



DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ANKSİYETE-
DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DR. HAYATİ ÖZER

UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2019





DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ANKSİYETE -
DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DR. HAYATİ ÖZER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. TAHSİN ÇELEPKOLU

DİYARBAKIR-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başlamamdan bu yana bilgi, destek ve tecrübelerini esirgmeden paylaşan, başta tez danışmanım Dr. Öğretim üyesi Tahsin Çelepkolu'na, istatistik ve analiz konusunda eşsiz desteklerinden ötürü başta Dr. Öğretim üyesi Gamze Erten Bucaktepe olmak üzere hocalarım, Dr. Öğretim üyesi Ahmet Yılmaz, Dr. Öğretim üyesi Hamza Aslanhan'a, birçok konuda emeklerini gördüğüm bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman'a, çalışmama her türlü katkısını esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Abdullah Erkul'a, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili araştırma görevlisi doktor arkadaşlarıma, kıymetli zamanlarını ayıran ve çalışmaya katılan geleceğin doktor adayları Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine, sevgileri ve varlıklarıyla bana her zaman güç veren aileme minnet ve şükranlarımı sunarım.

Saygı ve teşekkürlerimle.

Dr. Hayati ÖZER

ÖZET

Giriş ve Amaç: Depresyon ve anksiyete sürekli ders ve sınavlar ile meşgul olan öğrenciler için önemli bir sorun iken tıp fakültesi öğrencileri için çok daha büyük risk oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyetenin görülme sıklığı ile bu sorunlara neden olabilecek faktörleri araştırmaktır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu çalışma, yaş ortalaması $21,97 \pm 2,99$ olan 108 kadın 207 erkek tıp fakültesi öğrencisi katılımı ile yapılmıştır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesindeki tıp öğrencilerinde 30/11/2018-30/12/2018 tarihleri arasında Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve sosyodemografik veri formu doldurtularak anksiyete ve depresyon riskleri araştırılmıştır. Verilerin analizi SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %3,8'inin yalnız, %25,7'sinin yurtda yaşadığı ve %28,9'unun ailesinin aylık gelirinin 0-2000 TL arasında olduğu, %21,0'inin ise 5000 TL üstünde olduğu görülmektedir. BDÖ ve BAÖ ortalamalarına bakıldığında ise BDÖ ortalamasının $12,91 \pm 9,636$, BAÖ ortalamasının ise $12,65 \pm 10,432$ olduğu belirlenmiştir. Medeni durum, anne öğrenim ve baba öğrenim durumu, burs miktarı, ailenin aylık geliri, aylık harcama ve ailede psikiyatrik hastalık bulunma durumuna göre BDÖ ve BAÖ değerlendirildiğinde anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Ancak sigara kullanımı, alkol kullanımı, tıptan memnun olma, kendini başarılı hissetme, sosyal çevre tarafından sevilme ve intihar teşebbüsünde bulunmanın BDÖ ve BAÖ ile anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak; psikiyatrik hastalık tanısı almış olma, sigara alkol kullanımı, sosyal çevrece sevilme, tıp fakültesini isteyerek seçme gibi faktörlerin öğrenciler için öncül psikososyal faktörler olduğu ve yaşanılacak olumsuzlukların depresyon ile anksiyete puanlarını yükselttiği gözlenmiştir. Öğrencilerin sağlıklı bir meslek ve ruhsal hayatlarının olması için öğrencilikte iken gerekli tedbirlerin alınması, sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, anksiyete, tıp fakóltesi öğrencisi, beck depresyon ölçeği, beck anksiyete ölçeği



ABSTRACT

Introduction and Aim: Depression and anxiety while being a major problem for students engaged in continuous courses and examinations, it poses much greater risk for medical students. The aim of this study is to investigate the prevalence of depression and anxiety in Dicle University Medical Faculty students and to investigate the factors that may cause these problems.

Material and Methods: This descriptive cross-sectional study was performed with the participation of 108 female 207 male medical faculty students with a mean age of $21,97 \pm 2,990$. In the medical students of Dicle University Faculty of Medicine, the Beck depression scale (BDI), Beck anxiety scale (BAI) and sociodemographic data form were filled in 30/11/2018-30/12/2018 and anxiety and depression risks were investigated. Data were analyzed using SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) package program.

Results: It is seen that 3,8% of the participants live alone, 25,7% of them live in dormitories and 28,9% of their families' monthly income is between 0-2000 TL and 21,0% is above 5000 TL. BDI and BAI averages were $12,91 \pm 9,636$ and $12,65 \pm 10,432$, respectively. When BDI and BAI scale was evaluated according to marital status, mother education and father's education status, amount of scholarship, monthly income of the family, monthly expenditure and presence of psychiatric diseases in the family, no significant difference was found. ($p>0,05$). However, it was determined that smoking, alcohol use, being satisfied in medicine, feeling successful, being loved by the social environment and attempting suicide were significant with BDI and BAI ($p<0,05$).

Conclusion: As a result; It was observed that the factors such as having a diagnosis of psychiatric disease, smoking, alcohol use, being loved by the social environment, preferring the faculty of medicine were predominant psychosocial factors for the students and the negativity to be experienced increased depression and anxiety scores. In order for students to have a healthy occupation and spiritual life, it

is necessary to take necessary precautions and to ensure a healthy working environment.

Keywords: Depression, anxiety, faculty of medicine, Beck depression inventory, Beck anxiety inventory



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET	ii
ABSTRACT	ivv
SİMGELER-KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1 GİRİŞ ve AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçe	3
2.2. Depresyona Kuramsal Yaklaşım	4
2.3. Depresyon Epidemiyolojisi	6
2.4. Depresyonda Etiyoloji	7
2.5. Depresyon Kliniği	8
2.6. Depresyonda Tanı ve Sınıflandırma	9
2.7. Depresyonda Risk Faktörleri	12
2.7.1. Yaş	12
2.7.2. Cinsiyet	13
2.7.3. Etnisite	13
2.7.4. Medeni Durum	13
2.7.5. Psikolojik Faktörler	14
2.7.6. Biyolojik Faktörler	16
2.7.7. Genetik: Aile ve Öyküsü	16
2.7.8. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları	17
2.7.9. Sosyoekonomik Durum	17

2.7.10.	Şehirde veya Kırsal Kesimde Yaşamak.....	18
2.8.	Depresyon Türleri.....	18
2.8.1.	Majör Depresif Bozukluk	19
2.8.2.	İnatçı depresif bozukluk (Distimi).....	20
2.8.3.	Bipolar Bozukluk.....	20
2.8.4.	Atipik Depresyon.....	21
2.8.5.	Maskeli Depresyon	21
2.8.6.	Depresyon Belirtileri	22
2.8.7.	Depresyonda Tedavi	23
2.9.	Anksiyete kavramı.....	24
2.10.	Anksiyetinin etiyolojisi	25
2.11.	Anksiyeteye Kuramsal yaklaşım	26
2.12.	Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Epidemiyolojisi	27
2.12.1.	Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	29
2.12.2.	Panik Bozukluğu.....	30
2.13.	Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri.....	33
2.14.	Anksiyete Bozukluklarında Tedavi	34
3.	YÖNTEM.....	36
4.	BULGULAR.....	38
5.	TARTIŞMA	55
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7.	KAYNAKLAR	63
8.	EKLER.....	75

SİMGELER-KISALTMALAR DİZİNİ

APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ:	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ:	Beck Depresyon Ölçeği
CRH:	Kortikotropin Salgılayan Hormon
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HPA:	Hipotalamo Pitüiter Adrenal
ICD:	Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması
MAOI:	Monoamin Oksidaz İnhibitörü
MD:	Majör Depresyon
PD:	Panik Bozukluk
SAD:	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SED:	Sosyoekonomik Durum
SSRI:	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA:	Trisiklik Antidepresan
TSA:	Trisiklik Antidepresan
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. ICD-10'a göre depresyonun sınıflandırılması	9
Tablo 2. DSM-V'e göre majör depresif bozukluk tanı ölçütleri	11
Tablo 3. Depresyon risk faktörleri	14
Tablo 4. Depresyonun Belirtileri	23
Tablo 5. Anksiyetenin Epidemiyolojisi	28
Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	38
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı 2	39
Tablo 8. BDÖ kesme ve BAÖ sınıflandırma puanları	40
Tablo 9. Sınıflara göre BDÖ ve BAÖ ortalama puanları ve p değeri	41
Tablo 10. Cinsiyete göre BDÖ ve BAÖ ortalama puanları ve p değeri	42
Tablo 11. Medeni duruma göre BDÖ ve BAÖ ortalama puanları ve p değeri	42
Tablo 12. Anne öğrenim durumuna göre BDÖ ve BAÖ p değeri	43
Tablo 13. Baba öğrenim durumuna göre BDÖ ve BAÖ p değeri	43
Tablo 14. Alkol kullanım durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları ve p değeri	44
Tablo 15. Sigara kullanım durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları ve p değeri	44
Tablo 16. Tıptaki memnuniyet durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları	45
Tablo 17. Kendini başarılı hissetme durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları	46
Tablo 18. Dönem uzatma durumuna göre yaş, BDÖ ve BAÖ toplam puanları	47
Tablo 19. Tıp Fakültesine kendi isteğiyle gelme durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları	47
Tablo 20. Sosyal çevre tarafından ne kadar sevildiğinizi düşünüyorsunuz sorusuna göre yaş, BDÖ ve BAÖ toplam puanları	48
Tablo 21. Sosyal çevre sevilme durumunun grup içi BDÖ, BAÖ ve p değerleri	49

Tablo 22. Aldığı burs durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri	49
Tablo 23. Ailenin gelir durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri	50
Tablo 24. Aylık harcama durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri	51
Tablo 25. Ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri	51
Tablo 26. Tanı konmuş psikiyatrik hastalığının durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları	52
Tablo 27. İntihar teşebbüsü durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları	52
Tablo 28. Self mutilizm durumuna göre yaş, BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri	53
Tablo 29. Sosyodemografik bilgiler ile BDÖ ve BAÖ korelasyon tablosu	54



1 GİRİŞ ve AMAÇ

Küresel hastalıklar boyutunda ‘depresyon ve anksiyete’ ilk on hastalık arasında beşinci sırada bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda psikiyatrik yardım gereksinimi olan ruhsal bozukluklar arasında depresif tipte olanlar ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun (%10,4) depresyon olduğu saptanmıştır (2). Ayrıca depresif belirtilerin toplum içindeki prevalansının %13-20 arasında olduğu ve epidemiyolojik çalışmalarda ergen ve üniversite gençliği arasında depresyon yaygınlığının %10’ları aştığı rapor edilmiştir (3).

Üniversite dönemi, bireyin fiziksel ve sosyal olarak majör değişiklikler yaşadığı, davranışsal, duygusal, akademik, ekonomik ve toplumsal olarak birçok alanda çatışma yaşadığı, cinsel ve psikososyal farkındalıklar ile birlikte kendisine ait bir kimlik oluşturmaya çalıştığı çelişkiler ile dolu bir dönemdir (4). Bu dönemde üniversiteli bir gencin ruhsal sağlığı sadece bireysel değil toplumsal sağlığın da önemli bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Üniversiteli öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda da psikolojik rahatsızlıkların bu grupta görülme prevalansının oldukça fazla olduğu ifade edilmektedir (5). Fakülteler arası incelemelerde ise Tıp fakültesi öğrencilerinde yaşanan depresyon ve anksiyetenin diğer öğrencilerden daha fazla olduğu ifade edilmektedir (6). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan benzer bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinin %23’ünde klinik depresyon %57’sinin psikolojik stres altında olduğu belirlenmiştir (7). Tıp biliminin diğer bilimlerden karakteristik olarak farklı özellikler göstermesi, gelecek kaygısı, arkadaşlık ilişkileri, hasta memnuniyeti, eğitim eksiklikleri, sınav baskısı ve klinik yaşama adım atma gibi faktörler tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon yaşamalarının belli başlı sebepleri arasında yer almaktadır (8).

Toplum bazlı epidemiyolojik araştırmalarda hekim ve tıp fakültesi öğrencilerinin yaşadıkları en önemli sağlık sorunlarının başında anksiyete ve

depresyonun geldiği ortaya konulmuştur (9). Hekimlerin üstlenmiş oldukları görevden dolayı karşılaştıkları stres etkenleri (uykusuzluk, artmış çalışma saatleri, hasta ölümü, yetersiz destek mekanizmaları, hasta yakınlarının uyguladıkları psikolojik şiddet, yüksek sorumluluk, olumsuz iş ilişkileri) ve doktorlara duyulan saygıda gözle görünür bir şekilde var olan azalma sonucu hekimler daha riskli bir topluluk halini almaktadır (10). Dolayısı ile bu stres faktörleri henüz öğrencilik aşamasında tıp fakültesi öğrencilerini etkilemektedir. Bunlara ek olarak derslerin ve sınavların çok zor olması, yoğun emek ve çaba gerektirmesi de tıp öğrencilerini baskı altına alarak anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olmaktadır (11). Tıp fakültesi öğrencileri genellikle bir yardıma ihtiyaçları olduğu zaman bunu talep edemez ve bütün sorunları kendi başlarına çözebileceklerini düşünmektedirler. Dolayısı ile bu düşünce herhangi bir ruhsal sorunları geliştiğinde sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını da güçleştirmektedir (12). Yapılan çalışmalarda depresyon gelişmiş hekimlerin sadece çok küçük bir bölümünün tıbbi tedavi aldığı ve kendi reçetelendirdikleri ilaçları kullandıkları gösterilmiştir (13,14). Dolayısı ile bu çalışmanın amacı; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi örneklem grubu üzerinden tıp öğrencilerinde anksiyete-depresyon sıklığı ile etkileyen faktörleri değerlendirmek ve neler yapılabileceğini tartışmaktır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçe

Affekt-duygulanım; kişilerin olaylara, anılara, uyaranlara ve düşüncelere duygusal olarak katılabilme durumudur. Duygudurumu bireyin içsel duygusal durumu olup bir nevi üzüntü, neşe, öfke, nefret ve kin gibi duyguların dışa vurumu olarak tanımlanmaktadır (15). Bu doğrultuda depresyon, duygudurum bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Duygudurum kişinin iç dünyasında yaşadığı, anladığı dünyayı ve yaptığı davranışlarını değiştiren baskın ve devamlı duygusal bir durumdur. Kişi bu durumu dışa vuruyorsa buna da duygulanım denmektedir. İşte bu duygudurum artmış, normal ya da çökmüş olabilmektedir. Depresyon duygudurumun çökkün halen gelmesidir (16). Demir (2014) ise depresyonu uzun bir süre devam eden insanların hayatını olumsuz yönde etkileyen ve yaşamlarından haz duymama olarak tanımlamaktadır. Ayrıca; yalnızlık, hayal kırıklığı, değersizlik hisleri ile tanımlanmaktadır (17). Yapılan çalışmalarda depresyonun bütün dünyada insan sağlığını etkileyen en önemli faktörlerin başında geldiği ifade edilmektedir. Ancak yalnızlık prevelansının artmasındaki faktörlerin tanı güçlüğü içermesi, intihar eylemlerinin artması ve ekonomik sorunlar bu konuda yapılan araştırmaların önemini daha fazla arttırmaktadır (18).

Sözcük anlamı ‘çökme’, ‘kendini kederli hissetme’ ‘fonksiyonel ve hayatsal aktivitenin azalması gibi anlamlara gelen depresyonun kökeni “depress” sözcüğüdür ve Latince “*depressus*” tan gelmektedir (19). 17. yüzyıldan itibaren yazılı kaynaklarda bu sözcüğün kullanıldığı görülmektedir. Ancak bir rahatsızlığı tanımlanması ifadesi geçen 19. yüzyılda Kraepelin tarafından yapılmıştır. Aslında depresyonu ilk tanımlayan Hipokrates’dir. Hipokrates depresif durumu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için “*melaine chole*” olarak isimlendirmiştir. Hatta Sümer ve Mısır kazılarında depresyondan bahsedildiği bilinmektedir (16). Hipokrat ekolü, insan vücudunda duyguları ile ilgili dört sıvının olduğunu (sarı safra, kara safra, kan, lenf) ve bunlardan lenf sıvısı ile kara safra sıvısının melankoli, mani, paranoya ve frenitis gelişimine neden olduğunu iddia etmiştir. Hipokrat’ın “eğer üzüntü uzun sürerse artık

melankolidir” sözü, o dönemlerde depresyonun bir rahatsızlık/hastalık olarak kabul edildiğine dair fikir vermektedir (20).

2.2. Depresyona Kuramsal Yaklaşım

Depresyonu psikolojik bakış açısıyla açıklama çabaları arasında psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşım önemli bir yer tutmaktadır.

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşıma göre depresif bozuklukların nedeninin kendisine karşı sevgi beslenen gerçek veya sembolik nitelikteki bir nesnenin kaybı olduğu ileri sürülmüştür (21).

Psikoanalitik ego psikolojisinin önemli isimlerinden biri olan Bibring’e göre de Depresyon ego içi bir çatışma olup, ego’nun içindeki bunalımı yansıtmakta ve ego’daki engellerin narsistik beklentilere karşı gösterdiği bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır (22).

Bilişsel terapi

Depresyonla ilgili çalışmalar esnasında ortaya çıkan bilişsel terapi bu nedenle depresyonu özel bir şekilde değerlendirmeye tabi tutar. Beck’e göre depresyonun kaynağı kişinin bilişsel olarak hem kendisi ve çevresi hem de geleceği ile olumsuz yargılara sahip oluşudur (22). Beck (1967) depresyona ait bilişsel modelin deneysel veriler ve sistematik klinik gözlemler neticesinde geliştiğini belirtmektedir. Beck, Rush, Shaw ve Emery (1979) bir bilişsel model geliştirerek depresyonun psikolojik altyapısını özel kavramlarla açıklamışlardır. Bu kavramlar bilişsel hata, şemalar ve bilişsel üçlüdür (23).

Depresyonda kullanılacak olan bilişsel terapinin niteliklerinin depresif hastaların özellikleriyle uyumlu olması gerekmektedir. Depresyonda danışan edilgendir. Terapistten beklenen ise etkin olmasıdır. Sıklıkla depresif hastalar sorunlarını “altından kalkılamayacak kadar büyük” ve “genel” olarak değerlendirirler

ve belirtileri de aynı şekilde ifade ederler. Bu büyük ve genel sorun terapist tarafından küçük parçalara bölünür. Bilişsel terapinin en öncelikli konularından biri hastanın motivasyonunu arttırmak olmalıdır. Çünkü depresif hastanın motivasyonu çok düşük seviyededir. Bu nedenle terapide öncelikli olarak davranışsal bileşen üzerinde durulur ardından da bilişsel bileşen ele alınır (24).

