO] ,2012). Depresyon, sağlıklı hayatın bir parçası değil, bir rahatsızlıktır (Burns, 2005).

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama % 17'dir (Blazer ve ark., 1994). Depresyonun yaygınlığı son 50 yıl içerisinde giderek artmaktadır. Depresyon, her yaşta görülebilen bir hastalık olmakla birlikte ortalama başlangıç yaşı 30'tur. Kadınlarda, erkeklere oranla iki katı sıklıkla gözlemlenmektedir.

Erol ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmasında, ulusal çapta bir örneklem alınarak yapılmış tek araştırma olması açısından önem taşıyan bir çalışma olan; Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması 1995-1996 yıllarında 7479 kişi üzerinde yapılmıştır. Bu araştırmaya göre; depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Son 12 aydaki yaygınlığı ise %7,2 olarak belirlenmiştir.

Majör depresyon tekrarlayıcı epizotlarla yüksek yeti yitimine neden olan sık görülen bir hastalıktır. Depresyonun tekrarlama olasılığı % 50' den fazladır. Depresyondaki hastaların % 50' si, hastalıklarından sonra 2 yıl içinde nüks görmektedir ve % 80' i hayatları boyunca birden fazla depresif dönem yaşayacaktır (Mueller ve ark., 1999). MDB atakları; hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üçe ayrılır. Majör depresif bozukluk çağımızın en yaygın duygu durum bozukluğudur ve tekrarlayan epizotlarla seyreder. Geçtan' a (2013) göre depresif bozuklukların temel karakteristiğı ise bir ya da birkaç depresif dönemin yaşanmış olmasıdır (mani ya da hipomani dönemleri öyküsü olmaksızın). MDB, depresif bir olaydan sonraki ilk yılda en yüksek görülen nüks riski ile ilişkilidir (Mueller ve ark., 1999). Depresyon epizotları uzun süren yaygın bir

hastalık olmakla birlikte, yüksek kroniklik hızı, psiko sosyal ve fiziksel bozulma ve yüksek intihar hızı ile ilişkili ortak bir hastalıktır (Angst, 1999). Segal ve arkadaşları' na (2003) göre, tek bir çökkünlük dönemi geçiren hastaların % 50-60' ı ikinci kez, iki çökkünlük geçirenlerin % 70' i üçüncü çökkünlük dönemini geçirmekte, üç kez çökkünlüğü olanların ise % 90' ı yinelemektedir.

Sıkça üzerinde durulan önemli bir konu ise MDB' nin bilişsel işlevler ile ilişkisidir. Depresyon duygusal olarak görülmekle birlikte, son on yıllardaki araştırmalar depresyonun bilişsel işlevlerde önemli bir bozulmayla ilişkili olduğunu göstermiştir (Hammar ve Ardal, 2009). Depresyon, yürütücü işlev bozuklukları da dahil olmak üzere bilişsel bozukluklarla karakterizedir (Harvey ve ark., 2004). MDB, düşünme, konsantre olma, karar verme, düşünceleri formüle etme ve nedenselleştirme, hatırlama gibi bilişsel işlev kabiliyetlerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Marazziti ve ark., 2010).

Bilişsel işlevlerdeki bu bozulmalar, kişinin günlük yaşamında olumsuzluklara yol açmaktadır. MDB olan kişiler, günlük aktivitelerini sürdürmede zorluk yaşarlar. Birçok MDB hastası, iş performansını kabul edilebilir bir seviyede tutmanın zor veya imkânsız olduğunu deneyimlemektedir (Hammar ve Ardal, 2009).

Günümüzde bilişsel işlevlerden en çok üzerinde durulanlar; dikkat ve bellektir.

Yapılan bazı çalışmalarda dikkatin, hafızanın, yürütücü işlevlerin MDB' de bozulduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir (Aydın, 2013). Son on yıldaki çeşitli çalışmalar, depresyonun akut evresinde bilişsel işlev bozukluğuna ilişkin kanıtlar sunmuştur. Literatür incelendiğinde majör depresif bozukluk ve kognitif işlevler arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı çalışmaların yapıldığı görülmektedir.

Bu bozukluğun sunulan büyüklüğü nedeniyle, sonuçlar hem bireysel düzeyde hem de toplum için anlamlıdır (Hammar ve Ardal, 2009). Depresyon, bireye, ailesine, topluma maddi ve manevi zarar vermektedir. Depresyon, tüm dünyada yaygın olarak görülen, yüksek oranda kronikleşme, yineleme ve intihar riski taşıyan, işgücü kaybı ve yeti yitimine neden olan bir ruhsal bozukluk olma özelliğiyle, yaşamsal bir nitelik kazanan bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Elbozan ve ark., 2003).

Bireylerin sosyal uyumunu, günlük yaşamdaki işlevselliğini, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen depresyon, işgücü kaybı ve tedavi giderleri nedeniyle doğrudan ve dolaylı olarak yüksek ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Depresif belirtiler ve depresyonla ilişkili ancak MDB'nin şiddetinden daha az şiddetli psikolojik sorunlar, sakatlık, engel ve ekonomik maliyetlere sebep olan önemli hastalıklardır (Akishal,

1994; Ruo ve ark., 2003). Depresyon ve onunla bağlantılı bozukluklar önemlidir ve mekanizmalarını anlamak, bu hastalıkların yükünü hafifleterek bu bozukluklar için gelişmiş tedaviler geliştirmemize yardımcı olacaktır (Dinoff ve ark., 2017). Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2012) tarafından 10 Ekim Ruh Sağlığı Günü nedeniyle hazırlanan ve ana teması "Küresel Bir Kriz Olarak Depresyon" olarak belirlenen raporda, Avrupa'da ruhsal bozukluklara bağlı ortaya çıkan hastalıkların %20' sinin depresyondan kaynaklandığı, bazı ülkelerde bu oranın yüzde 26'ya kadar çıktığı belirtilmiştir. Böylesine ciddi oranlara sahip olan bu hastalığın tedavisi de önem taşımaktadır. Depresyon sağlık giderleri, işgücü kaybı, intihar riski, tekrarlanma durumu göz önüne alındığında sağlık çalışanları açısından önemle ele alınması gereken bir konudur (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, yeni depresyon tanısı alan henüz ilaç kullanmaya başlamamış olan hastaların kognitif işlevlerini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Problemi

Depresyon puanı yüksek olan vaka grubundaki hastaların yürütücü işlevlerindeki bozulmalarının, kontrol grubuna göre daha fazla olabileceği değerlendirilmektedir.

1.4. Araştırmanın Önemi

Depresyon, toplumu ilgilendiren ve çağımızın en sık görülen önemli bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Depresyon olumsuz özellikleri nedeniyle günlük yaşamdaki bozulma ile ilişkilidir. Literatür incelendiğinde MDB ve günlük yaşamda bozulma, kognitif(bilişsel) işlevler ile ilişkili olduğunu gösteren sınırlı çalışmalar mevcuttur. Bu araştırmanın daha önce benzerinin olmaması bu araştırmanın önemini arttırmakta ve odak noktasını oluşturmaktadır. Ayrıca, depresyon toplumun birçok kesimini etkilediği için yaygınlığı sorunun önemini arttırmaktadır.

Literatürde depresyonla ilgili günümüze kadar birçok çalışma yapılmıştır. Yaşam boyu sık görülmekle beraber, her yaş ve her iki cinsiyete ait kişilerde ciddi yeti yitimine neden olmakla birlikte dünya genelinde engelliliğin başlıca nedenlerinden biridir. Bu nedenle üzerinde sıkça durulan bir rahatsızlıktır. Kronikleşme riski olan majör depresif bozukluk, görülme sıklığı, etiyolojisi, ilişkili olduğu merkezi sinir

sistemi ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla olan birlikteliği ve klinik tablosuyla birçok yönden günümüzde incelenmektedir. Ancak depresyonun olumsuz sonuçlarından biri olan kognitif bozukluk ne yazık ki toplumda kimileri tarafından henüz tanınmakta ve gereken önem yeterince verilmemektedir.

Çalışma, depresyon tanısı alan kişilerin bilişsel işlevlerde gelişebilecek olası bozukluğun tespit edilmesiyle bilgi verebilir. Ayrıca, kişilerde erken dönemde tedavi programlarının geliştirilmesine katkı sağlanabilir.

Bu araştırma, depresyonlu hastaların depresyon düzeylerinin kognitif işlevler üzerindeki etkisini incelemektedir. Bu araştırma ile elde edilecek olan sonuçlar depresyon ve kognitif işlevlerin ele alındığı danışma alanları için önem arz etmektedir.

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

1. Depresyon puanı arttıkça kognitif bozukluk artar.
2. Depresyon hastalarında kontrol grubuna göre kognitif işlevler bozulmaktadır.

Porter ve arkadaşları (2003) yılında yaptıkları çalışmada kognitif bozukluğun, MDB'li hastalarda bozulduğunu, depresyonlu hastaların, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında dikkat ve yürütme fonksiyonun, görsel uzaysal öğrenme ve hafıza da dahil olmak üzere bir dizi bilişsel alanda belirgin bozulmalar olduğunu saptamışlardır.

Yalçın (2008), çalışmasında majör depresyon bozukluğu olan hastaların bilişsel işlevlerinde bozulmalar olduğu bulgusunu desteklemektedir.

1.6. Araştırmanın Sayıtları

- 1) Araştırmaya katılan çalışma grubunu oluşturan bireylerin Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve İz Sürme Testlerini cevaplarken samimi oldukları, gerçek düşünce ve duygularını paylaştıkları varsayılmıştır.
- 2) Çalışmada kullanılan veri ölçme araçlarının, depresyon ve kognitif işlevleri ölçtüklerini, ölçeklerin araştırmada belirlenen amaç ve alt amaçları ölçeceği varsayılmıştır.
- 3) Araştırma örnekleminin, evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

1.7. Sınırlılıklar

- 1) Çalışmadaki verilerin sadece bir hastaneden elde edilmesi ve bu nedenle evreni temsil etmemesi çalışmanın sınırlılığıdır.
- 2) Bu araştırmada bireylerin kişisel bilgilerine ilişkin bilgiler kendilerine verilen bilgi toplama formuna verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.
- 3) Depresyon düzeyini ölçen birçok ölçek bulunmaktadır; ancak çalışmada elde edilen depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği ile sınırlıdır.
- 4) Kognitif işlevleri ölçen birçok ölçek bulunmaktadır; ancak çalışmada elde edilen yürütücü işlevleri performansları İz Sürme Testi ile sınırlıdır.
- 5) Depresyon ve kognitif işlevlere ilişkin bulgular, BDÖ ile İST' den elde edilen veriler ile sınırlıdır.

1.8. Tanımlar

Majör Depresyon: Depresyon sözcüğü, çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılan edem- keder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Bilişsel İşlevler: Elliott (2003), yürütücü işlevleri; belirli bir amaca ulaşmak için çeşitli alt süreçlerin eşgüdümünü gerektiren karmaşık bilişsel işleme olarak tanımlar.

İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL TEMELLER VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Depresyon

Majör depresif bozukluk, öncelikle bir ruh hali olarak tanımlanır (Austin ve ark., 2001). Depresyon, mutsuzluk hali olarak belirtilebilir. Kişinin kendini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duyguları ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşünceleri, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Alper, 2012).

Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Depresyon karşılığı Türkçe’ de çöküntü ya da çökkünlük olarak kullanılmaktadır (Köknel, 1989). Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise Latince “depressus” tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. Yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (Işık, 2013).

Mizaç bozukluklarının en ünlüsü depresyondur. Depresyonun kelime anlamı ‘çökme’dir. Depresyon kelimesinin henüz günlük dile girmediği dönemlerde, halk arasında onun yerine ‘ruhi buhran’ tabiri kullanılıyordu. 1929 senesinde ABD’den başlayıp tüm dünyaya yayılan meşhur ekonomik buhrana da ‘büyük çöküntü’ anlamında ‘Great Depression’ denmişti. Depresyonun belli başlı belirtileri hayattan eskisi kadar zevk alamama, isteksizlik, uykusuzluk, iştahsızlık, yorgunluk, unutkanlık ve cinsel ilgide azalmadır (Tan, 2016). Böylece hasta depresyona girer ve ruhi çöküntü yaşar.

Morris’ e (2002) göre üzüntü dönemleri ve aktivitelere karşı gösterilen ilgisizlikle belirli bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlarda sorunlara neden olan bir duygu durumu bozukluğudur. Kişinin çökkün duygu durum içinde olması, günlük hayattaki etkinliklere karşı ilgi azalması ve etkinliklerden zevk alamamasıdır. Majör depresyon heterojen bir hastalıktır ve hastaların çoğunda tekrarlayan ataklar görülür ve psiko sosyal bozulma ve intihar riski yüksektir (Stordal ve ark., 2004). Tek bir nöbet ya da tekrarlayan nöbetler şeklinde görülebilir ve intiharla sonuçlanabilir. Angst’a (1996) göre, depresyonu olan hastaların yaklaşık %50’sinin yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2012 yılında tüm dünyada

804.000 kişinin intihar (öz kıyım) nedeniyle öldüğünü; öz kıyım hızının 100.000' de 11,4 (erkeklerde 15, kadınlarda 8) olduğunu bildirmiştir. Bu oranların resmi verilere dayandığını, gerçek oranların ise daha yüksek olduğunu vurgulayarak önleme çalışmaları için çağrıda bulunmuştur (World Health Organization, [WHO], 2014).

Depresif duygular sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan, sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup yaşamın normal bir parçası kabul edilebilir. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen 'depresif bozukluk', duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz olarak etkileyen, hatta onun tüm yaşam işlevlerini bozan, belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur (Işık, 2003). Köroğlu'na (2006) göre insanlar, yüzyıllardır depresyonu bir sağlık sorunu olarak ele almaktan kaçınmışlar; bunu sadece ruhsal bir zayıflık olarak görme eğiliminde olmuşlardır.

Depresyon için risk etkenleri; daha önce depresyon geçirmiş olmak, ailede depresyon öyküsünün olması, stresli yaşam olayları, özellikle kadınlarda daha fazla görülmesi ve bununla birlikte çocuk doğurmak, sosyal desteğin kısıtlı olması ve madde kullanımıdır. Angst'a (1999) göre tekrarlama açısından risk faktörleri; kendine güven eksikliği, nevrozizm, daha önce hastaneye yatış, kayıp olayları ve yaşlılık. Antony ve Petronis'e (1991) göre 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekar olmak ve düşük sosyo ekonomik düzeye sahip olmak depresyon için diğer risk etkenleridir. Brown ve Moran (1997), hastaların 2/3 ünden fazlasının depresif dönem başlamadan önce ciddi bir 'yaşam olayı' ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir.

Depresyon araştırmalarının önem kazanmasında, görülme oranı, intihar davranışının artması, yeti yitimine sebebiyet vermesi, ekonomik sorunlar, kronikleşme riski yer almaktadır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

2.1.1. Depresyon Tanısı ve Klinik Özellikleri

Depresyon; duygusal alanda; disfori, anhedoni, irritabilite, üzüntü, anksiyete, bilişsel alanda; değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede yavaşlama, varsanılar, sanrılar, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, vejetatif alanda; enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük, iştah değişiklikleri, kilo kaybı (nadiren kilo alımı), uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, kabızlık, harekette

yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda adet düzensizlikleri, sosyal alanda; toplumdan uzaklaşma, sosyal-mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, intihar girişimleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Tezcan, 2000). Dinoff ve diğerleri' ne (2017) göre yaklaşık her 10 bireyden biri yaşamı boyunca depresyon tanısı alacaktır.

Dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemidir. DSM-V' e göre depresyon, duygudurum bozukluklarından birisidir. Bir kişiye depresyona girmiş tanısının konulabilmesi için bahsi geçen belirtilerin asgari iki hafta sürecince görülmesi gerekmektedir (American Psychological Association [APA], 2000).

2.1.2. Major Depresif Bozukluğun DSM-V Tanı Kriterleri

Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur be belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

- (1) Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başlanınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
- (2) Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgi de belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).
- (3) Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5 inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (**Not:** Çocuklarda, beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
- (4) Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
- (5) Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca da gözlenebilir; yalnızca öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
- (6) Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

- (7) Neredeyse her gün, değersizlik, ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
- (8) Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
- (9) Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri, ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkınlık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçütlere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

Depresif (çökkün) duygu durum, ilgi kaybı ve anhedoni depresyonun ana belirtileridir. Depresif duygu durum; yaşamaktan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli hissetme, umutsuzluk, mutsuzluk, kendini boşlukta hissetme ve sıkıntıyla karakterize olup devamlılık gösteren bir durumdur. İlgi kaybı ve anhedoni çoğunlukla

depresif duygu durumla beraber bulunur. Hastalar işlerine ve çevrelerine önceki kadar ilgi gösteremezler ve daha önce yapmaktan zevk aldıkları etkinliklerden artık zevk alamaz hale gelirler. Depresif hastalar enerji azlığı ve yorgunluk şikâyetleriyle yakınır. Birçok hasta kabul edilebilir bir seviyede iş performansının zorlaştığını dile getirmektedir. Birçok hastada iştah azlığı, kilo kaybı veya kilo alımı gözlenmekle birlikte hastalar uykuya dalmada güçlük, uyku kalitelerinde düşüş ve erken uyanma gibi uyku sorunlarından sıklıkla yakınır. Bazılarında aşırı uyumada görülmektedir. Psikomotor yavaşlama ise majör depresif tanısı alan hastada sıklıkla görülmektedir. Görülen bu sorunlarla birlikte depresif hastanın intihar düşünceleri de vardır ve çoğu girişimde bulunmaktadır.

2.1.3. Depresyonun Cinsiyete Göre Dağılımı

En az 350 milyon kişi depresyon ile yaşıyor ve dünya genelinde engelliliğin başlıca nedenidir (World Health Organization, [WHO] ,2012). WHO'e (2012) göre depresyon sıklıkla genç yaşta başlar ve kadınları erkeklerden daha fazla etkiliyor.

Depresyonun her yaş ve her iki cinsiyette görülmekte birlikte, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Her 4 kadından birisi ya da 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca MDB riskine sahiptir. Çeşitli çalışmalarda depresyon yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre iki kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Kornstein, 1997; Maier, Gnsicke ve Gater, 1999). Kadınlarda daha fazla görülmesi; kadınların toplumdaki geleneksel rolü ve hormonal nedenlerden olabileceği öngörülmektedir. Ayrıca kadınlarda gebelik, doğum, premenstrüel dönem gibi biyolojik ve psikolojik olarak depresyona yatkınlık yaratan ek özelliklerin olduğu da belirtilmektedir (Swindle, Cronkite ve Moss, 1998). Tot ve arkadaşları (2001), 41 polikliniğe başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada, kadınların erkeklerden iki kat daha fazla polikliniklere başvurduğunu saptamışlardır.

Depresyon her yaşta görülebilir bir hastalık olma özelliği göstermektedir fakat yapılan çalışmalar depresyonun en çok 44 ve civarı yaş grubunda sıklıkla ortaya koymuştur (Tezcan, 2000). Çökkünlükler kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından daha çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (Horwath ve diğ., 1995; Akt: Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kadınlarda, erkeklere oranla iki katı sıklıkla gözlenmekle birlikte düşük sosyo ekomonik düzeyde ve genç

yetişkinlerde de sıklıkla görülmektedir. Depresyonun yaygınlığı artmakla birlikte başlangıç yaşı da düşmektedir. Yapılan yeni çalışmalarda genç yaşlarda sanıldığından daha çok görüldüğüne ilişkin veriler de artmaktadır. Ören ve Gençdoğan'a (2007) göre bütün yaş düzeylerinde söz konusu duruma rastlanılmakla birlikte gençler ile orta yaş düzeyindeki bireylerdeki fark çocuklar ile yaşlılara göre daha belirgindir.

Literatürdeki depresyonla ilgili çalışmalarda depresyonun sıklıkla 30' lu yaşlarda başladığı, genç yaşlarda görülme sıklığının arttığı, orta yaş grubunda daha yüksek yaygınlık gösterdiği, erkeklerde ise genç yaşta başladığı gözlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek yaygınlık oranlarının görülmesi, özellikle boşanmış, dul ya da ayrı yaşayan kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

2.1.4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon, yetişkin bireylerde en çok tanı alan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Tekrarlayan epizotlarla yüksek yeti yitimine neden olan ve sık görülen bir duygu durum bozukluğudur. Fennel'e (1989) göre ruhsal rahatsızlıklar arasında o denli yaygın olması depresyonu 'psikiyatrinin nezlesi' olarak nitelendirilmesine neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yürüttüğü bir çalışmada depresyonun yeti yitimine yol açan önemli rahatsızlıklar arasında dördüncü sırada yer aldığı ortaya konmuştur (Üstün ve ark., 2004). Murray ve Lopez'e (1997) göre 2020 yılında depresyonun en fazla yeti yitimine yol açan ikinci hastalık olacağı öne sürülmektedir.

