

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ÜVEİT HASTALARINDA PSİKİYATRİK
DEĞERLENDİRME**

UZMANLIK TEZİ

**DR. ESRA PORBALI ZAYMAN
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. BİRGÜL CUMURCU**

MALATYA 2014

TEŞEKKÜR

Çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılmasında yardım, destek, anlayış ve hoşgörü göstererek bilgilerini, zamanını ve sabrını esirgemeyen değerli hocam tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Birgül CUMURCU'ya ve eğitim dönemim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Süheyla ÜNAL, Sayın Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ, Sayın Doç. Dr. Şükrü KARTALCI'ya teşekkürler ederim.

Göz hastalıkları öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Tongabay CUMURCU'ya tez sürecimdeki katkılarından dolayı ayrıca teşekkür ederim.

Herkesten ve her şeyden önce iki insan var ki sadece bu çalışma süresince değil tüm hayatım boyunca verdikleri sevgi, destek, mutluluk ve bana olan bitmek tükenmek bilmeyen inançları için onlara sonsuz teşekkür etmeliyim. Annem Saliha PORGALI ve babam Adnan PORGALI...

Öyle iki kişi var ki yalnızca tez dönemi süresince değil, hayatım boyunca elimi tuttukları ve hiç bırakmadıkları için sonsuz teşekkür ederim. Ablam Rabia PORGALI KOYUNCU ve kardeşim Sefa Burak PORGALI...

Eşim Emrah ZAYMAN, biliyorum ki bu sayfaya yazacağım hiçbir cümle yeteri kadar teşekkür edemeyecek. Tezimin her adımını benden sonra en iyi bilen, yaşayan kişi oldun. Ölçeklerin zımbalanmasından itibaren her aşamasında senden güç aldım. Tüm varlığın için sonsuz teşekkür ederim.

Öykü Dilan'ım hayatımda var olduğun için çok mutluyum. İyi ki varsın...

Değerli arkadaşım Nazire BULAM'a verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi sürecinde desteği için teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca yardımlarını esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1. Üvea Anatomisi.....	3
2.1.1 İris.....	3
2.1.2 Siliyer Cisim.....	4
2.1.3 Koroid.....	4
2.2 Üveit.....	4
2.2.1 Üveitin Tanımı.....	4
2.2.2 Üveitin Sınıflandırılması.....	5
2.2.2.1 Etyolojik Sınıflandırma.....	5
2.2.2.2 Patolojik Sınıflandırma.....	5
2.2.2.3 Klinik Sınıflandırma.....	5
2.2.2.4 Anatomik Sınıflandırma.....	6
2.2.2.5 Yaş Grubuna Göre Sınıflandırma.....	6
2.2.3 Üveitlerde Semptom ve Klinik Bulgular.....	6
2.2.4 Üveit Nedenleri.....	9
2.2.4.1 Ön Üveit Yapan Nedenler.....	9
2.2.4.2 Orta Üveit Yapan Nedenler.....	10
2.2.4.3 Arka Üveit Yapan Nedenler	10
2.2.4.4 Pan Üveit Yapan Nedenler.....	11
2.2.5 Üveitlerde Tedavi.....	12
2.2.5.1 Kortikosteroidler.....	12
2.2.5.2 Midriatik ve Sikloplejik ajanlar.....	12
2.2.5.3 Nonsteroid Antiinflatuar ilaçlar.....	13

2.2.5.4 İmmun Sistem Üzerine Etkili ilaçlar.....	13
2.2.5.5 Üveitlerde Cerrahi Tedavi.....	14
2.3. Kronik Hastalıklarda Depresyon ve Anksiyete.....	14
2.3.1 Depresyon.....	15
2.3.1.1 Depresif bozuklukların Sınıflandırması (DSM-5).....	16
2.3.1.2 DSM-5 Major Depresyon Tanı Kriterleri.....	16
2.3.1.3 Depresyon Epidemiyolojisi.....	18
2.3.1.4 Depresyon ile İlişkili Olası Risk Etmenleri.....	19
2.3.2 Anksiyete.....	20
2.3.2.1 Anksiyete Düzeyleri.....	22
2.3.2.2 Anksiyetenin Fizyolojisi.....	23
2.3.2.3 Anksiyete Epidemiyolojisi.....	24
2.3.2.4 Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırması (DSM-5).....	24
2.3.2.5 DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	25
2.4 Aleksitimi.....	26
2.4.1 Aleksitimi Epidemiyolojisi.....	27
2.4.2 Aleksitimide Klinik Belirtiler.....	27
2.4.3 Aleksitimi Açıklayan Kuramlar.....	29
2.5 Stres.....	30
2.5.1 Stresle Başa Çıkma Tarzları.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1 Hastalar İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	33
3.2 Kontrol Grubu için Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	34
3.3 Araştırmanın Uygulanması	34
3.4. Gereçler.....	34
3.4.1.Sosyodemografik Bilgi Formu ve Hatalık Bilgi Formu.....	34
3.4.2 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D).....	35
3.4.3 Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A).....	35
3.4.4 Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ).....	36
3.4.5 Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-1, STAI-2).....	36
3.4.6 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R).....	37
3.4.7 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ).....	38
3.5 Araştırma Verilerinin Analizi.....	39

4. BULGULAR.....	40
4.1 Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ile Hastaların Hastalık Özellikleri.....	40
4.2 Hasta ve Kontrol Grubunun Görme Keskinlikleri ve Göz Tansiyonları Açısından Karşılaştırılması.....	43
4.3 Hasta ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi.....	44
5. TARTIŞMA	54
6. ÖZET	64
7. ABSTRACT	66
8. KAYNAKÇA	68
9.EKLER	82

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler bakımından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması.....	41
Tablo 2: Hasta grubunun hastalık özellikleri.....	42
Tablo 3: Hastaların hastalık süreleri ve üveit atak sayısı ile görme keskinlikleri ve göz tansiyonları arası ilişki.....	43
Tablo 4: Hasta ve kontrol grubunun görme keskinlikleri ve göz tansiyonları açısından karşılaştırılması.....	43
Tablo 5: Hasta ve kontrol gruplarının DSM-5 tanı kriterlerine göre dağılımı.....	44
Tablo 6: Hasta ve kontrol gruplarının HAM-D, HAM-A Total, HAM-A Psikişik, HAM-A Somatik, TAÖ Alt ölçekleri ve TAÖ Toplam, SCL-90-R testi genel belirti düzeyi ve alt ölçek ortalama puanları ve SBÇTÖ' ye göre karşılaştırılması.....	46
Tablo 7: Hasta grupta hastalık süresi, üveit atak sayısı, göz muayene bulguları ile STAI-1, STAI-2, TAÖ Toplam ve alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A total, HAM-A Psikişik ve HAM-A Somatik puanları arasındaki ilişki.....	47
Tablo 8: Hasta grupta hastalık süresi, üveit atak sayısı, göz muayene bulguları ile SCL-90-R testi genel belirti düzeyi ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki.....	48
Tablo 9: Hasta grupta stresle başa çıkma tarzları testi alt ölçekleri ortalama puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	49
Tablo 10: Hasta grupta stresle başa çıkma tarzları testi alt ölçekleri puanları ile göz muayene bulguları ve üveit atak sayısı arasındaki ilişki.....	49
Tablo 11: Hasta grupta stresle başa çıkma tarzları alt ölçekleri ile STAI-1 ve STAI-2, TAÖ Toplam ve alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A total, HAM-A psikişik ve HAM-A somatik puanları arasındaki ilişki.....	50
Tablo 12: Hasta grupta stresle başa çıkma tarzları alt ölçekleri ile SCL-90-R testi genel belirti düzeyi ve alt ölçek ortalama puanları arasındaki ilişki.....	51
Tablo 13: Hasta grupta stresle başa çıkma alt ölçek puanlarının DSM-5 tanı varlığı açısından karşılaştırılması.....	51

Tablo 14: Hasta grupta stresle başa çıkma tarzı alt ölçek puanlarının medeni durum açısından karşılaştırılması.....	52
Tablo 15: Hasta grupta stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puanlarının sosyo-ekonomik düzey açısından karşılaştırılması.....	53

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HAM-A Psşik	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği Psşik
HAM-A Somatik	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği Somatik
STAI-1	: Durumluluk Kaygı Ölçeği
STAI-2	: Süreklilik Kaygı Ölçeği
TAÖ T	: Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam
TAÖ-1	: Toronto Aleksitimi Ölçeği- Duyguları tanımada güçlük
TAÖ-2	: Toronto Aleksitimi Ölçeği- Duygularını Söze Dökmede güçlük
TAÖ-3	: Toronto Aleksitimi Ölçeği –Dışa Dönük Düşünme
SCL-90-R	: Belirti Tarama Listesi
SBÇTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzlar Ölçeği

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Anatomik olarak iris, siliyer cisim ve koroidden oluşan üvea, gözün pigmentli ve damarlı olan orta tabakasıdır (1). Üveit ise öncelikli olarak üveal dokuları tutan (iris, siliyer cisim ve koroid), bununla birlikte çevre dokuları da (vitreus, retina, optik sinir) etkileyebilen ve görmeyi tehdit eden bir göziçi enflamasyondur (2).

Üveit, genel olarak 20-50 yaş arası populasyonu etkileyen ve 14-52/100.000 insidansla görülen bir hastalıktır ve son 10 yılda görülme sıklığı 40 yıl öncesine göre 3 kat kadar artmıştır (3,4). Enflamasyonun göz dokularında meydana getirdiği bir dizi değişimler görmeyi etkileyerek, görme düzeyinin kalıcı olarak azalmasına neden olabilir (2). Kistoid makula ödemi, katarakt, glokom gibi ciddi sekellere neden olan üveit gelişmiş ülkelerde legal körlüklerin %5-20 gibi önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Enfeksiyöz ve otoimmün mekanizmalar dışında günümüzde halen hastalığın patogenezi ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Ayrıca orta yaş grubunu etkilemesi de üveiti sosyoekonomik bir problem haline getirmektedir.

Hastalık, tıbbi açıdan organik ve fizyolojik süreçleri içerirken, hasta için ise, biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, yaşam, kimlik ve varoluş krizi olarak tanımlanır (5,6).

Yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdüren birey sağlığının kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir ve bu yeni rol fiziksel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumunu etkilemektedir. Hastalarda bir çok etkinlikte başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını kaybedebileceği korkusu, ayrılık ve gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden organ ve bölümlerinin zedeleneyeceği korkusu, pişmanlık ve suçluluk duygusu gibi değişik duygular hastalığın basit ya da yaşamı tehdit eder nitelikte olmasından bağımsız olarak görülebilmektedir. Sonuç olarak

hastalarda depresyon, anksiyete, regresyon, kızgınlık, yas tepkisi, yadsıma gibi duygusal tepkiler görülmektedir (6,7).

Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bireylerin strese karşı vermiş oldukları bedensel tepkileri aynı basamaklardan geçmesine karşın, psikolojik düzeyde olaylar kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak her bireyin stresle başa çıkma tarzı da farklı olmaktadır. Başa çıkmaları yetersiz olan bireylerde davranışsal düzeyde belirtiler, anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır (8). Kişinin sağlığını yitirmesi ve hastalığının getirdiği sınırlılıklara katlanmak zorunda olması, bir stres unsuru olarak, kronik rahatsızlığı olan kişilerde giderek depresyona yol açabilmektedir (9).

Anksiyete ve depresyon fiziksel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır. Bu psikiyatrik bozuklukların hastanın uyum ve yaşam kalitesini bozmakla kalmayıp, hastalığın gidişini, tedaviye cevabını, komplikasyonlarını, seyrini ve hastanın yaşam süresini de etkilediği bilinmektedir (5,6).

Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yönelik çalışmalar da yürütülmeye başlamıştır (10).

Hastalara uygulanan psikolojik tedaviler hastanın güven duygusunu, hastalığa ve tedavi programına uyumunu ve yaşam kalitesini arttırırken, hastalığın semptomlarının şiddetini, nüksünü ve komplikasyonlarını azaltmaktadır (5,6).

İnsanlarda dış dünyaya ait algının önemli bir kısmını oluşturan, görmeden sorumlu organ olan göz de üveit atakları sonucunda bazı semptom ve komplikasyonlar ile karşılaşılabilir. Bizim bu çalışmada amacımız kişilerin bu hastalıkla karşılaşması ile ortaya çıkabilecek psikiyatrik hastalıkların aydınlatılması ve bu hastalıklarla ilgili olarak kullanılan baş etme mekanizmalarının anlaşılabilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Uvea Anatomisi

2.1.1 İris

Uvea dokunun en önde bulunan kısmı iristir. İris, kornea ve lens arasında, humör aköz içerisinde asılı şekilde yer alan, yaklaşık olarak 21 mm çapında olan ince kontraktıl ve pigmentli bir diyafram olarak bilinir (11, 12). İris yüzeyi kriptalar ve onları birbirine bağlayan trabeküller içeren girintili ve çıkıntılı bir yüzey yapısına sahiptir. Melanositler, sinirler, kollajen ve hyalürinidaz duyarlı mukopolisakkaritlerden oluşan vasküler bir stromadan oluşur (13). Stroma, irisin küçük arter çemberini içeren iris kolaretiyle pupiller ve siliyer olmak üzere iki bölgeye ayrılır. Pupiller bölge sfinkter ve dilatatör kaslarını içermektedir. Pupiller kenara komşu olan sfinkter pupilla derin stromada serbest olarak bulunan 1 mm genişlikte ve parasempatik innervasyon alan bir düz kas demetidir. Aydınlik, konverjans ve uyku bu kası uyaran fizyolojik koşulların başında gelmektedir. Dilatatör pupilla kası nöroepitelyal kökenli, servikal sempatik ganglionlardan gelen miyelinsiz sempatik liflerle innervasyonu sağlanan, myoepitelial hücrelerden oluşur. Bu kası uyaran fizyolojik koşulların başlıcaları, karanlık ve sempatik aktivasyondur.

Pupilla, ışıpta daralma ve karanlıkta genişleyebilme özelliğiyle çapını 1-8 mm arasında değiştirebilmektedir. Bu özelliğiyle göze giren ışık miktarını 16 kat değiştirerek ayarlayan pupilla görsel adaptasyona katkıda bulunmaktadır (12).

2.1.2 Siliyer Cisim

Koroidin öne doğru olan üçgen şeklindeki uzantısına siliyer cisim denir. Önde pars plikata ve arkada pars plana olmak üzere iki kısımdan oluşmuştur. Pars plikata 2 mm genişliktedir ve orta katta damarsal siliyer stroma ve bunu çevreleyen iki sıra halindeki siliyer epitelyumla kaplı yetmiş kadar siliyer çıkıntıdan oluşur. Siliyer epitelyum içte pigmentli dışta pigmentsiz epitelden oluşmaktadır. Hümor aköz, dış pigmentsi epitelyum katının hücreler arası duvarında kan aköz bariyerine bağlı olarak oluşur. Pars plana ise iç katı kübik epitelyum hücreleri dış katıysa pigmentsiz epitelyum hücrelerinden oluşan pars plikata ve ora serrata arasında uzanan 4 mm genişliğinde bir zondur. Pigmentsiz epitelyumun hücreleri tarafından salgılanan mukopolisakkarit vitreusun ana maddesini oluşturur.

Siliyer cisim siliyer kasları içeren, elastik lif damar ve melanositlerden zengin yumuşak bağ dokusudur. Siliyer kaslar akomodasyonu sağlamaktadır (12, 14).