Kişilerarası yaklaşım

Bu yaklaşımın depresyonla ilgili görüşlerinin temel aldığı nokta sosyal ilişkiler ve depresyonun ortaya çıkmasındaki sosyal risk unsurların ön plana çıkaran deneysel ve kavramsal çalışmalardır. Bu yaklaşımın ileri sürdüğü temel hipotez; depresyonun ortaya çıkmasında kişinin diğer bireylerle olan ilişkisi veya sosyal ortamı rol oynar. Gerek çocukluk döneminde gerekse de erişkinlik döneminde yeterince doyurucu nitelikte olmayan ilişkiler ve bozuk sosyal çevre depresif bozuklukları tetikler veya depresif bozukluklar böyle bir sonuca sebep olabilir (25).

Davranışçı yaklaşım

Davranışçı yaklaşıma göre depresyondaki temel noktayı davranış değiştirme özellikle de edimsel koşullanma oluşturur. Davranışçı yaklaşım depresyonda davranışları şekillendiren çevresel uyaranlara ilişkin gözlenebilir davranışlara, özellikle de davranışın öncülüne ve sonucuna odaklanır. Önemli davranışsal modellerinden birisi depresyonun ortaya çıkmasında pozitif pekiştireçlerin kaybı üzerinde durur. Bireyi sürekli bir biçimde ödüllendirilme fırsatından yoksun bırakmak onda umutsuzluğa sebep olur. Buna karşın depresyonun sebep olduğu etkiler bireyin davranışları nedeniyle pozitif pekiştireç alma şansını daha da azaltır ve bu durum depresyonun artmasına neden olur (26).

Merhamet odaklı yaklaşım

Gilbert (2007), depresyonun kişilerarası kayıplar ve yenilgilerin üstesinden gelmek amacıyla evrimleşmiş korunma stratejileri ile alakalı olduğunu ve depresyon durumunda tehdit ve korunma sisteminin güçlendirilip, memnuniyet-rahatlık ve itki-

heyecan olmak üzere iki farklı pozitif duygu sisteminin ise zayıflatıldığını dile getirmektedir (27).

2.3. Depresyon Epidemiyolojisi

DSÖ'ye göre depresyon; bütün dünya genelinde en önemli hastalıklar listesinde 4. sırada yer almakta ve iş görmezlik ile geçirilen yılların en önde gelen nedenleri arasında depresyonun olduğu rapor edilmektedir (28).

Son 40 yıl içinde yapılan çalışmalara erkeklerin giderek depresyona yakalanma insidansının yükseldiği rapor edilmektedir. Bunun en önemli nedeni ise özellikle gelişmiş toplumlarda kadının rolündeki değişim, çalışma hayatının daha fazla içinde olması ve sosyoekonomik sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çökkünlükler kadınlarda en çok 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (16). Gençlerde depresyon, en çok görülen, psikososyal ve akademik işlevlerde ciddi düzeyde bozulmalara yol açan ve gelişimsel sorunların aşılmasını engelleyen ruhsal bozukluklardan biridir. Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20'li yaşların ortalarında olmaktadır (29). Epidemiyolojik veriler, başlangıç yaşının son yıllarda daha erken yaşlara kaydığını göstermektedir (30).

Türkiye'de depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili yapılmış pek çok çalışma vardır ve Küey ve Güleç tarafından bu çalışmalar yeniden değerlendirilmiştir. Onlara göre Türk toplumu baz alındığında depresyonu olanların prevalansı %10 civarındadır. Depresyonun otonom belirtilerine sahip olanlar %20 civarında iken, kendini suçlu hissetme gibi psikolojik semptomları olanlar ise yaklaşık %10 oranında nokta prevelansa sahiptir. Kronik rahatsızlıklara sahip olanlarda ise sekonder depresyon dikkat çekici düzeyde yüksektir (%4-8,8). Bu tarz rahatsızlığa sahip olan her üç hastadan birinde depresyon kronikleşmiştir. Yayınlar birbirini destekler biçimde depresyonun ilk ortaya çıkma yaşının genellikle erken erişkinlik (hayatın 2. dekadın sonu) döneminde olduğunu göstermektedir. Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyolojik Çalışmalar konsorsiyumuna göre (The International Consortium of Psychiatric Epidemiology Surveys) Majör Depresyon (MD) tüm ülkelerde ortalama başlangıç yaşı

30'lu yaşların başı ve ortaları arasındadır (31). Tıp hekimleri arasında depresyonun görülme düzeyi dikkat çekici düzeyde yüksektir. Özellikle tıp fakültesinden yeni mezun olanların arasında ilk yılda %30'lara kadar ulaşabilen depresyon görülme sıklığı vardır. Hekimler diğer bireyler ile karşılaştırıldığında daha depresif olmaları hekimlik mesleğini icra edenlerin depresyon için daha risk altında olduklarını göstermektedir (32).

2.4. Depresyonda Etiyoloji

Depresyon hakkında sahip olunan bilgilerin artması ile birlikte hastalığa kaynaklık eden faktörler ile ilgili pek çok değişik görüş ileri sürülmüş ve çok sayıda araştırma yapılmıştır. Özellikle 20. yüzyılda depresyon hakkındaki çalışmaların bir hayli arttığı görülmektedir. Bu çalışmaların çoğunlukla odaklandığı konuların başında ise hastalığın tedavisinde yeni yöntemler ortaya koymak, klinik semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek ve depresyonun etyopatogenezini aydınlatmak gelmektedir. Yapılan onca çalışmaya karşın depresyona yol açan sebeplerin net bir şekilde tespit edildiğini söylemek mümkün değildir (42).

Genetik Faktörler: Günümüzde genetik yatkınlığın psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkmasındaki en büyük etkenlerden biri olduğu kabul edilmektedir. Tek yumurta ikizlerinin birinde depresyon görülmesi halinde diğesinde de bu rahatsızlığın ortaya çıkması oranı %50 seviyesindedir. Yapılan aile çalışmaları neticesinde MD'li hastaların birinci dereceden akrabalarında önemli ölçüde bir depresyon yatkınlığı saptanmış ve bunun normal nüfusa oranla 2 ile 3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç depresyon konusunda genetik yatkınlığın ne kadar önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (31).

Biyolojik Faktörler: Nöronlarda bulunan 5-OH indol asetik asit, homovalinik asit vb. biyojenik aminlerin yapılan çalışmalar neticesinde depresyon hastalarının beyin, idrar ve kan sıvılarında daha fazla miktarda bulunduğu ortaya konulmuştur. Özellikle nörotransmitterlerin (serotonin, norepinefrin vb.) üretimi, salınımı, geri alımı gibi metabolizmalar esnasında ortaya çıkan deformitenin başta depresyon olmak üzere duygulanım bozukluklarına yol açtığı düşünülmektedir. Depresyon fizyopatolojisinde

önemli rol oynayan bir başka biyogenik amin ise dopamindir. Nöroendokrin denge de depresyonda rol alan bir diğer önemli faktördür (34).

Uyku esnasında depresyon hastalarının çekilen elektroansefalografilerinde, uykunun hızlı göz hareketlerinin görüldüğü bölümü olan REM evresindeki latensin normal bireylere göre daha kısa olduğu, anormal delta uykusunun ortaya çıktığı ve ilk REM periyodunun uzadığı tespit edilmiştir (33).

2.5. Depresyon Kliniği

Klinik olarak depresyonun değişik biçimlerde ortaya çıktığı görülmektedir. Klinik uygulamada depresyon oldukça geniş bir belirti yelpazesi sergiler. Bu yelpaze isteksizlik, mutsuzluk gibi duygulanımda meydana gelen dalgalanmalardan gerçeği değerlendirmenin bozulduğu psikotik durumlara kadar geniş bir alana uzanır (34). Depresyonda sıklıkla rastlanan klinik özellikler şunlardır (35):

- Konuşmada, davranışlarda ve düşüncede yavaşlama,
- Hiçbir şeyden zevk alamama (anhedoni) durumu,
- Umutsuzluk ve karamsarlık,
- Anksiyete durumu,
- Ölümle ilgili düşüncelerinin olması,
- Uyku bozuklukları görülmesi,
- Depresif bir duygudurum olması,
- Somatik yakınmaları olması,
- Ajite bir durumunun olması,
- Benlik saygısında azalma,
- Kendini çaresiz hissetme,
- Bireyin kendisini yorgun ve bitkin hissetmesi, enerjinin kaybolması, letarji durumu,
- İştahta değişim ve genelde kilo kaybı,
- Cinselliğe olan ilginin ve cinsel etkinliğin azalması,
- İş ve diğer etkilere olan ilginin azalması,
- Kafasında ki düşüncelerin karışması ve yavaş düşünme ya da düşüncelerini bir şeye odaklama yeteneğinde azalma olması durumu,

- Herhangi bir duruma karşı kendini suçlu görme, kınama ve utanç duyma, kendisini küçük görme, değersiz hissetme (36).

2.6. Depresyonda Tanı ve Sınıflandırma

Depresif bozukluk ya da majör depresyon; anhedoni, depresif duygudurum, psikomotor ve bilişsel baskılanma ve işlevsellikte bozulma ile giden kronik bir hastalıktır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-I)'nı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ilk defa 1952 yılında depresyon tanı ölçütlerini yayımlamıştır. DSM-I'de bunaltı ve şizofreni gibi ruhsal bozukluklar birer tepki (reaction) olarak sınıflandırılmıştır. 1968'de yayımladığı DSM-II'de dinamik psikiyatriye ağırlık veren tutumdan uzaklaşılarak tepki (reaction) teriminden vazgeçilmiştir. 1980'de yayımlanan DSM-III ile ilk kez, ruhsal bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında, araştırmalara dayanan tanı ölçütleri (diagnostic criteria) getirilmiştir (37).

DSÖ ise bütün tıbbi hastalıkları içeren, Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması (International Classification of Diseases, ICD) adı ile bir sınıflandırma geliştirmiştir. ICD'nin, ruhsal bozuklukları tanımlayıp sınıflandıran bölümleri, daha çok Avrupa psikiyatrisinin etkisiyle hazırlanmıştır. Günümüzde kullanılan ICD-10 (1992) ve DSM-IV (1994) sınıflandırmaları birbirine oldukça yakınlaşmış, böylece dünya ölçeğinde, ortak bir sınıflamaya doğru yol alınmıştır (36,38). ICD-10 depresyon sınıflaması şu şekildedir (Tablo 1).

Tablo 1: ICD-10'a göre depresyonun sınıflandırılması

Manik dönem (nöbet)
Bipolar duygulanım bozukluğu
Depresif dönem
Yineleyici depresif bozukluk (tekuçlu depresif bozukluk)
İnatçı duygudurum (duygulanım) bozuklukları
Başka duygudurum (duygulanım) bozuklukları
Duygudurum (duygulanım) bozuklukları, belirlenmemiş

DSM-V hazırlıklarının başında, özgül belirtisi olmayan tanı kategorilerinin gerek klinik uygulamada gerekse araştırmalarda yetersiz kaldığı, belirtili boyutlarının değerlendirilmesinin daha zengin bilgi sağlayabileceği dikkate alınmıştır. DSM-V’te boyutsal değerlendirmeler vardır, ama kategorik tanımlar gene ağırlıklıdır. Boyutsal değerlendirmenin en fazla ağırlık kazandığı tanımlar kişilik bozukluklarıdır. Gene boyutsallığın önemi dikkate alınarak, obsesif-kompulsif bozukluk ile travma sonrası stres bozukluğu anksiyete bozuklukları kümesinden çıkarılmış, benzerleriyle birlikte ayrı birer spektruma temel oluşturmuşlardır. Duygudurum bozukluğu türleri ikiye düşürülmüş, spektrum nitelikleri temel alınarak oluşturulan iki temel duygudurum bozukluğu (depresif bozukluklar ile bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar), diğer bütün türleri kapsayacak biçimde tanımlanmıştır (39). Majör depresyon nöbeti ile ilgili olarak kronik olma seçeneği kaldırılmış buna karşılık distimik bozukluk denilen kategori şimdi kronik depressif bozukluk adını almış, majör depresyonun araya girebileceği kabul edilmiştir (40).

ICD ve DSM-V’de depresyon belli durumlara göre kategorize edilmiştir. Hastalar sıklıkla enerji kaybı, konsantrasyon güçlüğü, iştahsızlık, uyku sorunları, ilgi kaybı, etkinliklere başlamakta güçlük çekme, öznel ajitasyon hissi, düşüncelerin yavaşlaması, kararsızlık, özkıyım düşünceleri, kilo kaybı, ağlamaklı olma, davranışlarda yavaşlama, irritabilite ve umutsuzluk gibi belirtilerden yakınır. Depresyon tanısı koyulabilmesi için depresif duygudurum ya da ilgi azlığı ve anhedoni belirtilerinden birinin bulunması zorunludur (41). Ayrıca bu belirtilerin birisi veya her ikisine ek olarak tanı ölçütlerinde sıralanan diğer belirtilerden dört veya daha fazlasının bulunması gereklidir ve belirtiler en az 2 hafta sürmelidir (42,43) (Tablo 2).

Tablo 2: DSM-V'e göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM V'e göre Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri
A- İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da (2) artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir. 1- Kendisinin bildirdiği ya da başkasının gözlemlediği hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum 2- Kendisinin bildirdiği ya da başkasının gözlemlediği hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması, 3- Diyet yapmamasına rağmen ciddi kilo kaybı veya kilo alımı (1 ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla) veya neredeyse her gün iştahının azalması veya artması 4- Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması 5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması 6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması 7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması 8- Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık 9- Yineleyen ölüm düşünceleri, belirli bir plan olmadan yineleyen özkıyım düşünceleri veya özkıyım girişimi veya özkıyıma yönelik tasarılarının olması B- Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Tablo 2: DSM-V'e göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri devamı

C- Bu belirtiler madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D- Majör depresif epizodun ortaya çıkışı, şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk veya diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamamaktadır.

E- Hiçbir zaman manik bir olay ya da bir hipomani olayı olmadı. Not: Bu dışlama, manik benzeri veya hipomanik benzeri bölümlerin tümü madde kullanımına bağlıysa veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine atfedilebiliyorsa geçerli değildir.

2.7. Depresyonda Risk Faktörleri

Depresyon; enerji azlığı, ilgisizlik, özgüven azalması ve isteksizlik başta olmak üzere çökkün duygulanım, iştah değişiklikleri, suçluluk duyguları, uyku düzeninde bozulma, zevk alamama ve konsantrasyon bozukluğu ile seyreden bir duygudurum sorunudur. Depresyon hastasının tanımlanabilmesi ve uygulanacak tedavi seçeneklerinin belirlenmesi için öncelikle risk faktörlerinin ve belirti/bulguların tanımlanması gerekmektedir. Örneğin ergenlerde, gebe ve postpartum kadınlarda depresyon risk faktörleri ile yaşlı bireylerdeki risk faktörleri önemli oranda değişiklik gösterebilmektedir (44).

2.7.1. Yaş

Yapılan çalışmalarda depresyona en fazla 20-50 yaşları arasında rast gelindiği ve 40 yaşın depresyon yaşı için kritik nokta olduğu ifade dilmektedir. 65 yaş üzerinde depresyon prevalansı %1,7 iken 75 yaş üzerinde %3,2, 79 yaş üzerinde ise %0,5 olduğu bildirilmiştir. Belirtilen bu yaş aralıklarında primer depresyon yaygınlığının %1,8, sekonder depresyon yaygınlığının ise %1,9 olduğu tahmin edilmektedir. Depresyonun yaş ile ilişkisinin bir diğer önemi ise kişinin sosyal yaşamında yaşa bağlı

olarak meydana gelen farklılıklardır. Örneğin son yıllarda yapılan çalışmalarda 20 yaş altındaki bireylerin depresyona yakalanma risklerinin artış gösterdiği bildirilmiştir. Yaş faktörü cinsiyetler arasında da önemli farklılıklar göstermektedir. Erkeklerde depresyonun en fazla görüldüğü yaş 55-70 iken kadınlarda 35-45 yaşlar olduğu gözlenmiştir (45).

2.7.2. Cinsiyet

Depresyonun epidemiyolojisine yönelik olarak yapılan çalışmalarda kadınların depresyona yakalanma ihtimallerinin erkeklerden 2 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kadınların daha fazla depresyona yakalanma nedenleri ise şu şekilde sıralanmaktadır (46);

- Kadınların cinsel istismar gibi şiddet ve taciz olaylarını daha fazla yaşaması,
- Genç yaşlarda psikiyatrik hastalıkların meydana geliş fazlalığı,
- Kadının sosyokültürel olarak toplum tarafından baskılanması,
- Olumsuz hayat koşulları ile daha fazla karşılaşma ve mücadele etme,
- Hormonal etkiler,
- Postpartum depresyon riski,
- Perimenopozal dönem.

2.7.3. Etnisite

Etnik ve ırksal farklılıkların depresyon ile ilişkisinin olduğuna dair çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Ancak etnik farklılıkların aslında sosyoekonomik koşullardan dolayı depresyon riski taşıdıkları ifade edilmektedir (47).

2.7.4. Medeni Durum

Depresyon risk faktörleri tablo 3'te gösterilmiştir (48). Depresyon risk faktörlerinin başında medeni durum gelmektedir. Çünkü yapılan çalışmalarda bekarların evlilere göre daha fazla depresyona girdikleri ifade edilmiştir. Evli kişiler

sosyal koşullar tarafından desteklenen baş etme yöntemleri ve evliliklerinden öğrendikleri iç ruhsal dinamikler sayesinde olumsuzluklara karşı daha dirençlidirler ve daha kolay baş ederler (49). Ayrıca evli kişiler bekarlara göre daha fazla sosyal destek alırlar bu da bağlanma ve güvenlik hissi geliştirmelerine neden olur. Ayrıca evliler bekarlara göre daha fazla desteklenirler, daha fazla ilgilenilirler, daha fazla sevilir ve güvenilirler. Dolayısı ile birbirlerine bağlanan çiftler için evlilik depresyona karşı bir koruyucu faktördür (50).