Major depresif bozukluğun yaşam boyu prevelansı % 5-17; kadınlarda % 10-25 erkeklerde % 5-12'dir. Doğan' a (2000) göre çalışmasında; ülkemizdeki depresyon yaygınlığı % 8-20, diğer ülkelerin oranlarına yakın bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 48 ayrı eyalette 9090 katılımcı ile gerçekleştirilen NCS-R (National Comorbidity Survey) çalışmasında MDB hayat boyu prevalansı % 16.2, 12 ay için olan prevelansı % 6.6, ortalama epizot süresi 16 hafta bulunmuştur (Kessler ve ark., 2003). Bu çalışmada hayat boyu kümülatif prevelansları en çok 18-29 ve 30-44 yaş aralığında bulunmuştur.

Çökkünlüklerde sıklık (yılda görülen yeni olgu) erkeklerde 80-200/100.000, kadınlarda 250-600/100.000 olarak bildirilmiştir; yaşam boyu hastalanma riski erkekler için % 8-12, kadınlar için % 20-26 olarak bulunmuştur. Araştırmalar genellikle, ağır

çökkünlüklerin (majör depresyon ya da tek uçlu bozukluk) kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görüldüğünü doğrulamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015)

Türkiye’de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan araştırmalardan biri; Sağlık Bakanlığı tarafından 7479 kişi üzerinde yapılan, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesinin kullanıldığı ‘Türkiye Ruh Sağlığı Profili’ araştırmasıdır. Türkiye’de yapılmış en geniş kapsamlı epidemiyolojik araştırma olan Türkiye Sağlığı Profiline göre de 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4 olarak bulunmuştur (Erol ve ark., 1998).

2.1.5. Depresyonun Etiyolojisi

Günümüzde majör depresif bozukluk olarak adlandırdığımız bozukluk eski Çağlardan beri farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılmasına ait görüşler Hipokrat’a (M.Ö. 460-357) kadar gider. Tıp literatüründe depresyonu ilk kez Antik Yunan doktoru Hipokrat tanımlamıştır. Hipokrat, majör depresif bozukluk belirtilerine çok benzeyen belirtilerle seyreden “melankoli”den söz etmiştir. Hipokrat bu hastalığı “kara safranın artışı” şeklinde açıklayıp ve hastalığın adını “melankoli” koyar (Jadhav, 2000). Melankolinin tanımlanmasında temel özelliklerden biri umutsuzluğun ortaya çıkmasıdır. Umutsuzluk, çökkün duygu durum, içe kapanma, anhedoni, irritabilite, huzursuzluk, uykusuzluk, yemekten tiksime ve intihar dürtülerinin bu bozuklukta görüldüğünü belirtmiş ve bunu “kara safra”ya bağlamıştır. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayan ise İbni Sina olmuştur. Leonhard (1957)’ de hastalık dönemlerinin özelliklerine göre tek ve iki uçlu (unipolar ve bipolar) ayrımını yaparak yeni bir sınıflandırma tanımlamıştır. Kraepelin 1986’ da hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının üzerinde duran olmuştur.

Henüz o dönemde bahsi geçen ve kara safraya bağlanan depresyonla ilgili çalışmalar günümüzde özellikle moleküler biyoloji ve beyin görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler sayesinde oldukça yol kat etmiştir. Ancak depresyon etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun nedenleri depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının olması ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol alması olabilir. Çoğu olguda genetik, biyolojik ve psiko sosyal etkenlerin birbiriyle etkileşmesi olasıdır. Depresyonun ortaya çıkmasında biyolojik ve psiko sosyal etkenler, etiyojide rol oynamaktadır.

2.1.6. Depresyonla İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

2.1.6.1. Psikanalitik Kuram

Depresyonla ilgili ilk değerlendirmeyi psikanalitik kuram içerisinde Sigmund Freud' un öğrencisi olan Carl Abraham 1912 yılında yapmıştır. Abraham, depresif duygu durumunu, kaybedilen objeye karşı yaşanan öfkenin kişinin kendi üzerine çevrilmesi ve anal-sadistik döneme bir gerilemesi olarak yorumlamıştır (Geçtan, 2013).

Psikanalitik kuram, depresyonu kayba karşı bir tepki olarak yorumlar. Kaybın niteliği ne olursa olsun, kişi kayba karşı yoğun biçimde tepki gösterir. Bu kaybı çocuklukta ana, baba sevgisinin kaybı olabilir. Psikanalitik kuram, depresyonlu kişinin düşük özsaygısının ve değersizlik duygularının ana babadan onay almak için duyulan çocukça bir gereksinimden kaynaklandığı şeklinde yorumlar.

Davison ve Neale (2011) bahsetmektedir ki; Freud (1917), ünlü “Yas ve Melankoli” (Mourning and Melancholia) makalesinde depresyon için potansiyelin erken çocukluk döneminde oluştuğunu yazmıştır. Oral dönemde çocuğun ihtiyaçlarının ya aşırı ya da çok az karşılanabildiğini ve bunun da bireyin bu dönemde kalmasına ve bu döneme ait içgüdüsel doyumlara bağımlı olmasına neden olabileceğini ileri sürdü.

Çocuklukta yaşanan bu durumdan sonra yetişkinlikte depresyon nasıl ortaya çıkmaktadır? Bu durum kayıp analize dayanır. Freud, yas yaşantısında nesnenin ölüm sonucunda yitilmesine karşılık, kayıp nesne kendi benliğine mâl olduğu için depresif kişinin kendi dünyasında bir kayıp yaşadığını açıklamıştır. Ayrıca, kaybedilen nesneye yönelik olan sadizmin depresyonda içselleştirilmiş olan sevgi nesnesine çevrildiğini belirtmiştir. Depresyondaki kişinin davranışı kısmen bir sevgi çılgılığına benzer; bir çaresizlik gösterisi, bir sevgi ve güvenlik çağrısıdır (Blatt, 1974; Bibring, 1951).

Nietzel ve Harris (1990), bazı depresif kişilerin bağımlılık düzeyinin yüksek olduğu ve bir reddedilme deneyiminin ardından depresif olduklarını öne sürmüşlerdir. Weissman, Klerman ve Paykel (1971) ise, depresyondaki kişilerin sıklıkla yakınlarına büyük kızgınlık ve öfke gösterdiklerini belirtmişlerdir. Brown ve Harris'e (1978) göre depresyon stresli yaşam olaylarıyla ortaya çıkar ve bu olayların çoğunlukla işten ayrılma, boşanma gibi kayıplar içerir.

2.1.6.2. Bilişsel Kuram

Yaygın bir ruh sağlığı sorunu olan depresyon ve depresyona bağlı olarak intihar davranışını açıklayan birçok kuramsal yaklaşımdan birisi de Beck'in bilişsel modelidir

(Beck, 1963). Günümüzde en çok yararlanılan depresyon kuramı Beck' in bilişsel kuramıdır. Beck' in depresyon modeli; kişilerin nasıl hissettiğini ve davrandığını, yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarının ve yapılandırdıklarının belirlediğini öne süren bir psikopatoloji modelidir (Arkar, 1992). Kişilerin ne yaptıkları değil, kendilerini ve dünyayı nasıl gördükleri üzerinde yoğunlaşır.

Bu modele göre depresyona yatkın bireylerde, kendisine, dış dünyaya ve geleceğe karşı olumsuz beklentiler vardır. Bu olumsuz tutumlar ve kavramlar kişinin düşüncesinde sistematik hatalara, olumsuz yargılara ve sessiz kabullenişlere neden olur (Beck, 1970; Beck ve ark., 1979). Beck'e göre depresyon kişinin yaşadığı herhangi bir yaşam olayının, onda daha önceden mevcut, ancak işlevsel olmayan olumsuz şemaları harekete geçirmesiyle oluşmaktadır (Işık, 2003). Beck, kuramında bu psikolojik rahatsızlığın bilişsel olarak meydana geldiğini savunmaktadır.

Beck' in bilişsel kuramının dört ögesinin olduğu ve bu ögelerin depresyonu açıklığa kavuşturmada çok önemli konumda olduğu savunulmaktadır (Fennel 1989; Freedman, 1992). Bu ögeler; bilişsel üçlü (cognitive triad), otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan şemalar sıralaması ile ifade edilebilir (Doğan, 2001). Bilişsel üçlü; kişinin kendi benliği, o anki deneyimleri ve gelecekle ilgili olumsuz düşünceleridir. Depresif kişilerde bilişsel üçlü denilen yapı mevcuttur. Bireylerin kendilerini, çevresini ve geleceğini olumsuz olarak görmeleri ve değerlendirmelerinden oluşmaktadır. Beck' e göre depresyonlu bireylerin olumsuz düşünceleri hızlı ve otomatiktir. Otomatik düşünceler bilinçli olmaksızın ortaya çıkan, davranışlarımız ve duygularımızı derinden etkileyen zihinsel işlevlerdir. Çevrede gelişen olaylara bağlı olarak meydana gelen bu düşünceler, inançlarımızdan kaynaklanır. Beck (1991), ağır depresyon geçiren hastalarla çalıştığında, olumsuz düşüncelerin artık çevresel olmadığını, bilinçte yer işgal ettiğini ve tekrarlandığını belirtmiştir.

Beck' e göre depresyondaki kişiler çocukluk ya da gençlik döneminde ana baba kaybı, ana baba reddi, trajediler, akranların reddi, öğretmenlerin eleştirisi sonucunda olumsuz şemalar geliştirirler. Çocukluktan beri benliğine, dünyaya, geleceğe karşı geliştirmiş olduğu olumsuz şemaları yetişkinlik döneminde de ortaya çıkmaktadır.

2.1.6.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram, depresyonun öğrenilen bir davranış özelliğinde olduğunu belirtmektedir. Kuramcılar, pekiştirme eksikliğinin depresyonda önemli bir rol

oynadığını varsayar. Depresif kişinin üzgün olmasını, olumlu pekiştirme oranının az, istenmeyen deneyimlerin çok olmasından ötürü olduğu düşünülmektedir. Kurama göre, depresyonu, kayıp karşısında bireylerin kayıpla beraber önemli pekiştireçlerini kaybetmeleri ve bu nedenle davranışlarında belirgin bir azalma ve durgunluk görülmesi şeklinde açıklanmaktadır. Kurama göre depresyonun temelinde ve hastalığın sürmesinde kişinin çevresinden yeterli düzeyde olumlu pekiştireç alamamasının yattığı belirtilmektedir.

Davranışçı bakış açısının ortaya çıkışına dek alanda söz sahibi olan psikodinamik kuram, depresyona dair yaptığı araştırmalarda içsel süreçlere ve çocukluk yaşantılarına odaklanmıştır. Ancak ardından gelişen davranışçı kurama ise depresyonu uyaran genellenmiş tepki ve olumlu pekiştireçlerde azalmaya bağlı sönme kavramları dahilinde açıklamaya çalışılmıştır (Demirbağ, 2013).

2.1.6.4. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı

Martin Seligman, 1974’ te hayvan modeli üzerinde araştırma yaparken “Öğrenilmiş Çaresizlik” kavramını oluşturdu. Bu kuram, kaçamayacakları elektrik şokuna maruz kalan köpeklerin davranışını açıklamak üzere geliştirilmiş bir öğrenme kuramıdır. Seligman, hayvanlar üzerindeki gözlemlerini insanlara da genişleterek, kontrol edilemeyen stresin etkileri üzerindeki çalışmalardan faydalanarak hayvanlardaki öğrenilmiş çaresizliğin insanlardaki depresyonun çeşitleri için bir model olabileceğini düşündü. Bu kuramın temel sayıltısı; bireyin pasifliği, eyleme geçememesi ve yaşamını kontrol edememe duygusunun, bireyin başarısız olarak kontrol etmeye çalıştığı nahoş yaşam olayları ve travmalar sonucunda geliştiğidir. Bunların daha sonra depresyona yol açacağı düşünülmektedir.

2.1.6.5. Umutsuzluk Kuramı

Abramson ve arkadaşları 1990’da öğrenilmiş çaresizlik modeli üzerinde çalışarak bireylerin yüklemeye biçimlerine vurgu yaparak bu kuramı ‘Umutsuzluk Kuramı’ şeklinde geliştirmişlerdir. Depresyona, umutsuzluğun neden olduğu düşünülmektedir. Olumsuz yaşam olayları, umutsuzluk durumunu ortaya çıkarmaktadır. Umutsuzluk bireyleri depresyona yatkın bir hale getirebilmekte ya da depresyon sonucunda bir umutsuzluk yaşanabilmektedir. Kişilerin yaşadıkları olayları olumsuz

olaylar olarak algılayıp bu algılar olumsuz olarak tutumlarına da yansırken umutsuzluk hissedecek ve depresyona gireceklerdir (Kapçı, 1998; Akt: Doğan, 2001).

2.1.7. Depresyonun Tedavisi

Şizofreni ile birlikte depresyon, tüm dünyadaki tüm intiharların % 60' ından sorumludur ve her yaş ve her iki cinsiyete ait 2020 yılındaki ikinci en büyük engel nedeni olarak öngörülmüştür (World Health Organization, [WHO], 2009). Depresyonun en feci sonucu intihardır. Birleşik Devletler'de her yıl yaşamını intihar ederek sona erdiren 30.000 kişinin çoğu depresyon geçirmektedir (Atkinson ve ark., 2010). İntihar girişiminde bulunanların en sık görülen gerekçeleri arasında, depresyon, yalnızlık, hastalık, evlilik sorunları, parasal ya da işle ilgili zorluklar yer almaktadır (Petronis ve ark., 1990; Schneidman, 1985). Böylesine sık görülen, ciddi anlamda yeti yitimine ve intihara neden olan depresyonun ne yazık ki istenilen düzeyde hala tedavi edilememektedir. Depresyon geçiren hastaların ancak % 40'ının tedavi gördüğü bildirilmektedir (Ebmeier, Donaghey ve Steele, 2006). İyileşme süreci ile ilgili olarak, MDB hastalarının sadece % 20'sinde düzelme ve devam etmesi, % 20 kadarının ise ya intihar girişimi ya da her zaman güçsüz hale geldiği tahmin edilmektedir (Hammar ve Ardal, 2009). Geriye kalan % 60 iyileşir ancak başka bölümlerde sorun olur (Hollon ve Shelton, 2001). Depresyon insanın gücünü azaltan bir bozukluktur. Ne yazık ki depresyon tedavi edilmezse görülen ataklarla birlikte şiddetlenmektedir. Özellikle ağır depresyonu olan kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada bu kişilerin %50'sinin bir yıl sonra iyileştiği bulunmuştur (Keller ve ark., 1982). Çalışmalar, depresyon semptomlarında belirgin düzelmeye rağmen, kognitif bozulmanın 6 ay sonra hakim olduğunu göstermektedir. Uzun süreli bilişsel bozukluğun depresyonlu örneklerin alt grupları için geçerli olduğu, dolayısıyla tüm hastalar uzun süren bozulma ile karakterize edilememesi mümkündür.

Depresyonun tedavisi ne yazık ki günümüzde istenilen düzeyde değildir. Damgalanma korkusu, algılanan ihtiyaç düşüklüğü, sorunu tek başlarına halletme arzusu, sağlık sistemine güven duymamak yardım almamanın en önemli sebepleri arasındadır (Josephine ve ark., 2017).

Depresyon tedavisi; psikolojik ve biyolojiktir. Günümüzde MDB tedavisinde; psikodinamik psikoterapiler, bilişsel davranışçı terapiler, kişiler arası psikoterapi gibi psikoterapötik tedaviler, antidepresanlar ve EKT (Elektro-konvülsif Tedavi) tedavisi

yoğun olarak kullanılmaktadır. Depresyonda psikoterapinin, ilaçların ve EKT'nin (Elektro-konvülsif Tedavi) etkisi önemlidir. Tek başlarına ya da birlikte oldukça etkindirler. Psikoterapiyle konuşma yoluyla tedavi etme planlanırken, ilaçla tedavide ise antidepresanlar en çok kullanılan ilaçlardır. Birçok çeşidi vardır ve nörotransmitterler olarak adlandırılan beyin kimyasallarının üzerinde etkili oldukları ortaya konmuştur (Köroğlu, 2006). EKT, ise en tartışmalı ve dramatik tedavi olarak görülmektedir. Hastane ortamında hem şizofreni hem de psikotik olan depresyon hastalarında kullanılmaktadır. Günümüzde, ağır depresyon vakalarıyla sınırlıdır.

Tan'a (2016) göre tedaviye olumlu etkisi açısından MDB atakları şiddetine göre; hafif, orta, şiddetli olmak üzere 3'e ayrılırlar. Tedaviye başlamadan önce hastanın genel fizik durumu, depresyonun ağırlığını, intihar düşüncesinin olup olmadığını değerlendirmek zorunludur. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarına tedavi hakkında bilgi verilmelidir. Bu durumun ruhsal bir rahatsızlık olduğu, sık görüldüğü tedavi ile hastalığın iyileşeceği fakat bunun biraz zaman alacağı anlatılmalıdır. Hastalığın belirtileri ve ilaç kullanımı olamazsa ilaçların yan etkileri gereği hastanın beklentilerini karşılamada zorluk yaşayacağı ve kendini zorlamaması gerektiği anlatılmalıdır. Hasta günlük iş ve uyum beklentilerini yapamadıkça zorlanacaktır, bu zorlanma da onda suçluluk duygusunu artırabilir. Hasta için zaman vermek gereklidir bu nedenle tedavi hakkında bilgi verilmesi önemlidir.

2.1.7.1. Psikolojik Tedaviler

2.1.7.1.1. Psikoterapi

Bireylerde depresyona yatkınlık yaratan düşünce ve kişilik özelliklerinin değiştirilmesine psikoterapi denir. Konuşma yoluyla kişilik özelliklerinin ve düşüncelerin ortaya çıkartılmasıyla kişiye alternatif düşünce yöntemlerinin öğretilmesini amaçlamaktadır (Tan, 2008). Psikoterapi, eğitimli bir kişinin (psikolog veya psikiyatrist) başka bir kişiye (danışan ya da hasta) daha farklı davranması ya da hissetmesi için yardım etmeye çalıştığı sosyal bir ilişki yöntemidir. Psikoterapist, bireylerin duygusal ve davranışsal sorunlarına çözüm getirerek ruhsal durumlarının iyileştirilmesini sağlar. Psikodinamik terapi, Bilişsel ve Davranışçı Terapi, Kişilerarası Terapi ve Varoluşçu Terapi yöntemleriyle bireylere yardım edilmeye çalışılır.

2.1.7.2. Biyolojik Tedavi Yöntemleri

Depresyon tedavisinde kullanılan en yaygın yöntemlerden biri ilaç tedavisidir. Antidepresanlar, nöronlar arasında nöratransmitterlerin işlevlerini değiştirerek etki göstermektedirler. En etkili ilaç tedavisi; uygun zamanda uygun dozda kullanılandır. Tedaviye düşük dozlarda başlanır. Etkinlik iki-dört hafta içerisinde görülür. İlaçlar dışında, EKT (Elektro-konvülsif Tedavi), Manyetik beyin uyarımı tedavisi, Işık Tedavisi, Pille Beyin Uyarımı tedavi yöntemleriyle de bireylere yardım edilmeye çalışılır.

2.2. Kognitif İşlevler

Kognitif (bilişsel) işlevler; bilgiye ulaşmak için kullanılan beyin faaliyetleri olarak tanımlanabilir. Nöropsikolojik bir kavram olan yönetici işlevler, bir hedefe ulaşmak için uygun problem çözme sisteminin oluşturulması ve daha sonraki hedef için sistemin sürdürülmesi olarak açıklanabilir.

Bilişsel işlevler; biliş, duyum ve algılardan gelen veriler üzerinde plan ve stratejiler uygulanarak elde edilen dil, problem çözme ve düşünme gibi bir hayli karmaşık süreçlere verilen addır. Bilgi işleme; bilginin duyumsanıp algılanması, seçilmesi, özümzenerek kodlanması, depolanması, geri çağırılması ve davranışın oluşturulması işlemlerini kapsar (Karakaş, İrkeç ve Yüksel, 2003). Kognitif işlevler; yineleme, kavramsallaştırma, kurulumu sürdürmede başarısızlık ve öğrenme yeteneğine ilişkin alt yetenek alanları, ayrıca akıl yürütme, zihinsel esneklik, yaratıcılık, problem çözme, karar verme, planlama, bozucu etkiye karşı koyabilme ve tepki ketlemesi yapabilmeyi içerir. Bilişsel işlevlerden en çok üzerinde durulanlar; dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerdir. Bilişsel işlevler, dikkat ve bellek gibi temel fonksiyonlarla bağlantı kurar.

Elliott (2003), yürütücü işlevleri; belirli bir amaca ulaşmak için çeşitli alt süreçlerin eşgüdümünü gerektiren karmaşık bilişsel işleme olarak tanımlar. Bu görüşe göre, problem çözmede yer alanlar, davranışlarını yeni bilgiler ışığında değiştiren, stratejiler üreten veya karmaşık eylemleri sıralayan kişilerdir (Hammar ve Ardal, 2009). Öztürk ve Uluşahin (2015), yürütücü işlevler; bilginin düzenlenmesi, öğrenilmiş bilginin kullanıma hazır hale getirilmesi, hazırlanmış bir davranışın durdurulması, aynı anda iki veya daha fazla zihinsel işlevin yürütülebilmesi, yürütülebilen işlevlerin amaca uygunluğun kontrol edilmesi gibi birçok işlemi içerir.