2.1.3 Koroid

Nöroretina ile sklera arasında bulunan uveanın en geniş arka parçasıdır. Kalınlığı optik sinirde 0.22 mm iken ora serrataya yaklaştıkça kalınlığı azalarak 0.1 mm ye kadar düşer. Koroid tabakasındaki yüksek kan hacmi nedeniyle arteryel bölgedeki oksijenizasyon değeri venöz bölgeden az miktarda farklıdır (15). Koroid uzun ve kısa siliyer arterler ve anterior siliyer arterlerin rekürren dallarıyla beslenir. Koroid tabakanın venöz kanıysa vorteks sisteme boşalır. Koroid tabakanın innervasyonu uzun ve kısa siliyer sinirlerle olur (16, 17, 18). Koroid tabakanın en önemli fonksiyonu ise retinanın beslenmesini, siliyer cisim ve irise damar ve sinirlerin ulaşmasını sağlamaktır.

2.2 Üveit

2.2.1 Üveitin Tanımı

Üveit, Yunanca'da üzüm anlamına gelen, iris, siliyer cisim ve koroid dokularını tanımlayan 'uva' kelimesinden ve bu dokuların enflamasyonu anlamına

gelen ‘it’ veya ‘itis eklerinin birleşiminden oluşan bir kelimedir. Üveit kelime anlamı olarak uvea dokusunun enflamatuar hastalığı olarak tanımlanır (19).

2.2.2 Üveitlerin sınıflandırılması

Hastalığın birbirleriyle iç içe geçmiş çeşitli klinik bulgularla seyretmesi tüm ihtiyaçlara yanıt veren, kolay anlaşılabilir bir sınıflama yapılabilmesini güçleştirmiştir (19).

2.2.2.1 Etyolojik sınıflandırma

1. İmmunolojik nonspesifik üveit
2. İmmunolojik spesifik üveitler
3. Sistemik hastalıklarla ilişkili üveit
 - a) Enfeksiyöz hastalıklar
 - b) Nonenfeksiyöz hastalıklar
4. Üveiti taklit eden sendromlar (20)

2.2.2.2 Patolojik sınıflandırma

- a) Granülomatöz üveit
- b) Nongranülomatöz üveit (20)

2.2.2.3 Klinik sınıflandırma

- a) Hiperakut üveitler
- b) Akut üveitler
- c) Kronik üveitler
- d) Tekrarlayan üveitler (20)

2.2.2.4 Anatomik sınıflandırma

- a) Ön üveit
- b) Orta üveit
- c) Arka üveit
- d) Panüveit (20)

2.2.2.5 Yaş grubuna göre sınıflandırma

- a) Çocukluk çağı
- b) Genç erişkin
- c) Erişkin
- d) Yaşlılık (21)

2.2.3 Üveitlerde Semptom ve Klinik bulgular

Enflamasyonun yerleştiği anatomik bölgeye göre yapılan sınıflandırma şekli literatürde en sık kullanılan sınıflandırma şeklidir (22). Bu sınıflama yöntemi üveit tanı ve takibinde faydalı olmasına rağmen hastalığın kesin sınırlarını oluşturmadığı da bilinmelidir (23).

Ön Üveitler

Esas olarak iris ve siliyer cismin ön kısmını tutan üveittir. Kırmızı göz grubunun üyelerinden olan bu üveit gözün acil müdahale edilmesi gereken hastalıklarından biridir. Belirti ve bulguları ise;

Ağrı: Siliyer cismin spazmıyla doğru orantılı olarak artan ağrı periorbital alan ve trigeminal sinirin yayıldığı bölgeye lokalizedir. Siliyer cismi istirahat haline getiren sikloplejikler tedavide tercih edilir.

Fotofobi ve lakrimasyon: Işık pupillayı harekete geçirip, siliyer cismin kasılmasına neden olarak fotofobi olarak adlandırılan ağrıyı başlatabilir. Trigeminal sinir irritasyonu sonucu ise lakrimasyon oluşur.

Görme azalması: Orta seviyede oluşan görme azalmasının nedeni ortamdaki enflamatuar hücre ve reaksiyona bağlı oluşan bulanıklıktır. Ancak makula ödemeine bağlı olarak da görme azalması olabileceği akılda tutulmalıdır.

Hiperemi: Histamin, serotonin gibi vazoaaktif mediatörlerin ön siliyer arterin rekürren dallarında oluşturdıkları dilatasyon sonucudur. Genişlemiş dalların limbustan ışınsal olarak ayrılmasıyla oluşan siliyer enjeksiyon şeklinde tanımlanır.

Pupiller değişiklikler ve iris: Tipik olarak görülen myozisten prostoglandinler sorumludur. Yaygın depigmentasyon heterokromik iridosiklite özgü olarak görülür. Herpetik üveitte görülen sektöryal olarak gelişen atrofik alanlarda da depigmentasyon gözlenir. İris üzerinde ve ya pupilla kenarında görülen nodüller genellikle granulomatöz hastalık belirtisi olarak kabul edilir.

Keratik presipitatlar:Ön kamarada bulunan fibrin, enflamatuar hücreler ve iris pigmentleri gibi maddelerin hümör aköz akışkanlığın daha az olduğu kornea endoteline oturmasıyla oluşurlar. Keratik presipitatların remisyon döneminde soluklaşmaları veya kaybolmaları beklenir ancak bazıları iz bırakabilir.

Granulomatöz iridosiklitlerde keratik presipitatların az sayıda, daha iri yapıda ve beyaz-gri renkte olması beklenir.

Ön Kamara: Üveitte kan ököz bariyerin bozulması sonucunda damar dışına protein ve enflamatuar hücre geçişi gerçekleşir. Hümör aközde az miktarda bulunan protein sayısı bu geçişle artarak bu bölgede bulanık bir görüntüye neden olur. Ön kamara bulanıklığı ve enflamatuar hücre 0-4 arası pozitif bulgu olarak kabul edilir. Kronik üveitlerde olan kan aköz bariyerindeki hasar bu durumun oluşmasına neden olur, bu nedenle bu bulgu akut atak için spesifik bir bulgu olarak kabul edilmemektedir.

Lens: Hastalığın kendisi veya tedavisinde kullanılan steroide bağlı olarak katarakt gelişimi üveitte sık olarak görülmektedir. Genellikle arka kapsüler özelliktedir.

Vitreus: Siliyer cisim ve koroid enflamasyonunda yangı hücreleri vitreusa geçerek etkilenen bölgeye yakın olacak şekilde bulunurlar. Akut enflamasyonlarda

yangı hücreleri genellikle tek tek izlenirken kronik enflamasyonlarda kümelenme ve kartopu görünümündedirler.

Göz içi basıncı: Üveit başlangıcında, siliyer cismin yangısı sonucu azalan hümör aköz sekresyonuna bağlı olarak göz içi basıncı düşmektedir. Geç dönemde ise gelişen trabekülit ve trabeküler blok nedeniyle göz içi basıncını yükseltmektedir. Pupil bloğu, anterior sineşiler ve steroide hassas kişilerde kullanılan steroid tedavisi göz içi basıncını arttırmaktadır (19).

Orta Üveitler

Esas olarak retina ve koroidin uç noktaları ile siliyer cismin arka kısmının tutulmasıyla karakterize, enflamasyonun vitreusta belirgin olmak üzere ön segment, retina ve optik diskin de etkilenebildiği kronik üveit şeklidir. Hastalar tipik olarak görme bulanıklığı ve görme alanındaki yuvarlak uçuşan görüntülerden (floaters) yakınırken, daha az sıklıkla ağrı ve fotofobiden de yakınabilirler. Ön segment genellikle sakin olup hücre bulunsa bile 2 (+) den fazla değildir. Posterior sineşiler olmasına rağmen iris genellikle tabloya katılmamaktadır. Enflamasyonun şiddetiyle orantılı olarak vitreusta bulanıklık, hücre ve fibrin birikiminin olduğu vitritis tablosu görülmektedir. Altta vitreus tabanı, periferik retina ve pars plana bölgesinde bir araya gelen enflamatuar görüntüler bazı olgularda kar bankları (snow banks) görünümüne neden olurlar. Periferik venüllerde periflebitik değişiklikler ve pars plana üzerinde gevşek fibrovasküler membranlar izlenebilir. Orta üveitler, çoğu hastada tek başına görülmesine rağmen zaman zaman sarkoidoz, multiple sklerozis, Lyme Hastalığı, Whipple Hastalığı, sifiliz, tüberküloz, bağdokusu hastalıkları ve bir çok atipik hastalığın seyrine de eşlik edebilmektedir.

Arka Üveitler

Vitreus tabanının arka sınırına yerleşmiş enflamasyonlarla karakterize üveit şeklidir. Görme bulanıklığı ve sinek uçuşmaları gibi semptomlara neden olurken fovea ve papillomaküler demet tutulumuyla görme kaybı da semptomlar arasına eklenir. Arka üveitlerde vitreus, koroid, retina ve damarların enflamasyonu ile bulgular tabloya eklenir.

Koroidit sarı ve gri tonlarında yama tarzında lezyonlara sahip olan belirgin sınırlı lezyonlardır. İnaktif lezyonlar pigmente sınırlara sahip koryoretinal atrofi alanları olarak izlenir.

Vitreus enflamasyonlarında vitreusta yangı hücreleri, flare, opasiteler ve sıklıkla arka vitreus dekolmanı görülür. Ayrıca arka hyaloid üzerinde yangı hücre kümeleri izlenebilmektedir.

Retinit, retinaya beyaz ve bulanık görünüm vermesi, keskin sınırları olmaması ve retinadaki demarkasyon hattının silinmesiyle karakterizedir.

Vaskulit, retinada bulunan kan damarlarının, özellikle arterlere göre venlerin daha sık olarak tutulduğu, damar çeperinde bulanık, beyaz, tüysü görünümünün olduğu vasküler yangıyla karakterizedir. Ağır periflebitlerde balmumu damlaları denilen damar etrafında biriken granülomatöz doku görülebilmektedir (24).

2.2.4 Üveit Nedenleri

2.2.4.1 Ön Üveit Yapan Nedenler

1. Herpetik ön üveitler

Herpes Simlexs Virüs (HSV) keratiti olan hastaların %10 kadar kısmında ön üveit bulguları izlenmektedir (25).

2. Romatizmal Hastalıklar

Ankilozan spondilit hastalarının yaklaşık %25 kadar kısmında göz tutulumu görülebilmektedir (21).

Juvenil romatoid artrit çocukluk yaş grubunda en sık rastlanan üveit grubu olmasına rağmen tüm üveit grubu içerisinde %6 oranında görülmektedir (26).

Reiters sendromunda gelişen üveit selim seyirlidir. Yine ülseratif kolit ve Crohn hastalığında (sakroiliak eklem tutulumu) gelişen üveit selim seyirlidir (27).

3. Posner-Schlossman Sendromu

Tek taraflı, granülomatöz olmayan iritis atakları ve akut göziçi basıncı yükselmeleri ile karakterize göz hastalığıdır (21).

4.Fuchs heterokromik iridosikliti

Hastalığın önemli bulguları iki göz arasındaki renk farklılığı ve tüm endotelyal yüzeye dağılmış olarak bulunan ince keratik presipitatlardır (26, 28).

5.HLA-B27 Üveiti

Tekrarlayan granülomatöz olmayan ön üveitlerde araştırılması hasta takip ve tedavisine yarar sağlayabilir.

Ayrıca bu hastaların sistemik yönden daha sıkı araştırılması ileride gelişebilecek sistemik hastalıkların tanı, takip ve tedavisinde fayda sağlayacaktır (29, 30).

6. Lense bağlı üveitler

Fakoantijenik, fakolitik ve fakotoksik olmak üzere üçe ayrılır (29).

7. Schwartz Sendromu

Retina dekolmanı sonrasında gelişir. Artmış göz içi basıncı, geniş ön kamara ve ön üveit bu sendromu oluşturur (31).

8. Tübülointersitisyel nefrit ve üveit sendromu

Üveit oluşumundan bir yıl kadar önce hastalarda nefrit gelişimi görülmektedir. Bu hastalarda gelişen üveit genellikle çift taraflı tekrarlayan ve granülomatöz olmayan tiptedir (32, 33).

2.2.4.2 Orta Üveit Yapan Nedenler

Orta üveitler içerisinde en sık rastlanan tip pars planittir.

1. Behçet hatalığı
2. Sarkoidoz
3. Multiple skleroz
4. Juvenil kronik artrit
5. Akut interstisyel nefrit (34).

2.2.4.3 Arka Üveit Yapan Nedenler

1. Retinitler

Fokal retinitler

- Toksoplazma
- Rubella retiniti
- Onkoserkiazis
- Sistiserkozis

Multifokal retinitler

Sifiliz

Sarkoid

Herpes simpleks virüsü

Sitomegalovirüs

2. Koroiditler

Fokal koroiditler

Toksokariasis

Tüberkülozis

Nokardiasis

Üveit maskeli sendrom

Multifokal koroiditler

Histoplazmozis

Sempatik oftalmi

Vogt-Koyonagi-Harada

Sarkoidozis

2.2.4.4 Panüveit Yapan Nedenler

Panüveite neden olan immünolojik hastalıklar

Behçet

Sempatik oftalmi

SLE

Sarkoidoz

Poliarteritis nodosa

Vogt-Koyonagi-Harada

Panüveite neden olan enfeksiyöz hastalıklar

Sifiliz

Brusellozis

Onkoserkiyazis

Toksokariyazis

Sistemik kandidiyazis

Tüberkülozis

Leptospirozis

Lyme

Toksoplazma (21, 26, 35, 36).

2.2.5. Üveitlerde Tedavi

Mevcut klinik görünüm detaylı olarak incelenmelidir ve tanıya yönelik gerekli tetkik ve konsültasyonlar istenmelidir. Tedavi öncesinde hastalar, ilaçların uzun süreli kullanımı nedeniyle tedavinin ekonomik boyutu, oluşabilecek yan etki ve toksik etkiler konusunda bilgilendirilmelidir (37).

2.2.5.1 Kortikosteroidler

Kortikosteroidler, üveit tedavisinde anti-enflamatuar etkileri nedeniyle tercih edilen ilaç grubudur. Topikal ve sistemik olarak kullanılabilirler (38). Kortikosteroidler hücrel ve fibrinöz eksudasyonu azaltarak, kapiller geçirgenliğini düzelterek, kollajen ve fibroblast oluşumunu engelleyerek göz üzerine spesifik olarak etki eder. Ayrıca yeni damar oluşumunda endotel ve epitel yenilenmesini geciktirir (39, 40). Steroid kullanımı sonucu oluşan yan etkiler; aydede yüzü, kilo artışı, akne, enfeksiyon, hipertansiyon, sıvı tutulumu, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, ülser, osteoporoz, katarakt, viral enfeksiyonlardır (41). Topikal steroidler özellikle ön üveitlerde tercih edilir. Perioküler steroid enjeksiyonu ön kamarada yüksek ilaç konsantrasyonu ve hızlı etki elde etmek için ve ayrıca arka segment etkilerinden faydalanmak amacıyla kullanılabilir. Oral steroidler özellikle nonenfeksiyöz kökenli üveitlerin tedavisinde tercih edilir. Bir ay süreyle yüksek doz verildikten sonra doz azaltılır (42).

2.2.5.2 Midriyatik ve Sikloplejik Ajanlar

Topikal olarak kullanılırlar.

Uzun etkili ajanlar; homatropin, skopolamin, atropindir. Siliyer spazmı çözmek için kullanılırlar.