Tablo 3: Depresyon risk faktörleri

Cinsiyet	Kadın/erkek=2/1
Yaş	Gençlerde daha yüksek, ortalama yaş 27
İrk ya da etnik köken	Fark yok
Sosyoekonomik durum (SED)	Düşük SED’de kronikleşme daha yüksek, işsizlerde risk üç kat fazla
Medeni durum	Boşanmış ya da eşi ölmüş olanlarda daha fazla, evli ve bekarlarda risk daha az
Aile öyküsü	Birinci derece akrabalarda MD varsa risk iki-üç kat artıyor. Eş hastalanma oranı: Tek yumurta ikizlerinde %27, Çift yumurta ikizlerinde %12
Çocukluk yaşantısı	Küçük yaşta ana-baba kaybı riski arttırıyor
Stresli yaşam olayları	Riski arttırıyor
Gebelik ve postpartum dönem	Risk arttırıyor

2.7.5. Psikolojik Faktörler

Elem, keder ve acı bütün insanlığın ortak sorunudur. Depresyon hali kültürel ve toplumsal unsurlardan etkilenen ve kişinin bütün hayatını etkileyen aidiyetinde

sorunlar oluşturan bir sorundur. Bu duygudurum bozukluğunu toplumsal ve ekonomik koşulların etkilediği rapor edilmiştir. Depresyon gelişimini tetikleyen en önemli sosyal olay anne-baba kaybı, hatta özellikle 11-12 yaşından önce kaybedilmesidir. Depresyonun oluşmasına neden olabilecek bir diğer faktör ise kişinin eşini ya da çocuğunu kaybetmesidir. Herkeste farklı şekilde kendini gösterebilen depresyon kimi bireylerde oldukça ağır seyrederken bazı kişilerde daha hafif seyredebilmektedir. Depresyona neden olan bu sebepler kişiyi biyolojik ve ruhsal birçok sağlık sorunu yaşamasına yatkın hale getirir (51).

Ruhsal bozukluklara karşı eğilimler insanın kişilik yapısı ile doğrudan bağlantılıdır. Her karakterdeki insanlar depresyona düşebilir ancak herkesin depresyon şiddeti ve kurtulma şekli de farklılık göstermektedir. Ancak hiçbir karakter profili ve niteliği tek başına depresyon eğilimi göstermez. Mutlaka başka tetikleyiciler de bulunmaktadır. Özellikle kimseyi incitmemeye çalışan, oral bağımlı, insancıl, hassas, iyilik yapmaya yatkın, öfkesini kontrol eden, titiz, yakınındakilere düşkün, kendinden ve yakındakilerden fazla temennisi olan, onuruna düşkün, meraklı ve içe kapanık kişiler, mükemmeliyetçi, histerik kişilik nitelikleri olan, hızlı duygusal tepkiler gösteren ve sorumluluk duygusu fazla olan kişiler depresyona daha yatkındırlar (52).

Günümüzde depresyona neden olan faktörlerin başında sosyoekonomik düzey gelmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey depresyon için temel risk faktörüdür. Bu durum iki kuramla açıklanmaktadır. Bazı psikolojik rahatsızlıklarda düşük sosyoekonomik koşullar iyileşme ve tedavi olma seçeneği sunmadığı için bireyleri sosyal izolasyona itmekte ve bu durum depresyon etmeninin bir parçası olmaktadır. Düşük sosyoekonomik koşulların getirdiği yetersiz çevre koşulları depresyonun sebeplerinden birini oluşturmaktadır. Çünkü rahat sosyoekonomik koşullar ve yüksek gelir hayat koşullarının getirdiği stresi ve yükü azaltarak bireyin daha rahat bir hayat yaşamasını sağlar. Yani aslında yüksek gelir ve maddi koşullar daha fazla saygınlığı beraberinde getirmekte ve depresyon için birer koruyucu faktör olmaktadır (53).

Depresyonun risk faktörlerinden bir diğeri ise stresli yaşam olayları ve uyumsuzluk sorunlarıdır. Araştırmalara göre stresli olaylar depresyonun hem meydana gelmesinde hem de sürdürülmesinde rol oynarlar. Depresyonu tetikleyebilecek muhtemel hayat olayları arasında işsiz kalma, ev değiştirme, bir ilişkinin/evliliğin

bitmesi, değer verilen birinin kaybı, aile içi ya da arkadaşlar ile çatışma, ruhsal ya da fiziksel anlamda tükenme, iş ortamından ya da çalışma koşullarından duyulan memnuniyetsizlik, çocuk sahibi olamama ya da istenmeyen çocuk, yalnızlık ve yaşlanma sayılabilir (54).

2.7.6. Biyolojik Faktörler

Yapılan genetik çalışmalarda Monoamin Oksidaz İnhibitörü (MAOI) ve Trisiklik Antidepresan (TCA)'ların depresyonun gelişmesinde rol oynayan iki önemli biyolojik faktör olduğu ifade edilmiştir. Özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin (5-HT) etkinliğinde azalmanın depresyonun etiyolojisinde rol oynayan iki temel hormon olduğu düşünülmektedir. Çünkü noradrenalin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin depresyon hastalarında bozulduğu ileri sürülmüştür (55).

2.7.7. Genetik: Aile ve Öyküsü

Kalıtım üzerine yapılan çalışmalar duygudurum bozukluğu yaşayan kişilerde kan bağı bulunan akrabalarının da depresyon gibi sorunlar ile daha fazla karşı karşıya kaldığı ifade edilmiştir. Bu durum depresyonlu kişilerde aile öyküsünün alınması gerektiğini de ortaya çıkarmaktadır. Distimik bozukluklar, minör depresyon ve diğer hafif depresyon özellikli çökkünlükte genetik faktörlerin dışlanmayacağı kabul edilmektedir. Özellikle alkol, kaygı hali ve yaşın eşliğinde depresyonun meydana gelme olasılığı da artmaktadır (56). Ancak meydana gelen depresyonun aileden kalıtsal olarak aktarıldığı için mi yoksa aileden etkilenildiği için mi meydana geldiği henüz tam olarak bilinmemektedir. Anne babanın çökkün olması, dağılmış aileler ya da istenmeyen hayat şekli depresyona zemin hazırlanmasına yol açmaktadırlar. Bunların yanı sıra evlatlık olmuş fakat gerçek anne babaları depresyon yaşayan kişilerde depresyon eğilimlerinin oldukça yüksek olduğu tahmin edilmektedir (57).

İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda ise tek yumurta ikizlerinden biri depresyonda iken diğer kardeşin %65 olasılıkla depresyona yakalandığı tespit edilmiştir. Çift yumurta ikizlerinde ise bu oranın %14 gibi çok daha düşük bir seviyede olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ikizlerin farklı ailelere verilmiş olsalar bile depresyona

girme ihtimallerinin de daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak çift yumurta ikizlerinde bu şekilde bir etkilenme olmadığı vurgulanmıştır (58).

2.7.8. Çocukluk ve Bebeklik Dönemi Yaşantıları

Bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemi yaşantılarında olumlu durumların depresyon riskini azalttığı ancak yaşanan ebeveyn ayrılıkları ya da diğer olumsuzlukların depresyon riskini artırdığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda doğumlarının ikinci altı aylarında annelerinden ayrılan çocuklarda daha fazla depresif belirtilerin olduğunu ifade edilmiştir. Kişiliğin geliştiğı dönemlerde yaşanan kaygı ve ayrılıkların ya da kayıpların çocuğun depresif bir kimliğe bürünmesine ya da ilkel savunma düzeneği geliştirerek kendisini depresyondan korunabileceğine dikkat çekilmiştir (49).

Çocukluk dönemindeki depresyon faktörlerinin çocuğun kişilik ve kişilerarası gelişimini doğrudan etkileyeceğinden uygulanacak depresyon tedavisinin de çok önemli olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar bebeklerde depresyona çok sık rastlanmasa da bu dönemde yaşanan depresyon genellikle bebek ile bakıcısı arasında meydana gelmektedir. Çünkü ya bebek ile bakıcı arasında iyi bir bağ kurulmamış, ya da çeşitli sebeplerden dolayı bu bağ bozulmuştur. Bakıcı ile kastedilen sadece belli bir ücret ile bebeğe bakan kişi değil işin aslına bakıldığında anne, baba ya da büyükbaba-büyükanne için de aynı durum geçerlidir (59).

2.7.9. Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik faktörlerin getirmiş olduğu sınıfsal farklılıklar depresyon için en önemli risk faktörlerinden biridir. Yapılan çalışmalarda depresyon ile sosyoekonomik durum arasında negatif korelasyon olduğu belirtilmiştir. Bu durum sosyal güvenlik düzeyi, toplumsal refah seviyesi, işsizlik ve yaşam koşulları ile ilişkili olmaktadır. Bu konuda en belirgin özelliklerden birisi işsizliktir. İşsizliğin depresyon ihtimalini artırdığı bilinmektedir. Uzun süreli izlemlerde ekonomik durumun kötüye gitmesi bireylerde depresyon belirti ve bulgularının artmasına neden olduğu vurgulanmıştır (60,61).

2.7.10. Şehirde veya Kırsal Kesimde Yaşamak

Şehir yaşamının beraberinde getirdiği stresli hayat, zorlu yaşam koşulları, maddi sıkıntılar, suç oranlarının yüksekliği, farklı sosyal hayat ve çevresel faktörler sebebiyle şehirde yaşamak depresyon riskini arttırmaktadır (62).

Depresyona neden olan diğer faktörler (63):

1. Tekrarlama özelliği gösteren kupfer depresyonu,
2. Anksiyete bozuklukları,
3. Alzheimer hastalığı, migren, parkinson hastalığı, inme ve epilepsi gibi nörolojik hastalıklar,
4. Birincil uyku bozuklukları,
5. Madde bağımlılığı ve alkol,
6. AIDS ve influenza gibi viral hastalıklar,
7. Guatr ve diyabet gibi endokrin hastalıklar,
8. Bazı cerrahi operasyonlar (Sterilizasyon, histerektomi, transplantasyon)
9. Kanser gibi hayatı derinden sarsan hastalıklar

2.8. Depresyon Türleri

DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)'e göre depresyon alt grupları şu şekilde belirlenmiştir (64).

- 1- Majör depresif bozukluk.
- 2- İnatçı depresif bozukluk (Distimi)
- 3- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
- 4- Premenstrüel disforik bozukluk
- 5- Madde/ilaç kaynaklı depresif bozukluk
- 6- Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
- 7- Diğer belirtilen depresif bozukluk
- 8- Tanımlanmamış depresif bozukluk

2.8.1. Majör Depresif Bozukluk

Bir hastaya majör depresyon tanısı koyabilmek için hem depresyona neden olabilecek organik bir faktörün bulunmaması hem de hastanın daha önce başka bir psikiyatrik rahatsızlığının olmaması gerekmektedir. Depresyon türleri arasında en sık rastlanılan majör depresyondur. Erkeklerin %5-12'si kadınların ise %10-25'i yaşamlarının bir döneminde majör depresyona maruz kalmaktadır. Ailesinde depresyon hikayesi olan bireylerle alt sosyo-ekonomik grupta yer alan bireylerde majör depresyon görülme olasılığı artmaktadır (65). Koroğlu'na göre aşağıdaki bulgulardan dördü kimi zaman düzenli olarak kimi durumlarda ise her gün olmak üzere majör depresyon hastalarında görülen bulgulardır (66):

- Umutsuzluk ve çaresizlik duygusu,
- Huzursuz ve yavaşlamış hareketler,
- Uyku bozukluğu,
- Suçluluk ve değersiz hissetme,
- Kilo da artış veya azalma,
- Bitkinlik, yorgunluk ve içsel gücün azalması,
- Düşünmede yoğunlaşamama veya düşünme bozuklukları,
- Uygun olmayan suçluluk veya düşük benlik duygusu,
- Tekrar eden intihar ve ölüm düşünceleri,
- Cinsel istekte azalma.

Bu belirtilerin ne sıklıkta görüldüğü depresyonun ağır, orta veya hafif majör depresyon olarak değerlendirilmesinde önemli bir husustur. Hafif depresyonda birey günlük yaşantısında önemli bir aksaklık yaşamaz ancak sürekli bir melankoli hali hâkimdir. Orta derecede ise birey hem bir şey yapma konusunda çok isteksizce davranır hem de günlük yaşamda da aksamalar olur. Ağır majör depresyon durumunda ise bireyin hem çevresiyle olan iletişimi aksar hem de tüm günlük işlerinin sekteye uğradığı görülür. Çok ağır seyreden majör depresyon durumunda bireyin gerçeği değerlendirme yetisinde de bozulmalar görülür. Bununla birlikte ağır majör vakalarda değişik psikotik belirtiler ve halüsinasyon görülmesi gibi durumlar da söz konusu olabilir (67).

2.8.2. İnatçı depresif bozukluk (Distimi)

Ergenlerde ve çocuklarda 1 yıl erişkinlerde ise en az 2 yıl boyunca depresif duygudurumunun devam etmesidir (ergenler ve çocuklar genellikle iritabldırlar). Majör depresyon kadar ağır olmasa da distimide de gün boyu devam eden depresif belirtilere rastlanılır. Klinik belirtilerinin başlıcaları; karar vermede güçlük, konsantrasyonda azalma, geleceğe yönelik karamsar duygular, geçmişe ait düşüncelere dalarak üzülmeye, benlik saygısında azalma, unutkanlık, yetersizlik duygusu, umutsuzluk, çaresizlik ile sevgi, güvenlik ve saygınlığını kaybetme korkusudur. Çocuklarda görülen temel belirtiler ise anksiyete, endişe, kötümserlik, korku, huzursuzluk ve aşırı öfkedir. Bununla birlikte gece korkuları, iştah bozukluğu, kronik yorgunluk, toplumsal geri çekilme, uykuda düzensizlik, enerji azalması, bruksizm (diş gıcırdatma) ve bitkinlik de görülebilir (68).

Distiminin süresi en az iki yıldır ve bu süre boyunca çok ağır olmayan depresyon belirtileri ile görülmeye devam eder. Zaman zaman hastanın daha iyi olduğu kısa dönemler görülse de çoğunlukla depresif belirtiler ağır basar. Bu nedenle distimi uzun süre boyunca devam eden hafif depresyon durumu olarak nitelendirmek mümkündür ve hastada sürekli bir melankoli ve iç sıkıntısı hali mevcuttur. Uzun bir zaman boyunca devam etmesi hem yaşam kalitesini hem de iş performansını olumsuz etkiler, yaşam doyumunu da azaltır. Birey sorumluluklarını yerine getirmekte güçlük yaşar. Bulgu ve belirtileri majör depresyona benzemesine rağmen bunların yoğunluğu daha düşüktür. Bundan dolayı distimi ile majör depresyon arasındaki temel farkın duygulanım belirtilerinin boyutu ve sayısı olduğu söylenebilir. Görülme sıklığı %6 düzeyindedir. Distimisi olan kişilerin majör depresyonu olan kişilere göre çok daha az belirtisi vardır. Buna karşın bu belirtiler majör depresyonun aksine çok daha uzun bir süre görülmeye devam edilir (66,69).

2.8.3. Bipolar Bozukluk

Depresyonda olan bireylerde taşkınlık (mani) ve depresif ruh durumu birbirini takip eder. Uçlarda yaşanan duygularla belirli olan bu hastalık bipolar bozukluk, manik depresyon veya manik depresif bozukluk olarak adlandırılır. Depresyonun tersine manik dönemde, bireyin aşırı bir içsel gücü olur ve adeta durdurulamaz (70). Başlıca

belirtileri gerçekçi olmayan özgüven, düşüncesizce riske girme davranışları, yüksek sesle çok konuşma, cinsel istekte artma, fikir uçuşmaları, uyku gereksiniminde azalma, alkol ya da başka ilaçların kötüye kullanılması ve öfkedir (71,72).

2.8.4. Atipik Depresyon

Columbia grubu atipik depresyonun tanımlanmasında giderek ön plana çıkmakta ve ölçütlerin operasyonel bir biçim almasında daha da etkinleşmektedir. Atipik depresyonda duygudurumda tepkiselliğin olduğu kişilik yapısına vurgu yapılmış ve ek belirtileri tanımlamışlardır. Nihayetinde günümüzde DSM-IV'te kullanılan ölçütler uygulamaya hâkim olmuştur (73). DSM-IV'te A tanı ölçütü olarak duygudurumda tepkisellik belirlenmiştir ve zorunlu ölçüt olarak tanımlanmıştır. B tanı ölçütleri arasında ise şu belirtilerin en az ikisinin varlığı gerekir: Kilo alma veya iştah artışı, ağır paralizi (külçe gibi olma), hypersomni ve işlevselliği bozacak seviyede reddedilmeye duyarlı olmak. Böylelikle atipik depresyon, Columbia grubunun çalışmaları neticesinde tek bir yapı olarak belirlenmiştir (74).

2.8.5. Maskeli Depresyon

Karakter bozukluklarının, somatik şikayetlerin, beslenme ya da seksüel davranış bozukluklarının, vejetatif bozuklukların ön planda olduğu endojen nitelik taşıyan depresyonlar, 'Maskeli Depresyon' kategorisinde toplanmaktadır. Adından da anlaşılacağı üzere maskeli depresyon ifadesi bilişsel ve bedensel belirtilerin ön planda olduğu ancak depresyona ait belirtiler olan duygulanım gösterimlerinin çok net bir biçimde görülmediği depresyon durumlarını tanımlar. Bununla birlikte hastanın vücudunda olan belirtiler psikosomatiktir. Bazı araştırmalarda maskeli depresyonun da açık depresyon kadar çok görüldüğü belirtilmiştir. Ancak çoğunlukla fark edilemediğinden bu depresyonun tedavisi de yapılmaz. Bütün yaş gruplarında maskeli depresyon vakaları görülebilmekle birlikte en sık olarak orta yaşlı ve yaşlı bireylerde görülür (67). Maskeli depresyonda bedensel şikâyetler ön plandadır ve hastada depresyon bilinci yoktur tam tersine bu hastalarda savunma amaçlı bir gülümseme maskesi takmaları söz konusu olabilmektedir (gülümseyen depresyon). Hastaların bir kısmı ise akıllarını yitirecekleri, başlarına büyük bir felaket geleceği korkuları ile

değişik ağrı ve sızılardan şikâyetçilerdir. Bazı hastalarda ise dünyanın cansız, ölü, renksiz bir yer olduğu fikri vardır ve bu hastalar her zamanki duygularını hissedemez ve ağlayamazlar. Ağlamanın çoğunlukla bireylerin duygularını göstermek için bir yol olmasından dolayı hastanın ağlaması duygularını maskeleyeksizin göstermesi açısından iyi bir gösterge olarak kabul edilir (69).