2.2.1. Dikkat

Psikoloji biliminde dikkat, bireyin duyu organlarıyla ulaşabildiği, duyu organları ile farkında olduğu çevresinde meydana gelen uyarıcıya veya uyarıcılara, zihinsel alıcılarını yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Dikkat, bilişsel kaynakların bir uyarının seçiminde ve o uyarana odaklanılmasında kullanıldığı süreçlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Dikkat; odaklanma, sürdürme ve yönelim (orientation) tepkisi olmak üzere üç temel bileşenden oluşur. Dikkat, odak ve bilgi işleme akışını kontrol eden bir süreçtir (Yalçın, 2008). Dikkat, diğer bilişsel alanlarla, özellikle psikomotor hız ve yürütücü işlevler ile yakından ilişkilidir (Hammar ve Ardal, 2009). Dikkat, işleme hızı, seçici dikkat ve otomatik işleme şeklinde ayrılabilir; seçici dikkat yürütücü işlevlerin bir parçasıdır (Brebion ve ark., 2000; Egeland ve ark., 2003a). Böylece frontal lob işlevi görür (Landro ve ark., 2001).

Dikkat ile ilgili görevlerde bozulma sıklıkla MDB'nin akut evresinde bildirilmektedir (Hammar ve Ardal, 2009). Dikkat eksikliği MDB'nin bir endofenotipi olarak düşünülebilir ve bu nedenle potansiyel olarak stabil kalabilir ve klinik remisyon sonrasında dahi fonksiyonel iyileşme şansını azaltabilir (Hasler ve ark., 2004). Semptomatik olmayan bir evrede gözlemlenen bozulma, önceki depresyon ataklarının sayısı ile ilişkilidir (Kessing, 1998; Akt: Hammar ve Ardal, 2009). Geçen depresyon ataklarından sonra, kalıcı depresif belirtilerin düzeltilmesinden sonra bile, MDB olan hastalarda dikkat eksikliği görülmektedir (Weiland ve Fiedler, 2004).

Birkaç yeni araştırma, dikkatle ilgili görevler üzerine MDB hastalarının açıklar gösterdiğini bildirmiştir (Cohen ve ark., 2001; Landro ve ark., 2001; Koetsier ve ark., 2002; Liu ve ark., 2002; Ravnkilde ve ark., 2002; Hammar ve ark., 2003a; Porter ve ark., 2003; Lampe ve ark., 2004; Keilp ve ark., 2008; Simons ve ark., 2009). Çeşitli yeni çalışmalar, MDB hastalarının dikkatle ilgili çeşitli görevlerde açıklar göstermesine karşın, çeşitli çalışmalar da bu kavramın farklı yönlerini araştırdığından, bozukluğun niteliğini tanımlamak zordur. Dikkatle ilgili bildirilen farklı sonuçlar, bir yandan işlem hızı, uyarıları seçme ve dikkati dağıtma becerisi arasında ayırım yapmayan çok basit bir dikkat modelinin neden olduğu öne sürülmüştür (Egeland ve ark., 2003a). Hammar ve Ardal'a (2009) göre, MDB'de günlük yaşamın işleyişi, tedavisi ve iyileşmesi için dikkat eksikliğinin neye etkileri vardır önemli bir tartışma konusudur.

Özetle, son on yılda çeşitli çalışmalar, depresyonun akut evresinde yürütücü işlev bozukluğuna ilişkin kesin kanıtlar sunmuştur; ancak literatürde tanımlanan çeşitli

bozulmalara katkıda bulunan faktörler daha büyük bir oranda belirtilmelidir (Hammar ve Ardal, 2009).

2.2.2. Bellek

Bellek bilginin kaydedilmesi, depolanması ve geri çağırılması süreçlerini içeren işlevlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bellek terimi geçmiş deneyimlerin anımsanması ile ilgili çeşitli faktörleri içerir. Bellek, bir uyarının algılanması ile onun yeniden anımsanması arasında gerçekleşen özgün fizyolojik ve psikolojik süreçlere dayanır. Algılama, dikkat, emosyonel durum, uyarının içeriği ve süresi gibi bazı faktörlere bağlıdır. Hatırlama ve tekrar ortaya çıkarma, bilince çıkarma ve sözel olarak ifade etme yeteneğinin göstergesidir (Baysal ve Coşar, 1999; Akt: Yalçın, 2008).

Bilgi işleme sürecinde ilk olarak uyarın ya da bilgi duyu organları yoluyla merkezi sinir sistemine ulaşır. Daha sonra bu bilgi tanımlanır ve ilişkilendirilir yani kodlanır. Kodlanan bilgi daha sonra kullanılmak amacıyla depolanır. Bu kodlama ve depolama süreci bellek işlevleri olarak tanımlanabilir (Yalçın, 2008).

Bellek, birkaç farklı işlemi içeren karmaşık bir kavramdır ve belleğin bilişsel alanı MDB ile yakından ilgilidir (Hammar ve Ardal, 2009). Birçok çalışma MDB ve bellek bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Landro ve ark., 2001; Fossati ve ark., 2002; Ravkilde ve ark., 2002; Egeland ve ark., 2003b; Porter ve ark., 2003; Airaksinen ve ark., 2004; Campbell ve MacQueen, 2004; Vythilingam ve ark., 2004; Matthews ve ark., 2008). Ancak ilişki açık değildir (Hammar ve Ardal, 2009). MDB' deki bilişsel açıkların, yürütme işlevi, işlem hızı, dikkat ve bellek de dahil olmak üzere birçok alanı etkilediği bulunmuştur (Nilsson ve ark., 2016). Sonuç olarak, hafıza zayıflığı MDB' nin akut evresinde sıklıkla bildirilmekle birlikte, bu bozukluğun ardındaki nitelik ve mekanizmalar biraz net değildir (Hammar ve Ardal, 2009).

MDB hastalarında, hafızayı değerlendiren görevlerde herhangi bir bozulma olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Grant ve ark., 2001; Barch ve ark., 2003; Den Hartog ve ark., 2003; Harvey ve ark., 2004).

Ülkemizdeki literatürde güncel çalışmaların olmaması bu konuya netlik getirememektir. Bu nedenle literatüre kognitif işlevler ve bellek arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar eklenmelidir.

2.3. Depresyondaki Kognitif İşlevler

Depresyon tipik olarak olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla seyreden depresif bir duygudurumu, gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama ve işlevsellikte azalma ile kendini gösterir (E. Işık, U. Işık, ve Taner, 2013). Depresyon, bireyin günlük yaşam aktivitelerini, aile ilişkilerini, kronik hastalıklarla baş etme becerilerini ve temel ihtiyaçlarını giderme konusunda kişinin hayatını olumsuz yönde etkileme gücüne sahiptir. Çelik ve Hoccoğlu'na (2016) göre depresyon kronikleşme özelliği yanında, neden olduğu iş ve sosyal kayıplar, güncel aktivitelerde oluşturduğu olumsuzluklar nedeni ile tüm tıbbi hastalıklar arasında yeti kaybı yönünden 4. sırada yer alır.

Depresyon, kişinin günlük yaşamını olumsuz etkilediği için yapılan çalışmalarda kognitif bozuklukla ilişkilendirilmektedir. Kognitif işlev bozukluğu, depresyonlu kişilerde oldukça yaygındır ve işleyişi önemli ölçüde etkiler (Shilyansky, 2016). Bilişsel işlev bozukluğu; düşünme, konsantrasyon ve bellek ile ilgili sorunları içeren depresyonun önemli bir yönüdür (Hammar ve Ardal, 2009). Depresyon, dikkatte azalmalar, herhangi bir konu üzerinde yoğunlaşamama, öğrenme ve bellek gibi yüksek bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açmaktadır. Aydın (2013) belirtmektedir ki; MDB'de dikkat, bellek ve yürütücü işlevler gibi nörokognitif işlevler önemli ölçüde bozulmaktadır. Kognitif işlevlerdeki bozulma sıklıkla MDB'nin akut fazında bildirilmiştir (Harvey ve ark., 2004; Rogers ve ark., 2004; Stordal ve ark., 2004). Depresyon tanısı alan bireylerin bilişsel işlevlerinde gelişebilecek bozuklukların tespit edilmesi de bu noktada önem kazanmaktadır.

Depresyonda çeşitli nöropsikolojik çalışmalar, genç, orta yaşlı depresyondaki hastalarda yürütücü açıkları gösterdi (Elliott ve ark., 1996; Fossati ve ark., 1999, 2003). Depresyon tanısı alan bireylerin işlevsellik alanlarında bozulma görülmektedir. McClintock' a (2011) göre; bilişsel sorunlar, majör depresif dönemlerde kalıcı semptomlar olarak da kalabilir. Nilsson ve diğerleri' ne (2016) göre bilişsel kusurlar, majör depresif bozukluğun köklü bir özelliğidir.

Depresyonu olan bireyler bilgi işleme hızında genel bir yavaşlama gösterirler, bu durum psikomotor yavaşlama olarak da tanımlanır. Motor yavaşlamayla birlikte

bilişsel yavaşlamanın da tepki verme süresindeki uzamada etkili olduğu düşünülmektedir. Tepki süresinin değerlendirildiği görevlerde depresyonu olan hastaların sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha uzun bekleme süreleri olduğu görülmüştür (Pedro, Delgado ve Francisco, 2007; Akt:Yalçın, 2008).Yürütme fonksiyonu, çalışma belleği, episodik hafıza, dikkat ve psikomotor işlem hızı alanları genellikle depresyonlu kişilerde etkilenir (Shilyansky, 2016).

Depresyonlu hastalar dikkati toplama, öğrenme, hatırlamada güçlüklerden yakınırırlar. Çalışmalar uzun süreli dikkat, çaba ve uzun süren ayrıntılı anlatım gerektiren testlerde hastaların performansının kötü olduğunu saptamıştır. Depresif hastaların ayrıca tepki için artmış eşiğe sahip oldukları bulunmuştur; bu hastalar test ortamında verilen uyarandan daha fazla ek bilgiye gerek duyarlar (Akhiskal, 2007). Hammar ve arkadaşlarına (2003b) göre, depresyondaki hastaların bilişsel zorlayıcı görevlerde bilişsel performans da bozulma gösterdiklerini bulmuştur.

Çalışmalar MDB'nin verimlilik, görev odaklılığı ve hastalığın bulunmadığı günler dahil olmak üzere iş performansının çeşitli yönlerini etkilediğini göstermiştir (Wang ve ark., 2004; Adler ve ark., 2006). Öztürk ve Uluşahin (2015) belirtmektedir ki ruhsal rahatsızlık nedeniyle işe gidememe oranı (son 1 ayda 6.3 gün), bedensel hastalık yüzünden işe gidememe oranından (son 1 ayda 5.34 gün) daha yüksektir. İş verimliliğinin kaybedilmesi MDB'nin en büyük sosyoekonomik maliyetini oluşturduğundan, MDB' de kognitif bozukluğu hedef alan yeni tedavilerin acil bir şekilde ihtiyacı vardır (Olesen ve ark., 2012).

Yaşamın işlevselliğinin merkezi bir yönü, aile ve sosyal ilişkilerdir. Sosyal gerginlik, mali zorlanma, mesleki işlevlerdeki sınırlamalar ve sağlık durumunun zayıflığı gibi depresif hastalarda zayıflamıştır (Papakostas ve ark., 2004). Bilişsel bozukluk, duygudurum belirtilerinden bağımsız olarak MDB' de işgücünün kapasitesinin azaltılmasına katkıda bulunan ana faktörlerden biri olarak tanımlanmıştır (McIntyre ve ark., 2013). Kognitif bozukluk, depresyonlu bireyin işgücünü azaltmaktadır.

Yaşam işlevinde yeti yitimi, MDB ile ilgili ciddi bir özelliktir ve bir dizi çalışma MDB'nin belirgin engellilik ve daha düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (Papakostas, 2004).Yurt içinde gerçekleştirilen araştırmalarda kesin bir sonuca varılmamakla birlikte, sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireyler ile depresyon arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.

Depresyon semptomlarında belirgin düzelmeye rağmen, bozulmanın 6 ay sonra hakim olduğunu göstermektedir. Uzun süreli bilişsel bozukluğun depresyonlu örneklerin alt grupları için geçerli olduğu, dolayısıyla tüm hastalar uzun süren bozulma ile karakterize edilememesi mümkündür.

Nörobilişsel işlevleri değerlendiren yakın zamanda yapılan uzunlamasına çalışmalar, hafıza, dikkat süreci ve yürütme fonksiyonu gibi bilişsel işlevlerin, majör depresif bir dönemin akut evresinde bozulduğunu ve depresif belirtilerin hafifletilmesine rağmen devam edebileceğini göstermektedir (Gallagher, 2007; Akt: Gorwood, 2008). Kognitif bozuklukla ilgili bozulmalar sıklıkla depresyonun akut evresinde bildirilmeye başlandığı görülebildiği için erken dönemde tedavi programlarının geliştirilmesi de önem kazanmaktadır.

MDB' de bilişsel işlevleri araştıran çok sayıda çalışma olmasına rağmen, depresyonu karakterize eden nöropsikolojik profile ilişkin herhangi bir fikir birliği yoktur. Tüm depresyondaki hastaları karakterize eden tek bir bilişsel işlev bulunmamıştır ve tüm hastalar aynı derecede bozulmamıştır (Hammar ve Ardal, 2009).

Bununla birlikte, depresif hastaların bir grup olarak akut fazda bilişsel bozukluk ile karakterize edildiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Bulgular arasındaki çeşitlilik, farklı şiddet veya alt tip depresyonu olan hastaların dâhil edilmesi gibi farklı metodolojik konularla açıklanabilir: örneğin bipolar bozukluk, majör depresyonun ilk atağı, tekrarlayan ataklar, psikotik özellikli depresyon, distimik bozukluk vs. (Hammar ve Ardal, 2009).

Son on yılda çeşitli çalışmalar, depresyonun akut evresinde yürütücü işlev bozukluğuna ilişkin kesin kanıtlar sunmuştur; ancak, literatürde tanımlanan çeşitli bozulmalara katkıda bulunan faktörler daha büyük bir oranda belirtilmelidir (Hammar ve Ardal, 2009). Austin ve arkadaşlarının (2001) çalışmalarında; kognitif işlevselliğin MDB'de bozulduğuna dair artan kanıtlar vardır. Son on yılda yapılan araştırmalar, esas olarak depresyonun şiddetli evresindeki bilişsel işlevsellik üzerine odaklanmıştır ve bugün, hastalığın akut durumda bilişsel bozukluk ile karakterize edildiği yaygın olarak kabul edilmektedir (Hammar ve Ardal, 2009).

Sonuç olarak literatürdeki çalışmalara bakıldığında depresyonun bilişsel bozukluk ile olan ilişkisi iyi kurulmuştur. Sonuçlar, depresyondaki hastaların bir bozukluğa sahip olduğunu göstermektedir (Hammar, Lund & Hugdahl, 2003b).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Deseni / Modeli

Bu çalışma; yeni tanı alan depresyon hastalarının kognitif işlevlerini inceleyen vaka kontrol desenli bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine 04.05.2017 - 05.06.2017 tarihleri arasında başvuran ve hekim tarafından DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) ölçütlerine göre majör depresyon tanısı alan, Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon puanı alan 20-49 yaş arasındaki araştırmaya katılmak isteyen hastalar dahil edilmiştir. Araştırmaya alınma ölçütleri; daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı ile tedavi görmemiş olması, en az 6 aylık süre içerisinde ilaç kullanımı olmaması, psikiyatrik tanısı olmaması, alkol/madde bağımlılığı olmaması, nörolojik bozukluğu, mental retardasyonu ve ciddi tıbbi hastalığı bulunmaması, eğitim süresinin en az 5 yıl veya okuma yazma biliyor olması olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 44 kadın 16 erkek toplam 60 depresyon hastası katılmıştır.

Kontrol grubu ise psikolojik ve fiziksel olarak uygun olan, daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almayan ve tedavi görmemiş olan, herhangi bir ilaç kullanımı olmayan, alkol / madde bağımlılığı olmayan, nörolojik bozukluğu, mental retardasyonu ve ciddi tıbbi hastalığı bulunmayan, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi bakımından benzer özellikler gösteren basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen kişilere bu araştırmanın amacı, konusu ve yöntemi hakkında bilgi verildikten sonra DSM-V kriterlerine göre depresyon tanısı almayan ve BDÖ'ye göre depresyon puanı almayan 17 kadın, 13 erkek toplam 30 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapılışı (Prosedür)

Klinik görüşme yapan doktor tarafından, hastaneye yeni başvuran DSM-V ölçütlerine göre depresyon tanısı alan hastalar, araştırmaya katılacakları bilgisi ile psikolog odasına yönlendirilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce, katılımcılara çalışmanın amacı anlatılmış, Bilgilendirilmiş Onam Formu alınmıştır. Çalışma

14.04.2017 tarihle 32 nolu yazı ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır. Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve İz Sürme Testi psikolog tarafından uygulanmıştır. Majör depresif bozukluğu olan hastaların testlerden aldığı sonuçlar, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca majör depresif bozukluğu olan hastaların testlerden aldıkları sonuçlar ile yaş, cinsiyet, eğitim ve bilişsel işlevler ile arasındaki ilişki araştırılmıştır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ‘Kişisel Bilgi Formu’, Hisli (1989) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ‘Beck Depresyon Ölçeği’ ve Türkes ve arkadaşları (2015) tarafından 20-49 yaş aralığında norm belirleme çalışması yapılan ‘İz Sürme Testi’ kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları yönergeleriyle birlikte uygulanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo demografik bilgilerin yer aldığı yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, eğitim durumu, çalışabilirlik, evin geçimini sağlama, ekonomik durum ve en uzun süreli yaşanan yerleşim birimi maddeleri yer almaktadır. Ekler bölümünden (Ek-2) ulaşılabilir. Hazırlanmış olan bu formla, depresyon ve kognitif işlevler ile ilişkili olabilecek parametreler hakkında bilgi toplamak amaçlanmıştır.

3.4.1.1. Klinik Veri Toplama Aracı

3.4.1.2. Beck Depresyon Ölçeği

Bireylerde depresyon belirtilerinin boyutunu ölçmeye yarayan psikolojik değerlendirme yöntemidir. 1961’de Beck ve arkadaşları tarafından literatüre kazandırılan depresyon ölçeği olarak uygulanan, Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması Tegin (1980) ve Hisli (1888, 1989) tarafından yapılan bir ölçektir. BDÖ, tanı koymaktan ziyade depresyonun derecesini belirleyen, Likert tipi bir ölçektir. Depresif belirti ve tutumu değerlendiren 21 maddeli bir ölçek olup 0’dan 3’e kadar derecelendirilen, derecelendirilmenin toplanmasıyla 0-63 arasında değişen depresyon

toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Toplam değer 9 ve 9' dan daha az ise "depresyon yok/minimal depresyon", 10-16 arası ise "hafif", 17-29 arası ise "orta", 30 ve yukarısı ise "şiddetli depresyon" puanı olarak değerlendirilmiştir (Bayar ve ark., 2008). Ölçeğin toplam puanının yüksekliği, depresif belirtilerinin şiddetinin yüksekliğini işaret eder (Güleç, Sayar ve Özkorumak, 2005). Ölçek yaklaşık 15-20 dakikada uygulanmaktadır. Duygudurum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, zevk almama, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini cezalandırma, intihar düşüncesi, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme ve içedönüklük, kararsızlık, beden imgesinde bozulmalar, çalışma isteğinde azalma, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, somatik yakınmalar, cinsel ilgide azlık, gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir belirtiyi ölçmekle birlikte dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. 21 maddenin her birinde 4 seçenek bulunmaktadır. Bireyden uygulama günü dahil olmak üzere geçirilen son 1 haftayı göz önünde bulundurarak, hissettikleriyle ilgili durumunu en iyi yansıtan cümle veya cümleleri seçerek işaretlemeleri istenir.

3.4.2. Nörokognitif Veri Toplama Aracı

3.4.2.1. İz Sürme Testi

İz Sürme Testi (İST) ilk kez Amerika Birleşik Devletler Ordusu'nda görevli psikologlar tarafından geliştirilmiş olup (Reitan 1955), tüm dünyada yaygın olarak kullanılan nöropsikolojik testlerden birisidir. İST'nin 20-49 Yaş Aralığında Türkiye İçin Norm Belirleme çalışması, Türkeş ve arkadaşları tarafından (2015) yapılmış olup test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,71 ve 0,87 aralığında değişmiştir (Türkeş ve ark., 2015).

İST görsel-motor kavramsal tarama, motor hız, planlama, sayısal bilgi, soyut düşünme, uyarıcının fiziksel özellikleri tarafından yaratılan tepki eğiliminin ketlenmesi, set değiştirme, konsantrasyon ve engellenmeye karşı toleransı gerektiren bir testtir (Lezak 1995; Akt: Türkeş ve ark., 2015). Dikkat hızı, motor hızı, mental esneklik ve görsel tarama değerlendirilir.