Kısa etkili ajanlar; tropikamid, siklopentolatıdır. Kronik iridosikliti olan ve pupilin hareketli bırakılması gereken, ışıktan rahatsız olan hastalarda sineşi oluşumunu engellemek için kullanılabilirler (35).

2.2.5.3 Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar

Oküler penetrasyonu daha iyi olması nedeniyle oral kullanımından çok topikal kullanımı tercih edilmektedir. Anti-enflatuar etkileri nedeniyle tercih edilirler. Kortikosteroidlere oranla daha zayıf anti-enflatuar etkileri olmasına rağmen kortikosteroidlerin yan etkileri nedeniyle doz azaltımına gidildiği dönemde tercih edilebilirler (43).

2.2.5.4 İmmun Sistem Üzerine Etkili İlaçlar

Kortikosteroidlere cevap alınamadığı dönemde immunoterapötikler tercih edilebilir. Bu ilaçlar genellikle düşük doz steroidlerle belli bir süre kombine şekilde kullanılırlar. İmmun sistem üzerine etkili ilaçların tedavi edici etkileri uzun süreli kullanımlarda görülmektedir (37).

Siklofosfamid; Behçet hastalığı ve diğer posterior tutulumlu üveitlerde önceleri sık kullanılırken kemik iliği toksitesi gibi ciddi yan etkileri nedeniyle diğer tedavilerden yanıt alınamadığı durumlarda kullanılmaya başlanmıştır (44).

Azatiopurin; Posterior tutulumlu idiopatik üveitlerde ve sık tekrarlayan ve şiddetli Behçet hastalarında tercih edilmektedir. Kemik iliği supresyonu ve hepatotoksisite yan etkileridir (45, 46).

Metotreksat; Juvenil idiopatik artrite eşlik eden üveitte ve şiddetli endojen üveitlerde tercih edilmektedir (47, 48). Yan etkileri hepatotoksisite, sitopeni, interstisyel pnömoni, karın ağrısı, bulantı ve kusmadır (49).

Takrolimus; Nefrotoksisite, hipertansiyon, nörotoksisite ve hiperglisemi gibi yan etkileri olan bu ilaç, görmeyi tehdit eden posterior üveitlerde ve Behçet hastalığında tercih edilmektedir (47, 48).

İnfliksimab; Behçet hastalığına eşlik eden üveit tedavilerinde kullanımını gösteren kontrollü çalışmalar mevcuttur (50).

2.2.5.5. Üveitlerde Cerrahi Tedavi

Üveitlerde cerrahi yalnızca komplikasyonlar için değil, hastalığı iyileştirmek için de yapılmaktadır. Sık olarak posterior üveitlerde tercih edilmektedir (51)

2.3. Kronik Hastalıklarda Depresyon ve Anksiyete

Kronik hastalıklar, tıbbi açıdan organik ve fizyolojik süreçleri içerir. Hasta için ise, biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Anksiyete ve depresyon fiziksel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır. Bu psikiyatrik bozukluklar hastanın uyum ve yaşam kalitesini bozmakla kalmayıp, hastalığın gidişini, tedaviye cevabını, komplikasyonlarını, seyrini ve hastanın yaşam süresini de etkilediği bilinmektedir. Hastalara uygulanan psikolojik tedaviler hastanın güven duygusunu, hastalığa ve tedavi programına uyumunu ve yaşam kalitesini artırırken, hastalığın semptomlarının şiddetini, nüksünü ve komplikasyonlarını azaltmaktadır (52, 53). Yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdüren birey sağlığının kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenir ve bu yeni rol fiziksel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle hastanın ruhsal durumunu etkilemektedir. Hastalarda bir çok etkinlikte başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını kaybedebileceği korkusu, ayrılık ve gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden organ ve bölümlerinin zedeleneceği korkusu, pişmanlık ve suçluluk duygusu gibi değişik duygular hastalığın basit ya da yaşamı tehdit eder nitelikte olmasından bağımsız olarak görülebilmektedir. Sonuç olarak hastalarda depresyon, anksiyete, regresyon, kızgınlık, yas tepkisi, yadsıma gibi duygusal tepkiler görülmektedir. Bu tepkiler arasında en sık görülenler ise depresyon ve anksiyetedir (53, 54).

Psikiyatrik hastalıkların tanınması ve tedavi eksikliklerinin nedenleri olarak hastaların bedensel belirtilerini vurgulayıp, duygudurumla ilgili ve bilişsel belirtilerinin yok sayılmaları, hekimlerin fiziksel belirti ve bulgulara odaklanıyor olmaları, fiziksel hastalığı olanlarda psikiyatrik belirti ve bozuklukların normal bir tepki olarak değerlendirilmeleri sayılabilir (55). Yorgunluk, uyku bozukluğu, kilo kaybı, suçluluk hissi, irritabilite gibi vejetatif bulgular ve somatik yakınmalar psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi fiziksel hastalıklarda tanımlanması nedeniyle, ağlama, ilgi kaybı, zevk

alamama, ümitsizlik, ölüm düşüncesi, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, güvensizlik ve kararsızlık gibi duygulanım ve bilişsel bulgular depresyonun tanımlanmasında daha değerlidir (52). Anksiyete, çoğu zaman bilinç dışı çatışmaya bağlı olarak oluşan, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltı olarak adlandırılır. Anksiyeteli bir kişi belirsizlik ve yarımsızlık duygusuna eşlik eden belli olmayan bir gelecek korkusu ya da endişe duygusu yaşayabilmektedir ve hastalığını olduğundan daha olumsuz olarak algılayabilmektedir. Böylece hastalığın belirtileri daha şiddetli yaşanabilir (56).

Sonuç olarak, fiziksel hastalıklara anksiyete ve depresyon sık olarak eşlik etmektedir. Hastaların uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve giderlerini, düzelme ve iyilik durumunu, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir (53).

2.3.1 Depresyon

Depresyon, sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir; Bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsayan belirtiler ve bulgular kümesidir. Depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik hissi, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları, dikkat ve konsantrasyon azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendrom olarak kabul edilir.

Depresyon, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmektedir ve böylece işgücü kayıplarına yol açmaktadır. Yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini artırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (57).

Depresyon ve benzeri ruhsal rahatsızlıkların tanımlama ve sınıflandırma çabaları eski çağlara kadar uzanmaktadır. İlk kez Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etyolojisi ile ilgili bir açıklamalar yapmıştır. Hipokrat ekolü, insanın vücudunda emosyonları ile ilgili olarak, kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere dört sıvı olduğunu ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melonkali ve paronaya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür (58, 59). Hipokrat sonrası Galen tıbbında da melonkoli tanımı kullanılmıştır. 1621 yılında Burton tarafından ‘melankolinin

anatomisi' adlı eserde depresif hastaların duygularını, düşüncelerini ve yaşadıkları sıkıntıyı oldukça iyi tanımlamıştır. Falret 1854'te bazı depresyonlu hastaların zaman içinde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemlemiştir. Falret tarafından bu durum dalgalanan delilik anlamına gelen 'la folie circulaire' olarak tanımlanmıştır. 19. yüzyılda Alman psikiyatri ekolü modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmıştır. Kahlbaum tarafından 1882'de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlanmış ve bu durumun hafif şekline ise 'siklotimi' denmiştir (59, 60). Kraepelin tarafından ise depresyon 'manik depresif hastalık' ve 'involusyonel depresyon' olarak ele alınmış ve 'dementia prekoks' ile ayrımı açık bir şekilde yapılmıştır. Kraepelin, depresyonun kişide çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik bir zeminle ilgili olduğunu savunmuştur. Ayrıca manik depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümü olduğu da Kraepelin tarafından vurgulanmıştır.

Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin seyrinin sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sınıflandırma yöntemleri kullanılmaktadır (58, 60).

2.3.1.1 Depresif Bozuklukların Sınıflandırması (DSM-5)

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre depresif hastalıklar aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (61):

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
- Major (yeğın) Depresyon
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Premenstrüel Disfori Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.3.1.2 DSM- 5 Majör Depresyon Tanı Kriterleri

DSM-5'e göre major depresyon aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; Bu

belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu-durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da veya artık zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kendisi bildirir (örn. Üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. Ağlamaklı görünür). (Not: çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil) özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

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

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

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

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (61).

2.3.1.3 Depresyon Epidemiyolojisi

Tüm dünyada yaşam boyu majör depresyon prevalansı her geçen gün artmaktadır. Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde majör depresif bozukluk için yaşam boyu prevalansı % 14.6, 1 yıllık prevalans ise % 5.5 dir. Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde % 11.1 ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ise % 5.9'dur. A.B.D'de 1990'lı yıllarda % 3.3 olan nokta prevalans 2000'li yıllarda iki kattan fazla artarak % 7'ye yükseldiği gözlemlenmiştir. Depresyon, her bir epizodun, birkaç ay ile birkaç yıl arasında sürebildiği, epizodik tekrarlayan bir hastalıktır. Bu hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmektedir. İlk epizodu takip eden 2 yıl içerisinde rekürrens oranı % 40 iken, iki epizod sonrası 5 yıl içerisinde rekürrens riski % 75'e yükseldiği bildirilmiştir (62, 63, 64, 65).

Küey ve Güleç'in 1993'te Türkiye'de bu konu ile ilgili yapılmış epidemiyolojik çalışmaları gözden geçirildiğinde, toplum içinde klinik düzeyde

depresyon prevalansı % 10 civarında olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığa ikincil depresyonlar dikkat çekici düzeyde (% 4-% 8.8) olduğu tespit edilmiş ve depresyonun klinik örüntüsünde baş ağrısı, bitkinlik, psikomotor yavaşlama, çalışma verimsizliği, uykusuzluk gibi bedensel belirti ve bulguların ruhsal belirtilere oranla ön planda olduğu gösterilmiştir.

Ülkemizde yapılan epidemiyolojik araştırmalar sonucunda; 40 yaş ve üzerinde olma, kadın olma, dul olma ve alt sosyo-ekonomik gruba ait olmanın depresif bozukluklar açısından risk etmenleri olduğu belirlenmiştir (66). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen, Türkiye’de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması sonuçlarına göre, erişkin yaş grubundaki kadınların % 22.4’ünde, erkeklerin % 10.9’unda en az bir ruhsal bozukluk bulunduğu saptanmıştır. Ağrı bozukluğu dışta tutulduğunda en sık rastlanan ruhsal bozukluğun, kadınlarda % 7.9, erkeklerde % 5.8 ile depresif bozukluklar olduğu tespit edilmiştir. Ancak ruhsal bozukluk sıklığının yüksek olmasına rağmen, tedavi için başvuru sıklığı düşük olup kadınlarda % 6.4, erkeklerde % 2.7 olarak saptanmıştır (67).

2.3.1.4 Depresyon ile İlişkili Olası Risk Etmenleri

Depresyonun oluşmasında, genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve toplumsal-çevresel etkenlerin rol oynadığı kabul edilmektedir. Depresyon; birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da oluşabilmektedir (68).

Yaş

Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara kadar her yaşta görülebilen bir bozukluk olmakla birlikte, genel olarak orta yaş hastalığı olarak bilinmektedir. Hastalık başlangıcı 20-50 yaşlar arasında en yüksek seviyeye ulaşır.

Cinsiyet

Yapılan tüm çalışmalarda, ülke ve kültürden bağımsız olarak, major depresif bozukluk, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir (69). Puberte öncesi dönemde kız ve erkek çocuklarda eşit dağılım gösterirken, adölesan ve erişkinlik döneminde cinsiyetler arası fark ortaya çıkmaktadır ve fark, gençlerde ve orta yaş

grubunda, çocuklar ve yaşlılar grubuna göre daha belirgin düzeydedir. Depresyon sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda yüksek olmasının nedenleri tam olarak bilinmemektedir ancak bu durum daha çok hormonal değişikliklere, toplumsal değer yargılarına, farklı stresörlerle karşılaşmaya, çocuk yetiştirme biçimlerine bağlanmaktadır (70).

Medeni Durum

Çalışma sonuçları, depresyonun medeni duruma göre dağılımında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Yapılan birçok çalışmada depresyonun, ayrılmış, boşanmış ya da dul kişilerde daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Evli olanlarda, evlilik ilişkilerinin kötü olmasının da depresyon riskini arttırdığı tespit edilmiştir (71, 72)

Aile Öyküsü ve Genetik Etkenler

Aile öyküsünde depresyonun olması kişide depresyon oluşma riskini arttırmaktadır (73). Hastaların özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyon riski 2-3 kat arttığı tespit edilmiştir (74). Kadınlarda ve erkeklerde genetik riskin değişmediği tespit edilmiştir. Monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere oranla hastalığa yakalanma oranlarının belirgin şekilde daha yüksek olması, genetik geçişin etkisini göstermektedir (75).

Kişilik Yapısı

Yapılan birçok çalışma obsesif, oral-bağımlı, abartılı duygusallık ve ilgi çekme ile ilgili kişilik özelliklerinin depresyon için risk oluşturduğunu göstermiştir. Depresyona eğilimli kişilerin; öz güvenleri düşük, kişilerarası ilişkilerinde bağımlı, duygularını ifade etmekte güçlük çeken, stresörler karşısında bunaltı geliştirmeye yatkın, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkilerinde yetersiz oldukları tespit edilmiştir (76).

Diğer etkenler

Düşük sosyo-ekonomik düzey, işsizlik, hastalıklar, sosyal desteğin zayıf oluşu, eşin/ebeveynin/çok sevilen bir yakının kaybı da depresyonla ilişkili diğer durumlardır (77).

2.3.2 Anksiyete

Latince kökenli bir kelime olan ve boğulma ya da tıkanma anlamına gelen angre kelimesinden türetilmiş olan anksiyete, Türkçede kaygı, bunaltı, iç sıkıntısı, can sıkıntısı veya hoş olmayan heyecansal bir endişe hali gibi sözcüklerle eş anlamlıdır (78,

79). Anksiyete, “sanki kötü bir şey olacaktı gibi” bir duygu oluşturarak kişide alarm durumuna neden olur (80). Anksiyete ya da kaygı bir tehlike ya da nesne eksikliğine bağlı olan nedeni belli olmayan gerginlik, huzursuz ve sıkıntı hali olup içgüdüsel bir tepki şeklinde tarif edilir (81). Anksiyete ile korku kavramları birbirinin yerine kullanılmasına rağmen aynı kavramlar değildirler. Korku, bir nesneye yönelik oluşurken, anksiyetenin ise nesnesi yoktur. Anksiyete stres oluşturan durumlarda daha belirgin olarak hissedildiği bilinmektedir (82).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) anksiyeteyi şöyle açıklamıştır; Kaynağı tam olarak bilinmeyen korku ile beraber çarpıntı, terleme, bulantı kusma, midede boşluk duygusu, gaz sancısı, göğüste sıkışma, endişe, konsantre olamama, kendine güvende azalma gibi fiziksel tepkilerle karakterize tedirginlik hali (83, 84).

İnsan davranışlarının gelişiminde anksiyetenin önemini vurgulayan ilk kuramcı Sigmund Freud olmuştur. Freud’a göre anksiyete, insanların içgüdüsel dürtülerinden kaynaklanır ve fiziksel veya çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarır, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme çabasına katkıda bulunur (84, 85).

Freud tarafından anksiyete kavramı üç grupta incelenmiştir;

1) Objektif veya Gerçekçi Anksiyete:

Korku ile eşdeğer olup, dış uyarıcılardan kaynaklanır. Dış uyarıcının şiddeti ile anksiyetenin şiddeti doğru orantılı olarak artar. Gerçekçi anksiyete durumu benlik, alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkmaktadır. Yaşam boyunca gözlemlenen gerçek tehlike durumunda zaman zaman tüm insanlar tarafından yaşanabilmektedir.