Birçok hasta psikolojik sorunların ya çok küçük bir bölümünden bahsederler veya hiç bahsetmezler ancak fiziksel belirtileri özellikle vurgularlar. Hastaların birçoğu, ağrının yanı sıra enerji kaybı, yorgunluk, iştahta azalma ve kilo kaybı sorunlarından şikâyetçidir. Bu hastalarda ki depresif belirtileri ortaya koyabilmek için derinlemesine ve uygun bir anamnez almak gerekli olabilir. Bununla birlikte hastaların büyük kısmı psikolojik sıkıntılarının farkında olmalarına ve onları kabullenmelerine rağmen ruhsal sorunlarının nedenlerini özellikle vurguladıkları baş ağrısı, uykusuzluk ve cinsel güçsüzlük gibi faktörlere bağlarlar ve öncelikle bu şikâyetlerini giderecek tedavileri talep ederler. Maskeli depresyonu diğer depresyonlardan ayırmak oldukça zordur ve çoğu zaman bu ayırım yapılamaz. Aslında depresyon saf psişik belirtilerle de gelmeyip, depresif sürecin negatif belirtilerle birlikte olduğu ve depresyonun derinliği ile birlikte arttığı görülmektedir. Depresyonun derinleşmesi ile birlikte başlarda dolaşım sistemi ve kalp ile ilgili şikâyetler görülürken sonraları baş dönmesi ve baş ağrısı şikâyetleri belirginleşir (71). Depresyon belirtileri ile bedensel belirtilerin hangisinin diğerine yol açtığını belirlemek bir hayli güçtür. Özellikle ağrının sebep mi yoksa sonuç mu olduğunun tespiti oldukça zordur (68). Bununla birlikte değişik psikiyatrik bozukluklar ve özellikle antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve ilaç kullanımı gibi etkenler depresyon tablosunun gölgelenmesine neden olur. Özellikle yaşlı hastalarda ilaçların yan etkileri ile kronik hastalıklar acil bir depresyonun gizlenmesine yol açabilmektedir (73).

2.8.6. Depresyon Belirtileri

Depresyon; bilişsel, fiziksel ve duygusal olarak birçok farklı şekilde kendini göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Depresyonun Belirtileri

FİZİKSEL BELİRTİLER	DUYGUSAL BELİRTİLER	BİLİŞSEL BELİRTİLER
İştahsızlık,	Kendinden Hoşnutsuzluk	Düşük Benlik Algısı
Uyku Bozukluğu	Karamsarlık	Olumsuz Beklentiler,
Cinsel Dürtü Kaybı	Kötümserlik	Kendini Suçlama
Yorgunluk	Sıkıntı	Eleştirme, Kararsızlık,
Kilo Kaybı	Umutsuzluk	Çarpıtılmış Beden İmgesi,
Aşırı Yeme/Kilo Alma	Yalnızlık	Motivasyon Azalması,
Enerji Azlığı	Üzüntü	Geçmiş Pişmanlıklar,
Güçsüzlük	Acı Duyma	Çaresizlik Düşünceleri,
Halsizlik	Duygusuzluk	Öz Saygı Yitimi,
Uyku Problemleri	Umutsuzluk	Kendini Suçlama
Çabuk Yorulma	Çaresizlik	Değersizlik Düşüncesi
Ağlama Nöbetleri		Yoğunlaşamama,
		Yineleyen Düşünceleri
		Özkıyım

2.8.7. Depresyonda Tedavi

Majör depresif bozukluk yalnızca bireyde yetenek kaybına neden olmaz aynı zamanda toplumsal olarak büyük maddi kayıplara da yol açar. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar depresyonun yeti kaybının sebepleri arasında ilk sırada geldiğini, dünya genelinde ise dördüncü sırada yer aldığını göstermektedir (56). MD olan bir hastanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı alma ve tedavi olma ihtimali %38 olarak raporlanmıştır. Buna göre depresyon hastalarının büyük bir bölümünün tedavi almadığını söylemek mümkündür (71). Bununla birlikte tedavi alınması halinde başarı şansı bir hayli yüksektir ve MD hastalarının %60-80'i tedavi edilebilmektedir. Başarılı remisyon oranı ilk 14 haftalık süreç sonunda %28 iken 1 yıllık tedavinin ardından bu oran %67'ye yükselmektedir. Ancak başarısız tedaviler hastalığın bir sonraki epizoduna kadar geçen süreyi azaltmakta, relaps oranlarını arttırmakta ve remisyon

oranlarını düşürmektedir (74,59). MD'nin tedavisinde psikofarmakolojik tedavi yaklaşımları esas alınır. Depresyon haricindeki pek çok psikiyatrik rahatsızlığın tedavisinde de antidepresan medikasyonlar kullanılır. Bu ilaçların strese bağlı olarak gelişen semptomların tedavisine yönelik olduğu değerlendirilmektedir. Bu ilaçlar her ne kadar işlevlerde düzelme sağlasalar da hastalığın aşamalarını durdurmazlar. Günümüzde kullanılan antidepresan ilaçların etki hızları ve etkinlikleri benzer olmasına karşın bunların ilaç etkileşimleri, etki mekanizmaları ve yan etkileri farklılıklar göstermektedir. Bu sebeple depresyon hastalarının tedavisinde kullanılacak olan antidepresan ajanın seçimi aşamasında bu ilaçların yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri dikkate alınmalıdır (62).

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar şunlardır (75):

1. Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) (Fluvoksamin 150-200 mg, Fluoksetin 20-40 mg, Paroksetin 20-40 mg, Sertralin 100-150 mg, Sitalopram 20-40 mg)
2. Trisiklik Antidepresan (TSA) (Amitriptilin 150-200 mg, İmipramin 150-200 mg, Klomipramin 150-200 mg)
3. Diğer Antidepresanlar

2.9. Anksiyete kavramı

Anksiyete, genellikle algılanan bir tehdit veya gelecekte yanlış giden bir şeyle ilişkili olabildiği gibi şu anda olan bir şeyden de kaynaklanabilen korku türüdür. Acil Herhangi bir tehlikeye bir cevap olan korkunun aksine, belirli bir neden olmaksızın devam eden bir endişe duygusudur. Birçok insan farkına varmadan ya da kısa süreli olarak anksiyete yaşayabilirler. Ancak kronik anksiyete konsantrasyonu etkileyebilir, ilişkiler üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilir ve hatta insanların evden çıkmasını durdurabilir (76). İngiltere'de her 4 kişiden 1'i her yıl endişe gibi bir zihinsel sağlık problemi yaşadığı ve bu durumu çevrelerinden gizledikleri belirlenmiştir. Bu nedenle, farklı kaygı biçimlerini ve insanları nasıl etkilediklerini ve aynı zamanda olumlu başa çıkma stratejilerini benimsemenin önemini tanımak son derece önemlidir (77).

Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları için DSM-5'te tanı için iki faz kullanılmaktadır (78):

1. Objektif psikolojik muayeneye ve hasta tarafından bildirilen belirti ve bulgulara dayanarak bozukluğu sınıflandırma,
2. Semptomların tıbbi bir durum, psikoaktif veya farmakolojik ilaçların kullanımı veya madde bağımlılığı ile ilişkili olup olmadığını değerlendirme.

2.10. Anksiyetinin etiyolojisi

Anksiyete ve duygusal bozuklukların etiyolojisi geleneksel olarak genetik faktörlere dayandırılmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda DNA dizi değişkenlerinden bağımsız olarak epigenetik faktörlerin, duygusal bozuklukların, panik bozukluğun (PD), travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), sosyal anksiyete bozukluğunun (SAD) yanı sıra yoksunluk anksiyetesinin seyrini belirlediğine dair kanıtlar toplanmıştır. Bahsedilen bu epigenetik faktörlerin başında uyuşturucu bağımlılığı, ilaçlar, kronik stres ve travmatik hatıralar, çevre ile beyin etkileşimini değiştiren ve disfonksiyonel davranışlara yol açan kalıcı faktörler rol oynamaktadır (79).

Anksiyetenin etiyolojisinde rol oynayan nörotrofik faktörler epigenetik düzenlemeleri, kaygı ve duygusal bozuklukların farklı yönlerini açıklayabilecek çeşitli diğer epigenetik değişiklikler ile birlikte görülmektedir. Örneğin, SAD'nin, prososyal etkilerde rol oynayan oksitosin reseptörü genindeki DNA hipometilasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Buna karşılık, kortikotropin salgılayan hormon (CRH), hipotalamik-hipofiz-adrenal stres (HPA) ekseninde kritik bir şekilde yer alır ve PD semptomları, CRH1 reseptör promotörünün hipometilasyonu ile ilişkilidir. Psikolojik yaklaşımlara göre ise; iç çatışmanın (intrapsişik), koşullu uyaranlar koşulsuz tepkilerin, kişilerin olayları yorumlama ve algılama şekillerinin anksiyeteye neden olabileceği ifade edilmektedir (80).

2.11. Anksiyeteye Kuramsal yaklaşım

2.11.1. Psikanalitik Yaklaşım

Freud anksiyete sözcüğünü psikoloji alanında kullanan ilk araştırmacıdır. Freud anksiyeteyi önceleri dürtü ve içgüdülerden kaynaklanan gücün bastırılması neticesinde ortaya çıkan bir durum olarak ifade etmiş daha sonra bu tanımını benliğin tehlikeli durumu algılaması biçiminde değiştirmiştir. Buna göre anksiyetenin kaynağı benliktir. Freud bunun yanı sıra anksiyetenin ortadan kalkması için bastırma (regresyon) mekanizmasının da geliştiğini ifade etmiştir. Freud kaygının temel işlevinin tehlike veya tehdit karşısında benliğin uyarılarak, savunma mekanizmasının çalışmaya başlamasının sağlanması olduğunu da ifade etmiştir (81).

Psikanalitik yaklaşım anksiyetenin temel nedeninin bir iç çatışma (intrapsişik) olduğunu söyler. Buradaki çatışma benlik ile üstbenlik veya benlik ile altbenlik, arasında meydana gelebilir. Altbenlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üstbenliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik, altbenlik ve üstbenlik arasında yaşanan bu çatışmayı çözdüğünde dürtü bastırılır (represyon) ve sorun çözülmüş olur. Ancak benlik çatışmayı çözmeyi başaramaz ve bastıramazsa bunu tehlike olarak değerlendirir. Bu süreç bilinç dışında gerçekleşir. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar ve bu anksiyete “serbest yüzen anksiyete” olarak ifade edilir. Bastırmanın işe yaramaması durumunda çatışmanın üstesinden gelebilmek için diğer savunma mekanizmaları devreye girer. Bu durumda da kullanılan savunma mekanizmasına göre diğer anksiyete rahatsızlıklarının klinik tabloları gelişir (82).

2.11.2. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel kurama göre anksiyeteyi ortaya çıkaran temel sebep olaylar değil bireyin olayları algılama ve yorumlaması ile beklentileridir. Bilişsel yaklaşım temel olarak umutsuzluk, kızgınlık gibi hislerin sebebinin yaygın kanının aksine olaylardan ziyade olayları değerlendirme şekliyle alakalı olduğunu ifade eder (83).

2.11.3. Öğrenme Yaklaşımı

Anksiyete ve anksiyeteye bağlı davranış örüntüleri çocuklukta ya da sonradan çok değişik öğrenme koşullarında, çok değişik öğrenme yolları ve etkileri ile öğrenilebilir, zamanla kişiliğe yerleşebilir. Öğrenme yaklaşımına göre anksiyete öğrenilmiş bir duygudur. Kuramın savunucuları anksiyetenin tehlikeli veya acı verici bir uyarana karşı ortaya konan koşulsuz bir tepki olduğunu, buna karşın tehlike veya acı verici bir durum olmaksızın da uyaranlara bu şekilde tepki verilebildiğini ve böylelikle nevrotik anksiyete belirtilerinin ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir (81).

Eysenck'e (1968) göre anksiyete, reaktif depresyon, fobik korkular ve nevrotik anksiyete rahatsızlıklarında meydana gelen otonom sinir sistemi yanıtlarının tamamının klasik koşullanma yoluyla öğrenilmiş olan koşullu tepkilerdir (81). Bu tepkilerin uyumsuz olması durumunda nevrotik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Klasik koşullanma yoluyla öğrenilen yanıtların yine aynı yolla söndürülmeleri de mümkündür. Evans (1972) ise alternatif bir koşullanma teorisi ileri sürmüş ve ağız kuruması gibi anksiyete belirtilerinin hoş olmayan deneyimler (sosyal başarısızlık, panikataklar vb.) ile birleşmesi neticesinde anksiyete korkusu ortaya çıkacağını söylemiştir. Koşullu uyaran ağız kuruması iken, koşulsuz uyaran ise sosyal başarısızlık ya da panikataklardır. Evans anksiyete korkusunu yalnızca panik bozukluk ve agorafobi ile sınırlandırmamış ve çok daha sık karşılaşılan bir nevrotik örüntü olduğunu dile getirmiştir (81).

2.12. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları toplumda en çok karşılaşılan psikolojik rahatsızlıktır. ABD'de yapılan bir çalışma her dört erişkinden birinde anksiyete bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte pek çok farklı ülkede yapılan çalışmalarda da benzer yaşam boyu yaygınlığı tespit edilmiştir (84). Bu sebeple kliniklerde gerçekleştirilen tetkik ve konsültasyonların önemli bir bölümü anksiyete bozuklukları nedeniyle ortaya çıkan bedensel rahatsızlıklar için yapılmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada anksiyete nedeniyle yapılan doğrudan ve dolaylı sağlık harcamalarının 42,3 milyar doları bulduğu hesaplanmıştır (85).

Anksiyetenin toplumda en çok görülen türleri ve bunlara ait epidemiyolojik bilgiler Tablo 5’te gösterilmiştir (86).

Tablo 5: Anksiyetenin Epidemiyolojisi

	Panik Bozukluk	Fobi	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Post Travmatik Stres Bozukluğu
Yaşamboyu yaygınlık	%1,5-4	%3-5	%2-3	%3-8	%1-3
Erkek/Kadın oranı	1/1(Agorafobisiz) 1/2(Agorafobili)	1/2	1/1	1/2	1/2
Başlangıç Yaşı	Geç 20’li yaşlar	Geç çocukluk	Ergenlik ve erken erişkinlik	Değişebilir; erken erişkinlik	Çocukluk dahil herhangi bir yaşta
Aile Öyküsü	Agorafobik hastaların birinci derece akrabalarının %20’si	Özellikle kan, yaralanma, enjeksiyon tipinde ailesel geçiş	Birinci derece akrabalarda %35	Birinci derece akrabalarda %25	-
İkiz Çalışmalar	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	-	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	-

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise anksiyete belirtilerinin toplumumuzda görülme sıklığı %10-30 arasında olduğu bildirilmiştir. Genel nüfusta anksiyetenin yaygınlık oranı %4-6 olarak bulunmuştur. Genellikle erkeklere göre kadınlarda iki kat sık görülmektedir. Anksiyete bozukluklarının oranı sosyoekonomik durum iyileştikçe azalmaktadır (19).

Epidemiyolojik çalışmalar yönünden önemli bir nokta da eşanıdır. Anksiyete vakalarında %30 ile %60 arasında değişen oranlarda yaşam boyu eşanı görülür.

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve yaygın anksiyete bozukluğu ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki eşanı oranları bir hayli yüksektir (yaşamboyu eşanı oranı TSSB için %90 ve YAB için %80'dir). Anksiyete bozukluklarının (özellikle agorafobi, YAB ve panik bozukluk) birçok medikal hastalıkla (kardiyak, pulmoner, serebrovasküler, gastrointestinal, dermatolojik hastalıklar, diyabet) birlikte görülmesi epidemiyolojik araştırmalarda göz önünde tutulması gereken bir diğer noktadır (87).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM)'ların değişik versiyonlarında değişik anksiyete sınıflandırmaları yapılmıştır. Hatta bu sınıfların da kendi içlerinde alt sınıflara ayrılması söz konudur. Bununla birlikte en çok görülen anksiyete bozukluklarını şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Yaygın Anksiyete Bozukluğu,
- Panik Bozukluğu,
- Özgül Fobi,
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu.

2.12.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) gündelik olaylar ve sorunlar hakkında endişe, gerginlik ve evham duyguları ile birliktelik gösteren ve sanki kötü bir haber alacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı ve endişe duygusu yaşar. YAB sebep olduğu korku ve gerginlik nedeniyle hasta bireylerde uyku bozukluğu, huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, kolay yorulma, kasların gerginliği, heyecan gibi sıkıntılara da yol açar. Ancak bu belirtilerin genel olması nedeniyle çoğu zaman hastaya tanı konmaz ve bu yüzden YAB sıklıkla gözden kaçır. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde deneyimli psikiyatristler arasında yapılan bir araştırmaya göre, hastaların %45'i, hastalık tanısı doğru bir şekilde teşhis edilmeden önce 2 yıl veya daha fazla süreyle YAB semptomlarından şikayetçi olmuştur (88).

YAB genellikle 20'li ve altındaki yaşlarda başlar. 30'lu yaşlardan sonra ortaya çıkan yaygın anksiyete bozuklukları ise başka bozukluklara ikincil gelişmektedirler. YAB olan hastaların 40 yıllık izlenme çalışmasında, yaş ilerledikçe bunaltının yerini,

somatizasyon bozukluğu belirtilerinin aldığı, 50 yaşın üzerinde kronikleşmenin nadir olduğu bildirilmiştir (89).

2.12.2. Panik Bozukluğu

Panik bozukluk çarpıntı, baş dönmesi, nefes almada güçlük, çıldırma-ölüm korkuları, sık soluk alıp verme, titreme gibi değişik bilişsel ve bedensel belirtilerin yoğun biçimde görüldüğü, beklenmedik ve tekrarlayan panikataklarının olduğu oldukça sık görülen bir bozukluktur. Panikatakları panik bozukluğu durumunda ortaya çıkan en temel belirti olmasına rağmen sadece panik bozukluğuna ait bir belirti değildir. Panikatak durumu travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobi gibi pek çok değişik anksiyete bozukluğunun yanı sıra madde kullanımı, psikotik bozukluklar ve depresif bozukluklar gibi başka ruhsal sıkıntıların yaşanması durumunda da ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğundaki panikataklarının ayırt edici niteliği "bir nedene bağlı olmaksızın kendiliğinden ve beklenmedik" biçimde ortaya çıkmalarıdır. Bu sebeple panik bozukluğu yaşayan hastalar "beklenti anksiyetesi" olarak ifade edilen ve bir sonraki panik atağın ne zaman gerçekleşeceği konusunda yoğun bir endişe yaşarlar (90).