İST, A ve B olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Her iki bölümde de uyarıcı maddeler dağınık olarak bulunmaktadır. Birinci bölüm olan A Bölümü'nde uyarıcı madde olarak 1'den 25'e kadar rakamlar bulunmakta, katılımcının görevi

rakamların bulunduğu daireleri doğru sırada ve birbirini izler şekilde (1-2-3-4-5...) elini kaldırmadan düz çizgiler çizerek birleştirmektir. İst A bölümünde sayıları ardışık bağlamak için çizgiler çizmek zorundadır böylece hızlı görsel-uzaysal tarama yapılabilmektedir (Harvey ve ark., 2004). Böylelikle bireyler, İST A bölümü rakamlar ve harfler arasında geçiş yaparken temel motor performansını kontrol edebilmektedir.

İkinci bölüm olan B Bölümü'nde daireler içerisine yerleştirilmiş olan harf ve rakamlardan oluşmakta, katılımcının görevi, harf ve rakamları birbirini izler ve doğru dizilimde (1-A-2-B-3-C-4-Ç...) bir harf bir sayı olacak şekilde elini kaldırmadan düz çizgiler çizerek birleştirmektir. Özellikle B bölümü yürütücü işlevlerin gösterildiği bir bölümdür. A4 büyüklüğünde dört sayfadan oluşan İST uygulama materyalinde, A ve B bölümünün her biri için alıştırma ve test sayfaları mevcuttur.

Çalışmada İST'nin A ve B Bölümü için özgün formlar kullanılmıştır. B bölümünde testin aslından farklı olarak, Türkçe alfabe esas alınarak “Ç”, “Ğ” ve “İ” harfleri eklenmiştir (Cangöz, Karakoç ve Selekler, 2009). Testin tamamlanma süresinde sınırlama yapılmamakla birlikte, tamamlama süresi her iki bölüm için kronometre ile hesaplanmaktadır. Tamamlama süresi dışında her iki bölüm için hata sayısı ve düzeltme sayısı alt test puanları olarak hesaplanmıştır.

Çalışma belleği, karmaşık dikkat, planlama ve set değiştirme gibi yönetici işlevleri ölçen İST görsel-mekânsal işleme ve motor yetenekleri gerektiren bir testtir (Türkeş ve ark., 2015). Bir yönetici işlev testi olan İST'nin A bölümü görsel tarama yeteneğine dayalı işleme hızını, B bölümü ise uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilmeyi değerlendirmektedir (Reitan, 1958, Crowe 1998; Akt: Türkeş ve ark., 2015).

İST' nin tamamı için yedi puan hesaplanmıştır: Bölüm A tamamlama süresi (A süre), Bölüm B tamamlama süresi (B Süre), Bölüm A' yı tamamlaması için geçen süre içinde katılımcı tarafından yapılan ve araştırmacının katılımcıyı uyararak katılımcının, doğru yaptığı son daireye geri getirildiği hatalı tepkilerin sayısı (A Hata), Bölüm B' yi tamamlaması için gereken sürede katılımcı tarafından yapılan ve araştırmacının katılımcıyı uyararak katılımcının doğru yaptığı son daireye geri getirildiği hatalı tepkilerin sayısı (B Hata), Bölüm B tamamlama süresinden Bölüm A tamamlama süresinin çıkarılmasıyla elde edilen süre fark puanı (B-A), Bölüm A ve B tamamlama süre puanlarının toplamı (A+B), Bölüm B tamamlama süresinin Bölüm A tamamlama süresine bölünmesiyle elde süre oranı (B/A). İST tamamlama süresi puanları ve türevleri saniye cinsinden hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada kullanılan İST puanları,

B/A süre puanı ve İST düzeltme sayısı puanları dışında Cangöz ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kullanılan İST puanları ile aynıdır (Türkeş ve ark., 2015).

3.5. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

Depresyonlu hastalar için;

- Bilgilendirilmiş onam formu verilerek çalışmayı kabul etmiş olmak,
- 20-49 yaş arası olmak,
- Herhangi bir mental retardasyonun olmaması,
- Daha önce depresyon tanısı ve tedavisi almamış olmak,
- Tıbbi bir hastalığın olmaması,
- Psikotik bulguların olmaması,
- Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmamış olmak
- DSM-V kriterlerine göre depresyon tanısı almış olmak,
- Alkol/madde bağımlılığı olmaması
- Okur- yazar olmak

Sağlıklı kontrol grubu için;

- Bilgilendirilmiş onam formu verilerek çalışmayı kabul etmiş olmak,
- 20-49 yaş arası olmak,
- Herhangi bir mental retardasyonun olmaması,
- Daha önce depresyon tanısı ve tedavisi almamış olmak,
- Tıbbi bir hastalığın olmaması,
- Psikotik bulguların olmaması,
- Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmamış olmak,
- Alkol /madde bağımlılığı olmaması
- Okur-yazar olmak

3.6. Araştırmanın Etiği

Araştırmadan kullanılan İST kullanım izni (Ek-5) ilgili kişilerden mail yolu ile yazılı olarak alınmıştır. T.C Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel

Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına başvurularak araştırmanın etik izni alınmıştır. (Ek-6)

3.7. Verilerin Toplanması

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastalıkları ve Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine 04.05.2017-05.06.2017 tarihleri arasında başvuran hekim tarafından ilk muayeneden sonra depresyon tanısı alan bireyler gönüllülük esasına göre araştırmaya yönlendirilmiştir.

Araştırmacı tarafından uygulanan BDÖ'ye göre depresyon puanı alan hastalar çalışma örneklemini oluşturmuştur. Depresyon tanısı almayan, BDÖ'ye göre depresyon puanı almayan sağlıklı kontrol grubun belirlenmesi için ise, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen kişiler araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya dahil edildi.

Araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kabul eden kişilere Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan 'Kişisel Bilgi Formu', Tegin (1980) ve Hisli (1989) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan 'Beck Depresyon Ölçeği' ve Türkes ve arkadaşları (2015) tarafından 20-49 yaş aralığında norm belirleme çalışması yapılan 'İz Sürme Testi' araştırmacı tarafından uygulandı. Araştırma veri toplama, gönüllülük ve gizlilik ilkelerine sadık kalınarak gerçekleştirilmiştir. Ölçekler yaklaşık olarak 30-45 dakikada uygulandı.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmanın tüm verileri SPSS- 21 paket programına yüklenerek analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ve yüzdelik dilimler kullanılmıştır.

İz Sürme Testinin A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının normal dağılıma uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla normallik testi uygulanmış, sürekli değişkenlerin normal dağılım parametrelerini karşılayıp karşılamadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İz Sürme Testi A ve B bölümü hata puanlarının süreksiz değişkenler olmasından dolayı hata puanları ile ilgili analizlerde parametrik olmayan (non-parametrik) istatistik yöntemleri kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini 20-49 yaş aralığında olan 90 kişiden oluşmaktadır (Ort =34.26, Ss=8.1). Vaka grubundaki katılımcıların yaş ortalaması 33.6 (Ss= 8.5), kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının ise 35.6 (Ss=7.19) olduğu görülmektedir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular, bulgulara dayalı açıklamalar ve yorumlar yer almıştır.

4.1. Sosyo demografik Verilere İlişkin Bulgular

4.2. Vaka Grubu İstatistikleri

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Aralığı İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Yaş Aralığı	F	%	Yığılmalı %
20-29	22	36.7	36.7
30-39	22	36.7	73.3
40-49	16	26.7	100
Toplam	60	100	100

Tablo 1 incelendiğinde çalışmadaki vaka grubundaki katılımcıların 22'sinin (%36.7) 20-29 yaş aralığında, 22'sinin (%36.7) 30-39 yaş aralığında ve 16'sının (%26.7) ise 40-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Cinsiyet Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Cinsiyet	F	%	Yığılmalı %
Erkek	16	26.7	26.7
Kadın	44	73.3	100
Toplam	60	100	100

Tablo 2 incelendiğinde vaka grubundaki kişilerin 16'sının (%26.7) erkek ve 44'ünün (%73.3) ise kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Medeni Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Medeni Durum	F	%	Yığılmalı %
Evli	40	66.7	66.7
Bekâr	20	33.3	100
Toplam	60	100	100

Tablo 3 incelendiğinde vaka grubundaki katılımcılardan 40'ının (%66.7) evli ve 20'sinin (%33.3) ise bekâr olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Çocuk Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Çocuk Durumu	F	%	Yığılmalı %
Var	34	56.7	56.7
Yok	26	43.3	100
Toplam	60	100	100

Tablo 4 incelendiğinde vaka grubundaki katılımcıların 34'ünün (%56.7) çocuğunun olmadığı ve 26'sının (%43.3) çocuğu olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Eğitim Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Eğitim Durumu	F	%	Yığılmalı %
İlköğretim	26	43.3	43.3
Lise	21	35.0	78.3
Üniversite	10	16.7	95
Lisansüstü	3	5.0	100
Toplam	60	100	100

Tablo 5 incelendiğinde vaka grubundaki katılımcıların 26'sının (%43.3) ilköğretim mezunu, 21'inin (%35.0) lise mezunu, 10'unun (%16.7) üniversite ve 3'ünün (%5.0) de lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Eğitim Durumu (Yıla Göre) Değişkeni İçin Frekans ve Yüzdeleri

Eğitim Durumu	F	%	Yığılmalı %
5-11 yıl	47	78.3	78.3
12 yıl ve üzeri	13	21.7	100
Toplam	60	100	100

Tablo 6 incelendiğinde vaka grubundaki katılımcıların 47'si (%78.3) 5-11 yıl aralığında eğitim düzeyine sahip iken 13'ü (%21.7) 12 yıl ve üzeri eğitim aldıkları görülmektedir.

Tablo 7. İş Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

İş Durumu	F	%	Yığılmalı %
Evet çalışıyor	26	43.3	43.3
Hayır çalışmıyor	34	56.7	100
Toplam	60	100	100

Tablo 7 incelendiğinde vaka grubundaki katılımcıların 26'sının (%43.3) çalıştığı ve 34'ünün (%56.7) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Tablo 8. Evin Geçimini Sağlama Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Geçim Durumu	F	%	Yığılmalı %
Sadece Kendi Maaşım	13	21.7	21.7
Eşimin Maaşı	21	35.0	56.7
Eşim ve Benim ortak maaşlarımız ile	13	21.7	78.3
Benim ailemin desteği ile	11	18.3	96.7
Diğer	2	3.3	100
Toplam	60	100	100

Tablo 8 incelendiğinde vaka grubundaki katılımcıların 13'ü (%21.7) evin geçimini sadece kendi maaşı ile, 21'i (%35.0) eşinin maaşı ile, 13'ü (%21.7) eşinin ve

kendisinin ortak maaşları ile, 11'i (%18.3) ailesinin desteği ile ve 2'si (3.3) ise diğer şekillerde sağladığı görülmektedir.

Tablo 9. Sosyoekonomik Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Sosyoekonomik Durum	F	%	Yığılmalı %
Çok kötü	2	3.3	3.3
Kötü	3	5.0	8.3
Orta	43	71.7	80
İyi	11	18.3	98.3
Çok iyi	1	1.7	100
Toplam	60	100	100

Tablo 9 incelendiğinde 2 (%3.3) kişinin maddi durumunun çok kötü, 3 (5.0) kişinin maddi durumunun kötü, 43 (%71.7) kişinin maddi durumunun orta, 11 (%18.3) kişinin maddi durumunun iyi ve 1 (%1.7) kişinin de maddi durumunun çok iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Uzun Süredir Yaşadığı Yer Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Uzun Süre Yaşadığı Yer	F	%	Yığılmalı %
Köy	1	1.7	1.7
Bucak	3	5.0	6.7
Kasaba	5	8.3	15.0
Şehir	8	13.3	28.3
Büyükşehir	43	71.7	100
Toplam	60	100	100

Tablo 10 incelendiğinde 1 (%1.7) kişinin köyde, 3 (5.0) kişinin bucakta, 5 (%8.3) kişinin kasabada, 8 (%13.3) kişinin şehirde ve 43 (%71.7) kişinin de büyükşehirde uzun süre yaşadığı görülmektedir.

4.3. Kontrol Grubu İstatistikleri

Tablo 11. Katılımcıların Yaş Aralığı İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Yaş Aralığı	F	%	Yığılmalı %
20-29	7	23.3	23.3
30-39	15	50	73.3
40-49	8	26.7	100
Toplam	30	100	100

Tablo 11 incelendiğinde çalışmaya katılan katılımcıların 7'sinin (%23.3) 20-29 yaş aralığında, 15'inin (%50) 30-39 yaş aralığında ve 8'inin (%26.7) ise 40-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 12. Cinsiyet Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Cinsiyet	F	%	Yığılmalı %
Erkek	13	43.3	43.3
Kadın	17	56.7	100
Toplam	30	100	100

Tablo 12 incelendiğinde katılımcıların 13'ünün (%43.3) erkek ve 17'sinin (%56.7) ise kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Medeni Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Medeni Durum	F	%	Yığılmalı %
Evli	17	56.7	56.7
Bekar	13	43.3	100
Toplam	30	100	100

Tablo 13 incelendiğinde katılımcılardan 17'sinin (%56.7) evli ve 13'ünün (%43.3) ise bekâr olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Çocuk Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Çocuk Durumu	F	%	Yığılmalı %
Var	14	46.7	46.7
Yok	16	53.3	100
Toplam	30	100	100

Tablo 14 incelendiğinde katılımcıların 14'ünün (%46.7) çocuğunun olduğu ve 16'sının (%53.3) çocuğu olmadığı görülmektedir.

Tablo 15. Eğitim Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Eğitim Durumu	F	%	Yığılmalı %
İlköğretim	3	10.0	10
Lise	10	33.3	43.3
Üniversite	13	43.3	86.7
Lisansüstü	4	13.3	100
Toplam	30	100	100

Tablo 15 incelendiğinde katılımcıların 3'ünün (%10.0) ilköğretim mezunu, 10'unun (%33.0) lise mezunu, 13'ünün (%43.3) üniversite ve 4'ünün (%13.3) de lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 16. Eğitim Durumu (Yıla Göre) İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Cinsiyet	F	%	Yığılmalı %
5-11 yıl	13	43.3	43.3
12 ve üzeri	17	56.7	100
Toplam	30	100	100

Tablo 16 incelendiğinde katılımcıların 13'ünün (%43.3) 5-11 yıl arası eğitim aldığı ve 17'sinin (%56.7) ise 12 yıl ve üzeri eğitim aldığı görülmektedir.

Tablo 17. İş Durumu Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

İş Durumu	F	%	Yığılmalı %
Evet çalışıyor	23	76.7	76.7
Hayır çalışmıyor	7	23.3	100
Toplam	30	100	100

Tablo 17 incelendiğinde katılımcıların 23'ünün (%76.7) çalıştığı ve 7'sinin (%23.3) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Tablo 18. Evin Geçimini Sağlama Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Eğitim Durumu	F	%	Yığılmalı %
Sadece Kendi Maaşım	5	16.7	16.7
Eşimin Maaşı	4	13.3	30.0
Eşim ve Benim ortak maaşlarımız ile	10	33.3	63.3
Benim ailemin desteği ile	3	10.0	73.3
Diğer	8	26.7	100
Toplam	30	100	100

Tablo 18 incelendiğinde katılımcıların 5'i (%16.7) evin geçimini sadece kendi maaşı ile, 4'ü (%13.3) eşinin maaşı ile, 10'u (%33.3) eşinin ve kendisinin ortak maaşları ile, 3'ü (%10.0) ailesinin desteği ile ve 8'i (26.7) ise diğer şekillerde sağladığı görülmektedir.

Tablo 19. Sosyoekonomik Durum Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Sosyoekonomik Durum	F	%	Yığılmalı %
Orta	16	53.3	53.3
İyi	12	40.0	93.3
Çok iyi	2	6.7	100
Toplam	30	100	100

Tablo 19 incelendiğinde, 16 (%53.3) kişinin orta, 12 (%40.0) kişinin maddi durumunun iyi ve 2 (%6.7) kişinin de maddi durumunun çok iyi olduğu görülmektedir.

Tablo 20. Kontrol Grubunun Uzun Süredir Yaşadığı Yer Değişkeni İçin Frekans ve Yüzde Değerleri

Uzun Süre Yaşadığı Yer	F	%	Yığılmalı %
Şehir	7	23.3	23.3
Büyükşehir	23	76.7	100
Toplam	30	100	100

Tablo 20 incelendiğinde 7 (%23.3) kişinin şehirde ve 23 (%76.7) kişinin de büyükşehirde uzun süre yaşadığı görülmektedir.

Tablo 21. Kontrol ve Vaka Grubundaki Katılımcıların Testlerden Aldıkları Puanların Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	Vaka Grubu			Kontrol Grubu		
	N	Ort	ss.	N	Ort.	ss.
A Süre	60	57.15	20.37	30	41.51	8.29
B Süre	60	97.95	34.52	30	56.49	12.42
A+B	60	155.10	51.22	30	98	19.24
B-A	60	42.13	25.03	30	14.98	9.13
B/A	60	1.76	.48	30	1.37	.23
A Hata	60	.23	.49	30	.33	.18
B Hata	60	.75	.96	30	.13	.34
Beck D.	60	28.06	9.9	30	8.26	3.58

Tablo 21 incelendiğinde, kontrol ve vaka grubundaki katılımcıların İz Sürme Testinin A süre, B süre A+B, B-A ve B/A puan türlerinden, A ve B hata puanlarından ve ayrıca Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir

Tablo 22. İz Sürme Testi Skorlarının Gruplara Göre Normallik Testi Sonuçları:

Test Puanları		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
A Süre	Kontrol	.122	30	.200*	.937	30	.078*
	Vaka	.099	60	.200*	.908	60	.078*
B Süre	Kontrol	.155	30	.065*	.949	30	.157*
	Vaka	.204	60	.080*	.880	60	.178*
B-A	Kontrol	.185	30	.092*	.867	30	.163*
	Vaka	.208	60	.092*	.872	60	.163*
A+B	Kontrol	.101	30	.200*	.964	30	.390*
	Vaka	.146	60	.200*	.910	60	.390*
B/A	Kontrol	.231	30	.200*	.854	30	.090*
	Vaka	.136	60	.200*	.858	60	.090*

Tablo 22 incelendiğinde, vaka ve kontrol gruplarının İz Sürme Testi skorlarına göre normal dağılıma uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılmış normallik testi sonuçları görülmektedir. İz Sürme Testinin A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının normal dağılıma uygun olduğu ($p>0,05$) belirlenmiştir. Bu durumda A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının vaka ve kontrol gruplarına göre farklılığının anlamlı olup olmadığının anlaşılması için bağımsız gruplar için t-testi yapılabileceği görülmektedir.

Tablo 23. İz Sürme Testi Puanlarının Vaka ve Kontrol Gruplarına Göre T-Testi Sonuçları

Skorlar	Gruplar	N	Ort.	Ss	Sd	t	P
A Süre	Vaka	60	57.15	20.37	85.49	-5.15	.001*
	Kontrol	30	41.51	8.29			
B Süre	Vaka	60	97.95	34.52	82.28	-8.28	.000*
	Kontrol	30	56.49	12.42			
A+B	Vaka	60	155.10	51.22	83.19	-7.64	.000*
	Kontrol	30	98	19.04			
B-A	Vaka	60	42.13	24.03	82.66	-7.46	.000*
	Kontrol	30	14.98	9.13			
B/A	Vaka	60	1.76	.48	88	-4.26	.000*
	Kontrol	30	1.37	.23			

* $p<.05$

Tablo 23’de görüldüğü üzere A süre puanı vaka grubu ortalama puanları 57.15, kontrol grubunun ortalama puanları ise 41.51’dir. Gruplar arası farkın grup arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının anlaşılması için t testi uygulanmış ve farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($t_{(90)} = -5.15$, $p < .05$). B süre puanına bakıldığında vaka grubunun ortalamalarının 97.95 ve kontrol grubunun ortalamalarının 56.49 olduğu görülmektedir. Uygulanan t testi sonucunda iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{(90)} = -8.28$, $p < .05$). A+B puanı incelendiğinde vaka grubunun ortalama puanlarının 155.10 ve kontrol grubu puan ortalamalarının 98 olduğu görülmektedir. Yapılan t testi analizi sonucunda A+B puanına göre grup ortalamalarının arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{(90)} = -7.64$, $p < .05$). B-A puanı incelendiğinde ise vaka grubu ortalamalarının 42.13 ve kontrol grubu ortalamalarının ise 14.98 olduğu görülmektedir. T testi sonucunda vaka grubu puan ortalamaları ile kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{(90)} = -7.46$, $p < .05$).

Son olarak B/A puanları incelendiğinde; vaka grubu puan ortalamalarının 1.76 ve kontrol grubu puan ortalamalarının ise 1.37 olduğu görülmektedir. Yapılan t testi sonucuna göre grup ortalamaları B/A puanları açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{(90)} = -4.26$, $p < .05$).