2) Ahlak/Moral Anksiyete:

Gelişmiş süperegosu olan bir kişinin yetiştirildiği törelere ve kurallara aykırı bir davranışta bulunduğu ya da bulunmayı planladığı zaman aşağılanma, değersizlik, suçluluk ve utanç duyması şeklindedir.

3) Nevrotik Anksiyete:

Tehlike kaynağı bireyin içindedir ve bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanmaktadır. Patolojik olarak tanımlanmaktadır. Nevrotik anksiyete, içgüdülerin kendisinden korkmaz, ancak içgüdülerin doyum bulmasının ceza ile sonuçlanmasından korkmaktadır (82, 86).

Spielberger ise iki faktörlü kuramında anksiyete kavramını durumluk ve sürekli anksiyete olarak ikiye ayırarak açıklamıştır. Durumluk anksiyete, bireyin içinde

bulunduğu baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Baskının yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete düzeyinde yükselme, baskı ortadan kalkınca düşme görülür. Sürekli anksiyete ise, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak bireyin kendisini nasıl hissettiğini gösterir (86, 87). Sürekli anksiyete süreklilik gösterir ve kişinin artmış biçimde anksiyete ile tepki verme yatkınlığı olup onun yapısı ya da kişiliği ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle sürekli anksiyete genel anksiyeteye yatkınlık yaratan bir etken olarak düşünülebilir (83).

2.3.2.1 Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişikliklere yol açar. Anksiyetenin farklı düzeylerde ve farklı fiziksel, psikolojik belirtilerle kendini gösterebileceğini öne süren Hay, anksiyeti hafif, orta, ağır ve panik düzeyde olmak üzere dört aşamada incelemiştir (82, 87).

1. Hafif Düzeyde Anksiyete: Hafif düzeydeki anksiyetede kişi çevresinde olup bitenlerden haberdar durumdadır. Çok az gerilim vardır ve bu gerilim kişide enerji artışına neden olur. Kişinin duyguları alarm halindedir. Kişi kendi ilgi alanlarına ve çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcıdır. Bu nedenle anksiyete kişi de öğrenmeyi artırır. Kişinin yaratıcılığını olumlu etkilemektedir. Hafif anksiyetede kişide konsantrasyon ve mantık yürütme yeteneği tamdır. Bu kişi etkin problem çözme becerisine sahiptir. Kişinin konuşma hızı ve ses tonu, konuşma içeriği ile uyumluluk gösterir.

2. Orta Düzeyde Anksiyete: Bu anksiyete düzeyindeki kişi, daha dikkatli ve gergin durumdadır. Orta düzeyde anksiyetede kişinin konsantrasyon yeteneğinde, algılama düzeyinde ve iletişim becerilerinde azalma gözlemlenmiştir. Çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşabilmesine rağmen çevresel ayrıntılara daha az farkındalık gösterir. Böylece önemli ayrıntıları daha az unutulur. Sorun çözebilmektedir. Bireyin kan basıncı, nabız sayısı ve solunumu arttığı gözlenmiştir. Bireyde kalp çarpıntısı, kas gerginliği mide şikayetleri ve terleme gibi hafif somatik belirtiler görülmektedir.

3. Şiddetli Düzeyde Anksiyete: Şiddetli anksiyete düzeyinde birey, çevresinde olup bitenleri algılamada zorluk çekmektedir. Kişinin algılama ve kavrama alanı iyice daralmıştır. Kişi kontrolünü kaybetmiştir. Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta

zorlanmaktadır. Öğrenme gerçekleşmez, kişi sadece ayrıntıları hatırlar. Kişi huzursuz ve gergin durumdadır. İstemli kas tonusu artmıştır ve çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı ve göğüs ağrısı tariflemektedir.

4. Panik: Anksiyetenin en yoğun yaşandığı panik düzeyinde kişinin dikkati dağılmıştır. Çevresinde olup bitenleri kavrayamaz ve çevresel tehlikelere karşı yanıt veremez. Emosyonel denge bozulmuştur ve kişi halüsinasyon ve hezeyan tariflemektedir.. Panik durumundaki kişide dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtiler görülür ve bu durumda kişi kendini ezilmiş, korkmuş hisseder. Kriz aşamasında olan birey ölüm korkusu yaşayabilir ve bu aşamada mutlaka profesyonel yardım almalıdır (82, 89).

2.3.2.2 Anksiyetenin Fizyolojisi

Bir tehditle karşılaşan kişinin hipotalamusu uyarılır. Uyarılan hipotalamus da sempatik sinir sistemini ve hipofiz bezini etkileyerek çeşitli hormonların salgılanmasına neden olur.

Sempatik sinir sisteminin uyarılması sonucunda; sempatik sinir liflerinden “norepinefrin”, adrenal bez medullasından “epinefrin” ve “norepinefrin” salgılanır. Norepinefrin periferik damarlarda konstrüksiyona neden olur, böylece kan basıncı yükselir, cilt soğuk ve soluk olur. Periferik damarların konstrüksiyonu sonucunda böbreklere giden kan akımı azalır ve böylece renin salgılanır. Renin anjiotensin I ve anjiotensin II salgılanmasını sağlar. Anjiotensin II ise damarlarda vazokonstrüksiyon neden olurken, aldesteron ve antidiüretik hormon salgılanmasını da sağlamaktadır. Epinefrin ise ile kalp atım hızı ve kasılma gücünü artırırken aynı zamanda karaciğerdeki glikojenin glikoza dönüşümünü sağlayarak kan glikoz düzeyinde artış sağlar (82).

Hipotalamus hipofizi, hipofiz ön lobundan adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve hipofiz arka lobundan antidiüretik hormon (ADH) salgılatarak etkilemektedir. ADH böbreklerden suyun geri emilimini artırarak kan basıncını artırırken ACTH adrenal korteksi etkileyerek aldesteron ve glikokortikoidlerin salgılanmasına neden olur. Glikokortikoidler protein ve yağlara etki ederek glikoza dönüşümü artırır ve böylece kan şekeri yükselir. Böylece vücut sistemleri tehditten uzaklaşmak veya tehdiye karşı koymak için bireye yeterli enerji sağlanmış olur.

Gastrointestinal ve genitoüriner sistem yavaşlar böylece kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon ve ağız kuruluğu gibi klinik belirtiler görülür. Beyne kan akışının artması sonucu uyanıklık artmaktadır. Bu fizyolojik etkiler, anksiyetenin düzeyi ve süresine göre farklılık göstermektedir (82, 84, 90).

2.3.2.3 Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalansı % 4.1-6.6 arasındadır. Bu hastaların doktora başvuru oranları diğer hastalıklardan 2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir ve başlangıç yaşı ortalama 20 yaş öncesidir (91, 92, 93). Hayat boyu erkeklerin % 19 kadarında kadınların ise % 31 kadar kısmında anksiyete bozukluğu tiplerinden bazıları görülmektedir (94).

2.3.2.4 Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırması (DSM-5)

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre anksiyete bozuklukları aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (61):

- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık (mutizm)
- Özgül fobi
- Sosyal fobi
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

2.3.2.5 DSM- 5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma
2. Kolay yorulma
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihin boşalması
4. Kolay kızma
5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtile, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda [sosyal fobi] olumsuz değerlendirme, takıntı zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

2.4 Aleksitimi

Aleksitimi kavramı, Yunanca’da; A, yok- lexis, söz- thymos, duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş ve Türkçe’ye ise “duygular için söz yokluğu” şeklinde çevrilmiştir (95).

Aleksitimi, başlangıçta psikosomatik belirtilerle ilişkili durumları açıklamak amacıyla ortaya atılmış bir kavram olmasına rağmen, daha sonraları aleksitiminin sadece psikosomatik hasta popülasyonuna özgü bir kavram olmadığı, sağlıklı bireylerde de aleksitiminin, yaygın bir özellik olduğu anlaşılmıştır.

İlk olarak Ruesch 1948 yılında analitik terapiye aldığı psikosomatik hastalarda yaptığı çalışmalarda bu kişilerin çoğunun nevrotiklerden farklı olarak duygularını ve rahatsızlıklarını sözel ya da sembolik olarak ifade edemediklerini tespit etmiştir. Psikosomatik şikayetlerle gelen kişilerin bu özelliklerini psikosomatik hastalıkların temelinde yatan sorunun özü olan “çocuksu kişilik (infantil personality)” olarak kavramsallaştırmıştır (96, 97).

1949 yılında Mac Lean makalesine psikosomatik hastaların duygularını söze dökmede zihinsel bir yetersizlik yaşadığını belirtmiştir. Bu hastalarda duyguların neokortekse ulaşıp sözel yolla anlatım bulmak yerine amigdalada takılı kalıp, “otonom” yollarla ifade edildiğini, yani “organ diline” çevrilerek bedensel belirtiler olarak kendini gösterdiklerini bildirmiştir (98, 99).

1963 yılında Fransız psikanalistlerden bir grup tarafından, psikosomatik şikâyetleri olan kişilerde “fantazi kısıtlılığı, duygusal yaşamda kısıtlılık, işe vuruk pratik, faydacı düşünme eğilimi, hayal kurma ve sözel ifade güçlüğü gibi belirtiler tespit edilmiştir (97). 1968 yılında ise; psikosomatiklere benzer şekilde duygularını tanıma ve ifade güçlüğü, fantezi ve hayal yaşantılarında azalma olduğu bildirilmiştir (99).

Sifneos 1972 yılında Londra’da ki bir konferansında, özellikle psikosomatik hastalar üzerinde klinisyenler ve araştırmacılar tarafından yapılmış olan araştırmalar sonucunda belirlenmiş olan, duygularını tanıma ve sözel ifade güçlüğü, hayal ve fantezi yaşamında kısıtlılık, çatışma ve engellenme durumlarındaki problemlerini bedensel belirtiler olarak yansıtmaya gibi özellikleri “aleksitimik özellikler” olarak tanımlamıştır. Bu bireylerdeki en temel özelliğin ‘duyguların ifade edilmesindeki yetersizlik’ olduğu düşüncesi ona göre bu kavramı kullanmasının esas nedenidir (100). Şahin ise aleksitimi için sadece duygular için söz yitimi anlamına gelen duygulara karşı dilsiz olmakla

kalmayıp, aynı zamanda duygularına karşı sağır olduklarını savunarak aleksitimi için duygusal ahrazlık teriminin kullanılmasını önermiştir (101).

2.4.1 Aleksitimi Epidemiyolojisi

Aleksitiminin toplum çalışmalarında yaygınlığı % 6.7 ile % 18.8 arasında değiştiği bildirilmektedir (102). Kokkonen ve ark. 5993 kişilik örneklem grubunda yapılan çalışma sonucunda erkeklerin % 9.4'ünün, kızların ise % 5.2'sinin aleksitimik özellikler gösterdiği bildirilmiştir (103). Ülkemizde sağlıklı popülasyonda yapılan ve Irvine ve Toronto Aleksitimi Ölçeklerinin kullanıldığı bir çalışmada her iki ölçekten de yüksek puan alanların oranı % 5.6 olarak bildirilmiştir. Ayrıca Toronto Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranı % 16.7, Irvine Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranı ise % 3.4 olduğu bildirilmiştir (104).

2.4.2 Aleksitimide Klinik Belirtiler

Aleksitimi kavramının kişilik özellikleri Sifneos tarafından dört temel başlık altında toplanmıştır.

Bunlar;

- a) Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme güçlüğü
- b) Hayal Kurma, Fantezi yaşamında Kısıtlılık
- c) İşlemsel düşünme (Operational Thinking)
- d) Dış Merkezli Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı (105).

a) Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme Güçlüğü

Aleksitimik bireylerde duygularını tanıma ve ifade etmedeki güçlükler en belirgin özelliklerdir. Duygularını “rahatlama ve rahatsız olma” gibi basit kelimeler seçerek anlatmaya çalışmaktadırlar ya da “gevşeme ve gergin olma” gibi bedensel tepkilerle ifade etmektedirler. Tekrarlayıcı ve ayrıntılı konuşma şekilleri gözlemlenir. Bedensel yakınmalarından sıklıkla söz etmektedirler. Duygusal yaşamlarındaki kısıtlılık, bazen duruşlarındaki donukluk ve bazen de duygularının yüzlerinden anlaşılmamasıyla da kendini göstermektedir (106, 107).

b) Hayal Kurma, Düşlem (Fantazi) Yaşamında Kısıtlılık

Hayal gücü oldukça zayıf olan bu bireyler nadiren hayal kursalar bile bunu bir zaman kaybı olarak algırlar. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içinde, tutku ve özlemlerin silik bir biçimde yansıdığı renksiz fantaziler şeklindedir. Çoğu kez duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler. Hatta yetişkin yaşamlarında hayal kurmayı hiç beceremedikleri iddia edilmektedir (106, 108). Sifneos'a göre aleksitimik kimselerin düşlem ve fantezi yaşantılarında eksiklik olması, onların daha çok detaylara dikkat etmesine ve işlemsel (operative) düşünceleriyle sonuçlanmaktadır (105, 109). Hayal kurma becerilerindeki eksiklikleri nedeniyle yaratıcı olmakta zorluk yaşayabilmektedirler. Dış uyaranlar doğrultusunda eylem ve düşünceleri şekillenir. Aleksitimik kişiler çevrelerinde bulunan kişiler tarafından donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tarif edilirler (105, 106).

c) İşlemsel Düşünme (Operational Thinking)

Aleksitimik bireyler duygularını tanıma ve ifade güçlüğü yaşamalarına, düşlem ve fantazi yaşantılarındaki kısıtlılığa rağmen, pragmatik ve mekanik tarzda düşünme eğilimleri nedeniyle çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. Karşılaştıkları sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler ve bu sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Aleksitimiklerin bu davranış şekli çevreyle kurdukları ilişkilere de yansımaktadır. Çevrelerindeki kişilerle yaşadıkları sorunlara ilişkin konuyu en kısa yoldan sonuçlandırmanın yöntemlerini araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli önlemleri almaya çalışırlar. Bu özellikleri nedeniyle aleksitimik kişiler genellikle çevreleriyle büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz insanlar gibi görünürler (110, 111).

d) Dış Merkezli Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı

Aleksitimik bireyler mekanik, pragmatik ve uyum sağlamaya yönelik düşünme eğilimleri nedeniyle daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Çevrelerindeki kişilerle olan ilişkileri, tutum ve davranışları iç etkenler ve onlara bağlı duygular tarafından değil daha çok dış uyaranlar tarafından yönlendirilir. Aleksitimikler uyum için aşırı istek ve çaba gösterirler. Bundan dolayı çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinirler (110). Mc Dougal bu uyumu 'yalancı normallik' (pseudonormality) olarak değerlendirmektedir. Zeki olabilen bu kişiler, zekâlarını daha çok duygularını gizlemek ve uyum sağlama çabaları için kullanırlar (112).