Panik bozukluğun bir diğer temel belirtisi ise agorafobik kaçınma davranışlarıdır. Bu kaçınma davranışı panikataklara bağlı bir şekilde gelişir ve panik bozukluğu görülen hastalarda yaşanan yeti yitimlerinin temel sebebidir. Birey atak geçireceği endişesi ile sokağa çıkamaz, kalabalık içine giremez, otobüs, mağaza, market gibi yerlerde ve açık alanlarda, yalnız kalıp yardım alamayacağı yerlerde bulunmak istemez. Bu nedenle hasta birey bu gibi yerlere yanında kendisine yardım edebilecek biri olmadan gitmemeye veya hiç gitmemeye başlar. Bu özelliğin varlığına göre panik bozukluklar agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk olmak üzere iki gruba ayrılır ve incelenirler. Agorafobi kimi zaman panik bozukluk olmaksızın da görülebilir (90).

Panik bozukluğunun (agorafobi ile birlikte veya agorafobi olmaksızın) yaşam boyu prevalansı, %1,5-3,5 arasında, bir yıllık prevalans hızı %1-2 arasındadır. Panikataklarının yaşam boyu prevalansı ise %4 civarındadır (116). Bununla birlikte pek çok panik bozukluğu hastasının şikâyetleri nedeniyle diğer kliniklere başvurduğu

görülmektedir. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %16'sının, vestibüler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15'inin ve hiperventilasyon belirtileri sebebiyle hastaneye başvuranların ise %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir (91).

2.12.3. Özgül Fobi

Özgül fobi Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından, bir durum ya da nesnenin varlığına işaret eden (kan görmek, uçmak, iğne yaptırmak, korkulan hayvanlar vb.) ısrarlı ve dikkat çekici korku olarak tanımlanmaktadır. Bu olay, durum veya nesne olmadığında birey kaygı veya korku belirtisi göstermez. Ancak bunlarla karşı karşıya kalınması durumunda hasta panik derecesinde yoğun bir korku ve kaygı yaşar. Birey bu fobiye ya katlanmak zorunda kalır ya da uyarandan mümkün olduğunca kaçınmaya çalışır. Çok sık karşılaşılabilecek durum veya nesnelere karşı böyle bir fobi yaşamak hastanın yaşamında büyük kısıtlamalara sebep olur (92, 93).

Özgül fobi çok nadir olarak tek başına görülen bir rahatsızlıktır ve çoğu zaman diğer anksiyete bozukluklarıyla, yıkıcı rahatsızlıklar ve depresif bozukluklarla birlikte seyreder. Yapılan çalışmalar genel olarak diğer rahatsızlıklarla birlikte seyretme oranlarının %60'larda olduğunu ve özellikle de başka anksiyete bozukluklarıyla birlikte seyretme oranının da %75'lere ulaştığını göstermiştir (94).

Özgül fobi tanısında ön plana çıkan husus hasta bireyce gösterilen tepkinin toplumun benzer durum veya nesnelere gösterdiği olağan tepkinin dışında ve gelip geçici korkulardan farklı olmasıdır. Tanı ölçütü için kaygı veya korkunun ağır ve yoğun olması gereklidir. Bunun yanı sıra yaşanan korku, kaygı ya da kaçınma devamlılık arz eder ve altı ay ya da daha uzun sürer. Yaşanan bu durum hastanın iş ve toplum hayatı başta olmak üzere tüm işlevselliklerinde gerilemeye ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya sebep olur (95).

2.12.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) veya sosyal fobi, bireyin başkalarının gözünün önünde olacağı veya performans sergilemesi gereken bir durumda veyahut

bireyin tanımadığı insanlarla karşılaşması halinde sürekli ve belirgin bir korku hissetmesi, utanç duyacağı veya küçük duruma düşeceği bir şekilde davranacağı konusunda endişeli olması ve anksiyete belirtisi ortaya koyması şeklinde tanımlanmaktadır. Birey her ne kadar bu korkunun anlamsız ve aşırı olduğunu bilse de kendine engel olamaz. Bu durumda da sosyal anksiyete bozukluğu olan birey ya yoğun bir anksiyete yaşayarak duruma katlanmaya çalışır ya da toplumsal durumlardan olabildiğince kaçınmaya başlar (96). Ancak bu kaçınma durumu bireyin günlük işlevselliğinin yanı sıra mesleki ve sosyal etkinlik düzeyini de olumsuz şekilde etkiler. Vakaların büyük bir kısmı çocukluk ve adölesan dönemde başlar ve bozukluğa sebep olan birden çok faktörün rol aldığı görülür. Yapılan çok sayıda çalışmaya karşın biyolojik, psikodinamik ve genetik unsurlardan herhangi birinin sosyal anksiyete bozukluğuyla kesin ve doğrudan bir ilişkisi ortaya konulamamıştır. Ancak öne çıkan düşünce bu faktörlerden birkaçının biraraya gelmesi ile sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkıyor oluşudur. Olumsuz yaşam olayları ve ebeveyn davranışlarını model alma gibi durumlar psikodinamik nedenlerin başında yer alır (97).

SAB belirtisi gösteren bireylerin her birinde farklı tepkilerle karşılaşılması söz konudur. Sosyal anksiyete bozukluğunun en yaygın biçimde bir performans sergilenmesi gereken durumlarda görülmesine karşın, farklı bireylerde farklı sosyal durumlar anksiyeteye neden olabilmektedir. Bununla birlikte bazı bireyler farklı ortamlarda anksiyete belirtisi gösterirken bazı bireyler ise çok sayıda ortamda anksiyete yaşayabilmektedirler. Örneğin bazı bireylerin kamuya ait tuvaletleri kullanırken, yemek yerken, kalabalık bir ortamda bulunurken ve hatta yazı yazarken yoğun bir biçimde anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir (98). Bu nedenle sosyal anksiyete bozukluğunun tespitinde DSM’de belirtilen tanı kriterleri kullanılıyor olmasına karşın, pek çok vakada kategorik sınıflandırma yapmak bir hayli zordur. Özellikle klinik görünümdeki farklılıkların semptomların şiddeti ya da anksiyete/korku/kaçınma yaşanan ortamların türüne ve sayısına göre ayrıştırılamadığı psikopatolojilerde bu durum söz konusu olmaktadır (99).

Sosyal anksiyete bozukluğunun çoğu zaman sebep olduğu depresyon ve akademik başarısızlık gibi olumsuzluklara karşın geç fark edilmesinde vakaların kategorik sınıflandırılmasının zor olmasının yanında bozukluğa sahip bireylerin sosyal

ortamlarda genelde sessiz ve geri planda kalması da önemli bir faktördür. Bu durumun çoğu zaman çekingenlik, sakinlik hatta ağırbaşlılık olarak nitelendirilip toplumsal onay görmesi nedeniyle fark edilmesi de zorlaşır. Bunun yanında SAB'nun doğasında var olan olumsuz değerlendirilmekten korkma ve utangaçlık hali de bireylerin yardım almak için kliniklere başvurmalarına engel olur (100).

Daha çok yalnız yaşayanlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan bireylerde ve kadınlarda görülen sosyal anksiyete bozukluğunun pek çok hasta bireyde uzun yıllar boyunca devam ettiği ve zamanla süregelen bir hastalık halini aldığı görülür. Bu uzun süreç boyunca özkıyım, alkol kullanımının artması ve depresyonda SAB'a eşlik edebilmektedir. Hastalık sürecini daha da kötü bir hale getiren bu eştanılar yeti yitimlerine yol açabilmektedir (101).

2.13. Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri

Anksiyete bozukluklarında temel olarak benzer belirtiler görülür. Buna karşın kullanılan savunma düzeneklerine bağlı olarak bu temel belirtilere değişik belirtiler eşlik eder ve farklı klinik tablolar ortaya çıkar. Genel olarak anksiyetenin 4 temel klinik özelliği vardır:

- Bilişsel Belirtiler: Konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, çevrenin değişiyor gibi algılanması, gerçeklik duygusunda değişme, fiziksel zarar göreceği endişesi, kontrolünü yitirme kaygısı.
- Affektif Belirtiler: Endişe, korku, gerginlik, panik, sıkıntı, huzursuzluk, alarm duygusu.
- Davranışsal Belirtiler: Donakalma, anksiyeteye neden olan durumlardan kaçınmaya çalışmak.
- Fizyolojik Belirtiler:
 - 1-Solunum Sistemi: Boğulma hissi, nefes darlığı, boğazda düğümlenme, hava açlığı,
 - 2-Kardiyovasküler sistem: Çarpıntı, yüzde kızarma ya da soluk renk, kan basıncında meydana gelen değişimler,
 - 3-Nörolojik belirtiler: Baş dönmesi, motor huzursuzluk, tremor, bayılma hissi ve bayılmalar, parestezi, anestezi, kas gerginliği,

- 4-Cilt Belirtileri: Sıcak basması, kızarma, terleme,
- 5- Genitoüriner sistem: Cinsel isteksizlik, empotans, sık idrara çıkma,
- 6- Gastrointestinal sistem: Karın ağrısı, yutma güçlüğü, ishal, bulantı, kusma (102).

2.14. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi

Anksiyete bozukluklarının hafif seviyede olanlarında yalnızca bilişsel davranışçı terapilerle tedavi daha etkili ve uzun süreliyen, ciddi düzeyde olan anksiyete vakalarında antidepresanlar ve bilişsel davranışçı terapi birlikte kullanılır. Doğru tanının konulması tedavi açısından en önemli husustur. Anksiyete bozukluklarının benzer şikâyetlere neden olabilecek fiziksel hastalıklardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bir diğer önemli nokta ise hastanın ilaç kullanımına ilişkin yaklaşımıdır. Hastaların %50'si başladıkları ilacı ilk 3 ay içinde kullanmayı bırakırlarken, az sayıda da olsa bir kısım hasta hekim tarafından kendilerine verilen ilaçları hiç kullanmazlar. Tedaviye uyum önemlidir ve hastada tereddüt yaratan tüm konular açıklığa kavuşturulmalıdır (103).

Anksiyete hastalarının uygun bir biçimde tedavisi yapılmadığında sık sık hekime başvurlar. Başta panikatak bozukluğu olmak üzere değişik anksiyete rahatsızlıkları bulunan hastalar acil servis, kardioloji ve aile hekimlerine sıklıkla başvurular. Hastaların yaşadığı sıkıntıların devam etmesinin yanında bu durumun ekonomik anlamda da ciddi bir zarara yol açması söz konusu olduğundan öncelikle ilk basamak hekimliği ve acil servislerde anksiyete bozukluklarının iyi tanınması ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir.

İlaç tedavilerinde ilacın olumlu etkileri 2-4 hafta arasında kendisini göstermeye başlayacağı dikkate alınarak hasta bu konuda uyarılmalı ve ilacı “bir faydası görmediği” düşüncesiyle bırakmaması önemle vurgulanmalıdır. Bazı durumlarda iyileşme sürekli bir seyir izlemez ve dalgalanmalar yaşanabilir. Bu durumda da tedavi yarım bırakılmamalı, semptomların tamamen iyileşmesine kadar ilaç tedavisi devam etmelidir. İlaç tedavisinde dikkat edilmesi gereken bir diğer hususta ilaçların neden olacakları yan etkilerdir. Bu konuda hastalar yeterince bilgilendirilmeli, böyle bir

durum olursa ilacı bırakmadan önce hekimle konuşması gerektiği konusunda uyarılmalıdır. Hekimin olası yan etkileri dikkate alarak ilacı ilk 4 gün yarım dozda vermesi uygundur. İki haftalık sürenin ardından yan etkilerin düzene girmesi beklenir. Bu nedenle bu iki haftalık dönemde ajitasyonu hafifletmek için bir anksiyolitik kullanımı faydalı olabilir. Anksiyolitiklerin başında ise benzodiazepinler gelir. Ancak bu ilaçların uzun süre kullanımları bağımlılığa sebep olduğundan uzun süreli tedavi gerektiren durumlarda benzodiazepinlerin yerine anksiyolitik etkisi belirgin olan antidepressanların kullanılması uygun olur. Panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğunda sıklıkla kullanılan benzodiazepinlerin bağımlılık haricinde komorbid depresif semptomlar, geri çekilme semptomları, psikomotor yavaşlama, bellek bozukluğu gibi başka yan etkilerinin de olması nedeniyle 4 haftadan az ve düşük dozlarda kullanılması önerilmektedir (104).

Anksiyetenin tedavisinde ilaç tedavisi haricinde psikoterapi yöntemleri de kullanılabilir. Anksiyetenin psikoterapisinde sıklıkla kullanılan yöntemlerin başında gevşeme, davranış terapisi, negatif düşünme ve deneyimsel tedavi metotları gelir. Bu metotlardan hangisi kullanılacak olursa olsun hastaya anksiyetenin patofizyolojisinin anlatılması gerekir. Her duygunun insan vücudunda fizyolojik ve biyokimyasal bir tesiri söz konusudur. Travma, stres gibi durumlar karşısında oluşan duyguların baskılanması otonom sinir sistemi ve hormonlar yoluyla organik semptomların ortaya çıkmasına neden olabilir. Hastalığın patofizyolojisinin hasta tarafından bilinmesi beden ve zihin arasındaki bağlantının daha rahat anlaşılmasına yardım eder (104).

3. YÖNTEM

Çalışmamız tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma kapsamında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesindeki tıp öğrencilerinde (30/11/2018-30/12/2018 tarihleri arasında) anksiyete, depresyon sıklığı ve etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla sosyodemografik veri formu, BAÖ ve BDÖ kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri toplam 1387 kişi oluşturacak olup örneklem hesaplanması sonrası ulaşılması hedeflenen kişi sayısı 301 olarak belirlenmiştir, 315 kişiye ulaşılmıştır.

Örneklemin hesaplanması için geçerli yöntemlerle %95 güven aralığı ve $p \leq 0,05$ anlamlılık düzeyinde işlem yapan hesaplayıcı kullanılmıştır (<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): 1988 yılında Beck ve ark. tarafından oluşturulmuş (105), Ulusoy ve ark. tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılarak kullanılmaya başlanmıştır (106). BAÖ bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan, kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, “hiç”, “hafif derecede” “orta derecede”, “ciddi derecede” seçeneklerini içeren ve 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir (106). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Hisli tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur (106). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (107).

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0 (IBM Corp., Armonk, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama ($\pm$ standart sapma) ve medyan (minimum-maksimum) ile, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında veriler normal dağılım göstermediği için ikili gruplarda Mann Whitney U testi, çoklu gruplarda Krukal Wallis Testi kullanılmıştır. Çoklu gruplarda farklılığın hangi parametrelerden kaynaklandığını saptamak için Bonferroni testinden yararlanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde yine veriler normal dağılım göstermediği için Spearman's rho korelasyon testi yapılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiş, Bonferroni testi uygulanan durumlarda anlamlılık düzeyi Bonferroni düzeltmesi yapılarak 0.05/grup sayısı olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya yaş ortalaması $21,97 \pm 2,99$ olan 108 kadın 207 erkek tıp fakültesi öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların sınıf uzatanların sınıf uzatma ortalamaları $1,78 \pm 1,209$ iken 7'sinin evli, 308'inin bekar olduğu ve ev/yurt arkadaşı sayısının ortalama $3,19 \pm 1,664$ kişi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların BDÖ ve BAÖ ortalamalarına bakıldığında ise BDÖ ortalamasının $12,91 \pm 9,636$, BAÖ ortalamasının ise $12,65 \pm 10,432$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı 1

	N	Ortalama$\pm$Std	Minimum	Maksimum
Sınıf	315	$3,25 \pm 1,711$	1	6
Yaş	315	$21,97 \pm 2,990$	17	44
Kaç yıl uzattın	60	$1,78 \pm 1,209$	1	7
Evde kaç kişisiniz	315	$3,19 \pm 1,664$	1	10
Kardeş sayısı	315	$4,77 \pm 2,614$	0	15
BDÖ toplam	315	$12,91 \pm 9,636$	0	63
BAÖ toplam	315	$12,65 \pm 10,432$	0	59

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların %34,3'ünün kadın, %65,7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Annelerinin öğrenim durumlarının %41,0'ının okuryazar olmadığı, %35,9'unun ilköğretim, %12,1'inin lise, %11,1'inin üniversite mezunu olduğu; baba öğrenim durumlarının ise %8,3'ünün babasının okuma yazma bilmediği, %40,0'ının ilköğretim, %21,0'inin lise, %30,8'inin ise üniversite mezunu oldukları tespit edilmiştir. Katılımcılarının %1,6'sının eşleri ile, %3,8'inin yalnız, %13,7'sinin arkadaşları ile, %25,7'sinin ise yurttan yaşadığı ve %28,9'unun ailesinin aylık gelirinin 0-2000 TL arasında olduğu, %50,2'sinin 2000-5000 TL arasında olduğu %21,0'inin ise 5000 TL üstünde olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı 2

		N	%
Cinsiyet	Kadın	108	34,3
	Erkek	207	65,7
Medeni durum	Evli	7	2,2
	Bekar	308	97,8
Anne öğrenim	Yok	129	41,0
	İlköğretim	113	35,9
	Lise	38	12,1
	Üniversite	35	11,1
Baba öğrenim	Yok	26	8,3
	İlköğretim	126	40,0
	Lise	66	21,0
	Üniversite	97	30,8
Kimlerle yaşıyorsun?	Ebeveyn	174	55,2
	Eş	5	1,6
	Yalnız	12	3,8
	Arkadaşlarla	43	13,7
	Yurtta	81	25,7
Ailenin aylık geliri	0-2000 TL	91	28,9
	2000-5000 TL	158	50,2
	5000 TL üstü	66	21,0
Dönem Uzattınız mı?	Evet	64	20,3
	Hayır	251	79,7
Tıp Fakültesine kendi isteğinizle mi geldiniz?	Evet	257	81,6
	Hayır	58	18,4
Sosyal çevre tarafından sevilme	İyi	171	54,3
	Orta	135	42,9
	Kötü	9	2,9
Ailenizin aylık geliri	0-2000 TL	91	28,9
	2000-5000 TL	158	50,2
	5000 TL üstü	66	21,0
Aldığınız burs miktarı	0-500 TL	239	75,9
	500-1000 TL	64	20,3
	1000 TL üstü	12	3,8
Aylık harcama miktarı	0-500 TL	95	30,2
	500-1000 TL	168	53,3
	1000 TL üstü	52	16,5
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	35	11,1
	Hayır	280	88,9