Tablo 24. İz Sürme Testi Puanları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6
Beck	-	.42**	.52**	.46**	.52**	.29**
A Süre	-	-	.77**	.47**	.89**	-.10
B Süre	-	-	-	.85**	.76**	.51**
B-A	-	-	-	-	.73**	.76**
A+B	-	-	-	-	-	.31**
B/A	-	-	-	-	-	-

* $p < 0.05$ (Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı), ** $p < 0.01$ (Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı)

Tablo 24 incelendiğinde Beck Depresyon Ölçeği ile İz Sürme Testinin A süre ($r = .42$, $p < 0.01$), B süre ($r = .52$, $p < 0.01$), B-A ($r = .46$, $p < 0.01$), A+B ($r = .52$, $p < 0.01$) ve B/A ($r = .29$, $p < 0.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle Beck depresyon puanı arttıkça İz Sürme Testi A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanları artmaktadır.

Karşılaştırma testleri için yapılan normallik testinde, hem cinsiyetin hem de eğitim süresinin İz Sürme Testi skorlarına göre normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir ($p>.05$). Bu durumda A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının cinsiyet ve eğitim süresi gruplarına göre farklılığının anlamlı olup olmadığının anlaşılması için bağımsız gruplar için t-testi yapılabileceği görülmektedir.

Tablo 25. İz Sürme Testi Skorlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırıldığı Göre T-Testi Sonuçları

Skorlar	Gruplar	N	Ort.	Ss	Sd	t	P
A Süre	Kadın	44	57.95	19.96	24.58	-.47	.637
	Erkek	16	54.95	21.97			
B Süre	Kadın	44	96.08	32.68	22.76	-.63	.534
	Erkek	16	103.09	39.84			
A+B	Kadın	44	154.02	48.60	27.34	-1.12	.269
	Erkek	16	158.05	59.48			
B-A	Kadın	44	39.97	25.15	22.70	-.24	.810
	Erkek	16	48.90	24.46			
B/A	Kadın	44	1.70	.44	23.14	-1.55	.134
	Erkek	16	1.93	.53			

* $p<.05$

Tablo 25’de İz sürme testinin alt puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırıldığı t testi sonuçları görülmektedir. A süre puanı kadın katılımcıların ortalama puanları 57.95, erkek katılımcıların ortalama puanları ise 54.95’tir. Gruplar arası farkın grup arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının anlaşılması için t testi uygulanmış ve farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($t_{(60)} = -.47$, $p>.05$). B süre puanı incelendiğinde kadın katılımcıların puan ortalamalarının 96.08 ve erkek katılımcıların puan ortalamalarının 103.09 olduğu görülmektedir. Uygulanan t testi sonucunda iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(60)} = -.63$, $p>.05$). A+B puanı incelendiğinde kadın katılımcıların puan ortalamalarının 145.02 ve erkek katılımcıların puan ortalamalarının 158.05 olduğu görülmektedir. Yapılan t testi analizi sonucunda A+B puanına göre grup ortalamalarının farkının anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(60)} = -1.12$, $p>.05$). B-A puanı incelendiğinde ise kadın katılımcıların puan ortalamalarının 39.37 ve erkek katılımcıların puan ortalamalarının ise 48.90 olduğu görülmektedir. T testi sonucunda

kadın katılımcıların puan ortalamaları ile erkek katılımcıların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(60)} = -.24$, $p > .05$). Son olarak B/A puanları incelendiğinde; kadın katılımcıların puan ortalamalarının 1.70 ve erkek katılımcıların puan ortalamalarının ise 1.93 olduğu görülmektedir. Yapılan t testi sonucuna göre grup ortalamaları B/A puanları açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(60)} = -1.55$, $p > .05$). Sonuç olarak İz Sürme Testi'nin 5 alt puan türü cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadın ve erkek gruplar açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 26. İz Sürme Testi Skorlarının Eğitim Süresi Gruplarına Göre T-Testi Sonuçları

Skorlar	Gruplar	N	Ort.	Ss	Sd	T	P
A Süre	5-11 yıl	47	61.06	20.66	36.43	3.01	.000*
	12 ve üzeri	13	42.99	11.27			
B Süre	5-11 yıl	47	104.21	34.93	58	3.65	.006*
	12 ve üzeri	13	75.31	21.76			
A+B	5-11 yıl	47	165.28	51.68	58	4.32	.003*
	12 ve üzeri	13	118.3	28.13			
B-A	5-11 yıl	47	44.87	28.13	22.70	1.63	.017*
	12 ve üzeri	13	32.22	20.05			
B/A	5-11 yıl	47	1.75	.45	15.98	-.31	.711
	12 ve üzeri	13	1.81	.59			

* $p < .05$

Tablo 26'da İz sürme testinin alt puanlarının eğitim süresi açısından karşılaştırıldığı t testi sonuçları görülmektedir. A süre puanı incelendiğinde, eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcıların ortalama puanları 61.06 ve eğitim süresi 12 yıl ve üzeri olan katılımcıların aldıkları ortalama puanları ise 42.99'dur. Gruplar arası farkın anlamlı olup olmadığının anlaşılması için t testi uygulanmış ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($t_{(60)} = 3.01$, $p < .05$). B süre puanı incelendiğinde, eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcıların ortalama puanlarının 104.21 ve eğitim süresi 12 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalamalarının 75.31 olduğu görülmektedir. Uygulanan t testi sonucunda iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{(60)} = 3.65$, $p < .05$). A+B puanı incelendiğinde, eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcıların puan ortalamalarının 165 ve eğitim süresi 12 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan

ortalamlarının 118.3 olduğu görülmektedir. Yapılan t testi analizi sonucunda A+B puanına göre grup ortalamalarının farkının anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{(60)}=4.32$, $p>.05$). B-A puanı incelendiğinde ise eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcıların puan ortalamalarının 44.87 ve eğitim süresi 12 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalamalarının 32.22 olduğu görülmektedir. T testi sonucunda eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcıların ve eğitim süresi 12 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{(60)}=1.63$, $p>.05$).

Son olarak B/A puanları incelendiğinde; kadın katılımcıların puan ortalamalarının 1.70 ve erkek katılımcıların puan ortalamalarının ise 1.93 olduğu görülmektedir. Yapılan t testi sonucuna göre grup ortalamaları B/A puanları açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(60)}=-1.55$, $p>.05$).

Tablo 27. İz Sürme Testi Skorlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu İle İlgili Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Yaş	N	Ort	SS	Sd	F	P
A Süre	20-29	22	54.41	16.53	57	1.44	.244
	30-39	22	54.54	17.21			
	40-49	16	64.51	27.5			
	Toplam	60	57.15	20.37			
B Süre	20-29	22	93.01	34.14	57	1.16	.338
	30-39	22	94.96	35.06			
	40-49	16	108.83	34.04			
	Toplam	60	97.95	34.52			
A+B	20-29	22	147.42	47.61	57	1.41	.252
	30-39	22	149.5	48.99			
	40-49	16	173.35	57.44			
	Toplam	60	155.1	51.20			
B-A	20-29	22	38.59	24.74	57	.95	.392
	30-39	22	40.37	25.44			
	40-49	16	49.42	24.92			
	Toplam	60	42.13	25.03			
B/A	20-29	22	1.74	.49	57	.40	.961
	30-39	22	1.78	.53			
	40-49	16	1.79	.39			
	Toplam	60	1.76	.48			

Tablo 27 incelendiğinde İz Sürme Testinin puan ortalamaları ile yaş gruplarına göre farklılaşma durumunu saptamak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları görülmektedir. Sonuçlar incelendiğinde hiçbir puan türünün yaş gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>.05$).

Tablo 28. Vaka Grubu İz Sürme Testi A ve B Hata Puanlarına İlişkin Bulgular:

	İz Sürme Testi A Hata		İz Sürme Testi B Hata	
	N	%	N	%
0 hata	48	80	30	50
1 hata	10	16.7	20	33.3
2 hata	2	3.3	7	11.7
3 ve üzeri hata	-	-	3	5
Toplam	60	100	60	100

Tabloda 28’de görülen İz sürme Testi A ve B hata yüzdeleri incelendiğinde vaka grubundaki katılımcıların %80’inin (n=48) hata yapmadığı; buna karşılık %16.7’sinin (n=10) 1 hata ve %3,3’ünün ise 2 hata yaptığı görülmektedir. B bölümüne ilişkin hata oranları A bölümüne göre daha yüksek olduğu görülmektedir. B bölümünde katılımcıların %50’si (n=30) hiç hata yapmazken, %30’u (n=20) 1 hata, %11.7’si (n=7) 2 hata ve %5’i ise (n=3) 3 ve daha fazla hata yapmış olduğu görülmektedir. Hata yüzdeleri açısından bakıldığında A bölümünde hata yapmama oranının hata yapma oranına kıyasla yüksek olduğu; B bölümünde ise eşit olduğu görülmektedir. İz Sürme Testi A bölümünde düzeltme sayısı hiç yok iken B bölümünde ise 3 düzeltme olduğu görülmüştür.

Tablo 29. Kontrol Grubu İz Sürme Testi A ve B Hata Puanlarına İlişkin Bulgular

	İz Sürme Testi A Hata		İz Sürme Testi B Hata	
	N	%	N	%
0 hata	29	96.7	26	86.7
1 hata	1	3.3	4	13.3
Toplam	30	100	30	100

Tabloda 29’de görülen İz sürme Testi A Hata ve Düzeltme yüzdeleri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %96.7’sinin (n=29) hata yapmadığı; buna karşılık %3.3’ünün (n=1) 1 hata yaptığı görülmektedir. B bölümüne ilişkin hata oranları A bölümüne göre daha yüksek olduğu görülmektedir. B bölümünde katılımcıların %86.7’si (n=26) hiç hata yapmazken, %13.3’ü (n=4) 1 hata yapmış olduğu görülmektedir. İz Sürme Testi A bölümünde düzeltme sayısı hiç yok iken B bölümünde 4 düzeltme olduğu görülmüştür.

Tablo 30. İz Sürme Testi Hata Puanlarının Vaka ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Hata	Vaka	60	48.02	749	-2.19	.034*
	Kontrol	30	40.47			
B Hata	Vaka	60	51.33	550	-3.43	.000*
	Kontrol	30	33.83			

(*p<0.05)

Tablo 30’da görüldüğü üzere İz Sürme Testi’nin A ve B hata puanlarının vaka ve kontrol gruplarına göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla iki grup için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda vaka grubundaki katılımcıların A hata puan sıra ortalamalarının (ort= 48.02) kontrol grubundaki katılımcıların puanlarının sıra ortalamalarına (40.47) göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmektedir (p<.05). B hata puan türüne bakıldığında, vaka grubundaki katılımcıların sıra ortalamalarının (ort= 51.33) kontrol grubundaki katılımcıların puanlarının sıra ortalamalarına (33.83) göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmektedir (p<.05).

Vaka grubundaki katılımcıların İz Sürme Testi A ve B Hata Puanlarının cinsiyet, eğitim süresi ve yaş değişkenleri açısından karşılaştırılması için parametrik olmayan istatistik teknikleri kullanılmıştır. Analiz sonucunda A bölümü hata puanlarının eğitim düzeyi (U=248, p =.468) ve cinsiyet açısından (U=343, p=.829) anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir. Benzer şekilde B bölümü hata puanları da eğitim düzeyi (U=232, p=.34) ve cinsiyet (U=289, p=.612) değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Son olarak yaş değişkeni ile hata puanları arasındaki ilişkini incelenmesi amacıyla Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda yaş

gruplarına göre İz Sürme Testi A bölümü ($\chi^2=1.43$, $p=.488$) ve B ($\chi^2=3.68$, $p=.158$) bölümü hata puanlarının anlamlı bir fark göstermediği görülmüştür.

Tablo 31. Kontrol Grubundaki Katılımcıların İz Sürme Testi Alt puanlarının Eğitim Süresi Açısından Karşılaştırıldığı Mann Whitney U Testi Sonuçları

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort.	U	Z	P
A Süre	5-11 yıl	13	16.77	94	-.691	.509
	12 ve üzeri	17	14.53			
B Süre	5-11 yıl	13	17.92	79	-1.319	.198
	12 ve üzeri	17	13.65			
A+B	5-11 yıl	13	16.92	92	-.774	.439
	12 ve üzeri	17	14.41			
B-A	5-11 yıl	13	18.38	73	-1.569	.117
	12 ve üzeri	17	13.29			
B/A	5-11 yıl	13	17.62	83	-1.151	.263
	12 ve üzeri	17	13.88			

Kontrol grubundaki katılımcıların İz Sürme Testi alt puanlarının eğitim süresine göre normal dağılıma uygun olup olmadığının anlaşılması amacıyla normallik testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda değişkenlerin normal dağılıma uygun olmadığı görülmüştür. Bu nedenle kontrol grubundaki katılımcıların eğitim süresinin gruplar arası farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 31 incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların İz Sürme Testi Alt puanlarının ortalamalarının eğitim süresi açısından anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Tablo 32. İz sürme Testi Puanlarının Vaka ve Kontrol Grubundaki Erkek katılımcılar açısından karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	13	12.38	70	-1.49	.114
	Vaka	16	17.13			
B Süre	Kontrol	13	8.31	17	-3.81	.000*
	Vaka	16	20.44			
B-A	Kontrol	13	7.77	10	-4.122	.000*
	Vaka	16	20.88			
A+B	Kontrol	13	9.54	33	-3.14	.001*
	Vaka	16	19.44			
B/A	Kontrol	13	8.15	15	-3.90	.000*
	Vaka	16	20.56			

(*p<0.05)

Erkek katılımcıların vaka ve kontrol gruplarına göre İz Sürme Testinin puan türlerine göre karşılaştırıldığı analizde A süre puanına göre gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (U=70, p=.114). İz sürme testinin B Süre (U=17, p =.000), B-A (U=10, p=.000), A+B (U=33, p =.000) ve B/A (U=15, p =.000) skor türlerinde ise gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her dört puan türüne göre de vaka grubundaki erkek katılımcıların kontrol grubundaki erkek katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 33. Vaka ve Kontrol Grubundaki Kadın Katılımcıların İz Sürme Testi Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	17	17.88	151	-3.58	.000*
	Vaka	44	36.07			
B Süre	Kontrol	17	13.50	76.5	-4.78	.000*
	Vaka	44	37.76			
B-A	Kontrol	17	15.76	115	-4.16	.000*
	Vaka	44	36.89			
A+B	Kontrol	17	14.59	95	-4.48	.000*
	Vaka	44	37.34			
B/A	Kontrol	17	8.15	204	-2.73	.006*
	Vaka	44	20.56			

(*p<0.05)

Vaka ve kontrol gruplarındaki kadın katılımcıların İz Sürme Testinin puan türlerine göre karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre ($U=151$, $p=.000$), B Süre ($U = 76.5$, $p=.000$), B-A ($U=115$, $p=.000$), A+B ($U=95$, $p=.000$) ve B/A ($U=204$, $p=.006$) skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her beş puan türüne göre de vaka grubundaki kadın katılımcıların kontrol grubundaki kadın katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Vaka ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların 5-11 Yıl Eğitim Süresi Açısından Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	13	15.42	109.5	-3.51	.000*
	Vaka	47	34.67			
B Süre	Kontrol	13	9.77	36	-4.83	.000*
	Vaka	47	36.23			
B-A	Kontrol	13	13.35	82.5	-4.01	.000*
	Vaka	47	35.24			
A+B	Kontrol	13	10.85	50	-4.58	.000*
	Vaka	47	35.94			
B/A	Kontrol	13	19.38	161	-2.59	.010*
	Vaka	47	33.57			

(* $p<0.05$)

Vaka ve kontrol gruplarındaki eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcıların İz Sürme Testinin puan türlerine göre karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre ($U=109.5$, $p=.000$), B Süre ($U= 36$, $p =.000$), B-A ($U=82.5$, $p=.000$), A+B ($U= 50$, $p =.000$) ve B/A ($U= 161$, $p=.006$) skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada her beş puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki kadın katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 35. Vaka ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların 12 Yıl ve Üzeri Eğitim Süresi Açısından Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	17	15	102	-.56	.742
	Vaka	13	16.15			
B Süre	Kontrol	17	11.35	40	-2.95	.002*
	Vaka	13	20.92			
B-A	Kontrol	17	10.41	24	-3.62	.000*
	Vaka	13	22.15			
A+B	Kontrol	17	12.47	59	-2.15	.031*
	Vaka	13	19.46			
B/A	Kontrol	17	10.88	32	-3.28	.001*
	Vaka	13	21.54			

(*p<0.05)

Vaka ve kontrol grubundaki 12 yıl ve üzeri eğitim düzeyi olan katılımcılar İz Sürme Testi puan türlerine göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda A süre puanına göre gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (U=102, p =.742). İz sürme testinin B Süre (U=17, p =.002), B-A (U=10, p =.000), A+B (U=59, p =.031) ve B/A (U=32, p =.001) skor türlerinde ise gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her dört puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 36. Vaka ve Kontrol Grubundaki 20-29 Yaş Arasındaki Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	7	10.71	47	-1.52	.135
	Vaka	22	16.36			
B Süre	Kontrol	7	7.71	26	-2.60	.008*
	Vaka	22	17.32			
B-A	Kontrol	7	7.86	27	-2.54	.009*
	Vaka	22	17.27			
A+B	Kontrol	7	8.57	32	-2.29	.021*
	Vaka	22	17.05			
B/A	Kontrol	7	8.86	34	-2.19	.028*
	Vaka	22	16.95			

(*p<0.05)

Vaka ve kontrol grubundaki 20-29 yaş arasındaki katılımcıların İz Sürme Testi puan türleri açısından karşılaştırıldığı analizde A süre puanına göre gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($U=47$, $p=.135$). İz sürme testinin B Süre ($U=26$, $p=.008$), B-A ($U=27$, $p=.009$), A+B ($U=32$, $p=.021$) ve B/A ($U=34$, $p=.028$) skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her dört puan türüne göre 20-29 yaş aralığındaki vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 37. Vaka ve Kontrol Grubundaki 30-39 Yaş Arasındaki Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	15	12.14	65	-2.88	.003*
	Vaka	22	22.55			
B Süre	Kontrol	15	9.14	23	-4.25	.000*
	Vaka	22	24.45			
B-A	Kontrol	15	10.14	37	-3.79	.000*
	Vaka	22	23.82			
A+B	Kontrol	15	9.79	32	-3.95	.000*
	Vaka	22	24.05			
B/A	Kontrol	15	11.79	60	-3.05	.002*
	Vaka	22	22.77			

(* $p<0.05$)

Vaka ve kontrol grubundaki 30-39 yaş arasındaki katılımcıların İz Sürme Testi puan türleri açısından karşılaştırıldığı İz Sürme Testinin A süre ($U=65.5$, $p=.003$), B Süre ($U= 23$, $p=.000$), B-A ($U=37$, $p=.000$), A+B ($U=32$, $p=.000$) ve B/A ($U= 60$, $p=.002$) skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. 30-39 yaş aralığında olan katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada her beş puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 38. Vaka ve Kontrol Grubundaki 40-49 Yaş Arasındaki Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	8	8.33	30	-2.37	.017*
	Vaka	16	15.63			
B Süre	Kontrol	8	5.39	3.5	-3.88	.000*
	Vaka	16	17.28			
B-A	Kontrol	8	5.44	4	-3.85	.000*
	Vaka	16	17.25			
A+B	Kontrol	8	6.25	11	-3.43	.000*
	Vaka	16	16.81			
B/A	Kontrol	8	8	27	-2.54	.010*
	Vaka	16	15.81			

(*p<0.05)

Vaka ve kontrol grubundaki 40-49 yaş arasındaki katılımcıların İz Sürme Testi puan türleri açısından karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre (U=30, p=.017), B Süre (U= 3.5, p=.000), B-A (U=4, p=.000), A+B (U=11, p =.000) ve B/A (U= 27, p=.010) skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. 40-49 yaş aralığında olan katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada her beş puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 39. Vaka ve Kontrol Grubundaki Bekar Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	13	12.26	72	-4.53	.012*
	Vaka	40	19.45			
B Süre	Kontrol	13	10.15	45	-2.82	.001*
	Vaka	40	18.09			
B-A	Kontrol	13	15.32	14	-3.71	.000*
	Vaka	40	17.95			
A+B	Kontrol	13	12.54	81	-3.92	.000*
	Vaka	40	16.58			
B/A	Kontrol	13	11.14	11	-3.26	.021*
	Vaka	40	14.51			

(*p<0.05)

Vaka ve kontrol grubundaki bekar katılımcıların İz Sürme Testi puan türleri açısından karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre ($U=72$, $p=.012$), B Süre ($U= 45$, $p=.001$), B-A ($U=14$, $p=.000$), A+B ($U=81$, $p=.000$) ve B/A ($U= 11$, $p=.021$) skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Bekar katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada her beş puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 40. Vaka ve Kontrol Grubundaki Evli Katılımcıların İz Sürme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

Puan Türü	Grup	N	Sıra Ort	U	Z	P
A Süre	Kontrol	17	16.58	37	-.256	.002*
	Vaka	20	26.17			
B Süre	Kontrol	17	11.50	16	-.95	.000*
	Vaka	20	17.76			
B-A	Kontrol	17	15.46	57	-3.32	.000*
	Vaka	20	26.11			
A+B	Kontrol	17	15.49	34	-2.51	.011*
	Vaka	20	18.34			
B/A	Kontrol	17	14.15	32	-3.21	.001*
	Vaka	20	20.17			

(* $p<0.05$)

Vaka ve kontrol grubundaki evli katılımcıların İz Sürme Testi puan türleri açısından karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre ($U=37$, $p=.002$), B Süre ($U= 16$, $p=.001$), B-A ($U=57$, $p=.000$), A+B ($U=34$, $p=.011$) ve B/A ($U= 32$, $p=.001$) skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Evli katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada her beş puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA VE YORUM

Depresyon, toplumu ilgilendiren, toplumun birçok kesimini etkileyen yaygınlığıyla önem arz ettiği için depresyonla ilgili literatürde birçok çalışma bulunmaktadır.