2.4.3 Aleksitimiye açıklayan kuramlar

Aleksitimiye açıklamaya yönelik birçok kuramlar şunlardır;

- a) Psikoanalitik Kuram
- b) Nörofizyolojik – Genetik Kuram
- c) Davranışçı Kuram
- d) Sosyo–Kültürel Kuram
- e) Bilişsel Kuramlar

a) Psikoanalitik Kuram

Birey, belli bir gelişim döneminde takılma patolojik savunma düzenekleri kullanma, travmatik yaşantılar ya da çatışmalarının olması gibi nedenler sonucu duygusal yaşantılarını sözcikleştirme yeteneğinden yoksun kalabilir. Aleksitimi kavramı da bu sözcikleştirilemeyen duyguların bedensel semptomlar yoluyla ifade edilmesi olarak bilinir (113). Psikoanalitik yaklaşımda, ifade edilemeyen veya sözel yolla paylaşılamayan duygu, çatışma ve gerginliklerin beden dili (somatik) ile ifade edildiği kabul edilir (114).

Luminet (1994) de aleksitimi kavramını erken dönemdeki anne–çocuk ilişkisindeki bozukluklar ve yetersizliklerle açıklamaktadır. Anne çocuk ilişkisinde yaşanan sıkıntıların ileride duyguların bastırılmasına ve bu bastırmadan dolayı da bedensel tepkilerin oluşmasına neden olabileceği şeklinde açıklamıştır (115).

b) Nörofizyolojik ve Genetik Kuram

Nörofizyolojik yaklaşımı benimseyen uzmanlara göre, aleksitimi beyin yarım küreleri arasındaki kopukluk sonucu ortaya çıkmaktadır. Aleksitimi limbik sistemden neokortekse gitmek için harekete geçen duyusal uyarıların bloke edilmesi sonucu, bilinçli duygusal yaşantılara dönüşmemesiyle oluştuğu düşünülmektedir (116).

Aleksitimiye açıklamaya yönelik ortaya koyulan genetik yaklaşım çalışmasında, 15 tek yumurta ikizi ve 18 çift yumurta ikizleri aleksitimik özellikleri yönünden karşılaştırılmıştır. Tek yumurta ikizlerinin testlerde diğer gruba göre daha benzeşen puanlar aldığı görülmüştür. Bu çalışmada örneklemin sınırlı sayıda olması nedeniyle aleksitiminin kalıtsal yönü olduğu yargısına varmada ve yorum yapmada dikkatli olunması gerektiği açıklanmıştır (114).

c) Davranışçı Kuram

Çocuklar için birinci öğrenme modelinde aile içinde büyüklerin duygusal durumlara verdiği tepkiler rol oynar. Davranışçı öğrenme modelinde, aleksitimik kişilerdeki bedensel belirtiler bu hatalı öğrenmeler ile açıklanmaktadır (114).

d) Sosyo–Kültürel Kuram

Sosyo–kültürel kuramı açıklamaya yönelik çalışmalara gelişimsel açıdan bakıldığında, sosyal etkileşim ile duyguları sözel olarak simgeleştirebilme yeteneği arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yeterli sosyal etkileşim gösterememiş çocuklarda, aleksitimik özelliklerin daha kolay ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Böylece aleksitimi çocukluk döneminden itibaren başlayan ve sosyal bağlam içinde gelişen ve pekişen bir kavram olarak değerlendirilmiştir (117).

e) Bilişsel Kuram

Duyguları bilişsel etmenlerle açıklamaya çalışan bilişsel yaklaşımın özünde; duyguların oluşumunda, duygularla ilgili uyarıcıları yorumlama, anlam verme, beklenti oluşturma gibi bilişsel unsurların birincil sorumluluk üstlendiği görüşü bulunmaktadır (106). Farklı ortamlarda benzeri uyarıcılara farklı tepkiler vermemizin ve bir takım çatışmalara girmemizin nedeni, duygularımızı farklı şekillerde yönlendiren, farklı bilişsel yaşantılar geçirmemiz olarak gösterilmektedir (114).

2.5 Stres

Stres, bireyin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile istemsiz şekilde oluşan bir alarm durumudur (118).

Folkman ve Lazarus’a (1984) göre ise stres, birey ve çevresi arasında oluşan, bireyin kaynaklarının zorlandığı ve ya aşıldığı, iyilik durumunun tehlikeye girdiği durum şeklinde açıklanmıştır (119).

Kişinin uyumunu bozan, organizmaya yapısal ve işlevsel açıdan olumsuz etkide bulunan stres, kişide bir takım psikolojik ve fizyolojik yakınmalara neden olabilmektedir (120).

Stres kişilerin günlük yaşamları içerisinde, fiziksel ya da psikolojik sağlıklarına karşı tehdit olarak algıladıkları olaylarla karşılaştıkları zaman gerçekleşir (121). Stres ile karşılaşan birey, kendini koruma amacıyla bir tepki zinciri oluşturur. Stresle “savaşır” ya da “stresten kaçır” (118). Stresin organizmayı fiziksel ve ruhsal açıdan tehdit etmesi

sonucunda ortaya çıkan stres tepkisine “Genel Uyum Belirtisi” adı verilir. Genel uyum belirtisi üç basamakta incelenir;

1. Alarm Reaksiyonu: Bireyin dış uyaranı stres olarak algıladığı dönemdir. Bu dönemde organizmada şok ve kontrşok gözlenir. Şok döneminde vücut ısısı ve kan basıncı düşüp, kalp ritmi hızlanırken şok döneminin hemen ardından kontrşok dönemi gözlenir. Bu dönemde, organizma stresle başa çıkabilmek için aktif olarak fizyolojik tepkimelerde bulunur ve bu fizyolojik tepkimelerde ki amaç, organizmayı savaşıarak veya kaçarak korumaya çalışmaktır.

2. Direnç Dönemi: Bu dönemde vücut direnci normalin üzerindedir. Organizma yaşadığı stresle başa çıkabilmek için, o strese karşı yüksek direnç gösterirken, diğer stres verici durumlara karşı direnci düşmektedir. Direnç dönemi başarıyla tamamlanırsa, beden normal haline geri döner ancak bu dönemde başarısız olunursa organizma gücünü kaybederek çöker ve kişide tükenme başlar.

3. Tükenme Dönemi: Stres yaratan olayın çok kuvvetli ve uzun süreli olması halinde, organizmada tükenme gözlenir. Bitkinlik ve tükenme nöbetleri gözlenir ve tükenme dönemi ile birlikte organizmada geri dönüşü olmayan izler kalır. Bu dönem hastalıklara karşı en açık olunan dönemdir (118).

2.5.1 Stresle Başa Çıkma Tarzları

Stres karşısında bireyin kaynaklarını aşan veya tüketen, içsel ve dışsal stres kaynaklarının uyandırdığı gerilimi en aza indirgeyebilmek veya tolere edebilmek için gösterilen davranışsal ve duygusal tepkiler bütününe başa çıkma denir (122).

Lazarus (1976) başa çıkmayı, kişilerin dışsal ve içsel istekleri ya da bunlardan doğan çatışmayı kontrol etmeye yönelik, kişinin kendi dinamiklerini genişletici ya da sınırlandırıcı davranışsal ve bilişsel çabaların tümü olarak açıklamıştır (123).

Bireyin stresle mücadele edebilmek için kullandığı stresle başa çıkma tarzları; kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama kategorilerden oluşur (124). Folkman ve Lazarus, stresle başa çıkma tarzlarını şu şekilde açıklamıştır;

1. Kendine Güvenli Yaklaşım: Problem odaklı bir başa çıkma tarzıdır ve burada birey stres karşısında yaşadığı zor durumu aşabileceği güce sahip olduğuna inanır.

2. İyimser Yaklaşım: Problem odaklı bir başa çıkma tarzıdır ve iyimser yaklaşımda birey stres karşısında olayları olumlu yönleriyle görme çabası içindedir.

3. Sosyal Destek Arama: Problem odaklı bir başa çıkma tarzıdır ve burada birey strese maruz kaldığında yakın çevresinde bulunan kişilerden yardım alarak stresini azaltmaya çalışmaktadır.

4. Çaresiz Yaklaşım: Duygu odaklı başa çıkma yaklaşımıdır ve çaresiz yaklaşımda, strese maruz kalan birey büyük bir umutsuzluk içerisinde yaşadığı stresin karşısında kabullenici bir hale gelir. Yaşadığı stresi çaresizce kabullenme eğilimi gösterir.

5. Boyun Eğici Yaklaşım Duygu odaklı başa çıkma yaklaşımıdır. Strese maruz kalan birey, mücadele etmeden var olan bu stresi kabullenir (124).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Üvea Polikliniğinde 09.10.2013 - 09.01.2014 tarihleri arasında inaktif dönemdeki üveit tanısı ile izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 80 (46 kadın, 34 erkek) hasta ve kontrol grubu olarak sadece gözlük muayenesi için gelen, başka bir göz rahatsızlığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuna uygun 80 (48 kadın, 32 erkek) kişi dahil edilerek yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (09-10-2013 tarihli 2013/153 protokol nolu) alınmıştır.. Çalışmaya katılan kişiler çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (EK-1). Kesitsel olarak planladığımız çalışmamızda, çalışmaya katılmayı reddeden hasta ve kontrol grubu olmamıştır.

3.1 Hastalar İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri

- a) 18-65 yaşları arasında olması
- b) Herhangi bir nörolojik hastalığı olmaması ve/veya beyin cerrahi operasyonu geçirmemiş olması
- c) Zekâ geriliği olmaması
- ç) Okuma yazması olması
- d) Ek tıbbi problemi ve/veya başka bir medikal hastalığı olmaması
- e) Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görmüyor olması
- f) Son 6 ay içinde göz ameliyatı geçirmiş ya da 2 ay içinde göz hastalığı nedeniyle ilaç kullanımı olan hastalar olmaması

g) Sistemik ya da topikal B- blokör kullanımı olan hastalar olmaması

3.2 Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri

- a) Yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hastalarla eşleştirilmiş olması
- b) 18-65 yaşları arasında olması
- c) Herhangi bir nörolojik hastalığı olmaması ve/veya beyin cerrahi operasyonu geçirmemiş olması
- ç) Zekâ geriliği olmaması
- d) Okuma yazması olması
- e) Ek tıbbi problemi ve/veya başka bir medikal hastalığı olmaması
- f) Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görmüyor olması

3.3 Araştırmanın uygulanması

Hastaların ve kontrol grubundakilerin önce göz uzmanı tarafından (görme keskinliği, biyomikroskopik muayene, gonyoskopi, göz tansiyonu ölçümü, fundoskopi) ayrıntılı göz muayeneleri yapıldı. Hasta ve kontrol grubu göz muayenesi sonrası psikiyatri kliniğine gönderildi. Burada psikiyatri uzmanı tarafından hasta ve kontrol grubuna sosyodemografik bilgi formu doldurularak DSM-V tanı kriterleri temel alınarak yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapıldı. Sonrasında hasta ve kontrol gruplarına Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), yirmi maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Durumluluk (STAI-I) ve Süreklilik (STAI-II) Kaygı Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (30 madde) uygulandı..

3.4 Gereçler

3.4.1 Sosyodemografik Bilgi Formu ve Hastalık Bilgi Formu

Demografik veriler başlığı altında hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süreleri, sosyo-ekonomik seviyeleri, üveit tanısı aldıktan sonra çalışmanın yapıldığı güne kadar geçen süre (ay olarak), bu süre içerisinde geçirdiği atak sayıları ve

son ataktan sonra geçen süre öğrenildi. Ayrıca hastalara üveite neden olabilecek hastalıklarının ve geçirdikleri son atağın stresle ilişkisi olup olmadığı soruldu (Ek 1).

Göz bulguları başlığı altında ise; etkilenen göz (sağ göz, sol göz, her iki göz şeklinde) sağ göz görme keskinliği, sol göz görme keskinliği, sağ göz tansiyonu, sol göz tansiyonu, takip süresi içinde gelişen komplikasyonlar değerlendirildi.

3.4.2 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Hamilton tarafından geliştirilen ölçeğin son şekli 1967’de verilmiştir. Depresyon tanısını koymaktan ziyade şiddetini ölçmek ve şiddetindeki değişimleri izlemek için kullanılır. Bu çalışmada 17 maddelik formu kullanılmıştır. Bu ölçekte depresif duygudurum, suçluluk, intihar düşünceleri, uyku sorunları, iş ve sosyal aktivite zorlukları, psikomotor retardasyon, psişik ve somatik anksiyete, gastrointestinal, genel somatik ve genital belirtiler, cinsel istek kaybı, hipokondriyak ilgi ve iştah değerlendirilmektedir. Belirtilerin şiddetine göre uygulayıcı tarafından her madde 0-4 arasında puanlanmaktadır. Tanı koydurmamakla birlikte test puanlarının değerlendirmesi şu şekilde yapılır: 0-13 puan depresyon yok; 14-27 puan hafif depresyon; 28-41 puan orta derecede depresyon; 42-53 puan şiddetli depresyon olarak değerlendirilir (125). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (126). Araştırmamızda HAM-D uygulama ve puanlama işlemi, araştırmacı psikiyatrist tarafından yapılmıştır (Ek 2).

3.4.3 Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilen ve anksiyete düzeyini ölçmekte kullanılan bir testtir (127). Anksiyetenin şiddetini ve bu şiddetteki değişimleri izlemek için kullanılır. Hem somatik, hem psişik anksiyete belirtilerini değerlendirir. 14 maddeden oluşan ölçekte, belirtilerin şiddetine göre her madde uygulayıcı tarafından 0 ile 4 puan arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 0-56 arasında değişir. Klinik olarak belirgin anksiyete için 14 puan sınır puan olarak önerilmiştir (128). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (129). Araştırmamızda HAM-D, HAM-A ölçek uygulama ve puanlama işlemi araştırmacı psikiyatrist tarafından yapılmıştır (Ek 3).

3.4.4 Toronto Aleksitimi ölçeği (TAÖ)

Taylor, Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (130). Kişinin kendi duygu ve heyecanlarının farkında olmaması, tanımaması olarak bilinen aleksitimiği araştıran ölçektir.

Likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden her madde için 'Hiçbir zaman', 'Nadiren', 'Bazen', 'Sık sık' ve 'Her zaman' seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. 4, 5, 10, 18 ve 19 numaralı maddeler tersten sorulmuştur. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir.

Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1; 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14 numaralı maddeler), duygularını söze dökmeye güçlük (TAÖ-2; 2, 4, 11, 12, 17 numaralı maddeler), dışa dönük düşünme (TAÖ-3; 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) alt ölçekleri vardır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Türkçe uyarlaması Sayar ve arkadaşları (131) tarafından yapılmıştır (Ek 4).

3.4.5 Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-I ve STAI-II)

1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla yirmişer maddelik iki ölçek oluşturularak geliştirilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma bağlı olarak duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirirken, Sürekli Kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Durumluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla şeklinde iken, sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklindedir.

Öner ve LeCompte tarafından Türkiye'de testin geçerliği ve güvenilirliği sağlanmıştır. Her iki ölçeğin de cevap seçenekleri 1'den 4'e kadar değişmekte ve ölçeklerde 20'şer ifade bulunması nedeniyle, her ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek

olduğunu göstermektedir. Ölçeklerde doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadeler olmak üzere iki ifade şekli bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları ifade ederken, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade etmektedir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerindekiler ise 1'e dönüşmektedir. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterirken tersine dönmüş ifadelerde ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı göstermektedir (132).

Durumluk Kaygı Ölçeğinde tersine dönmüş ifadeler; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadeler; 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'ncü maddelerdir. Puanlandırma aşamasında ise doğrudan ifadelerden elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden belirlenmiş değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. Değerlendirme aşamasında kabul edilen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir ve altmış veya üstündeki değerlerde kaygı düzeyinin normal sınırları aşmış olduğu söylenebilir (132) (Ek 5).