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı 2 devamı

		N	%
Tanı konmuş psikiyatrik hastalığınız var mı?	Evet	24	7,6
	Hayır	291	92,4
İntihar teşebbüsü	Evet	16	5,1
	Hayır	299	94,9
Self-mutilizm	Evet	30	9,5
	Hayır	285	90,5
Sigara kullanımı	Evet	89	28,3
	Hayır	226	71,7
Alkol kullanımı	Evet	55	17,5
	Hayır	260	82,5

Tablo 8’de BDÖ ve BAÖ kesme puanları verilmiştir. Katılımcıların %70,8’i kesme puanı olan 17’nin altında iken %29,2’sinin ise kesme puanının üstünde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. BDÖ kesme ve BAÖ sınıflandırma puanları

		N	%
BDÖ KESME	0-16	223	70,8
	17-63	92	29,2
	Total	315	100,0
BAÖ SINIFLANDIRMA	0-7 (Minimal)	123	39,0
	8-15 (Hafif)	86	27,3
	16-25 (Orta)	69	21,9
	26-63 (Şiddetli)	37	11,7
	Total	315	100,0

Tablo 9’da cinsiyete göre Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeğinin istatistiksel değerlendirilmesinde BDÖ ortalama puanında sınıflar arasında fark olmadığı ancak BAÖ puanlarında anlamlılık olduğu görülmüştür. (Sırasıyla $p=0,053$; $p=0,006$) 6. Sınıfların anksiyete hem anksiyete hem depresyon puanları düşük olmakla beraber sadece BAÖ puanı anlamlı bulunmuştur. (Tablo 9)

Tablo 9. Sınıflara göre BDÖ ve BAÖ ortalama puanları ve p değeri

	Sınıf	N	Ortalama puan±std	Median	p
BDÖ toplam	1	69	13,87±9,013	12,00	0,053
	2	56	12,70±8,004	12,00	
	3	44	11,93±8,213	11,00	
	4	59	12,76±8,908	12,00	
	5	47	16,02±13,962	13,00	
	6	40	9,23±8,059	6,50	
	Total	315			
BAÖ toplam	1	69	15,19±11,572	13,00	0,006
	2	56	12,04±7,654	12,00	
	3	44	10,45±9,169	7,00	
	4	59	13,36±11,217	10,00	
	5	47	14,55±11,598	12,00	
	6	40	8,28±8,918	5,00	
	Total	315			

Tablo 10’da cinsiyete göre Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeğinin istatistiksel değerlendirilmesinde BDÖ ortalama puanında cinsiyetler arasında fark olmadığı ancak BAÖ puanlarında kadınların erkeklerden daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları ve aralarındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği görülmektedir (sırasıyla $p=0,57$; $p=0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Cinsiyete göre BDÖ ve BAÖ ortalama puanları ve p değeri

Cinsiyet		N	Ortalama puan±std	Median	p
BDÖ toplam	Kadın	108	12,34±9,097	11,00	0,57
	Erkek	207	13,21±9,915	11,00	
	Total	315			
BAÖ toplam	Kadın	108	13,94±10,650	12,00	0,05
	Erkek	207	11,98±10,278	9,00	
	Total	315			

Medeni duruma göre beck depresyon ve beck anksiyete ölçeğinin istatistiksel değerlendirilmesinde BDÖ ve BAÖ toplam puanında medeni duruma göre farklı olmadığı tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,73$; $p=0,16$) (Tablo 11).

Tablo 11. Medeni duruma göre BDÖ ve BAÖ ortalama puanları ve p değeri

Medeni durum		N	Ortalama puan±std	Median	p
BDÖ toplam	Evli	7	13,14±7,267	11,00	0,73
	Bekar	308	12,91±9,693	11,00	
	Total	315			
BAÖ toplam	Evli	7	7,43±6,876	5,0	0,16
	Bekar	308	12,77±10,476	10,0	
	Total	315			

Çalışmamızda anne öğrenim durumu ile BDÖ ve BAÖ arasında anlamlılık olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılan analiz sonucuna göre anne öğrenim durumu ile BDÖ ve BAÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,34$; $p=0,28$) (Tablo 12).

Tablo 12. Anne öğrenim durumuna göre BDÖ ve BAÖ p değeri

Anne öğrenim		N	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Yok	129	13,84 $\pm$ 10,823	11,00	0,34
	İlkoğretim	113	11,89 $\pm$ 8,589	11,00	
	Lise	38	14,05 $\pm$ 8,890	15,00	
	Üniversite	35	11,54 $\pm$ 8,803	10,00	
	Total	315			
BAÖ toplam	Yok	129	12,94 $\pm$ 10,424	11,00	0,28
	İlkoğretim	113	12,28 $\pm$ 9,319	10,00	
	Lise	38	15,42 $\pm$ 13,947	11,50	
	Üniversite	35	9,77 $\pm$ 8,968	6,00	
	Total	315			

Çalışmamızda baba öğrenim durumu ile BDÖ ve BAÖ arasında anlamlılık olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılan analiz sonucuna göre baba öğrenim durumu ile BDÖ ve BAÖ arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir (sırasıyla $p=0,21$; $p=0,15$) (Tablo 13).

Tablo 13. Baba öğrenim durumuna göre BDÖ ve BAÖ p değeri

Baba öğrenim		N	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Yok	26	12,88 $\pm$ 7,168	11,00	0,21
	İlkoğretim	126	11,71 $\pm$ 9,607	9,50	
	Lise	66	14,77 $\pm$ 10,978	13,00	
	Üniversite	97	13,23 $\pm$ 9,176	11,00	
	Total	315			
BAÖ toplam	Yok	26	13,58 $\pm$ 12,656	12,50	0,15
	İlkoğretim	126	10,98 $\pm$ 8,713	9,00	
	Lise	66	14,62 $\pm$ 10,435	11,50	
	Üniversite	97	13,24 $\pm$ 11,609	10,00	
	Total	315			

Çalışmamızda katılımcıların alkol kullanma durumları ile BDÖ ve BAÖ toplam puanları incelenmiş ve alkol kullanan kişilerde BDÖ ve BAÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak sadece BDÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,02$; $p=0,65$) (Tablo 14).

Tablo 14. Alkol kullanım durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları ve p değeri

Alkol kullanımı		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	55	17,5	15,71 $\pm$ 10,519	14,00	0,02
	Hayır	260	82,5	12,32 $\pm$ 9,354	10,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	55	17,5	13,38 $\pm$ 11,416	10,00	0,65
	Hayır	260	82,5	12,50 $\pm$ 10,229	10,00	
	Total	315				

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanma durumları ile BDÖ ve BAÖ toplam puanları incelenmiş ve sigara kullanan kişilerde BDÖ ve BAÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak sadece BDÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,03$; $p=0,12$) (Tablo 15).

Tablo 15. Sigara kullanım durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları ve p değeri

Sigara Kullanımı		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	89	28,3	14,85 $\pm$ 10,250	12,00	0,03
	Hayır	226	71,7	12,15 $\pm$ 9,297	11,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	89	28,3	14,00 $\pm$ 10,778	12,00	0,12
	Hayır	226	71,7	12,12 $\pm$ 10,269	9,00	
	Total	315				

Tıptaki memnuniyet ile Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeklerinin toplam puanlamasında 1'in hiç memnun değilim 10 puanın ise çok memnunun olduğu göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların memnun olma seviyesi düşük olduğunda BDÖ ve BAÖ puanlarının yüksek olduğu, memnun olma seviyesi arttıkça BDÖ ve BAÖ puanlarında bir düşme olduğu gözlenmiştir. Ancak BAÖ puan ortalamasında bir anlamlılık yokken BDÖ'nün istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,35$) (Tablo 16).

Tablo 16. Tıptaki memnuniyet durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları

Tıp memnuniyet	N	%	Ortalama puan±std	Median	p
BDÖ toplam	1	32	10,2	21,78±15,007	15,00
	2	10	3,2	17,70±9,719	13,50
	3	22	7,0	15,95±10,904	13,00
	4	25	7,9	14,72±7,214	13,00
	5	43	13,7	14,35±7,553	13,00
	6	36	11,4	12,97±7,319	12,50
	7	59	18,7	10,93±7,843	10,00
	8	46	14,6	9,09±7,477	7,50
	9	14	4,4	7,71±5,850	6,50
	10	28	8,9	7,86±7,849	5,00
Total	315				
BAÖ toplam	1	32	10,2	17,25±12,279	17,50
	2	10	3,2	12,20±9,355	12,00
	3	22	7,0	14,59±13,686	12,50
	4	25	7,9	15,60±12,155	15,00
	5	43	13,7	13,56±10,722	10,00
	6	36	11,4	11,25±8,174	9,50
	7	59	18,7	11,80±10,354	10,00
	8	46	14,6	10,41±8,637	8,00
	9	14	4,4	10,00±6,737	10,00
	10	28	8,9	10,61±9,283	9,00
Total	315				

Katılımcıların kendilerini başarılı hissetme durumları ile BDÖ ve BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesinde kendisini başarısız olarak niteleyen katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumun hem BDÖ hem de BAÖ için anlamlılık oluşturduğu görülmektedir (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,04$) (Tablo 17).

Tablo 17. Kendini başarılı hissetme durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları

Kendi başarı hissi	N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	1	30	9,5	23,83 $\pm$ 14,384	21,00
	2	14	4,4	18,93 $\pm$ 8,444	17,00
	3	18	5,7	13,33 $\pm$ 6,713	11,50
	4	23	7,3	13,13 $\pm$ 9,873	12,00
	5	44	14,0	14,18 $\pm$ 7,774	13,00
	6	59	18,7	12,83 $\pm$ 7,130	11,00
	7	56	17,8	9,61 $\pm$ 7,441	8,00
	8	45	14,3	9,29 $\pm$ 8,347	7,00
	9	7	2,2	10,00 $\pm$ 10,100	9,00
	10	19	6,0	7,32 $\pm$ 7,580	5,00
	Total	315			
BAÖ toplam	1	30	9,5	18,70 $\pm$ 10,360	18,00
	2	14	4,4	13,07 $\pm$ 9,849	14,00
	3	18	5,7	11,39 $\pm$ 8,698	10,00
	4	23	7,3	11,61 $\pm$ 9,746	12,00
	5	44	14,0	14,32 $\pm$ 11,928	10,00
	6	59	18,7	12,56 $\pm$ 9,551	10,00
	7	56	17,8	10,73 $\pm$ 10,606	7,00
	8	45	14,3	10,53 $\pm$ 8,027	9,00
	9	7	2,2	10,00 $\pm$ 10,066	6,00
	10	19	6,0	13,32 $\pm$ 14,229	9,00
	Total	315			

Dönem uzatanlarda BAÖ toplam puanında farklılık yokken BDÖ toplam puanında dönem uzatanların daha yüksek puan aldıkları ancak bu farkın istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,13$; $p=0,50$) (Tablo 18).

Tablo 18. Dönem uzatma durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları

Dönem uzattınız mı?		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	64	20,3	14,88 $\pm$ 10,697	13,00	0,13
	Hayır	251	79,7	12,41 $\pm$ 9,304	11,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	64	20,3	12,11 $\pm$ 10,579	9,50	0,50
	Hayır	251	79,7	12,79 $\pm$ 10,411	10,00	
	Total	315				

Tıp fakültesine kendi isteğiyle gelmeyenlerin BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve her iki ölçek için bu durumun istatistiksel anlamlılık oluşturduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,04$) (Tablo 19).

Tablo 19. Tıp Fakültesine kendi isteğiyle gelme durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları

Tıp fakültesi istek		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	257	81,6	11,87 $\pm$ 8,577	10	0,001
	Hayır	58	18,4	17,53 $\pm$ 12,433	14,50	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	257	81,6	11,86 $\pm$ 9,627	10	0,04
	Hayır	58	18,4	16,16 $\pm$ 12,960	15	
	Total	315				

Bireylerin sosyal çevre tarafından ne derece sevildikleri ile ilgili görüşlerinde BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları arasında yakın ilişki olduğu ve sosyal çevresi tarafından seilmeyenlerin BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Her iki ölçek için sosyal çevre tarafından sevilme istatistiksel anlamlılık oluşturmaktadır (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,007$) (Tablo 20).

Tablo 20. Sosyal çevre tarafından ne kadar sevildiğinizi düşünüyorsunuz sorusuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları

Sosyal çevre sevilme	N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	İyi	171	54,3	11,07 $\pm$ 9,131	9,00
	Orta	135	42,9	14,36 $\pm$ 8,558	13,00
	Kötü	9	2,9	26,33 $\pm$ 18,323	27,00
	Total	315			
BAÖ toplam	İyi	171	54,3	11,13 $\pm$ 9,713	9,00
	Orta	135	42,9	14,19 $\pm$ 11,033	12,00
	Kötü	9	2,9	18,56 $\pm$ 9,964	22,00
	Total	315			

Sosyal çevre tarafından ne derece sevildiğinizi düşünüyorsunuz sorusuna verilen cevapların grup içi karşılaştırmalarında farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır, $p<0,017$ anlamlı alınmıştır. Sadece orta ile kötü grubu ile BAÖ arasında anlamlılık tespit edilmiştir ($p=0,004$) (Tablo 21).

Tablo 21. Sosyal çevre sevilme durumunun grup içi BDÖ, BAÖ ve p değerleri

Sosyal çevre sevilme		Ortalama			
		N	puan±std	Median	p
BDÖ	İyi	171	11,07±9,131	9,00	0,004
Toplam	Kötü	9	26,33±18,323	27,00	
	Total	180			
BAÖ	İyi	171	11,07±9,131	9,00	0,02
Toplam	Kötü	9	26,33±18,323	27,00	
	Total	180			
BDÖ	Orta	135	14,36±8,558	13,00	0,03
Toplam	Kötü	9	26,33±18,323	27,00	
	Total	144			
BAÖ	Orta	135	14,36±8,558	13,00	0,15
Toplam	Kötü	9	26,33±18,323	27,00	
	Total	144			

Tablo 22’de aldığı burs miktarı ile BDÖ ve BAÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir (sırasıyla p=0,12; p=0,45) (Tablo 22).

Tablo 22. Aldığı burs durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve P değerleri

Aldığınız burs		N	%	Ortalama puan±std	Median	p
	0-500 TL	239	75,9	13,13±9,299	12,00	0,12
BDÖ	500-1000 TL	64	20,3	11,63±10,672	8,00	
toplam	1000 TL üstü	12	3,8	15,58±10,440	10,50	
	Total	315				
	0-500 TL	239	75,9	12,77±10,03	10,00	
BAÖ	500-1000 TL	64	20,3	11,31±9,738	9,50	0,45
toplam	1000 TL üstü	12	3,8	17,33±18,710	10,50	
	Total	315				

Tablo 23’de ailenin aylık gelir miktarı ile BDÖ ve BAÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir (sırasıyla $p=0,44$; $p=0,53$) (Tablo 23).

Tablo 23. Ailenin gelir durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri

Ailenizin aylık geliri		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	0-2000 TL	91	28,9	13,22 $\pm$ 10,919	11,00	0,44
	2000-5000 TL	158	50,2	12,42 $\pm$ 9,287	10,00	
	5000 TL üstü	66	21,0	13,68 $\pm$ 8,595	13,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	0-2000 TL	91	28,9	13,52 $\pm$ 10,772	12,00	0,53
	2000-5000 TL	158	50,2	12,60 $\pm$ 10,471	10,00	
	5000 TL üstü	66	21,0	11,58 $\pm$ 9,901	9,00	
	Total	315				

Tablo 24’de öğrencinin aylık harcama miktarının az veya çok olması ile BDÖ ve BAÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir (sırasıyla $p=0,39$; $p=0,89$) (Tablo 24).

Tablo 24. Aylık harcama durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri

Aylık harcama		N	%	Ortalama puan±std	Median	p
BDÖ toplam	0-500 TL	95	30,2	13,22±10,919	11,00	0,39
	500-1000 TL	168	53,3	12,47±10,197	11,00	
	1000 TL üstü	52	16,5	13,92±9,909	12,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	0-500 TL	95	30,2	12,08±9,806	10,00	0,89
	500-1000 TL	168	53,3	12,45±9,744	10,50	
	1000 TL üstü	52	16,5	14,35±13,350	9,50	
	Total	315				

Tablo 25’de ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması ile BDÖ ve BAÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilemiştir (sırasıyla $p=0,88$; $p=0,84$) (Tablo 25).

Tablo 25. Ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri

Ailede psikiyatrik		N	%	Ortalama puan±std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	35	11,1	14,77±6,034	10,00	0,88
	Hayır	280	88,9	12,68±9,031	11,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	35	11,1	12,43±5,76	11,00	0,84
	Hayır	280	88,9	12,68±10,599	10,00	
	Total	315				

Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konulmuş kişilerde BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel anlamlılık meydana getirdiği belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,007$; $p=0,001$) (Tablo 26).

Tablo 26. Tanı konmuş psikiyatrik hastalığının durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları

Tanı konmuş psikiyatrik		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	24	7,6	18,96 $\pm$ 12,502	16,00	0,007
	Hayır	291	92,4	12,42 $\pm$ 9,213	11,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	24	7,6	18,50 $\pm$ 8,944	16,00	0,001
	Hayır	291	92,4	12,17 $\pm$ 10,413	10,00	
	Total	315				

Daha önceden intihar teşebbüsünde bulunan kişilerin hem BDÖ hem de BAÖ ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasında çok büyük fark olduğu gözlenmiştir. Bu farkın ise istatistiksel anlamlılık oluşturduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$) (Tablo 27).

Tablo 27. İntihar teşebbüsü durumuna göre BDÖ ve BAÖ toplam puanları

İntihar teşebbüsü		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	16	5,1	27,06 $\pm$ 12,688	26,50	<0,001
	Hayır	299	94,9	12,16 $\pm$ 11,00	11,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	16	5,1	24,31 $\pm$ 13,994	19,50	<0,001
	Hayır	299	94,9	12,03 $\pm$ 10,00	10,00	
	Total	315				

Kendisine zarar verme eğiliminde olan kişilerin Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve puanlar arasındaki farkın istatistiksel anlamlılık oluşturduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$) (Tablo 28).