Depresyonun başlıca belirtileri; çökkünlük, yorgunluk, unutkanlık, isteksizlik ve yaşamdan eskisi gibi zevk alamamadır. Depresyon, kişide yeti yitimine neden olan, kişinin yaşam kalitesini azaltan, beden ve zihin sağlığını olumsuz yönde etkileyen, bedensel hastalıklara bağlı ölümleri arttıran bir hastalıktır. Depresyon, yaşam boyu sık görülmesi, her yaş ve her iki cinsiyete ait kişilerde ciddi yeti yitimine neden olmakla birlikte bireyin günlük yaşamındaki bozulmalarının olumsuz etkileriyle ilişkili olduğu için kognitif işlevlerle ilişkisi bu noktada önem kazanmaktadır. Kognitif işlevler bozuldukça günlük yaşam aktiviteleri gerilemekte, iş yapabilme kapasitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu bozukluğun büyüklüğü nedeniyle depresyon; bireye, ailesine, çevresine, topluma maddi ve manevi zarar vermeye devam etmektedir. Ne yazık ki depresyon ve kognitif işlevler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar literatürde sınırlı olmakla birlikte güncel çalışmalar bulunmamaktadır.

Bu çalışmada DSM-V kriterlerine göre depresyon tanısı alan 44 (%73.3) kadın, 16 (% 26.7) erkek toplam 60 kişi vaka grubunu oluştururken, yaş, cinsiyet ve eğitim açısından benzer özellikler gösteren DSM-V kriterlerine göre depresyon tanısı almayan 17 (%56.7) kadın, 13 (%43.3) erkek toplam 30 kişi sağlıklı kontrol grubunu oluşturmaktadır. Harvey ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında MDB için DSM-IV kriterlerine uyan 22 kişi vaka grubunu, yaş, cinsiyet ve eğitim açısından benzer özellikler gösteren 22 kişi ise sağlıklı kontrol grubunu oluşturmaktadır. Nilsson ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında vaka grubu depresyon hastaları 30, sağlıklı kontrol grubu 34 kişidir. Hammar ve arkadaşlarının (2003a) çalışmasında 21 depresyonlu hasta, 21 sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Demir, Göğüş ve Savaşır (2009), çalışmalarında da vaka grubu 25 kişi, kontrol grubu 25 kişiden oluşmaktadır. Yalçın (2008), çalışmasında da vaka grubu depresyon hastaları 30, sağlıklı kontrol grubu ise 30 kişiden oluşmaktadır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “depresyon tanısı alan ve BDÖ’ye göre depresyon puanı olan vaka grubunun, depresyon tanısı almayan ve BDÖ’ye göre

depresyon puanı olmayan kontrol grubunun İST' den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? ” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Bu araştırmada, depresyon tanısı alan bireylerin depresyon puanı ve kognitif işlevleri kontrol grubuna göre karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Bununla birlikte, araştırmadan elde edilen verilerle bireylerin sosyo demografik özellikleri arasındaki ilişkilere de bakılmıştır. Bu araştırmanın amacı, yeni depresyon tanısı alan henüz ilaç kullanmayan bireylerin kognitif işlevlerini incelemektir. Öncelikle depresyonun kognitif işlevler üzerindeki etkisi literatür ışığında incelenmiştir. Depresyonlu bireylerin, depresyonlu olmayan bireylere göre kognitif işlevlerinin akut dönemde ne kadar etkilendiğini araştırmak bu çalışmanın odağını oluşturmaktadır. Vaka grubundaki depresyon puanı yüksek olan katılımcıların yürütücü işlevlerindeki bozulmalarının, kontrol grubunda depresyon puanı almayan katılımcılara göre daha fazla olabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan vaka grubunun BDÖ ortalaması 28.06 iken, kontrol grubunun BDÖ ortalaması 8.26 çıkmıştır. Beck Depresyon Ölçeği ve İz Sürme Testi arasındaki korelasyon analizine bakıldığında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir. BDE' den alınan depresyon puanı arttıkça İST A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puanlarının artmakta olduğu görülmüştür. Harvey ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında BDÖ ve İST arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmada İz Sürme Testinden elde edilen veriler değerlendirildiğinde; vaka grubunun İST A ve B Sürelerini sağlıklı kontrollere göre daha uzun sürede tamamladıkları görülmektedir. Bu bulgu çalışmadaki “depresyon hastalarında kontrol grubuna göre kognitif işlevler bozulmaktadır” hipoteziyle uyumludur. Ayrıca depresyon hastalarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yürütücü işlevlerde belirgin açıklar gösterdiler. Bu bulgu, yeni tanı alan depresif hastaların kognitif işlevlerinde bozulmalar olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgu da Hammar ve arkadaşlarının (2003a), Harvey ve arkadaşlarının (2004), çalışmalarıyla uyumludur. Porter ve arkadaşlarının (2003) çalışmasındaki bulgular da depresyonlu hastaların kontrollerle karşılaştırıldığında dikkat ve yürütme fonksiyonlarında bozulmalar olduğunu göstermektedir.

Çalışmada vaka grubunun B bölümüne ilişkin hata oranları A bölümüne göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Vaka grubunun İST B bölümüne ilişkin hata ve düzeltme oranlarının sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Özellikle İST'nin B bölümü yürütücü işlevlerin gösterildiği bir bölüm olduğu için bu bulgu desteklenmektedir. Literatürde depresyondaki hastaların kognitif işlevlerinde

çeşitli alanlarda bozukluklar olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu bilgiler ışığında depresyon hastalarının testi tamamlama sürelerindeki anlamlı uzama, depresyonda bilişsel işlevlerin bozulduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuçlar Harvey ve arkadaşlarının (2004), çalışmasıyla uyumludur.

Bu çalışmada yaş değişkeninin İST A ve B bölümü tamamlama sürelerine, hata ve düzeltme oranlarına etkisi anlamlı bulunmamıştır. Cangöz, Karakoç ve Selekler (2009), İz Sürme Testi'nin 50 yaş ve üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örnekleme için standardizasyon çalışmasında İST süre puanlarının yaştan etkilendiğini göstermiştir.

Çalışmadaki bulgulara göre, vaka grubunun İST A ve B bölümlerini tamamlama süresi, türetilmiş alt test puanları 20-49 yaş aralığında anlamlı bir değişiklik göstermemekte ve cinsiyetten etkilenmemektedir. Ayrıca hiçbir puan türünün yaş gruplarına göre; 20-29, 30-39, 40-49 anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir. İST puanlarında yaşa bağlı olarak ortaya çıkan değişim, 50 yaş üstü bireylerde gözlenmektedir (Drane ve ark., 2002; Türkeş ve ark., 2015). Bu bulgu Cangöz ve arkadaşlarının (2009) çalışmasıyla uyumludur.

Ancak, vaka ve kontrol grubundaki 20-29 yaş arasındaki katılımcıların İz Sürme Testi puanları karşılaştırıldığında; A süre puanına göre gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülürken, İz Sürme Testinin B Süre, B-A, A+B ve B/A puan türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her dört puan türüne göre 20-29 yaş aralığındaki vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir. Vaka ve kontrol grubundaki 30-39 yaş arasındaki katılımcıların İz Sürme Testi puanları karşılaştırıldığında A süre, B süre, B-A, A+B ve B/A puan türlerinde gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Depresyon, 30'lu yaşlarda görülmeye başladığı için bu bulgu 30-39 yaş arasında 20-29 yaşa göre kognitif işlevlerin bozulmaya başladığını göstermektedir şeklinde değerlendirilebilir. Vaka ve kontrol grubundaki 40-49 yaş arasındaki katılımcıların İz Sürme Testi puan türleri açısından karşılaştırıldığında İz Sürme Testinin A süre, B Süre, B-A, A+B ve B/A puan türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her beş puan türüne göre 30-39, 40-49 yaş aralığındaki vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir. Bu bulgu Harvey ve arkadaşlarının (2004) çalışmasıyla uyumludur. A bölümünü tamamlamak için geçen süre gruplar arasında farklı değilken B bölümünü tamamlamak için geçen süre açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmekteydi.

Depresyonlu hastaların başlangıçtaki psikomotor hızlarının yavaşladığı görülmektedir. Depresyonlu bireyler bilgi işleme hızında genel bir yavaşlama gösterirler, bu durum psikomotor yavaşlama olarak da tanımlanır. Motor yavaşlamayla birlikte bilişsel yavaşlamanın da tepki verme süresindeki uzamada etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada vaka grubunun İST puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırıldığı sonuçlara göre; kadın ve erkek gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemektedir. Benzer şekilde İST süre puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Wahlin ve ark., 1996; Vakıl ve ark., 2009; Waldmann ve ark.,1992 ; Akt: Türkeş ve ark., 2015).

Türkeş ve arkadaşları (2015), İST süre ve süreye dayalı türetilmiş alt test puanlarının cinsiyete göre değişmediğini ortaya koymuştur. Diğer taraftan A bölümü süre (McCurry ve ark., 2001) ya da B bölümü süre (Wiederholt ve ark., 1993) puanlarının cinsiyete göre farklılaştığını bulan sınırlı sayıda araştırma da bulunmaktadır. Sarosi ve arkadaşlarının (2008), çalışmasında bahsedilmektedir ki; bazı araştırmacılara göre, cinsiyete dayalı bir ilişki söz konusudur, depresyondaki kadınlar depresyondaki erkeklerle karşılaştırıldığında nörospikolojik testlerde daha kötü performans gösteriyorlar.

Vaka ve kontrol gruplarındaki kadın katılımcıların İz Sürme Testinin puan türlerine göre karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre, B Süre, B-A, A+B ve B/A skor türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her beş puan türüne göre de vaka grubundaki kadın katılımcıların kontrol grubundaki kadın katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir. Lampe ve arkadaşlarının (2004) sadece kadınlarla yürüttüğü vaka kontrol çalışmasında da hasta grubunun psikomotor gerilik, tepki süresi, dikkat ve yönetici işlevin bilişsel alanlarında sağlıklı kontrol gruba göre kötü performans gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Vaka ve kontrol gruplarındaki erkek katılımcıların İz Sürme Testinin puan türlerine göre karşılaştırıldığı analizde A süre puanına göre gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Ancak İz Sürme Testinin B Süre, B-A, A+B ve B/A puan türlerinde ise gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her dört puan türüne göre de vaka grubundaki erkek katılımcıların kontrol grubundaki erkek katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir. Bu bulgu Porter ve arkadaşlarının (2003), Harvey ve arkadaşlarının (2004), çalışmalarıyla uyumluluk göstermektedir.

Vaka ve kontrol gruplarındaki eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcıların İz Sürme Testinin puan türlerine göre karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre, B Süre, B-A, A+B ve B/A puan türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Eğitim süresi 5-11 yıl olan katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada her beş puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki kadın katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir. Bu bulgu Türkes ve arkadaşlarının (2015) çalışmasıyla uyumluluk göstermektedir.

Vaka ve kontrol grubundaki 12 yıl ve üzeri eğitim düzeyi olan katılımcılar İz Sürme Testi puan türlerine göre karşılaştırıldığında; A süre puanına göre gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. İz Sürme Testinin B Süre, B-A, A+B ve B/A puan türlerinde ise gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Her dört puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada İST puanları eğitim düzeyinden etkilenmektedir. A bölümü tamamlama süresi hariç, B bölümü tamamlama süresi ve alt test puanları (A+B, B-A, B/A) eğitim düzeyine göre anlamlı değişme göstermiştir. 12 yıl ve üstü eğitim almış

katılımcıların B bölümü tamamlama süresi ve türetilmiş alt test puanları, 5-11 yıl eğitim almış olanlara göre daha hızlıdır. Başka bir ifadeyle, görevin güçlük düzeyinin yüksek olduğu B bölümü tamamlama süresi artan eğitim düzeyi ile birlikte düşmektedir (Türkes ve ark., 2015). Türkes ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki bulgular da bu çalışmaya paralellik göstermektedir. Ancak düşük eğitim düzeyinde olan bireylerle karşılaştırıldığında yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin A ve B bölümlerini daha kısa sürede tamamlamaları çok muhtemeldir. Eğitim düzeyi yükseldikçe İST A ve İST B tamamlama süresi azalmaktadır (Perianez ve ark., 2007).

Vaka ve kontrol grubundaki bekar ve evli katılımcıların İz Sürme Testi puan türleri açısından karşılaştırıldığı analizde İz Sürme Testinin A süre, B Süre, B-A, A+B, ve B/A puan türlerinde gruplar arası anlamlı bir fark çıktığı görülmektedir. Bekar ve evli katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada her beş puan türüne göre de vaka grubundaki katılımcıların, kontrol grubundaki katılımcılara göre yüksek puan ortalamaları olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada birbiriyle karşılaştırdığımız iki gruba baktığımız zaman İST puanlarına göre; yaş ve cinsiyet bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>.05$). Eğitim yılı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark görüldü

($p<.05$). Bu çalışma, 20-49 yaş arası depresyonlu bireylerde İST puanlarının eğitim düzeyinden etkilendiğini göstermektedir.

Bu çalışmada depresyon tanısı alan bireylerin ilaç kullanmaya başlamadan önce akut dönemde kognitif işlevlerinde bozulma olup olmadığı araştırılmış sonuçlar literatürdeki kaynakların ışığında tartışılmıştır. Son on yıldaki çeşitli çalışmalar, depresyonun akut evresinde yürütücü işlev bozukluğuna ilişkin kesin kanıtlar sunmuştur. Bu bulgu Hammar ve Ardal, 2009 çalışmasıyla uyumluluk göstermektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada vaka grubunun BDÖ'den aldıkları depresyon puanı arttıkça kognitif bozulmalarının arttığı, vaka grubunun kontrol grubuna göre kognitif işlevlerinde bozulmalarının olduğu görülmektedir. Yeni tanı alan, henüz ilaç kullanmayan majör depresif bozukluklu hastaların akut dönemde kognitif işlevlerinde bozulma olduğu bulgusu bu çalışmanın en önemli sonucudur. Bu çalışma MDB hastalarında, kontrol grubuna göre anlamlı bir kognitif bozukluk ortaya koymaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Depresyon, toplum sağlığını tehdit etmekle birlikte dünyada ve ülkemizde en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri olması önemini arttırmaktadır. Depresyon küresel sağlık yükü ve engellilik açısından toplumda olumsuzluklara neden olduğu için; sağlık giderleri, işgücü kaybı, intihar riski, göz önüne alındığında önemle ele alınması gereken bir konudur. Depresyonda farmakolojik tedaviyle birlikte psikoterapinin verilmesi de önemlidir. Ne yazık ki üniversitelerde psikoloji bölümü okuyan psikolog adayları psikoterapi derslerinden faydalanamamakta ve psikoterapi uygulayabilmek, gereken yetkinlikleri kazanabilmek için kurslara gitmektedir. Ancak bu kurslar hem uzun süreli hem maliyetleri yüksektir. Psikoterapist sayısının az olması, sağlık güvencesinin psikoterapi masraflarını karşılamaması nedeniyle bu psikososyal girişimlerden yararlanan danışan sayısı ne yazık ki azdır.

Ülkemizde yeterince depresyon tanınmamakta ve birçok kişi tarafından gerçek bir hastalık olarak kabul edilmemektedir. Depresyon gelip geçici sıkıntı durumu olarak görülmektedir. Bu nedenle depresyonun klinik yönden tanınması ve incelenmesi önem arz etmektedir.

Ülkemizde yapılan depresyon ve kognitif işlevlerle ilgili araştırmalar incelendiğinde depresyonu ve kognitif işlevleri ölçen ölçekler bulunmaktadır. Fakat hastalık sırasında bozulmaların ne kadar olduğunu gösteren doğrudan ölçen bir ölçek bulunmaması psikoloji literatürü için ülkemizde önemli bir boşluk oluşturmaktadır. Ayrıca depresyonu ölçmek için Türkiye’de daha sağlıklı ölçen klinik ölçeklerin geliştirilmesi de ülkemiz için önemli bir çalışma olacaktır. Literatür incelendiğinde depresyon ve kognitif işlevlerle arasındaki ilişkiyi inceleyen yapılan araştırmaların da sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın benzeri Türkiye’de bulunmamaktadır. Bu nedenle daha çok araştırma yapılması önem arz etmektedir. Ayrıca, yaşlılarda kognitif bozukluk ile ilgili çok sayıda araştırma varken, genç ve yetişkin bireylerle ilgili az sayıda çalışma olduğu için literatüre güncel çalışmalar eklenmelidir.

Bu çalışma yeni depresyon tanısı alan ve ilaç kullanmayan hastaların vaka grubunu oluşturması nedeniyle zorluk oluşturmuştur. Hastanede çalışan hekimlere muayene olmak için gelen hastaları, hastane kayıt sistemi ve görüşme yaparak

öğrenmek çalışmanın en büyük zorluğu olmuştur. Hastaneye gelen hastaların daha önce ilaç kullanımı ve herhangi bir psikiyatrik tedavisi olup olmadığını hasta ile birebir görüşme yaparak öğrenmekte çalışmanın zorluğudur.

Bu çalışma, vaka kontrol desenli bir araştırma olduğu için depresyon ve kognitif işlevler arasındaki ilişkiyi incelemek, depresyonun kognitif işlevler üzerine etkisini değerlendirebilmek için daha büyük popülasyonlara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın önemli sonuçlarından biri depresyon tanısı alan hastaların kognitif işlevlerindeki bozulmalarının sağlıklı kontrol grubundan daha fazla olduğunun bulunmasıdır. MDB ile ilgili önemli bir soru, depresyon döneminde ortaya çıkan kognitif bozukluk uzun süreli ve kalıcı mıdır? Bir diğer önemli soru ise depresyon iyileştikçe kognitif bozuklukta iyileşmekte midir? MDB akut fazındaki bilişsel bozukluk literatürde birçok çalışmayla paralellik gösterse de bozukluğun uzun vadede nasıl geliştiği bilgisi yetersizdir.

Çalışmanın önemli bir diğer sonucu ise depresyon tanısı alan hastaların kognitif işlevlerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha çok bozulduğu görülmektedir.

6.2. Öneriler

Bu çalışma, vaka kontrol desenli bir araştırma olduğu için depresyon ve kognitif işlevler arasındaki ilişkiyi incelemek, depresyonun kognitif işlevler üzerine etkisini değerlendirebilmek için daha büyük popülasyonla boylamsal bir araştırma ile bireylerdeki değişimler görülebilir. Böylece çalışma daha güvenilir hale gelebilir.

MDB, sağlık hizmetlerinde yeterince tanınıp tedavi edilmemektedir. Temel sağlık hizmetlerinde hekimlerin çoğunluğu depresyon tanısı koyamamaktadır. Hekimlerin tanı koyamaması ise bireylerin hastalıklarının farkına varamamasına ve bundan kurtulamamasına neden olmaktadır. Belirtiler başlangıçta hafif olduğu için tanı koymak güçleşmekte ve diğer rahatsızlıklarla karıştırılabilmektedir. Hastalar şikâyetleri nedeniyle iç hastalıkları uzmanlarına, pratisyenlere başvurabilmektedir. Bu nedenle depresyon belirtilerini gözlemlemek ve hastayı bu süreçte takip etmek önemlidir.

Ruhsal sorunlar nedeniyle sağlık hizmetlerine ve hekime başvurma oranı düşüktür. Ne yazık ki depresyon klinik yönden yeterince iyi tanınmamaktadır. Sadece sıkıntılı bir duygudurum olarak görülmektedir. Bu nedenle çoğu depresyon hastası, hastalığının farkında olmamakla birlikte tedaviden kaçmaktadır. Major depresif bozuklukta erken dönemde tedavi programlarının geliştirilmesine katkı sağlanmalıdır.

Kognitif işlevler, depresyonun akut evresinde bozulmaya başladığı için kişiye ilk görüşmede depresyon tanısı konduktan sonra dikkat ve kognisyonu ölçen nöropsikolojik testler uygulanabilir.