3.4.6 Belirti Tarama listesi (SCL - 90 - R)

Bu ölçek kişilerin ruhsal belirtilerinin dağılımını ve şiddetini belirlemek için ilk kez 1974'te Derogatis tarafından geliştirilmiş ve 1977'de aynı kişi tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beş seçeneği olan likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Soruların, bugün dâhil olmak üzere son 3 ay göz önünde bulundurularak yanıtlanması beklenir. Alt ölçekler; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası hassasiyet, depresyon, anksiyete, öfke, düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizmdir. Ayrıca bir ek belirtiler alt birimi de mevcuttur. Alt ölçeklerin puanları, bireyin maddelere verdiği yanıtların puanlarının sayısal toplamının o alt ölçekteki madde sayısına bölünmesi şeklinde hesaplanmaktadır. Tüm alt testlerden alınan puanların toplamının 90'a bölünmesiyle Genel Belirti Düzeyi değeri hesaplanır. Her bir alt test ve 'Genel Belirti Düzeyi'nin yorumlanmasında 0'dan 1,5'a kadar olan puanlar "normal" kabul edilirken, 1,5-2,5 arası "araz düzeyi yüksek", 2,5-4 arası "araz düzeyi çok yüksek" olarak

yorumlanır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır (133, 134) (Ek 6).

3.4.7 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği, 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri (Ways of Coping Inventory)'nden yola çıkılarak oluşturulmuş, bireyin stresle başa çıkmada kullandığı tarzları belirlemeye yarayan bir ölçektir (135). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (124). SBÇTÖ'nin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik çalışmasında alt ölçekler için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı kendine güvenli yaklaşım alt testi için 0.80, iyimser yaklaşım alt testi için 0.68, çaresiz yaklaşım alt testi için 0.73, boyun eğici yaklaşım alt testi için 0.70 ve sosyal desteğe başvurma alt testi için 0.47'dir (136).

Folkman ve Lazarus'a göre (1980) göre "Problem Odaklı/Aktif Başa Çıkma Tarzı" ve "Duygu Odaklı / Pasif Başa çıkma tarzı" olmak üzere iki temel stresle başa çıkma tarzı vardır (135).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması da orijinali gibi, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar 'Probleme yönelik / aktif' ve 'Duygulara yönelik / pasif' tarzlardır. Ölçeğin aktif tarzlarını 'sosyal desteğe başvurma', 'iyimser yaklaşım' ve 'kendine güvenli yaklaşım' alt ölçekleri oluştururken pasif tarzlarını ise 'çaresiz yaklaşım' ve 'boyun eğici yaklaşım' alt ölçekleri oluşturmaktadır (124).

Problem odaklı başa çıkma tarzı, sorun içeren ve strese neden olan durumu değiştirmek anlamına gelirken, duygu odaklı başa çıkma tarzı ise, mevcut soruna yönelmek yerine, stres içeren durumdan kaynaklanan stres tepkilerine ya da duygularına yönelmek anlamındadır (137).

30 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi olan ölçeğin Türkçe uyarlaması, 5 alt ölçekten meydana gelmiştir. Bu alt ölçekler, "kendine güvenli yaklaşım" (8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddeler), "iyimser yaklaşım" (2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler), "çaresiz yaklaşım" (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddeler), "boyun eğici yaklaşım" (5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeler) ve "sosyal desteğe başvurma" (1, 9, 29 ve 30. maddeler) dir (124).

Ölçeğin Türkçe formunun puanlanmasında, yüksek puanlar kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir. 0-3 arası puanlanan ölçeğin, alt ölçeklerinden biri olan

“sosyal desteğe başvurma”nın hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanır. Her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanır. “Kendine güvenli yaklaşım”, “İyimser yaklaşım” ve “sosyal desteğe başvurma” alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arttıkça kişinin “aktif başa çıkma tarzları”nı; “çaresiz yaklaşım ve “boyun eğici yaklaşım” alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arttıkça “pasif başa çıkma tarzları”nı daha çok kullandıklarını göstermektedir (124) (Ek 7).

3.5 Araştırma Verilerinin Analizi

Veriler ‘SPSS 17.0’ programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygun veriler için parametrik testler kullanılmıştır. İki grup arasındaki fark ‘t testi’, normal dağılıma uygun olmayan iki grup değişkeni karşılaştırmak için ise ‘Mann Whitney U’ testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile ‘spearman korelasyon’ analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, niteliksel değişkenlerin karşılaştırmalarında ‘ki-kare’ testi kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir

4. BULGULAR

4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ile Hastaların Hastalık Özellikleri

Çalışmaya 80 üveit hastası ile 80 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 160 kişi alındı. Hasta grubunun yaş ortalaması 37.84 ± 12.43 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 37.58 ± 13.17 idi. Hasta grubunda 46 kadın, 34 erkek, kontrol grubunda 48 kadın, 32 erkek bulunmaktaydı. Öğrenim durumlarına baktığımızda, hasta grubun öğrenim yılı ortalaması 7.96 ± 4.03 yıl, kontrol grubunun öğrenim yıl ortalaması 8.70 ± 3.36 idi. Hasta ve kontrol grubu sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum ve sosyoekonomik seviye) açısından karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı (sırasıyla $p=0.89$, $p=0.74$, $p=0.49$, $p=0.056$, $p=0.06$).

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler bakımından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	Hasta Grubu (n=80)	Kontrol Grubu (n=80)	χ^2 <u>t</u> <u>Z</u>	P
Yaş (yıl) (X±SD)	37.84±12.43	37.58±13.17	0.13	0.89
Cinsiyet n (%)				
Kadın	46 (%57.5)	48 (%60)	0.103	0.74
Erkek	34 (%42.5)	32 (%40)		
Öğrenim (yıl)	7.96±4.03	8.70±3.36	-0.67	0.49
Medeni durum n (%)				
Evlü	62(%77.5)	51 (%63.8)	3.645	0.056
Bekar	18(%22.5)	29 (%36.3)		
Sosyoekonomik seviye n (%)				
Düşük	4 (%5)	2 (%2.5)	5.39	0.06
Orta	52 (%65)	40 (%50)		
Yüksek	24 (%30)	38 (%47.5)		

$X \pm SD$: Ortalama±Standart Sapma, t : t Testi, Z : Mann Whitney U testi
(numeric değişkenler için), χ^2 : Chi-square Test (numeric olmayan değişkenler için)

Hasta grubun hastalık özelliklerine baktığımızda, ilk ataktan sonra geçen süre ortalaması (minimum-maksimum) 48.05 ay (1-252), son ataktan sonra geçen süre ortalaması (minimum-maksimum) 6.54 (1-49) aydı. Çalışma kapsamına alınan hastaların 26'sında (%16.3) sağ göz, 25'inde (%15.6) sol göz, 29'unda ise (%18.1) her iki göz etkilenmişti. Göz komplikasyonlarından en fazla psödoafak 21 (%26.3) geliştiği görülmüştür. Hasta grubun hastalık özellikleri tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hasta grubunun hastalık özellikleri (n=80)

	Ortalama (minimum-maksimum)
Hastalık süresi (ay)	48.05 (1-252)
Üveit atak sayısı (ay)	4.52 (1-60)
Son ataktan sonra geçen süre (ay)	6.4(1-49)
	n (%)
Etkilenen Göz	
Sağ göz	26 (%16.3)
Sol göz	25 (%15.6)
Çift göz	29 (%18.1)
Son Atağın Stresle İlişkisi	
Var	58 (%72.5)
Yok	22 (%27.5)
Hastalığın Stresle İlişkisi	
Var	59 (%73.8)
Yok	21 (%26.2)
Glokom Varlığı	
Var	12 (%15)
Yok	68 (%85)
Komplikasyon Varlığı	
Var	32 (%40)
Yok	48 (%60)
Gelişen Komplikasyonlar	
Keratitis presipitat	1 (%1.3)
Sineşi	8 (%10)
Katarakt	2 (%2.5)
Psödoafak	21 (%26.3)

Çalışmaya alınan hastaların hastalık süreleri ve atak sayıları ile görme keskinlikleri ve göz tansiyonları arasındaki ilişkiye baktığımızda; hastaların hastalık süreleri ile sağ göz görme keskinliği, üveit atak sayısı ile sağ göz görme keskinliği, üveit atak sayısı ile sol göz tansiyonu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla; $r=-0.24$ $p=0.02$, $r=-0.23$ $p=0.03$, $r=-0.25$ $p=0.02$). Hastaların hastalık süreleri ile sol göz görme keskinliği, sağ göz tansiyonu ve sol göz tansiyonları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların hastalık süreleri ve üveit atak sayısı ile görme keskinlikleri ve göz tansiyonları arası ilişki

		Üveit atak sayısı	Sağ göz görme keskinliği	Sol göz görme keskinliği	Sağ göz tansiyonu	Sol göz tansiyonu
Hastalık süresi (ay)	r	0.704	-0.245	-0.139	-0.213	-0.188
	p	0.0001*	0.028*	0.219	0.058	0.095
Üveit atak sayısı	r	1.000	-0.237	-0.153	-0.196	-0.258
	p	.	0.035*	0.179	0.083	0.022*

4.2. Hasta ve Kontrol Grubunun Görme Keskinlikleri ve Göz Tansiyonları Açısından Karşılaştırılması

Hasta grubun sağ göz görme keskinliği ortalaması 0.75 ± 0.36 , sol göz görme keskinliği 0.75 ± 0.35 , sağ göz tansiyonu 12.34 ± 3.64 , sol göz tansiyonu 13.14 ± 4.02 mmHg idi. Kontrol grubunda ise sağ göz görme keskinliği 0.95 ± 0.65 , sol göz görme keskinliği 0.95 ± 0.63 , sağ göz tansiyonu 13.71 ± 1.75 , sol göz tansiyonu 13.83 ± 1.56 mmHg idi. Hasta ve kontrol grubu görme keskinlikleri ve göz tansiyonları açısından karşılaştırıldığında, sol göz görme keskinliği ortalaması hasta grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde kontrol grubundan daha düşükken, sağ göz tansiyonu ve sol göz tansiyonları ortalaması hasta grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha yüksekti (sırasıyla; $p=0.02$, $p=0.001$, $p=0.005$), Sağ göz görme keskinliği ortalamasına baktığımızda ise iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.16$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta ve Kontrol Grubunun Görme Keskinlikleri ve Göz Tansiyonları Açısından Karşılaştırılması

	Hasta grubu (n=80)	Kontrol grubu (n=80)	z	p
Sağ göz görme keskinliği	0.75 ± 0.36	0.95 ± 0.65	-1.38	0.16
Sol göz görme keskinliği	0.75 ± 0.35	0.95 ± 0.63	-2.23	0.025*
Sağ göz tansiyonu	13.71 ± 1.75	12.34 ± 3.64	-4.09	0.001*
Sol göz tansiyonu	13.83 ± 1.56	13.14 ± 4.02	-2.81	0.005*

4.3. Hasta ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi

Hastaların 62 (%77.5)'si DSM-5 tanısı almışken 18 (%22.5)'inde DSM-5 tanısı bulunmamaktaydı. Kontrol grubunda ise 15 (%18.8)'inde DSM-5 tanısı var iken, 65 (%81.2)'inde DSM-5 tanısı yoktu. Hasta ve kontrol grupları DSM tanı varlığı açısından karşılaştırıldığında, hasta grubun DSM-5'e göre tanı alanların sayısı istatistiksel açıdan kontrol grubundan daha yüksekti ($p=0.001$). DSM-5 tanılarına ayrı ayrı baktığımızda, hasta grubun major depresyon bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, uyum bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu olanların yüzdesi kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha yüksekti (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.029$, $p=0.029$, $p=0.01$). Alkol kullanım bozukluğu olanların yüzdesi hasta ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.63$).

Tablo 5. Hasta ve Kontrol Gruplarının DSM-V Tanı Kriterlerine Göre Dağılımı

	Hasta grubu (n=80) n (%)	Kontrol grubu (n=80) n (%)	χ^2	P
DSM-5 tanısı varlığı Var Yok	62 (%77.5) 18 (%22.5)	15 (%18.8) 65 (%81.2)	55.03	0.001*
DSM-5 TANILARI				
Major Depresyon Bozukluğu Var Yok	20 (%25) 60 (%75)	3 (%3.8) 77 (%96.2)	14.67	0.001*
Yaygın Kaygı Bozukluğu Var Yok	9 (%11.3) 71 (%88.2)	2 (%2.5) 78 (%97.5)	4.78	0.029*
Uyum Bozuklukları Var Yok	9 (%11.3) 71 (%88.2)	2 (%2.5) 78 (%97.5)	4.78	0.029*
Tütün Kullanım Bozukluğu Var Yok	16 (%20) 64 (%80)	5 (%6.3) 75 (%93.7)	6.63	0.01*
Alkol Kullanım Bozukluğu Var Yok	4 (%5) 76 (%95)	3 (%3.8) 77 (%96.3)	0.49	0.63
Bedensel Belirti Bozukluğu Var Yok	3 (%3.8) 77 (%96.3)	- 100	-	-

Bedensel belirti bozukluğu istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır.

Hasta ve kontrol grubu HAM-D, HAM-A total, HAM-A psikişik ve HAM-A somatik ortalama puanları açısından karşılaştırılması tablo 6’da verilmiştir. Tablo 6’dan anlaşılacağı üzerine hasta grubunda kontrol grubuna HAM-D, HAM-A total, HAM-A psikişik ve HAM-A somatik puan ortalamaları istatistiksel açıdan daha yüksekti ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol gruplarının TA toplam, ve TA alt lekleri (TA-1, TA-2, TA-3) ortalama puanlarına göre karşılaştırılması tablo 6’da verilmiştir. Görüldüğü gibi hasta ve kontrol grupları arasında TA toplam ve TA alt ölçeklerinden elde edilen ortalama puanlar karşılaştırıldığında hasta gruptaki TA toplam ve TA alt ölçek puanları istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha yüksekti ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol gruplarının STAI-1 ve STAI-2 ortalama puanlarına göre karşılaştırılması tablo 6’da gösterilmiştir. Hasta grupta STAI-1 ve STAI-2 puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha yüksekti ($p<0.05$). ,

Hasta ve kontrol gruplarının SCL-90-R genel belirti düzeyi ve SCL-90-R alt ölçekleri ortalama puanlarına göre karşılaştırılması tablo 6’da gösterilmiştir

Hasta ve kontrol grupları SCL-90-R genel belirti düzeyi ortalama puanı açısından karşılaştırıldığında, hasta grupta SCL-90-R genel belirti düzeyi ortalaması kontrol grubundan daha yüksekti ($p=0.001$). SCL-90-R alt ölçeklerine bakıldığında somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotizm, fobik anksiyete ortalama puanları kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.005$, $p=0.001$, $p=0.005$, $p=0.003$, $p=0.001$). Diğer alt ölçekler olan paranoid düşünce ve öfke ortalama puanları hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel açıdan bir fark bulunamadı (sırasıyla; $p=0.07$, $p=0.14$).