Tablo 28. Self mutilizm durumuna göre yaş, BDÖ, BAÖ toplam puanları ve p değerleri

Self mutilizm		N	%	Ortalama puan $\pm$ std	Median	p
BDÖ toplam	Evet	30	9,5	22,83 $\pm$ 13,417	21,00	<0,001
	Hayır	285	90,5	11,87 $\pm$ 8,532	10,00	
	Total	315				
BAÖ toplam	Evet	30	9,5	20,70 $\pm$ 12,994	18,00	<0,001
	Hayır	285	90,5	11,80 $\pm$ 9,774	9,00	
	Total	315				

Tablo 29’de sosyodemografik bilgiler ile BDÖ ve BAÖ korelasyonu incelenmiştir. Tabloya göre tıptaki memnuniyet durumu ve kendini başarılı hissetme ile BDÖ’nün negatif korelasyon gösterdiği, BAÖ’nün ise sınıf, yaş, tıptaki memnuniyet durumu ve kendini başarılı hissetmenin negatif korelasyona sahip oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 29. Sosyodemografik bilgiler ile BDÖ ve BAÖ korelasyon tablosu

		BDÖtoplam	BAÖtoplam
Sınıf	r	-.110	-.138*
	p	.051	.014
Yaş	r	-.086	-.152**
	p	.127	.007
Tıpmemnuniyet	r	-.397**	-.163**
	p	.000	.004
Kendibaşarıhissi	r	-.408**	-.168**
	p	.000	.003
Kaçyılıuzattın	r	.134	.033
	p	.307	.800
Evdekaçışisiniz	r	-.013	-.016
	p	.814	.783
Kardeşsayısı	r	.026	.061
	p	.652	.283
BDÖtoplam	r	1.000	.639**
	p	.	.000
BAÖtoplam	r	.639**	1.000
	p	.000	.

BDÖ ölçme aracının iç güvenirlik (Cronbach Alfa) Katsayısı 0,90, BAÖ ölçme aracının iç güvenirlik (Cronbach Alfa) Katsayısı 0,91 olarak tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Depresyon ve anksiyete, dünyadaki en yaygın zihinsel bozukluktur ve birçok ülkede yüksek hastalık yüküne sahiptir. Ölümcül olmayan hastalıkların en büyük payı olarak kabul edilen depresyon, dünyada hastalık yükünün neden olduğu dördüncü çalışma alanıdır (108). Depresyon; DSÖ tahminlerine göre 2020 yılına kadar, kardiyovasküler hastalıktan sonra, dünya genelinde ikinci sağlık ve yaşamı tehdit edici hastalık olacaktır (109). Bu çalışmada ise; oldukça yoğun ve zor bir öğrencilik hayatı geçiren tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon ve anksiyete durumları araştırılmıştır.

Çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin yaş ortalaması $21,97 \pm 2,99$ olup 108 kadın 207 erkek tıp fakültesi öğrencisi öğrencisinden oluşmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde çalışan Bakır ve ark. (1996); benzer araştırmayı 684 öğrenci ile yapmışken (110) Başpınar ve ark. (2016); 165 uzmanlık öğrencisi ile (111) Kaya ve ark. (2007) ise 936 öğrenci ile yapmıştır (112). Bir Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Gelecek İle İlgili Kaygı Durumunu değerlendiren Mayda ve ark. (2014)'nın araştırmalarında öğrencilerin yaş ortalamasını $23,3 \pm 1,4$ (113), Türe (2013) ise $22 \pm 1,65$ olarak bildirmiştir (114). Bildirilen çalışmalar ile karşılaştırıldığında örneklem grubunun ve yaş ortalamasının bizim çalışmamız ile paralellik gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmamızda anne öğrenim durumlarına bakıldığında %41,0'inde annesinin herhangi bir eğitimi olmadığı, %35,9'nun ilköğretim, %12,1'nin lise, %11,1'nin üniversite mezunu olduğu, baba öğrenim durumlarına bakıldığında ise %8,3'nün babasının herhangi bir eğitimi olmadığı, %40,0'nin ilköğretim, %21,0'nin lise, %30,8'nin ise üniversite mezunu oldukları tespit edilmiştir. Katılımcılarının %1,6'nın eşleri ile, %3,8'nin yalnız, %13,7'nin arkadaşları ile, %25,7'nin ise yurttan yaşadığı ve %28,9'nın ailesinin aylık gelirinin 0-2000 TL arasında olduğu, %50,2'nin 2000-5000 TL arasında olduğu %21,0'nin ise 5000 TL üstünde olduğu görülmektedir. İnönü üniversitesi tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulundaki öğrencilerin duygudurumları ile depresyonlarının araştırıldığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %98'nin bekar %2'nin evli olduğu; %15,9'nun annesinin okur yazar olmadığı; babaların %3,1'nin okuma yazma bilmediği; %11,6'nın devlet yurdunda kaldığı ve %15,6'nın ailesinin gelir durumunun asgari ücret kadar veya altında olduğu bildirilmiştir (112).

Çalışmamıza benzer olarak Van yüzüncü yıl üniversitesi tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise annelerin %26,6'nın ilkokul mezunu %22,6'nın babasının lise mezunu olduğu ve %62,2'nin ise ailesinin ekonomik durumunun orta seviyede olduğu bildirilmiştir (36). Atmaca (2015) ise tıp fakültesinde eğitim gören öğrencilerin anne ve baba öğrenim durumunun %40 civarında lise mezunu oldukları ve ailenin gelir durumunun ise %32,5'nin 1000-3000 TL civarında olduğu ifade edilmiştir (115). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde doğudaki üniversitelerde okuyan öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyleri ile anne baba öğrenim durumlarının daha düşük olduğu ve bizim çalışma sonuçlarımızın bu sonuçlar ile paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

BDÖ ve BAÖ ortalamalarına bakıldığında ise BDÖ ortalamasının $12,91 \pm 9,636$, BAÖ ortalamasının ise $12,65 \pm 10,432$ olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin BDÖ puan ortalamasının $10,57 \pm 7,95$ (112), Texas Üniversitesi'nde yapılmış bir çalışmada öğrencilerin BDO puan ortalamalarının $8,2 \pm 2,9$ (116), ABD'de 17-25 yaş üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada BDO puan ortalaması $7.6 \pm 4,5$ 'dir (117). Düzce üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde depresif durumu araştıran Mayda ve ak. (2010); öğrencilerin BAÖ ortalamasını $9,1 \pm 0,51$, aynı araştırmacılar başka bir çalışmada ise tıp öğrencilerinin BAÖ ortalamasını $14,3 \pm 7,4$ (113), Öncü ve ark. (2014) ise $8,00 \pm 5,78$ olarak bildirmiştir (6). Bizim araştırmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin Beck depresyon ve anksiyete puanlarının literatür ile karşılaştırılmasında genel anlamda benzerlik gösterdiği ancak detaylı incelemede Amerika ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda aynı örneklem grubunun depresyon ve anksiyete puanlarının daha düşük olduğu gözlenmektedir. Bunun birincil sebebin ise ekonomik, sosyal ve toplumun gelişmişlik seviyesi ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Cinsiyete göre beck depresyon ve beck anksiyete ölçeğinin istatistiksel değerlendirilmesinde BDÖ toplam puanında cinsiyetler arasında fark olmadığı ancak BAÖ puanlarında kadınların erkeklerden daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları ve aralarındaki farkın istatistiksel anlamlılık gösterdiği görülmektedir. Elgin (2007) ise çalışma grubunu oluşturan tıp fakültesi öğrencilerinde kadınların BDÖ puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir (60). Medeni durum, anne öğrenim ve baba öğrenim durumu, burs miktarı, ailenin aylık geliri, aylık harcama ve

ailede psikiyatrik hastalık bulunma durumuna göre BDÖ ve BAÖ değerlendirildiğinde anlamlı fark tespit edilmemiştir. Tıpta uzmanlık öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı bölüm, sigara içme, çocuk sahibi olma, alkol kullanma, meslek seçimi, depresyonda etkili olmadığı ancak isteyerek çalıştığı branşı seçenlerde daha az, rastgele branş seçimi yapanlarda ise daha fazla depresyon belirtileri görüldüğü ifade edilmiştir (111). Gül ve ark. (2012)'da radyasyon onkolojisi kliniği çalışanları arasında yaptığı bir araştırmada cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sayısı, mesleki sorunlar, meslek seçimi, yaşamdaki güçlükler, alkol ve sigara kullanımı ile depresyon arasında bir ilişki olmadığını ifade etmişlerdir (118).

Çalışmamızda katılımcıların alkol ve sigara kullanma durumları ile BDÖ ve BAÖ toplam puanları incelenmiş ve alkol kullanan kişilerde BDÖ ve BAÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak sadece BDÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir. Pratisyen hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada BDÖ puan ortalamalarının sigara kullananlarda istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu ancak alkol kullananların BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir (119). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara bağımlılığının anksiyete ve depresyon ile ilişkisini değerlendiren Atmaca 2015'de sigara kullanan öğrencilerin hem anksiyete hem de depresyon puanlarında anlamlı derecede farklılık olduğunu bildirmiştir (115). Ancak konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada da bizim çalışma bulgumuzun aksine sigara ve alkol kullanımı ile depresyon arasında bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (115,117,119). Tıp fakültesi öğrenim sürecinin oldukça stresli ve yorucu olduğu düşünüldüğünde bunlara ek olarak aile ve sosyal çevrenin tıp öğrencisinden beklentilerinin de oldukça fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda tıp fakültesi öğrencilerini kendilerine karşı olan beklentilerini yerine getirme zorunluluğu gibi büyük sorumluluklar beklemektedir. Bu durum tıp fakültesi öğrencilerini diğer yaşlılarından daha fazla stresörle baş etmek zorunda bırakmaktadır. Öğrenciler bazen bu stresörler ile baş edememekte ve yardımcı baş etme yöntemleri arayışına girmektedirler. Sigara ve alkol en kolay ulaşılan unsurların başında gelmektedir. Manley ve ark. (2009); alkol ve sigara birlikteliğini majör depresyon riski ile ilişkilendirmekte hatta bağımlılık derecesinde olan bireylerin depresyona çok daha yatkın olduklarını bildirmektedirler (120).

Katılımcıların kendilerini başarılı hissetme durumları ile BDÖ ve BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesinde kendisini başarısız olarak niteleyen katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumun hem BDÖ hem de BAÖ için anlamlılık oluşturduğu görülmektedir. Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan birçok çalışmada başarılı olan ve/veya kendini başarılı hisseden öğrencilerin daha az depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdikleri ifade edilmiştir (38,43,60,117).

Tıp fakültesi istemeyenlerin ve tıp fakültesinden memnun olmayanların BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve her iki ölçek için bu durumun istatistiksel anlamlılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri inceleyen Canbaz ve ark. (2007); tıp fakültesine isteyerek gelenlerin kaygı puanlarının daha düşük olduğunu ifade etmiştir (121). Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve kaygıya sebep olan faktörlerin başında ‘tıp fakültesine isteyerek gelmeme’nin rol oynadığını ve tıp fakültesine kendi isteğiyle gelmeyen öğrencilerin kendi isteğiyle gelenlere oranla hem BDÖ hem de BAÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (118, 122).

Sosyal çevresi tarafından sevilmediğini belirtenlerin BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Her iki ölçek için sosyal çevre tarafından sevilme istatistiksel anlamlılık oluşturmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda sosyal desteğin tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon ve anksiyetelerinin azalmasında önemli yer tuttuğu ve Nandi (2012)’nin ifade ettiği gibi çevredeki insanlar tarafından sevilmenin bireylerde terapi etkisi oluşturduğu gözlenmektedir (123). Tıp fakültesi öğrencilerinin kendilerini aileleri ve sosyal çevreleri tarafından sevilen biri olarak görmemeleri ise depresyon ve anksiyete ölçek puanlarını anlamlı oranda yükseltmektedir. Psikolojik varsayımlara göre bireyin sosyal çevresi tarafından kabul görmesi ve takdir edilmesi yaşadıkları sıkıntıyı aşmasında önemli yer tutmaktadır (164). Dolayısı ile bireylerin sosyal çevresinde kendini sevilen biri olarak görmesi onun hem psikolojik olarak iyi olduğunu hem de sosyal ilişkilerinin iyi olduğunu düşündürmektedir.

Topluma faydalı olma öncelikle bireyin kendisine faydalı olmasından geçmektedir. Kendisine faydalı olmayan bireyden toplum adına iyi bir tutum ve davranış da beklenmez. Dolayısı ile tıp fakültesi öğrencisinin önce ruhen ve psikolojik

olarak sağlıklı olması gerekmektedir. Çünkü yapmış olduğumuz çalışmada kendine zarar verme eğiliminde olan ya da herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konulmuş kişiler ile intihar teşebbüsünde bulunanlarda BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel anlamlılık meydana getirdiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda kendine zarar verici yaklaşım ve kendini suçlayıcı yaklaşım ile herhangi bir psikiyatrik hastalığın bulunmasının depresyon ve anksiyete ile pozitif ilişki gösterdiği ruhsal sorunları olan bireylerin ciddi boyutlara ulaşan anksiyete ve depresyon sorunu yaşadıkları ifade edilmiştir (125,126). Bizim çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu olup daha önceden tanısı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olan öğrenciler ile intihar teşebbüsünde bulunan öğrencilerin depresyon ve anksiyete puanları önemli ölçüde yüksek bulunmuştur.

Literatürde bireylerin memnuniyetleri arttıkça başarılı olma durumlarının da artış gösterdiği dolayısı ile bu kişilerin daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (127-128). Literatürle paralel olarak biz de tıptaki memnuniyet durumu ve kendini başarılı hissetme ile BDÖ'nün negatif korelasyon gösterdiğini belirledik. Ayrıca çalışmamızda BAÖ'nün sınıf, yaş, tıptaki memnuniyet durumu ve kendini başarılı hissetme ile negatif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir.

BDÖ ölçeği aracının toplam Cronbach Alfa Katsayısının 0,90 olduğu görülmektedir. Beck depresyon ölçeğinin orijinal formunda Cronbach alfa katsayısının 0,93 olduğu (106); Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında ise, Cronbach alfa katsayısının 0,80 olduğu (107) bildirilmiştir. Çete (2018) ise alfa değeri 0,91 olarak rapor etmiştir (129). Bizim çalışmamızda BDÖ'nün güvenilir sonuçlar verdiği söylenebilir.

BAÖ ölçeği aracının toplam Cronbach Alfa Katsayısının 0,91 olduğu görülmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Avcı 1995 ise BAÖ'nün cronbach alfa değerini 0,94 olarak bildirmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy, Şahin ve Erkman (1998) tarafından yapılmıştır. Ulusoy ve ark. ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık puanını 0,93 olarak tespit etmişlerdir (105).

Üniversite öğrenciliği hayata atılmaya başlanan adımların ilk basamağını oluşturur. Tıp fakültesinde öğrenim görmek de hekimlik mesleğinin ilk basamağıdır.

Ülkemizde sağlık çalışanları gerek yasalar gerek toplumsal kabul gören gerçekler, varsayımlar nedeniyle stres altındadır. Bu stres üniversite yıllarına kadar inmektedir. Ancak üniversite yıllarında öğrencilerin bu durumun çok farkında olmadıkları ve bu süreç için yardım arayışında bulunmadıkları bilinmektedir. Daha sonraki süreçte hekimlik hayatına geçtiklerinde bu durumun yansımaları ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda tıp fakültesi öğrencilerinin hep diğerk öğrencilerden daha fazla depresyon, kaygı ve anksiyete yaşadıkları gözlenmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde anksiyete ve depresyon sıklığı ve etkileyen faktörleri tespit etmek için yaptığımız bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

BDÖ ve BAÖ ortalamalarına bakıldığında BDÖ ortalamasının $12,91 \pm 9,636$, BAÖ ortalamasının ise $12,65 \pm 10,432$ olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyete göre BAÖ puanlarında kadınların erkeklerden daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları ve aralarındaki farkın istatistiksel anlamlılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$).

Medeni durum, anne öğrenim ve baba öğrenim durumu, burs miktarı, ailenin aylık geliri, aylık harcama ve ailede psikiyatrik hastalık bulunma durumuna göre beck depresyon ve beck anksiyete ölçeğinin istatistiksel değerlendirilmesinde BDÖ ve BAÖ toplam puanında fark olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların alkol ve sigara kullananlarda BDÖ ve BAÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak sadece BDÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tıptaki memnuniyet ile BDÖ'nün istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Katılımcıların kendilerini başarılı hissetme durumları ile BDÖ ve BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesinde kendisini başarısız olarak niteleyen katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumun hem BDÖ hem de BAÖ için anlamlılık oluşturduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Tıp fakültesine kendi istekleri ile gelmeyenlerin BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve her iki ölçek için bu durumun istatistiksel anlamlılık oluşturduğu tespit edilmiştir.

Kendine zarar verme eğiliminde olma, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konulmuş kişiler ile intihar teşebbüsünde bulunanlarda BDÖ ve BAÖ puan

ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel anlamlılık meydana getirdiği belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tıptaki memnuniyet durumu ve kendini başarılı hissetme ile BDÖ'nün negatif korelasyon gösterdiği, BAÖ'nün ise sınıf, yaş, tıptaki memnuniyet durumu ve kendini başarılı hissetmenin negatif korelasyona sahip oldukları tespit edilmiştir.

BDÖ ölçme aracının toplam Cronbach Alfa Katsayısının 0,90 olduğu görülmektedir. BAÖ ölçme aracının toplam Cronbach Alfa Katsayısının 0,91 olduğu görülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak ileri çalışmalara ve çözüme yönelik öneriler şunlar olabilir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin ruh sağlıklarının korunması ve sağlıklı bir eğitim almaları için kampüsü sosyal yaşam alanları arttırılabilir, çeşitli etkinlikler ve aktiviteler düzenlenebilir. Tıp fakültesi öğrencilerine zaman planlaması, stresle başetme ve kendi kendini değerlendirme gibi kişisel becerileri arttırmaya yönelik eğitimler ve yoga, meditasyon gibi anksiyeteyi azaltıcı yöntemler öğretiler. Tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim hayatları boyunca düzenli olarak depresyon veya ilişkili psikiyatrik hastalıklar açısından taraması yapılabilir. Dönem veya yıl uzatan öğrenciler için psikolojik destek verilebilir ve yakın takibi yapılabilir. Tıp fakültesi öğrencilerinde alkol kullanımının depresyon ile ilişkisi anlatılabilir, kullanımının engellenmesine veya azaltılmasına yönelik tedbirler alınabilir. Özellikle psikiyatrik hastalık tanısı alan öğrencilerin takibinin yapılıp gerekli tedaviyi düzenli alması için ek çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. Bull World Health Organ. 2000;78(4):411. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560741/> (Erişim Tarihi: 02.01.2019).
2. Depression talk. https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/. (Erişim Tarihi: 02.01.2019).
3. Kayal B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10(Ek 6):3-10.
4.  zk rk   il A . Bir Mediko-Sosyal Merkezine genel sağlık sorunlarıyla başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik  zellikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10:115-122.
5.  zbek M, T mer C, Cangöz B. Hacettepe diş hekimliği fakültesi'ndeki gönüllü öğrenciler üzerinde bazı demografik faktörler, kaygı ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 2004;28(2):11-17.
6.  nc  B, şahin T,  zdemir S, şahin C,  akır K,  ca E. Tıp fakültesi   rencilerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve ilişkili etmenler. Kriz Dergisi. 2013;21(1-3):1-10.
7. Tempski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. BMC Medical Education. 2012;12(1):1-8.
8. Yeniçeri N, Mevsim V,  z akar N,  zan S, Güldal D, Başak O. Tıp eğitimi son sınıf   rencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(1):19-24.
9. Zaki N, Ibrahim J. Psychiatric morbidity among third year medical students at the Ain Shams University, Cairo, Egypt. MECPsych.2011;Jan;18:51-6.
10. Pı ak efe M. Çalışma yaşamı ve anksiyete. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9(4):367-374.
11. Theorell T. Changing society: changing role of doctors. BMJ. 2000;320:1417-1418.

12. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well being and patient care. Soc Sci Med. 2001;52:215-222.
13. Özkürkçügil Çorapçioğlu A. Bir mediko-sosyal merkeze genel sağlık sorunları ile başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(2):115-122.
14. Engin DM, Serkan SA. Farklı öğrenim düzeyine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. Eğitim ve Bilim. 2010;35(158):115-127.
15. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Hastalar ve yakınları için rehber. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. <http://www.psikiyatri.org.tr> (Erişim Tarihi: 02.01.2019).
16. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011;45:65-74.
17. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;1(7):1-10.
18. Avcı S. Farklı mesleklerde çalışan kadınların yaşam doyumu, iş doyumu, tükenmişlik ve algılanan cinsiyet ayrımcılığı düzeylerinin depresyon ile ilişkisinin incelenmesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
19. Elmas Ü. 5. ve 6. sınıf tıp öğrencilerinde anksiyete depresyon tükenmişlik düzeyi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Edirne 2012.
20. Yelkenci İ. Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin depresyon ile anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.
21. Ayok A. Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki öğrencilerin insan doğası ve depresyon düzeyi bağlantıları. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir 1995.
22. N. Yüksel, S. Perçinel, Depresyonun oluş nedeni, Türkiye Tıp Dergisi, (3. ek), 1995;2:6-11.
23. Akdeniz S. Farklı merhamet düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete, stres ve duygusal zekanın incelenmesi. Necmettin

Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Doktora Tezi, Konya 2004.

24. Avşaroğlu S. Üniversite öğrencilerinin karar vermede özsaygı, karar verme ve stresle başa çıkma stillerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya, 2007.
25. Williamson JR. Addressing self-reported depression, anxiety, and stress in college students via web-based self-compassionate journaling. Dissertation Abstracts International, 2014;8;75-76.
26. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2016;8(Suppl 1):23-38.
27. Gilbert P, McEwan K, Matos, M, Rivis A. Fears of compassion: Development of three self-report measures. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2011;84:239-255.
28. Brundtland GH. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, 2001. <https://www.who.int/whr/2001/en/> (Erişim Tarihi:02.01.2019).
29. Ünal MH. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2015.
30. World Health Organization. Depression in Turkey. 2017. <http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/data-and-statistics/infographic-depression-in-turkey-2017> (Erişim Tarihi:09.01.2019).
31. Andreada L, Caraveo-Anduaga JJ, Berlund P et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the The International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int. Methods Psychiatr Res. 2003;12:3-21.
32. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdiş M, Yaşar E. İstanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışan uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(1):31-7.

33. Balcıoğlu Ş. Depresyonun etyopatogenezi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu. Sempozyum Dizisi.1999;17:19-28.
34. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-4 Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archive of General Psychiatry*, 2005;62:593-602.
35. Özdemir G. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2016.
36. Gümüş A. Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van 2018.
37. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. In: Koroğlu E, ed. 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000
38. Anderson KK. Health service registry data in psychiatric epidemiology: challenges for definition and interpretation. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127:9-10.
39. Atbaşoğlu EC, Gülöksüz S. Bilim, Psikiyatri, DSM'ler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24(3):202-12.
40. Şar V. DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: "Batı Cephesinde Yeni bir şey Yok" mu? *Klinik Psikiyatri* 2010;13:196-208.
41. Binbay T, Direk N, Aker T ve ark. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014;25:264-281.
42. Holsboer F. The rationale for corticotropin-releasing hormone receptor (CRH-R) antagonists to treat depression and anxiety. *J Psychiatr Res*, 1999;33:181-214.
43. Philipps KA, Craske ME. Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders. Ed. Kupfer D, Regier DA. 5th ed. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* pp. 160-161, American Psychiatric Publishing, Washington DC, USA, 2013.

44. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. In: Köroğlu E, ed. 2. Baskı. pp.151-63 (5), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.
45. Ertuğrul E. Üniversite Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. T.C. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak 2016.
46. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Kommer T (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms differences between males and females, *Personality and Individual Differences*, 2004;(36):267-276.
47. Picinelli M, Wilkinson G. Gender Differences in Depression, *British Journal of Psychiatry*, 2000;177:486-492.
48. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi* 2003;10(2):79-88.
49. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum bozuklukları dizisi* 2000;1:29-38.
50. Yakın G. İstanbul Dr. Lütü Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2014
51. Yaman H, Ungan M. Tükenmişlik: aile hekimliği tıpta uzman hekimleri üzerinde bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2002;17(49):37-44.
52. Gurung RA, Taylor SE, Seeman TE. Accounting for changes in social support among married older adults: insights from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychology and aging*. 2003;18:487-496. doi: 10.1037/0882-7974.18.3.487.
53. Hirano S, Sato T, Narita T et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *Journal of Affective Disorders*. 2002;69,31-38. doi:10.1016/S0165-0327(00)00329-3.
54. Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA et al. Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes.

- Depression and Anxiety. 2009;26:382-388. doi:10.1002/da.20478
55. Elgün, S. Depresyon Nörobiyokimyası. Modern Tıp Seminerleri. 2001;18:8-19.
56. Yemez, B. ve Alptekin, K. Depresyon Etiyolojisi Psikiyatri Dünyası Dergisi. 1998;1:21-25.
57. Otlu, BM. Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin ve ailevi işlevleri: Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008;23:30-35.
58. Evren C, Kültegin ÖK. Alkol/Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol/Madde Kullanımı İle İlişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003;4:30-37.
59. Töngel Ş. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali İle Mizaç, Karakter Özellikleri ve Öfke Arasındaki İlişki. Gazi Üniversitesi Uzmanlık Tezi. Ankara, 2011.
60. Elgin FR. Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Personelinde Anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi, Üsküdar Üniversitesi Uzmanlık Tezi, Kocaeli 2017.
61. Schneider B, Prvulovic D. Novel biomarkers in major depression. Current opinion in psychiatry, 2013;26(1):47-53.
62. Nutt DJ, Baldwin DS, Clayton AH et al. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:3-8
63. Henn FA, Vollmayr Barbara. Neurogenesis and Depression: Etiology or Epiphenomenon? Biol Psychiatry 2004;56:146–150.
64. Philips KA, Craske ME. Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders. Ed. Kupfer D, Regier DA. 5th ed. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) pp. 156-184, American Psychiatric Publishing, Washington DC, USA, 2013
65. Benazzi F. Mixed depression: A clinical marker of bipolar-II disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005;29:267-74.
66. Gezer E. Stres Veren Yaşam Olanlarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara 2015.
67. Laurent J, Ettelson R. An examination of the tripartite model of anxiety and depression and its application to youth. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2002;4:209-230.
 68. Rao S, Zisook S. Anxious depression: clinical features and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:429-436.
 69. Kendler KS, Gardner CO, Gatz M et al. The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychol Med.* 2007;37:453-62.
 70. Orsel S, Karadağ H, Türkçapar H. Depresif bozuklukların alttiplendirmesi: Üç yöntemin karşılaştırılması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2010;20:57-65.
 71. Prenoveau JM, Zinbarg RE, Craske MG et al. Testing a hierarchical model of anxiety and depression in adolescents: a tri-level model. *J Anxiety Disord.* 2010;24:334-344.
 72. Wittchen HU, Beesdo K, Bittner A. Depressive episodes-evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *Eur Psychiatry.* 2003;18:384-393.
 73. Küey L, Aydemir Ö, Gülseren S et al. Majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve etajenik durumlarda ayrışan ve örtüşen özellikler-I: klinik belirtiler yönünden karşılaştırılması bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 1996;7:257-265
 74. Fichter MM, Quadflieg N, Fischer UC et al. Twentyfive-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122:75-85
 75. Andrews G, Anderson TM, Slade T. Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. *Depress Anxiety.* 2008;25:274-281.
 76. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl 22):30-3.
 77. Lee M-S, Lee H-Y, Kang S-G, et al. Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders. *J Affect Disord* 2010;123:216-21.
 78. Gabriel A, Violato C. Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: the Antidepressant Adherence Scale (AAS). *J Affect*

- Disord 2010;126:388-94.
79. Charles I, Shelton D O. Diagnosis and management of anxiety disorders. Journal of American Osteopathic Association 2004;104(3):S2-S5.
80. Mathew JS, Rebecca BP and Dennis SC. Recent Advances in the Neurobiology of Anxiety Disorders: Implications for Novel Therapeutics. American Journal of Medical Genetics 2008;148:89-98.
81. Sümer AS. Farklı öz-anlayış (self-compassion) düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya 2008.
82. Özen Y. Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik bozukluklar üzerine bir değerlendirme. The Journal of Social Science. 2018;2(4):136-159.
83. Meriç M, Oflaz F. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda bilişsel yaklaşım temelli hemşirelik uygulamasının hastaların tedaviyle ilgili otomatik düşünceleri üzerine etkisi, Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(3):109-118.
84. K Hsu, V Marshall. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. Am J Psychiatry, 1987;144:1561-1566.
85. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry, 1999;60:427-435.
86. Kocabaşoğlu N. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 2008;62:175-184.
87. Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. J Psychiatry Res Suppl, 1990;2:3-14.
88. Baldwin DS, Allgulander C, Bandelow B, Ferre F, Pallanti S. An international survey of reported prescribing practice in the treatment of patients with generalised anxiety disorder. World J Biol Psychiatry. 2012;13(7):510–516.
89. Rubio G, Lopez-Ibor JJ. Generalized anxiety disorder: a 40 year follow- up study. Acta Psychiatr Scand. 2007;115:372-9.
90. Tamam L. Panik Bozukluk. Actual Medicine. 2009;3:32-38
91. Kocabaşoğlu N. Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. Yeni Symposium, 2002;40(2):68-75.

92. Essau CA, Conradt J, Petermann. Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2000;29:221-231.
93. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*. 1998;28:109-126.
94. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DMS-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical charecteristic. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1992;31(6):1070-1076.
95. Philiphs KA, Craske ME. Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders. Ed. Kupfer D, Regier DA. 5th ed. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* pp. 197-202, American Psychiatric Publishing, Washington DC, USA, 2013.
96. Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry*. 1999;123:218-221.
97. Sayın A. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(Ek.2):3-10.
98. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmopsychiatry*. 1987;22:141-173.
99. Hofmann SG, Heinrichs N, Moscovitch DA. The nature and expression of social phobia: toward a new classification. *Clin Psychol Rev*. 2004;24:769-797.
100. Masia-Warner C, Fisher PH, Shrout PE, Rathor S, Klein RG. Treating adolescent with anxiety disorder in school: an attention control trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48:676-686.
101. Binbay Z, Koyuncu, A. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(1):1-13.
102. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı, *Klinik Psikiyatri* 2004;7:103-110.
103. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. *Sempozyum Dizisi*, 2008;62(3):175-184.
104. Görpelioğlu S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Anksiyete

- Bozuklukları. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 1999;3(1-2):33-39.
105. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Karger Publishers. Psychological Measurements in Psychopharmacology. 1974;7:151-169
106. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi. 1989;7:3-13.
107. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1998;12:163-172
108. Veerman JL, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Dunn G, Barendregt JJ. Population prevalence of depression and mean Beck Depression Inventory score, Br. J. Psychiatry. 2009;195(6):516-9
109. Sarokhani D, Delpisheh A, Veisani Y, Sarokhani MT, Esmaelimanesh R, Sayehmiri K. Prevalence of depression among university students: A systematic Review and Meta-Analysis study, Depression Research and Treatment. 2013;37(3):77-87.
110. Bakir B, Yılmaz U.R, yavaş İ, Güleç M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon Belirtilerinin Dağılımı. Düşünen Adam. 1996;9(1):43-47.
111. Başpınar R, Cihan FG, Kutlu R. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg .2016;7(25):1-9
112. Kaya MG, Kaya B, Pehlivan E. Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(2):137-146.
113. Mayda AS, Yılmaz M, Bolu F et al. Bir Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinde gelecek ile ilgili kaygı durumunun değerlendirilmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;4(3):7-13.
114. Türe H. Tıp fakültesi öğrencilerinde sosyal anksiyete düzeyini etkileyen etkenler, anne-babaya bağlanma ve yetişkin bağlanma biçimleri. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14:310-317.
115. Atmaca M. Ankara yıldırım beyazıt üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde sigara bağımlılığının anksiyete ve depresyon ile ilişkisi. Yıldırım Beyazıt

- Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık tezi, Ankara 2015.
116. Penland EA, Masten WG, Zelhart P. Possible selves, depression and coping skills in university students. *Pers Individ Dif*, 2000; 29:963-969.
117. Oliver JM, Paul JC. Self-esteem and self-efficacy: perceived parenting and family climate and depression in university students. *J Clin Psychol*, 1995; 51(4):467-481.
118. Gül ŞK, Gül HL, Oruç AF et al. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *J Kartal TR*. 2012;23(1):11-17.
119. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007;26(1):32-36.
120. Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence found among adult daily smokers: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2009;104(1):126-32.
121. Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler *Genel Tıp Derg* 2007;17(1):15-19.
122. Mayda AS, Şen M, Tekeli AH, Sayan S, Sırakaya N. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığı ve Baskın El Kullanımına Göre Farklılığı. *Gazi Tıp Dergisi* 2010;21(1):7-11.
123. Nandi M, Hazra A, Sarkar S. Stress and its Risk Factors in Medical Students: An Observational Study from a Medical College in India. *Indian J Med Sci*. 2012;66(1-2):1-12.
124. Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and Depression Among Medical Students: A Cross-sectional Study. *J Pak Med Assoc*. 2010;60(8):699-702.
125. Carmody C, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulnessbased stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*. 2008;31:23-33.
126. Falkenström, F. Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi

- experimental approach. *Personality and Individual Differences*. 2010;48:305-310.
127. Novak A, Burgess ES, Clark M et al. Anxiety sensitivity, self reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption. *J Anxiety Disord*, 2003;17:165-80.
128. Dyrbye LN, Thomas M, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81:354–73
129. Çete A. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyleri ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Uzmanlık Tezi, İzmir 2018

8. EKLER

EK-1 Etik Kurul Onayı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
296					
KARAR					
Doç. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU, Asist. Dr. Hayati ÖZER isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete - depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler" başlıklı araştırmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı kurumdaki Resmi Çalışma İzninin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Anxiety - depression frequency and effective factors in medical faculty students" planned by Tahsin ÇELEPKOLU, Hayati ÖZER has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 22.11.2018		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	Katılmadı
3	Prof. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Prof. Dr.	Cihan AKGÖL ÖZMEN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
5	Prof. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
7	Doç. Dr.	Zolfıkar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
8	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
9	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	
10	Dr. Öğretim Üyesi	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
11	Dr. Öğretim Üyesi	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

Window

EK-2 Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum; fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim; ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskiyeye göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

-
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek ilgilendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılarım beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbir şey düşünmüyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.
-

EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun KUTUCUĞU işaretleyerek belirleyiniz. Her maddeyi yanıtlayınız.

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

EK-4 Sosyodemografik Veri Formu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler Sosyodemografik Anket Formu

- 1 – Anket No:
2 – Hangi Sınıfa Gidiyorsunuz? (1. sınıf - 6. sınıf) :
3 – Yaş:
4 – Cinsiyet : 1) Kadın 2) Erkek
5 – Medeni Durum : 1) Evli 2) Bekar
- 6- Anne öğrenim durumu
1) yok 2) ilköğretim 3) lise 4) üniversite
- 7 – Baba öğrenim durumu
1) yok 2) ilköğretim 3) lise 4) üniversite
- 8 – Tıp Fakültesinde okumaktan memnun musun? (1: Hiç memnun değilim 10: Çok memnunuz)..
(1'den 10'a kadar bir rakamla değerlendirin)
- 9 – Kendini Başarılı Hissediyor musun? (1: Hiç başarılı hissetmiyorum 10: Çok başarılıyım) ...
(1'den 10'a kadar bir rakamla değerlendirin)
- 10 – Dönem Uzattınız mı? 1) evet 2) hayır
11 – Uzattıysanız Kaç Yıl?
- 12 – Tıp Fakültesine kendi isteğinizle mi geldiniz? 1) Evet 2) Hayır
- 13 – Sosyal Çevrenizce ne derece sevildiğini düşünüyorsunuz?
1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 14 – Kimlerle/Nerede Yaşıyorsunuz?
1) Ebeveynlerle 2) Eşimle 3) Yalnız 4) Arkadaşlarla 5) Yurtta
- 15 – Evde/Yurt Odasında kaç kişiyle yaşıyorsunuz? (Kendinizle beraber)
- 16 – Kardeş Sayısı?.....
- 17 – Ailenizin aylık geliri?.....
1) 0-2000 TL 2) 2000-5000 TL 3) 5000 TL üstü
- 18 – Aldığınız Burs Miktarı?.....
1) 0-500 TL 2) 500-1000 TL 3) 1000 TL üstü
- 19 – Aylık ortalama Harcama Miktarınız?
- 1) 0-500 TL 2) 500-1000 TL 3) 1000 TL üstü
- 20 – Ailede Psikiyatrik Hastalık öyküsü? 1)Evet 2) Hayır
21 – Tanı konmuş psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
22 – İntihar Teşebbüsünde Bulundunuz mu? 1) Evet 2) Hayır
23 – Kendine zarar verici davranışın hiç oldu mu(Self-mutilizm)? 1) Evet 2) Hayır
24 – Sigara kullanıyor musun? 1) Evet 2) Hayır
25 – Alkol kullanıyor musun? 1) Evet 2) Hayır