Depresyon, tekrarlayan epizotlarla seyreder. Depresyon düzeyinin şiddetine bağlı olarak bilişsel performans etkilenebileceği için ataklar takip edilmelidir. 3 depresif ataktan sonra demansın belirtileri görülebilir. Bu nedenle depresyonun tedavisi çok önemlidir. İleride yapılacak çalışmalarda kognitif işlevleri bozulmuş depresyon hastaları takip edilebilir ve tedavisi ile ilgili çalışmalar yapılabilir.

Toplumun hastalığa önyargıyla yaklaşması, etiketlenme endişesi, hasta ve ailesinin hastalığı saklama eğilimleri, tedavi görmekten çekinmesi ise hastalığın tedavi planı için sorun oluşturmaktadır. Ayrıca depresyonlu bireyin intihara eğilimi olduğu için, hastanın intihar eylemi var mı öğrenilmeli, yakından takip edilmeli ve intihara karşı önlem alarak hasta yakınları bilgilendirilmelidir. Hasta ve yakınlarına hastalık ve tedavi hakkında detaylı bilgi verilmeli ve bilişsel eğitimle desteklenmelidir. Hastalığı önleme yöntemleri ve tedavi ile hastaların sağlıklı yaşam sürdürmeleri desteklenmelidir.

Bu araştırmayı yaparken birçok hastanın hastaneye sadece ilaç yazdırmak için geldiğini, psikoterapinin gücüne inanmadığını gördüm. Hasta, hekim tarafından psikoloğa yönlendirildiğinde bunu tedavinin bir parçası olarak görüyordu terapi hizmetlerinden faydalanmak istiyordu. Bu yüzden hastaların kolayca ulaşabileceği tedavi merkezlerinde bilişsel psikoterapi hizmetlerinden yararlanılması konusunda desteklenmeli, özellikle hasta hekim tarafından depresyon tanısı aldıktan sonra psikoloğa yönlendirilmelidir.

Tedavi yöntemlerinden; psikoterapi, ilaçlar ve EKT hakkında hastaya detaylı bilgi verilmelidir. Özellikle psikoterapinin önemi artırılmalı ve desteklenmelidir.

Bu çalışma, hastalığın akut evresinde konulan tanı ile hastaya uygun tedavi ve hastalığı önleme yöntemleri ile bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmelerini desteklemek amacıyla önem arz etmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Adler, D.A., McLaughlin, T.J., Rogers, W.H., Chang, H., Lapitsky, L., & Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry*, 163(9), 1569-1576.
- Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., & Forsell, Y. (2004). Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population- based study. *Psychol. Med*, 34(1), 83-91.
- Akishal, H.S. (1994). Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 383, 19-23.
- Akhiskal, H.S. (2007). Mood disorders: Clinical Features. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (Ed.), c. 28, s. 1559-1574.
- Alper, Y. (2012). Bütün yönleriyle depresyon. İstanbul: Özgür.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). Psikiyatride hastalıkların tanımlandırılması ve sınıflandırılması elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2014). Köroğlu, E (Çev.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 92-94.
- Angst, J. (1996). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 60(2), 57-62.
- Angst, J. (1999). Major Depression in 1998: are we providing optimal therapy? *J Clin Psychiatry*, 60(6), 5-9.
- Antony, J.C., & Petronis, K.R. (1991) .Suspected risk ractors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiol*, 2(2), 123-132.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., & Hoeksama-Nolen, S. (2010). Psikolojiye Giriş. Ankara: Arkadaş.
- Arkar, H. (1992). Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. Düşünen Adam: *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Austin, M.P., Mitchell, P., & Goodwin, G.M. (2001). Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *Br J Psychiatry*, 178(3), 200-206.

- Aydın, E. (2013). Majör Depresif Bozuklukta Antidepresan Tedavilere Verilen Klinik Yanıt İle Bilişsel İşlevler Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Barch, D.M., Sheline, Y.I., Csernansky, J.G., & Snyder, A.Z. (2003). Working memory and prefrontal cortex dysfunction: specificity to schizophrenia compared with major depression. *Biological Psychiatry*, 53(5), 376-384.
- Başoğlu, C., Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Bayar, Ü., Basaran, M., Atasoy, N., Ayoglu, H., Sade, H., & Altunkaya, H. (2008). Comparison of satisfaction and pain relief between patients- controlled analgesia and interval analgesia after laparoscopic ovarian cystectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 139-45.
- Beck, A.T. (1963). Thinking a depression. *Arch Gen Psychiatry*, 9(4), 324-333.
- Beck, A.T. (1970). The core problem in depression. In Vasserman, S.H. (Ed.), *The cognitive-triad in depression. Theories and therapies*. New York, Grune and Stratton, New York.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psycholgy*, 42(6), 861-865.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Belmaker, R.H., & Agam, G. (2008). Major Depressive Disorder. *N Engl J Med*, 358(1), 55-68.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In: *Affective Disorders*, P. Greenacre (Ed.), New York: International Universities Press, 13-48.
- Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study Of The Child*, 29, 107-157.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., & McGonagle, K.A. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151(7), 979-986.
- Brebion, G., Smith, M.J., Gorman, J.M., Malaspina, D., Sharif, Z., & Amador X. (2000). Memory and schizophrenia: differential link of processing speed and selective attention with two levels of encoding. *J Psychiatr Res*, 34(2), 121-127.
- Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978). Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock.

- Brown, G.W. & Moran, P.M. (1997). Single mothers, poverty and depression. *Psychol Med*, 27(1), 21-33.
- Burns, D (2013). İyi Hissetmek Yeni Duygudurum Tedavisi. Karaosmanoğlu, A (Ed.), Duygusal Problemlerin Tedavisinde Yeni Bir Çağ (s.3). İstanbul: Psikonet.
- Campbell, S., & MacQueen, G. (2004).The role of the hippocampus in the pathophysiology of major depression. *J Psychiatry Neurosci* 29(6), 417-426.
- Cangöz, B., Karakoç, E., & Selekler, K. (2009). İz Sürme Testi'nin 50 yaş üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemini için standardizasyon çalışması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(2), 73-82.
- Cohen, R., Lohr, I., Paul, R., & Boland, R. (2001). Impairments of attention and effort among patients with major affective disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 13(3), 385-395.
- Çelik, F., & Hocaoglu, Ç. (2016). 'Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51- 66.
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (2011). Abnormal Psychology (Anormal Psikolojisi). Dağ, İ (Ed.), Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Demir, B., Göğüş, A., & Savaşır, I.(2000). Depresyon Hastalarında Bilişsel İşlevler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(3),179-189.
- Demirbağ, E. (2013). *Depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiği*, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.8-9.
- Den Hartog, H.M., Derix, M.M., Van Bemmelen, A.L., Kremer, B., & Jolles, J. (2003). Cognitive functioning in young and middle-aged unmedicated out -patients with major depression: testing the cognitive effort and cognitive speed hypothesis. *Psychol Med*, 33(8), 1443-1451.
- Dinoff, A., Herrmann, N., & Lanctot, K. L. (2017). Ceramides and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 15(213), 35-43.
- Drane D.L, Yuspeh R.L, Huthwaite J.S & Klingler, L.K. (2002) Demographic characteristics and normative observations for derived trail making indices. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 15(1), 39-43.
- Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*. 1(1), 29-38.
- Doğan, M. (2001). Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel boyutlar ve açıklamalar. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 64-104.

- Ebmeier , K.P., Donaghey, C., & Steele , J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367(9505), 153-167.
- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders. *Br Med Bull*, 65, 49-59.
- Elliott, R., Sahakian, B.J., McKay, A.P., Herrod, J.J., Robbins, T.W., & Paykel, E.S. (1996). Neuropsychological impairments in unipolar depression: the influence of perceived failure on subsequent performance. *Psychological Medicine*, 26(5), 975-989.
- Elbozan, B., Kaya, B., Yalvaç, D., Emul, M., Kaya, M., & Ünal, S. (2003). Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 167-174.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmet kullanım sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, Ankara.
- Fennell, M. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Ed.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*, (s.169-235). New York: Oxford University Press.
- Fossati, P., Amar, G., Raoux, N., Ergis, A.M., & Allilaire, J.F. (2002). Executive functioning and verbal memory in young patients with unipolar depression and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 89(3), 171-187.
- Fossati, P., Coyette, F., Ergis, A.M., & Allilaire, J.F. (2002). Influence of age and executive functioning on verbal memory of inpatients with depression. *J Affect Disord*, 68(2-3) 261–271.
- Freedman, J.L., Sears, D.O., & Carlsmith, J.M. (1989). *Sosyal Psikoloji*. A, Dönmez (Çev.). İstanbul: Ara
- Geçtan, E. (2003). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Metis.
- Gorwood, P., Corruble, E., Falissard, B., & Goodwin G.M. (2008). Toxic effects of depression on brain function: impairment of delayed recall and the cumulative length of depressive disorder in a large sample of depressed outpatients. *Am J Psychiatry*, 165(6), 731-739.
- Grant, M.M., Thase, M.E. & Sweeney, J.A. (2001). Cognitive disturbance in outpatient depressed younger adults: evidence of modest impairment. *Biological Psychiatry*, 50 (1), 35-43.

- Güleç, H., Sayar, K., & Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90-96.
- Hammar, A., Lund, A., & Hugdahl, K. (2003a). Selective impairment in effortful information processing in major depression. *J Int Neuropsychol Soc*, 9(6), 954-959.
- Hammar, A., Lund, A., & Hugdahl, K. (2003b). Long-lasting cognitive impairment in unipolar major depression: a six months follow-up study. *Psychiatry Res*, 118(2), 189-196.
- Hammar, A., & Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression - a summary. *Front Hum Neurosci*, 3: 26.
- Hasler, G., Drevets, W.C., Manji, H.K., & Charney, D.S. (2004). Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology*, 29(10), 1765-1781.
- Harvey, P. O., Le Bastard, G., Pochon, J. B., Levy, R., Allilaire, J. F., Dubois, B., & Fossati, P. (2004). Executive functions and updating of the contents of working memory in unipolar depressions. *J Psychiatr Res*, 38(6), 567-576.
- Hollon, S. D., & Shelton, R. C. (2001). Treatment guidelines for major depressive disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 235-258.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6: 118-126.
- Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Işık, E. (2003). Depresyon ve Bipolar Bozukluklar: Ankara: Görsel Sanatlar
- Işık, E., Işık, U., & Taner, Y. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif Bozukluklar, Ankara: Ziraat Gurup.
- Jadhav, S (2000). The cultural construction of Western depression. *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, V Skultans, J Cox (Ed.), London: Jessica Kingsley, s.41-65.
- Jaeger, J., Berns, S., Uzelac, S., & Davis-Conway, S. (2006). Neuro-cognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Res*, 145(1), 39-48.
- Josephine, K., Josefine, L., Philipp, D., David, E., & Harald, B. (2017). Internet-and Mobile-based Depression Interventions for People with Diagnosed Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Affect Disord*, 1; 223: 28-40.

- Karakaş, S.,İRkeç, C., & Yüksel, N. (2003). Beyin ve Nöropsikoloji Temel ve Klinik Bilimler. Ankara: Çizgi.
- Keilp, J. G., Gorlyn, M., Oquendo, M. A., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2008). Attention deficit in depressed suicide attempters. *Psychiatry Res*, 30; 159(1-2),7-17.
- Keller, M.B., Shapiro, R.W., Lavori, P.W., & Wolpe, N. (1982). Relapse in major depressive disorder: Analysis with the life table. *Archives of General Psychiatry*, 39(8), 911-915.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J.,Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 18; 289(23): 3095-3105.
- Kornstein, S.G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry*, 58(15), 12-18.
- Koetsier, G. C., Volkers, A. C., Tulen, J. H., Passchier, J., van den Broek, W. W., & Bruijn, J. A. (2002). CPT performance in major depressive disorder before and after treatment with fluvoxamine. *J Psychiatr Res*, 36(6), 391-397.
- Köknel, Ö. (1989). Depresyon, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köroğlu, E. (2006). Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? (5.Baskı). Ankara: Hekimler Yayım Birliği.
- Landro, N.I., Stiles, T.C., & Sletvold, H.(2001). Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 14(4),233-240.
- Lampe, K. I., Sitskoorn, M. M., & Heeren, T. J. (2004). Effects of recurrent major depressive disorder on behavior and cognitive function in female depressed patients. *Psychiatry Res*, 15; 125(2), 73-79.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., & Loring, D.W.(2004). Neuropsychological assessment, (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Liu, S. K., Chiu, C. H., Chang, C. J., Hwang, T. J., Hwu, H. G., & Chen, W. J. (2002). Deficits in sustained attention in schizophrenia and affective disorders: stable versus statedependent markers. *Am J Psychiatry*, 159(6), 975-982.
- Maier, W., Gnsicke, M., Gater, R., Rezaki, M., Tiemens, B., & Urzua, R.F. (1999).Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primarycare. *J Affect Disord*, 53(3), 251-252.

- Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L., (2010). Cognitive Impairment in Major Depression. *European Journal of Pharmacology*, 626(1), 83-86.
- Matthews, K., Coghill, D., & Rhodes, S. (2008). Neuropsychological functioning in depressed adolescent girls. *J Affect Disord*, 111(1), 113-118.
- McClintock, S.M., Husain, M.M., Wisniewski, S.R., Nierenberg, A.A., Stewart, J.W., Trivedi, M.H., Cook, I., Morris, D., Warden, D., & Rush, A.J. (2011). Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *J Clin Psychopharmacol*, 31(2), 180-186.
- McCurry, S.M., Gibbons, L.E., Umoto, J.M., Thompson, M.L., Graves, A.B., Edland, S.D., Bowen, J., McCormick, W.C., & Larson, E.B. (2001). Neuropsychological test performance in a cognitively intact sample of older Japanese American adults. *Arch Clin Neuropsychol*, 16(5), 447-459.
- McIntyre, R.S., Cha, D.S., Soczynska, J.K., Woldeyohannes, H.O., Gallagher, L.A., Kudlow, P., Alsuwaidan, M., & Baskaran, A. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress Anxiety*, 30(6), 515-527.
- Morris, C. G. (2002). Understanding Psychology - Psikolojiyi Anlamak. Ayvaşık, H.B & Sayıl, M (Ed.), Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B., Solomon, D.A., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M., & Maser, J.D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
- Nilsson, J. (2016). The interrelationship between attentional and executive deficits in major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 (1), 73-82.
- Nietzel, M.T., & Harris, M.J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*, 19(1), 155-162.
- Ören, N., & Gençdoğan, B. (2007). Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1), 85-92.

- Öztürk, O.M (2004). Ruh sağlığı ve bozuklukları. 10. Baskı., İstanbul: Nobel Tıp.
- Öztürk, O.M., & Uluşahin, A.N. (2015). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp.
- Papakostas, G.I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg A.A., & Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(1) ,13-17.
- Perianez, J.A., Rios-Lago, M., Rodriguez-Sanchez, J.M., Adrover-Roiq, D., Sanchez-Cubillo, I., Crespo-Facarro, B., Quemada, J.I ., & Barcelo, F. (2007). Trail making testin traumatic brain injury, schizophrenia, and normal ageing: Sample Comparions and normative data. *Arch Clin Neuropsychol*, 22(4), 433-447.
- Petronis, K.R., Samuels, J.F., Moscicki, E.K., & Anthony, J.C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(4), 193-199.
- Porter, R. J., Gallagher, P., Thompson, J. M., & Young, A. H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *Br J Psychiatry*, 182, 214-220.
- Ravnkilde, B., Videbech, P., Clemmensen, K., Egander, A., Rasmussen, N.A., & Rosanberg, R.(2002). Cognitive deficits in major depression. *Scandinavian Journal of Pschlogy*, 43(3), 239-251.
- Reitan, R. (1955). The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. *J Consult Psychol*, 19(5),393-394.
- Rogers, M. A., Kasai, K., Koji, M., Fukuda, R., Iwanami, A., Nakagome, K., Fukuda, M., & Nobumasa, K. (2004). Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: a review of neuropsychological and imaging evidence. *Neurosci Res*, 50(1), 1-11.
- Ruo, B., Rumsfeld, J.S., Hlatky, M.A., Browner, W.S., & Whooley, M.A. (2003).Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA*, 290(2), 215-221.
- Sarosi, A., Gonda, X., Balogh, G., Szekely, A., Sasvari, M., & Faludi, G. (2008). Gender differences in the neurocognitive components of depression. *Neuropsychopharmacol Hung*, 10(4), 191-199.

- Segal, Z.V., Pearson, J.L., & Thase, M.E. (2003). Challenges in preventing relapse in major depression Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord*, 77(2), 97-108.
- Shneidman, E. (1985). Definition of suicide. (s.202-213.) New York: John Wiley & Sons
- Simons, C. J., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., Jolles, J., van Os, J., & Krabbendam, L. (2009). Cognition as a predictor of current and follow- up depressive symptoms in the general population. *Acta Psychiatr Scand*, 120(1), 45-52.
- Shilyansky, C., Williams, L.M., Gyurak, A., Harris, A., Usherwood, T., Etkin, A. (2016). Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. *Lancet Psychiatry*, 3(5): 425-435.
- Stordal, K.I., Lundervold, A.J., Egeland, J., Mykletun, A., Asbjørnsen, A., Landrø, N.I., Roness, A., Rund B.R., Sundet, K., Oedegaard, K. J., & Lund, A. (2004). Impairment across executive functions in recurrent major depression. *Nord J Psychiatry*, 58(1),41-47.
- Sweeney, J.A., Kmiec, J.A., Kupfer, D.J.(2000). Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery. *Biological Psychiatry*, 48 (7), 674-684.
- Swindle, R.W.Jr., Cronkite R.C, & Moss, R.H (1998). Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4 year follow- up. *J Nerv Ment Dis*, 186(8), 462-469.
- Tan, O .(2016). Depresyon, İstanbul: Timas.
- Tegin, B. (1980). Depresyonda bilişsel süreçler: Beck modeline göre bir inceleme. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Tezcan, E. (2000). Depresyonun ayırıcı tanısı, *Duygudurum Dizisi*, 2, 77-98.
- Tot, Ş., Yazıcı, K., Yazıcı, A.E., & Erdem, P. (2001). Depresyon tanısı almış poliklinik hastalarının özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2, 150-158.
- Türkeş, N., Can, H., Kurt, M., & Dikeç, B. (2015). İz Sürme Testi'nin 20-49 Yaş Aralığında Türkiye İçin Norm Belirleme Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*,26(3), 189-196.

- Ustün ,T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184,386-392.
- Yalçın, E.G. (2008). Major Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel İşlevler, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Wang P. S., Beck, A. L., Berglund, P., McKenas, D. K., Pronk, N. P., Simon, G. E., & Kessler, R. C. (2004). Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry*, 161(10), 1885–1891.
- Wang, C.E., Halvorsen, M., Sundet, K., Steffensen, A.L., Holte, A., & Waterloo, K. (2006). Verbal memory performance of mildly to moderately depressed outpatient younger adults. *J Affect Disord*, 92(2-3), 283-286.
- Weiland-Fiedler, P., Erickson, K.,Waldeck, T., Luckenbaugh, D.A., Pike, D., Bonne, O., Charney, D.S., & Neumeister, A. (2004). Evidence for continuing Neuropsychological impairments in depression. *J Affect Disord*,15;82(2), 253-258.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., & Paykel, E.S.(1971). Clinical evaluation of hostility in depression. *Am J Psychiatry*, 128(3), 261-266.
- Wiederholt, W.C., Cahn, D., Butters, N.M., Salmon, D.P., Kritz- Silverstein, D., & Barret- Connor, E. (1993) Effects of age, gender, and education on selected neuropsychological tests in an elderly community cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(6),639-647.
- Vythilingam, M., Vermetten, E., Anderson, G. M., Luckenbaugh, D., Anderson, E. R., Snow, J., Staib, L. H.,Charney, D. S., & Bremner, D.(2004). Hippocampal volume, memory, and cortisol status in major depressive disorder: effects of treatment. *Biol Psychiatry*, 15;56(2), 101-112.
- WHO (2009). [www. who.int/mental_health/management/ depression/ definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/), Erişim tarihi: 07.05.2017, erişim saati: 22.00
- WHO (2012). [www.who.int/ mental_ health/](http://www.who.int/mental_health/), Erişim tarihi: 07.05.2017, erişim saati: 23.15.
- WHO (2012). World Mental Health Day: Depression: A Global Crisis. Geneva, World Health Organization. Erişim tarihi: 29.08. 2017, erişim saati: 01.47.
- WHO (2014). Preventing Suicide: A global imperative executive summary. Geneva. www.who.int/mental.../ suicide-prevention/world...2014/en/, Erişim tarihi: 01.06.2017, erişim Saati: 02.45.