Hasta ve kontrol gruplarının stresle başa çıkma tarzları leğinin alt ölçekleri ortalama puanlarına göre karşılaştırılması tablo 6’da verilmiştir. Görüldüğü gibi stresle başa çıkma tarzları alt ölçeklerinden kendine güvenli yaklaşım tarzları ortalama puanları kontrol grubunda daha yüksek bulunurken ($p=0.023$), çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım tarzları ortalama puanları hasta grubunda daha yüksek bulundu (sırasıyla; $p=0.001$, 0.001). Diğer alt ölçekler olan iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama tarzlarında istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla; $p=0.581$, 0.742) (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta ve Kontrol Gruplarının HAM-D, HAM-A Total, HAM-A Psişik, HAM-A Somatik, TAÖ Alt Ölçekleri ve TAÖ Toplam, SCL-90-R Testi Genel Belirti Düzeyi ve Alt Ölçek Ortalama Puanları ve SBÇTÖ' ye Göre Karşılaştırılması

	Hasta grubu (n=80)	Kontrol grubu (n=80)	Z	t	p
HAM-D	12.76±5.93	6.67±4.39	-3.143		0.001*
HAM-A Total	14.16±7.32	4.85±3.28	-6.09		0.001*
HAM-A Psişik	6.70±3.58	6.33±3.88	-6.11		0.001*
HAM-A Somatik	7.53±4.64	3.28±2.31	-6.31		0.001*
TAÖ-1	15.28±6.07	12.67±3.59		3.23	0.001*
TAÖ-2	13.41±4.19	11.52±2.39		3.49	0.001 *
TAÖ-3	21.82±4.28	19.32±3.97		3.82	0.001*
TAÖ-Toplam	50.65±11.74	43.28±6.70		4.87	0.001*
STAI-1	38.01±11.17	32.95±6.95		3.34	0.001*
STAI-2	43.93±9.50	35.50±6.85		6.43	0.001*
SCL-90-R					
Somatizasyon	0.84±0.64	0.53±0.46	-3.12		0.001*
Anksiyete	0.63±0.60	0.29±0.27	-3.84		0.001*
Obsesif Kompulsif	0.82±0.74	0.52±0.50	-2.80		0.005*
Depresyon	0.79±0.73	0.44±0.42	-3.60		0.001*
Kişilerarası Duyarlılık	0.75±0.74	0.38±0.37	-2.79		0.005*
Psikotizm	0.48±0.41	0.13±0.32	-2.95		0.003*
Paranoid Düşünce	0.59±0.55	0.43±0.25	-1.82		0.07
Öfke	0.57±0.41	0.36±0.34	-1.44		0.14
Fobik Kaçınma	0.42±0.25	0.08±0.23	-4.67		0.001*
Genel Belirti Düzeyi	0.66±0.62	0.45±0.37	-3.32		0.001*
SBÇTÖ					
Kendine güvenli yaklaşım	14.26±2.77	15.13±2.47	-2.27		0.023*
İyimser yaklaşım	9.96±2.25	9.87±2.40	-0.55		0.581
Çaresiz yaklaşım	11.78±4.30	8.31±3.02	-5.35		0.001*
Boyun eğici yaklaşım	8.68±2.65	5.68±1.99	-6.97		0.001*
Sosyal destek arama	7.10±2.27	7.22±1.61	-0.033		0.742

Hasalık süresi, üveit atak sayısı ile hasta grubunun STAI-1 ve STAI-2, TAÖ toplam ve alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A total, HAM-A psişik ve HAM-A somatik ortalama puanları arasındaki ilişki tablo 7’de verilmiştir. Tablo 7’de görüldüğü üzere

hasta grubunun hastalık süresi ve üveit atak sayısı ile STAI-1 ve STAI-2, TAÖ toplam ve alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A total, HAM-A psikişik ve HAM-A somatik ortalama puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$)

Hasta grubunun her iki göz görme keskinliği ve göz tansiyonları ile STAI-1 ve STAI-2, TAÖ toplam ve alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A total, HAM-A psikişik ve HAM-A somatik ortalama puanları arasındaki ilişki tablo 7’de verilmiştir. Hasta grubunun her iki göz görme keskinliği ve göz tansiyonları ile STAI-1 ve STAI-2, TAÖ toplam ve alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A total, HAM-A psikişik ve HAM-A somatik ortalama puanları arasında da herhangi bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo7).

Tablo 7. Hasta Grubunda Hastalık Süresi, Üveit Atak Sayısı, Göz Muayene bulguları ile STAI-1, STAI-2, TAÖ Toplam ve Alt Ölçekleri, HAM-D, HAM-A Total, HAM-A Psikişik ve HAM-A Somatik Puanları Arasındaki İlişki

		STAI-1	STAI-2	TAÖ-T	TAÖ-1	TAÖ-2	TAÖ-3	HAM-A Somatik	HAM-A Psikişik	HAM-A	HAM-D
Sağ göz görme keskinliği	r	0.044	-0.002	-0.156	-0.137	-0.041	-0.162	-0.081	0.012	-0.085	-0.052
	p	0.695	0.989	0.166	0.224	.0716	0.152	0.474	0.917	0.454	0.645
Sol göz görme keskinliği	r	-0.147	-0.153	-0.112	-0.155	-0.103	0.063	-0.018	-0.002	-0.021	-0.107
	p	0.192	0.174	0.321	0.169	0.364	0.577	0.873	0.987	0.852	0.347
Sağ göz Tansiyonu	r	0.024	0.116	-0.047	-0.058	-0.095	-0.012	0.007	0.102	0.057	0.030
	p	0.830	0.308	0.680	0.610	0.401	0.916	0.948	0.369	0.617	0.791
Sol göz Tansiyonu	r	0.094	0.105	-0.013	-0.066	0.023	0.006	0.047	0.092	0.083	-0.004
	p	0.405	0.353	0.907	0.560	0.839	0.959	0.678	0.415	0.465	0.971
Hastalık süresi (ay)	r	-0.015	-0.188	-0.086	0.014	-0.100	-0.168	-0.084	-0.087	-0.093	-0.054
	p	0.895	0.095	0.450	0.899	0.380	0.137	0.461	0.445	0.411	0.631
Üveit atak sayısı	r	0.004	-0.184	-0.077	0.013	-0.179	-0.102	-0.087	-0.115	-0.110	-0.051
	p	0.976	0.105	0.502	0.912	0.114	0.371	0.446	0.311	0.335	0.656

Hasta grubunun her iki göz görme keskinliği ve göz tansiyonları ile SCL-90-R testi genel belirti düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$). Benzer şekilde hasta grubunun her iki göz görme keskinliği ve göz tansiyonları ile SCL-90-R alt ölçek ortalama puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda da anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$).

Hastalık süresi ve üveit atak sayısı ile hasta grubunun SCL-90-R testi genel belirti düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda herhangi bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Benzer şekilde hasta grubunda hastalık süresi ve üveit atak sayısı ile SCL-90-R alt ölçek puanları arasında da bir ilişki yoktu ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta Grubunda Hastalık Süresi, Üveit Atak Sayısı, Göz Muayene bulguları ile SCL-90-R Testi Genel Belirti Düzeyi ve Alt Ölçek Ortalama Puanları Arasındaki İlişki

		Somatizasyon	Anksiyete	Obsesif Kompulsif	Depresyon	Kişilerarası Duyarlılık	Psikotizm	Paranoid Düşünce	Öfke	Fobik Kaçınma	Genel Belirti Düzeyi
Sağ göz görme keskinliği	r	-0.052	-0.071	.0016	-0.090	-0.009	0.096	0.064	0.080	0.060	-0.063
	p	0.645	0.532	0.890	0.428	0.934	0.395	0.571	0.478	0.599	0.577
Sol göz görme keskinliği	r	-0.112	-0.010	0.008	-0.031	-0.043	-0.011	0.061	0.117	0.109	-0.076
	p	0.321	0.931	0.944	0.783	0.707	0.922	0.588	0.299	0.334	0.505
Sağ göz tansiyon	r	-0.151	-0.005	-0.161	-0.074	-0.072	-0.058	-0.004	0.021	-0.062	-0.129
	p	0.181	0.985	0.152	0.516	0.526	0.607	0.969	0.851	0.586	0.255
Sol göz tansiyon	r	-0.088	0.123	-0.075	-0.021	0.087	0.007	0.088	0.075	0.079	-0.027
	p	0.438	0.276	0.511	0.857	0.554	0.954	0.439	0.510	0.484	0.811
Hastalık süresi (ay)	r	-0.018	-0.077	-0.091	-0.051	-0.039	-0.135	-0.007	-0.078	-0.034	-0.075
	p	0.874	0.500	0.422	0.654	0.731	0.231	0.954	0.493	0.763	0.510
Üveit atak sayısı	r	-0.079	-0.093	-0.057	0.001	0.019	-0.048	0.000	-0.040	-0.052	-0.037
	p	0.490	0.413	0.618	0.990	0.889	0.676	0.999	0.728	0.648	0.747

Hasta grubunun stresle başa çıkma tarzları alt ölçek ortalama puanları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, erkek hastalarda iyimser yaklaşım alt ölçeği ortalama puanı bayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti ($p=0.016$). Ancak diğer stresle başa çıkma tarzları ölçekleri olan kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama ortalama puanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamadı (sırasıyla; $p=0.257$, $p=0.682$, $p=0.529$, $p=0.579$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta Grubunda Stresle Başa Çıkma Tarzları Testi Alt Ölçekleri Ortalama Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Erkek (n=34)	Kadın (n=46)	z	p
Kendine güvenli yaklaşım	14.82±2.36	13.84±2.99	-1.133	0.257
İyimser yaklaşım	10.61±2.26	9.47±2.13	-2.405	0.016*
Çaresiz yaklaşım	11.64±4.38	11.89±4.29	-0.410	0.682
Boyun eğici yaklaşım	8.47±2.68	8.84±2.64	-0.629	0.529
Sosyal destek arama	6.97±2.02	7.19±2.46	-0.55	0.579

Hasta grubunun stresle başa çıkma tarzları testi alt ölçekleri ortalama puanları ile göz muayene bulguları ve üveit atak sayısı arasındaki ilişki tablo 10 da verilmiştir. Sağ göz görme keskinliği ile çaresiz yaklaşım arasında negatif yönde ($p=0.039$), sol göz görme keskinliği ile sosyal destek arama arasında pozitif yönde ($p=0.038$) anlamlı bir ilişki bulunurken, diğerleri arasında herhangi bir ilişki yoktu.

Tablo10. Hasta Grubunda Stresle Başa Çıkma Tarzları Testi Alt Ölçekleri Puanları ile Göz Muayene Bulguları ve Üveit Atak Sayısı arasındaki İlişki

		Sağ Göz Görme Keskinliği	Sol Göz Görme Keskinliği	Sağ Göz Tansiyonu	Sol Göz Tansiyonu	Üveit Atak sayısı
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-0.006	0.110	0.037	0.031	0.061
	p	0.955	0.331	0.742	0.786	0.591
İyimser Yaklaşım	r	-0.113	0.029	0.134	0.136	0.026
	p	0.320	0.797	0.236	0.229	0.820
Çaresiz Yaklaşım	r	-0.231	-0.146	0.058	-0.036	0.012
	p	0.039*	0.197	0.611	0.754	0.918
Boyun Eğici yaklaşım	r	-0.191	-0.133	0.078	-0.156	0.099
	p	0.090	0.238	0.492	0.166	0.383
Sosyal Destek Arama	r	0.105	0.232	-0.013	0.052	0.011
	p	0.355	0.038*	0.907	0.644	0.925

Hasta grubunun stresle başa çıkma tarzları testi alt ölçekleri puanları ile STAI-1 ve STAI-2, TAÖ toplam ve alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A total, HAM-A psikişik ve HAM-A somatik puanları arasındaki ilişki tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11’de görüldüğü üzere kendine güvenli yaklaşım tarzı puanları ile STAI-2, HAM-A psikişik, HAM-D, TAÖ toplam, TAÖ-1 puanları arasında negatif yönde, çaresiz yaklaşım puanları ile STAI-1, STAI-2, HAM-D, TAÖ toplam, TAÖ1, TAÖ2 TAÖ3 puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardı. Boyun eğici yaklaşım puanları ile TAÖ toplam puanları arasında ve sosyal destek arama puanları ile HAM-A total ve HAM-A somatik puanları arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu. İyimser yaklaşım tarzı puanları ile diğer ölçekler arasında herhangi bir ilişki bulunamadı (Tablo 11).

Tablo 11. Hasta Grubunda Stresle Başa Çıkma Tarzları alt ölçekleri ile STAI-1 ve STAI-2, TAÖ Toplam ve Alt Ölçekleri, HAM-D, HAM-A Total, HAM-A Psikişik ve HAM-A Somatik Puanları Arasındaki İlişki

		STAI-1	STAI-2	HAM-A Somatik	HAM-A Psikişik	HAM-A	HAMD	TAÖ-T	TAÖ-1	TAÖ-2	TAÖ-3
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-0.066	-0.267	-0.163	-0.224	-0.209	-0.304	-0.237	-0.246	-0.206	-0.094
	p	0.559	0.017*	0.148	0.046*	0.063	0.006*	0.035*	0.028*	0.066	0.408
İyimser Yaklaşım	r	-0.009	-0.100	-0.179	-0.207	-0.218	-0.107	0.010	0.054	-0.080	0.015
	p	0.940	0.377	0.111	0.066	0.053	0.346	0.933	0.637	0.480	0.895
Çaresiz Yaklaşım	r	0.232	0.563	0.183	0.187	0.212	0.311	0.541	0.603	0.346	0.342
	p	0.038*	0.0001*	0.104	0.097	0.059	0.005*	0.0001*	0.0001*	0.002*	0.002*
Boyun Eğici yaklaşım	r	0.100	0.066	0.005	0.083	0.042	0.125	0.225	0.201	0.188	0.198
	p	0.379	0.558	0.968	0.463	0.709	0.267	0.045*	0.074	0.095	0.078
Sosyal Destek Arama	r	-0.028	0.003	0.239	0.188	0.253	-0.027	0.015	0.019	-0.023	0.063
	p	0.806	0.977	0.033*	0.094	0.024*	0.810	0.898	0.868	0.840	0.581

Hasta grubunun stresle başa çıkma tarzları alt ölçekleri ile SCL-90-R testi genel belirti düzeyi ve alt ölçek ortalama puanları arası ilişki tablo 12’de verilmiştir.

Kendine güvenli yaklaşım tarzı alt ölçeği puanları ile SCL-90-R genel belirti düzeyi ve alt ölçekler olan somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif, depresyon, kişiler arası duyarlılık, psikotizm, öfke, fobik kaçınma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttu. İyimser yaklaşım tarzı alt ölçeği ile SCL-90-R ölçeği alt ölçeği olan somatizasyon puanları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardı. Çaresiz yaklaşım tarzı puanları ile SCL-90-R genel belirti düzeyi ve somatizasyon, anksiyete, obsesif kompulsif, depresyon, öfke alt ölçek puanları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı.(Tablo 12)

Tablo 12. Hasta Grubunda Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri ile SCL-90-R Testi Genel Belirti Düzeyi ve Alt Ölçek Ortalama Puanları Arasındaki ilişki

		Somatizasyon	Anksiyete	Obsesif Kompulsif	Depresyon	Kişilerarası Duyarlık	Psikotizm	Paranoid Düşünce	Öfke	Fobik Kaçınma	Genel Belirti Düzeyi
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-0.397	-.0406	-0.394	-0.411	-0.393	-0.375	-0.217	-0.494	-0.433	-0.439
	p	0.0001*	0.0001*	0.0001*	0.0001*	0.0001*	0.001*	0.053	0.0001*	0.0001*	0.0001*
İyimser Yaklaşım	r	-0.229	-0.045	-0.092	-0.149	-0.067	-0.053	0.015	-0.128	-0.136	-0.116
	p	0.041*	0.689	0.419	0.186	0.555	0.640	0.891	0.259	0.229	0.304
Çaresiz Yaklaşım	r	0.236	0.326	0.228	0.366	0.210	0.213	0.162	0.279	0.211	0.297
	p	0.035*	0.003*	0.042*	0.001*	0.061	0.058	0.151	0.012*	0.060	0.007*
Boyun Eğici yaklaşım	r	0.071	0.031	0.083	0.141	0.036	0.022	0.057	0.005	0.000	0.075
	p	0.530	0.785	0.464	0.211	0.748	0.848	0.616	0.967	0.994	0.510
Sosyal Destek Arama	r	0.116	0.115	0.099	0.061	0.078	0.075	0.122	0.124	0.046	0.097
	p	0.305	0.308	0.385	0.589	0.490	0.508	0.283	0.273	0.683	0.392

Hasta grubunda stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puanlarının DSM 5 tanı varlığına göre karşılaştırılması tablo 13’de gösterilmiştir.