8. EKLER

8.1. Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı; “Seda Karakurumer” tarafından yürütülen “**Tanı Almış İlaç Almamış Depresyon Hastalarında Kognitif İşlevler** ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı depresyon hastalarında kognitif işlevleri incelemektir. Araştırmada sizden tahminen **20 dakika** ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya **ssedaka @hotmail.com** e-posta adresi ve **0532 226 37 01** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı Soyadı:

E- posta:

İmza:

Araştırmacının;

Adı Soyadı: Seda Karakurumer

E -posta: **ssedaka @hotmail.com**

İmza:

8.2. Ek-2: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız? _____
2. Cinsiyetiniz? ☐ Erkek ☐ Kız
3. Medeni haliniz? ☐ Bekar ☐ Evli
4. Çocuğunuz var mı? ☐ Yok ☐ Var ise çocuk sayısı _____
5. Eğitim Durumunuz Nedir?
☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite

☐ Yüksek Lisans/ Doktora ☐ Okuryazar değil
6. Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
7. Evinizin geçimini nasıl sağlıyorsunuz?
☐ Sadece kendi maaşım ile ☐ Eşimin maaşı ile
☐ Eşimle benim ortak maaşımız ile
☐ Benim ailemin desteği ile ☐ Eşimin ailesinin desteği ile ☐ Diğer
8. Aileniz veya kendinizin ekonomik durumu nasıl?
☐ Çok Kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok İyi
9. En uzun süreli yaşadığınız yerleşim birimi
☐ Köy ☐ Bucak ☐ Kasaba ☐ Şehir ☐ Büyükşehir

8.3. Ek-3: Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

- 1.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- 3.O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0.Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

- 1.Gelecek hakkında karamsarım.
- 2.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 3.Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- 2.Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- 3.Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0.Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- 1.Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- 2.Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- 3.Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0.Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

- 1.Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- 2.Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- 3.Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0.Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

- 1.Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
- 2.Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0.Kendimden memnunum.

- 1.Kendi kendimden pek memnun değilim.
- 2.Kendime çok kızıyorum.
- 3.Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum

- 1.Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm
- 2.Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0.Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

- 1.Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
- 2.Kendimi öldürmek isterdim.
- 3.Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0.Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

- 1.Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
- 2.Çoğu zaman ağlıyorum.
- 3.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

- 1.Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
- 2.Şimdi hep sinirliyim.
- 3.Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

- 1.Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
- 2.Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
- 3.Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

- 1.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- 2.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- 3.Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

- 1.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3.Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3.Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1.Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2.Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3.Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1.Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2.Yaptığım her şey beni yoruyor.

3.Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-0. İştahım her zamanki gibi.

1.İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2.İştahım çok azaldı.

3.Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1.İki kilodan fazla kilo verdim.

2.Dört kilodan fazla kilo verdim.

3.Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1.Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2.Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3.Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1.Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2.Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3.Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

8.4. Ek-4: İz Sürme Testi (A Formu Ön Sayfa)

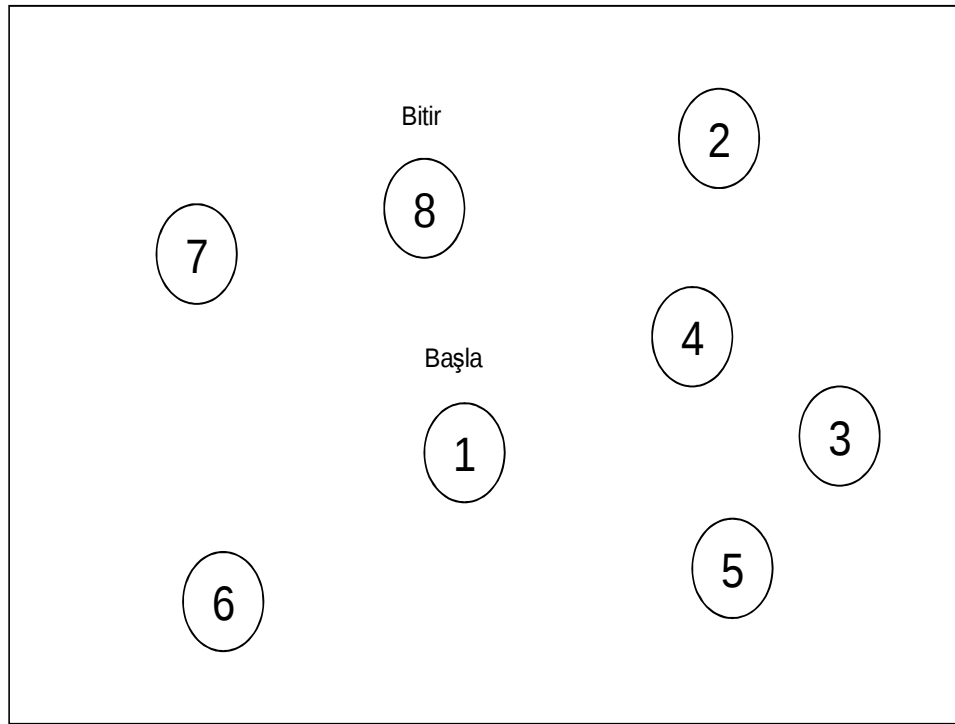
Hacettepe-Nöroloji ABD
Yaş

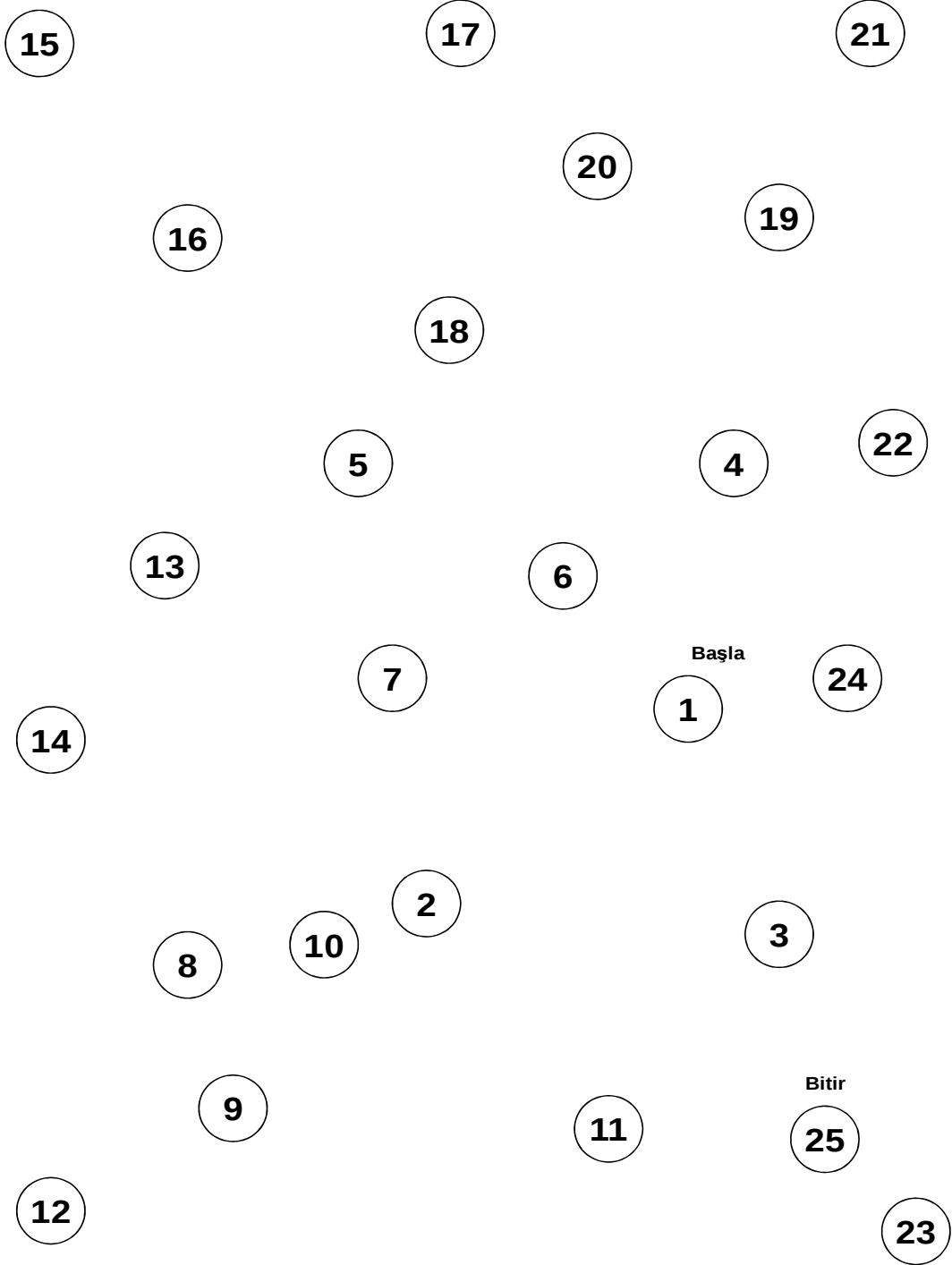
Ad-Soyad:
Cinsiyet

Tarih

İz Sürme Testi- Bölüm A

ÖRNEK



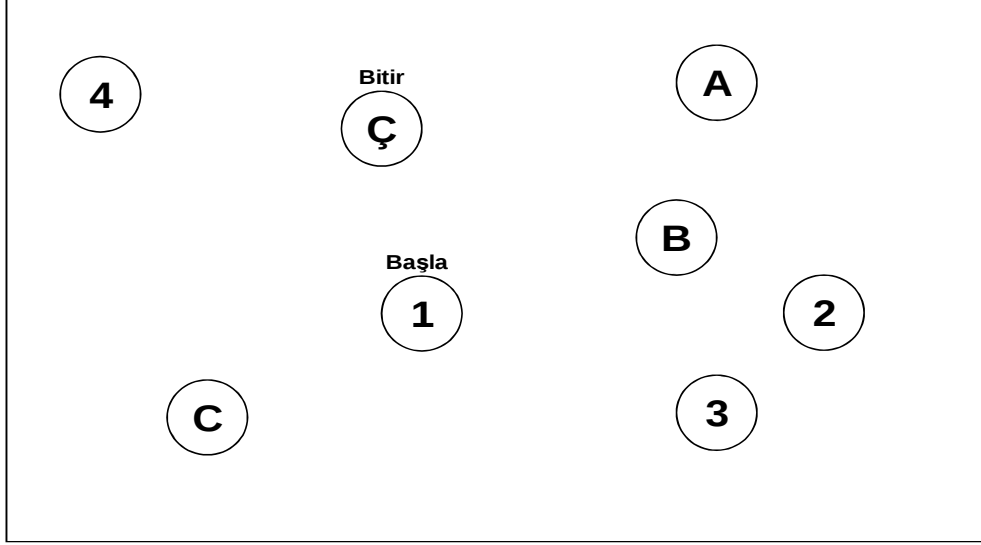
Ek-4: İz Sürme Testi (A Formu Arka Sayfa)

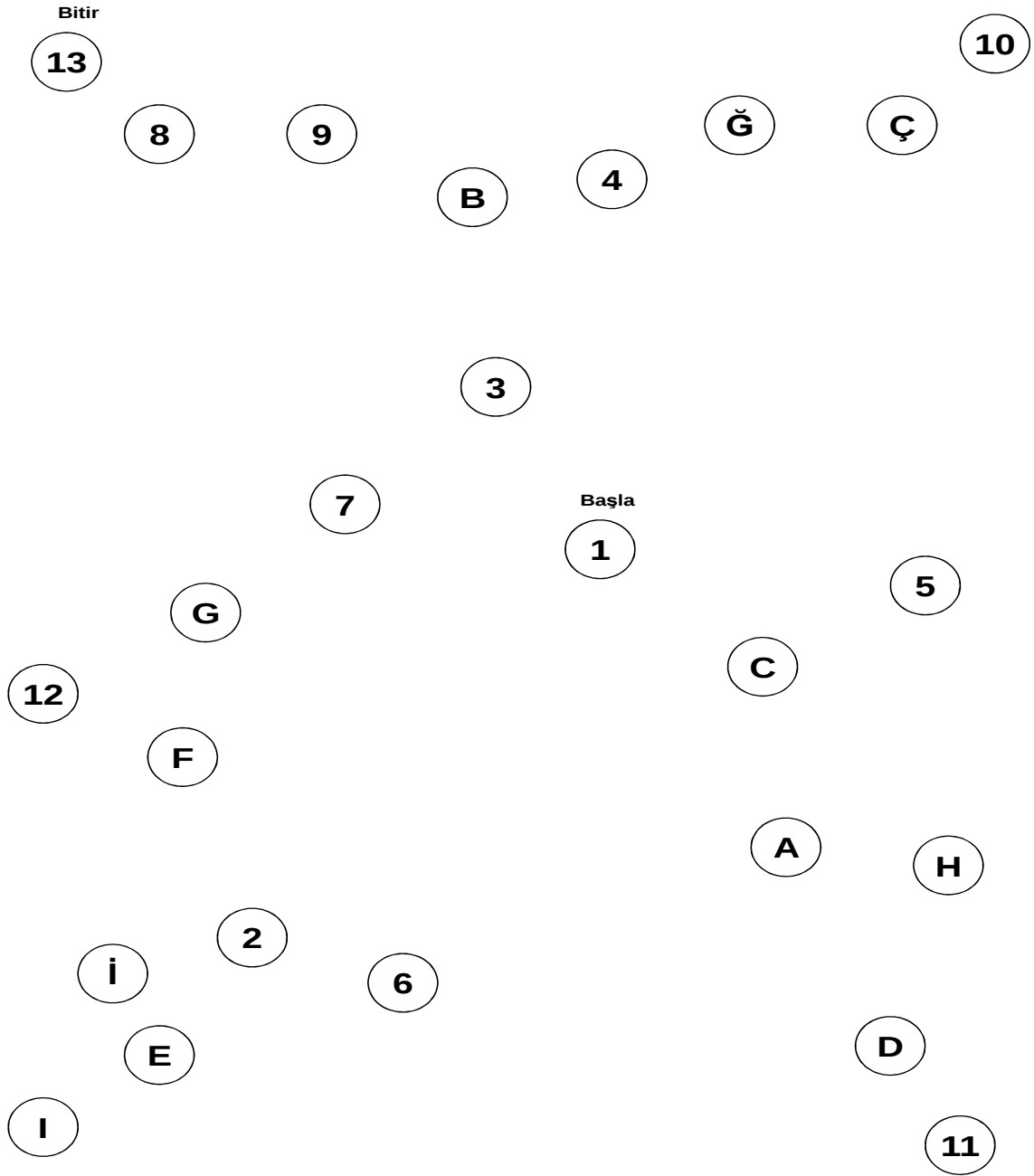
Ek-4: İz Sürme Testi (B Formu Ön Sayfa)

Hacettepe-Nöroloji ABD
Yaş

Ad-Soyad
Cinsiyet

Tarih

İZ SÜRME TESTİ- Bölüm B**ÖRNEK**

Ek-4: İz Sürme Testi (B Formu Arka Sayfa)

8.5. Ek-5: İz Sürme Testi Kullanım İzni

Kimden: [seda karakurumer](#) >

Gizle

Kime: [handancan1@gmail.com](#) >

Merhaba , Çağ Üniversitesi Psikoloji bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Tez Konum: Tanı Almış İlaç Kullanmayan Depresyon Hastalarında Kognitif İşlevler. İz Sürme testini tezimde kullanabilirmiyim ?

5 Ocak 2017 20:51

Ynt: Merhaba , Çağ Üniversitesi Psikoloji bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Tez Konum: Tanı Almış İlaç Kullanmayan Depresyon Hastalarında Kognitif İşlevler. İz Sürme testini tezimde kullanabilirmiyim ?

5 Ocak 2017 21:10

Merhaba

Bizim standardizasyonu yaptigimiz yas grubu icin elbette kullanin ve bizi de refere ederseniz guzel olur.

Fakat eger 50 yas ustü grup. ile de calisacaksaniz, bu yas grubu icin Prof Dr Banu Cangoz ile iletisime gecip izin almaniz iyi olur derim. Cunku IST'nin 50 yas ustü bireyler icin. Olan kisminin standardizasyon calismasini onlar yaptilar

Islerinizde kolayliklar dilerim

Doc. Dr Handan Can

Kimden: [seda karakurumer](#) >

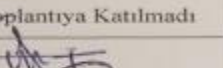
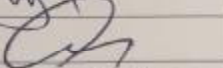
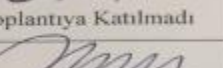
Gizle

Kime: [Handan Can](#) >

Teşekkür ederim bilgilendirdiğiniz için iyiakşamlar

5 Ocak 2017 22:44

8.6. Ek-6: Etik Kurul Onay Belgesi

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Toplantı Sayısı		Tarih
63		14 Nisan 2017
KARAR NO 32- Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü'nde, Prof. Dr. Şükrü Uğuz yönetiminde, Seda Karakurumer tarafından yürütülmesi öngörülen, "Tanı Almış İlaç Kullanmayan Depresyon Hastalarında Kognitif İşlevler" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.		
BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22		

8.7. Ek-7: Anket İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ADANA İLİ KURUM İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
2705/2017 10-28 - 69937107 - 799 - E.1923



00042171449

Sayı : 69937107-799
Konu : Bilimsel Çalışma Komisyonu
Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Adana Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği Ar-Ge Birimine yapılan bilimsel çalışma başvuruları "Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma İle Bilimsel Araştırma Ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" tarafından 27.03.2017 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir. Alınan kararlar ekte sunulmuştur. Bilimsel çalışma yapmak isteyen çalışmacılara gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;
Gereğini rica ederim.

Hakkı EGE
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
1-BİLİMSEL ÇALIŞMA KARARLARI (2 SAYFA)

Dağıtım:
Adana Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Geliştirme ve Proje Birimi Yenibaraj Mahallesi, 68008. Sk. 2-22, 01150 Dörtler/Seyhan/Adana
Faks No:
e-Posta: Sadiye.Ceylan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: Şadiye CEYLAN
Unvan: HEMŞİRE
Telefon No: (0322) 455 70 00-1408

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden db56a104-8978-49eb-9436-bf8e852c8819 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

**SAĞLIK TESİSLERİNDE KLİNİK ARAŞTIRMA, GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMA İLE BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE PROJE ÇALIŞMALARINI
ÖN İZİN DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARLARI**

Karar No: 4

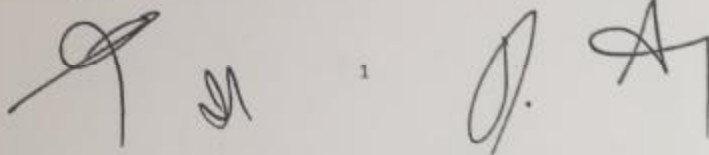
Toplantı Tarihi: 27.03.2017

- Üyeler:** 1. Op. Dr. Sefa YAPICI – Tıbbi Hizmetler Başkanı
2. Hakkı EGE– İdari Hizmetler Başkanı
3. Enver ÇELİK –Mali Hizmetler Başkanı
4. Dr.Haşim İŞİBOL -Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Yönetici Vekili

“Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge” gereğince, Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlik Makamının 08.03.2017 tarih ve 4405 Sayılı Onayı ile oluşturulan “Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma Ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu” Tıbbi Hizmetler Başkanı Op. Dr. Sefa YAPICI başkanlığında 27.03.2017 tarihinde toplanmış ve Genel Sekreterliğimize yapılan başvurular incelenerek oy birliği ile aşağıdaki kararlar alınmıştır.

Karar: 1- Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Seda KARAKURUMER 'in “Tanı Almış İlaç Kullanmayan Depresyon Hastalarında Kognitif İşlevler” başlıklı çalışmasını Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, Etik Kurul Onayı almak kaydıyla ve çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur

Karar: 2- Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil Servis hekimi Ali UFACIK 'ın “Adana'daki ishal olan çocuklarla rotavirüs sıklığı” başlıklı çalışmasını Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, Etik Kurul Onayı almak kaydıyla ve çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Karar: 3- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ 'nün **“Planlı Gebeliklerin Annelerin Erken Dönemdeki Hisleri Üzerine Etkisinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışmasını Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Karar: 4- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ 'nün **“Gebelerin Gebelikte Sigara Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışmasını Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Op.Dr. Sefa YAPICI
Tıbbi Hizmetler Başkanı
(Komisyon Başkanı)

Halil EGE
İdari Hizmetler Başkanı
(Üye)

Enver ÇELİK
Mali Hizmetler Başkanı
(Üye)

Dr.Haşim İŞİBOL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yönetici V.
(Üye)

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı -Soyadı: Seda Karakurumer Salık

Doğum Tarihi: 25.03.1991

Doğum Yeri: Erzin / HATAY

Medeni Durum: Evli

E- mail: ssedaka_@hotmail.com

Telefon: 532 226 37 01

Eğitim Durumu:

Yüksek Lisans: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü -2017

Lisans: Okan Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimler Fakültesi - 2014

Lise: Ö.Ç. Bilfen Okulları - 2009

İlköğretim: Hürriyet İlkokulları

İş / Staj Deneyimi:

Yaprak Psikiyatri ve Psikolojik Danışmanlık - Adana -2013

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi -İstanbul - 2014

İstanbul Ruh Sağlığı Enstitüsü - İstanbul - 2015

Özel Terapi Aile Danışma Merkezi - 2016 / 2017

Yabancı Dil:

İngilizce: İyi.

Almanca: Orta.