Hasta grubunda stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puanlarının DSM-5 tanı varlığına göre karşılaştırıldığında, DSM-5 tanısı almayan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları daha yüksekti (p=0.03)

Tablo 13. Hasta Grubunda Stresle Başa Çıkma Tarzı Alt Ölçek Puanlarının DSM-5 Tanı Varlığı Açısından Karşılaştırılması

	Dsm-5 Tanı Varlığı	Ortalama±SD	t	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	Var (n=45)	13.68±3.08	-2.14	0.03*
	Yok (n=35)	15.00±2.12		
İyimser Yaklaşım	Var (n=45)	9.57±2.31	-1.75	0.83
	Yok (n=35)	10.45±2.10		
Çaresiz Yaklaşım	Var (n=45)	12.60±4.17	1.94	0.06
	Yok (n=35)	10.74±4.31		
Boyun Eğici Yaklaşım	Var (n=45)	8.75±2.74	0.25	0.76
	Yok (n=35)	8.60±2.55		
Sosyal Destek Arama	Var (n=45)	7.46±2.36	1.65	0.10
	Yok (n=35)	6.62±2.10		

Hasta grupta stresle başa çıkma tarzları alt ölçeklerinin medeni duruma göre karşılaştırılması tablo 14’de verilmiştir.

Hasta grupta stresle başa çıkma tarzlı alt ölçekleri medeni durum açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık rastalanmadı (Tablo 14).

Tablo 14. Hasta Grupta Stresle Başa Çıkma Tarzı Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

	Medeni Durum	Ortalama±SS	T	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evlenmemiş (n=18)	13.83±3.03	-0.74	0.45
	Evli(n=62)	14.38±2.70		
İyimser Yaklaşım	Evlenmemiş (n=18)	9.72±2.19	-0.51	0.61
	Evli(n=62)	10.03±2.28		
Çaresiz Yaklaşım	Evlenmemiş (n=18)	11.22±4.20	-0.63	0.53
	Evli(n=62)	11.95±4.35		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evlenmemiş (n=18)	8.50±2.99	-0.33	0.73
	Evli(n=62)	8.74±2.56		
Sosyal Destek Arama	Evlenmemiş (n=18)	7.05±1.76	-0.09	0.92
	Evli(n=62)	7.11±2.41		

Hasta grubunda stresle başa çıkma tarzları alt ölçeklerinin sosyo-ekonomik düzeye göre karşılaştırılması tablo 15 de verilmiştir. Tablo15’e baktığımızda sosyo ekonomik düzey bakımından alt ölçekler ile karşılaştırıldığında herhangi bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Hasta Grupta Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçek Puanlarının Sosyo-Ekonomik Düzey açısından Karşılaştırılması

		Ortalama±SS	F	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	Düşük (n=4)	13.50±5.32	1.82	0.16
	Orta (n=52)	14.69±2.58		
	Yüksek (n=24)	13.45±2.58		
İyimser Yaklaşım	Düşük (n=4)	12.00±2.44	2,47	0.09
	Orta (n=52)	10.05±2.06		
	Yüksek (n=24)	9.41±2.48		
Çaresiz Yaklaşım	Düşük (n=4)	15.25±5.12	1.84	0.16
	Orta (n=52)	11.28±4.27		
	Yüksek (n=24)	12.29±4.11		
Boyun Eğici Yaklaşım	Düşük (n=4)	9.00±2.00	0.09	0.91
	Orta (n=52)	8.59±2.69		
	Yüksek (n=24)	8.83±2.72		
Sosyal Destek Arama	Düşük (n=4)	6.25±2.62	1.21	0.30
	Orta (n=52)	7.38±1.91		
	Yüksek (n=24)	6.62±2.87		

5.TARTIŞMA

Bu çalışma İnönü Üniversitesi Göz Hastalıkları Üvea Polikliniğinde takip ve tedavi edilen 80 hasta ve yaş-cinsiyet açısından eşleştirilmiş olan 80 sağlıklı kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir.

Literatürde üveit epidemiyolojisini konu alan çalışmalarda, hastalığın sıklığı, demografik özellikleri ve süresi hakkında değişken sonuçlar bulunmaktadır (138, 139, 140, 141). Gritz ve Wong'un yaptıkları çalışmada, kadınlarda ve yaşlılarda üveit sıklığının artmış olduğu bildirilmiş ve bu artışın nedeninin de kadınlarda, özellikle artan yaşla birlikte, kronik ve tekrarlayıcı hastalıklara olan yatkınlığa bağlanmıştır (138). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde üveit sıklığı kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür.

Ülkemizde üveit insidans ve prevalansını gösteren topluma dayalı epidemiyolojik bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Türkiye'de 8 üniversite kliniğinde 1 Ocak-31 Aralık 2004 tarihleri arasında ilk kez görülen toplam 761 üveit hastasının verileri incelendiğinde, ortalama yaşın 35,5 olduğu belirlenmiştir. Hastaların yarısının 20-40 yaş aralığında olduğu, %6,3 oranında hastanın 16 yaşından genç, %6,6 hastanın da 60 yaşından yaşlı olduğu görülmüştür. Bu demografik veriler üveitin genç ve üretken toplum kesimini etkilediğini göstermektedir (142). Çalışmamızda hastalarımızın yaş ortalaması 37.84 ± 12.43 olup, 52 kişi 18-40 yaş arasında (% 65), 23 kişi 40-60 yaş arasında (% 28.75) ve 60 yaşından büyük 5 kişi (% 6.25) olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi bizim çalışmamızda da yukardaki çalışma ile benzer şekilde, hasta grubunun çoğu genç ve üretken yaş grubunda bulunmaktadır.

Yapılan çalışmada hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, sosyoekonomik seviye, medeni durum ve eğitim durumları açısından istatistiksel olarak

anlamlı fark bulunmaması ($p>0,05$) çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun homojen dağılımda olduğunu göstermesi açısından önemli bir avantajdır.

Hasta ve kontrol grubu, sosyo-demografik verilerin değerlendirilmesinden sonra DSM-5'e uygun olacak şekilde psikiyatrik görüşme yapılarak değerlendirilmiştir. Üveitli hastalarda yapılmış olan çalışmaları incelediğimizde hastalardaki depresif belirtilerin ölçeklerle değerlendirilmiş olduğunu, ancak DSM-5 gibi herhangi bir tanı kriterine uygun bir psikiyatrik görüşmenin yapılmadığı görülmektedir (143, 144).

Yapılan çalışmada DSM-5'e uygun olarak yapılan psikiyatrik görüşme sonrasında 80 kişi olan hasta grubundan 20 kişi (%25) major depresyon tanısı almıştır, bu da genel popülasyonda ki %10'luk orana göre oldukça yüksek bir orandır (145).

Çalışmamızda psikiyatrik görüşme sonrasında hasta ve kontrol grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerini belirleyebilmek amacıyla HAM-D ve HAM-A ölçeklerini kullandık. Bu ölçekler yapılandırılmış klinik görüşmelere dayalı, klinisyen tarafından değerlendirilen ölçekler olması, ölçeklerin güvenilirliğini de arttırmaktadır (146, 147, 148). Çalışmamızdaki hasta ve kontrol grubu arasında HAM-D ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($p<0,05$). Kronik hastalıklarla ilgili yapılan bazı çalışmalarda, kronik hastalıklarla depresyonun birlikteliğinin normal popülasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (149, 150, 151). Hasta grubumuzu oluşturan üveit hastalığı da kronik bir hastalık olması nedeniyle depresyon skorlarının anlamlı derecede yüksek çıkması, kronik hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından önemlidir. Kronik seyirli göz hastalıklarından görme kaybı ile giden katarakt, senil maküler dejenerasyon ve Behçet Hastalığı ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda, depresyonun bu hastalıklarda da yüksek olduğu gösterilmiştir (152, 153, 154). Mevcut depresyon, kişilerin kronik fiziksel bir rahatsızlığına bağlı gelişebileceği gibi görme kaybının kişinin günlük yaşamını kısıtlamasının bir sonucu olarakta görülebilmektedir (155, 156). Ancak bizim çalışmamızda görme keskinlikleri ve göz tansiyon ölçümleri ile HAM-D puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Üveit kronik fiziksel bir hastalık olması ve hastaların depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olmasına rağmen, görme kaybı ile depresyon ve anksiyete ölçekleri arasında herhangi bir ilişki saptanamaması, depresyon ve anksiyetelerinin görme kaybı ile ilişkisi olmadığını düşündürmektedir.

Watson ve Clark, depresyon ile örtüşen ve hemen hemen ona en yakın olan fizyolojik yapının anksiyete olduğunu, genellikle depresyonun anksiyete ile ilişkilendirildiğini bildirmiştir (157). Çalışmamızda hastaların depresyon düzeyleriyle birlikte anksiyete düzeyleri de incelenmiştir. Hastalarla DSM-5 kriterlerine uygun psikiyatrik görüşme sonrasında anksiyete bozukluğu tanısı alan hasta sayısı istatistiksel açıdan kontrol grubundan daha yüksekti. Hasta ve kontrol grubuna psikiyatrik görüşme sonrasında HAM-A (HAM-A Total, HAM-A Psişik ve HAM-A Somatik) ve STAI (durumluluk ve süreklilik) ölçekleri uygulanmıştır. HAM-A Total, HAM-A Psişik, HAM-A Somatik, STAI-1 ve STAI-2 ölçeklerinin puan ortalaması hasta grupta kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha yüksekti. 2003 yılında Tanrıverdi ve arkadaşlarının göz tutulumu olan Behçet hastalarında yaptıkları bir çalışmada da benzer şekilde anksiyete ve depresyon puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur (158). Literatürde kronik bir göz hastalığı olan glokom ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer şekilde hasta grubunda anksiyete puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (159, 166). Yine glokom ile ilgili yapılan bir çalışmada, kendi çalışmamıza benzer şekilde çalışma grubunun durumluluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda her iki göz görme keskinliği ve göz tansiyonları ile HAM-A ölçeği ve STAI ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar çalışmamızın görme keskinliği ve göz tansiyonlarının depresyon parametreleriyle karşılaştırıldığı sonuçlara benzer şekildedir.

Bu sonuçlar anksiyete bozuklukları ve depresyonun kronik hastalıklarla olan ilişkisi konusunda da önemli bir göstergedir. Psikiyatrik bozukluğu ve kronik sağlık sorunu birlikteliği olan kişiler, fonksiyonel kısıtlılıkları ve yüksek tedavi masrafları nedeni ile önemli bir kamu sağlığı sorunudur (161, 162). Ayrıca Franke ve arkadaşlarının üveitin çeşitli formları bulunan bir hasta grubunda psikopatoloji araştırmışlar ve rehabilitasyon için psikolojik müdahalelerin önemini belirtmişlerdir (163).

Stres yalnızca hastalığın sonucu olarak rol oynamamaktadır. Hastalar üveit ataklarının, negatif bir duygu duruma neden olan psikolojik bir etki sonrasında ya da sürecinde başladığını bildirmişlerdir. Bu da psikolojik stresin üveit atağı için bir tetikleyici faktör olabileceğini düşündürmüştür. Bu konuyla ilgili bir çok çalışma yapılmış ve çok farklı sonuçlar elde edilmiştir (163, 164). Behçet hastalığı, MS gibi

diğer otoimmün hastalıklarda agreeve edici bir faktör olan stresli yaşam olayları, hastalığın akut alevlenme dönemleri için artmış bir risk olarak değerlendirilmiştir (154, 165).

Bizim çalışmamızda, hasta grubuyla yapılan görüşme esnasında hastalara üveit hastalığının ve geçirilen atakların stresle ilişkisi olup olmadığı da soruldu. Hasta grubunun %73.8'i hastalığın stresle ilişkisi olduğunu düşünürken %26.2'si ise hastalığın stresle ilişkisi olmadığını belirtmiştir. Hasta grubunun %72.5 kadarı son geçirilen atağın stresle ilişkisi olduğunu düşünürken, %27.5'i son geçirilen üveit atağının stresle ilişkisi olmadığını düşündüğünü belirtmiştir.

Modifiye yaşam envanteri kullanılan bir çalışmanın sonucunda elde edilen verilere göre semptomların başlamasından önceki 6 ay içinde üveit rekürrensi ve stresli epizod arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (166). Görüşme temelli bir başka çalışmada ise vakaların %38 kadarında stres ile üveit rekürrensi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (167). Mulholland tarafından 2001 yılında, 35 akut anterior üveitli hasta ve 29 kontrol hastası arasında yapılan prospektif bir çalışmanın sonucunda ise stres ve akut anterior üveit relapsı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (168). Görüldüğü gibi hastalarda stres ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları oldukça karışıktır. Ancak yapılan bu çalışmalarda standart bir test kullanılmadığı da göz ardı edilmemelidir.

Son yıllarda, stresle başa çıkma mekanizmalarının ruhsal rahatsızlıklarla ilişkilendirildiği ve aralarındaki biyolojik bağlantıların araştırıldığı oldukça çalışma bulunduğu bilinmektedir (169, 170, 171). Aynı zamanda bireylerin stres yaşantılarıyla başa çıkarken kullandıkları etkin başa çıkma stratejilerinin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu vurgulayan çok sayıda araştırma bulgusu da bulunmaktadır (172, 173, 174, 175). Stres yaşantılarında, bireyin psikolojik bütünlüğünü büyük ölçüde etkileyen faktörler bireyin içinde bulunduğu bilişsel çabanın niteliği ve kullanacağı başa çıkma tarzıdır (176). Stres, başa çıkılması gereken bir durumdur ancak başa çıkma stratejileri başarısız olursa, psikolojik sağlıkta bozulma ve bununla birlikte psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması da kaçınılmaz bir durum olduğu söylenmektedir (177).

Franke ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan üveitin çeşitli formları bulunan 51 üveit hastasının araştırıldığı bir çalışmada üveit hastalarının daha zayıf baş etme mekanizmalarını kullandığı görülmüştür (163). 2011 yılında Maca ve arkadaşlarının yaptığı HLA-B27 ilişkili ön üveitli hastalarda cinsiyet farklılığının da

göz önünde bulundurulduğu bir çalışmada ise hastalıkla baş etmede her iki cinsiyette de bilişsel kaçınmayı kullandıkları görülürken, erkek HLA-B27 hastaların negatif baş etme mekanizmalarını daha çok kullandığı görülmüştür (143).

Biz de çalışmamızda, üveitli hastalarda stresle baş etme tarzları ölçeğini kullanarak bunları sosyo-demografik veriler, üveit parametreleri ve yapılan psikiyatrik ölçekler ile birlikte değerlendirdik. Çalışmamızda stresle baş etme tarzlarını (kendine güvenli yaklaşım-KGY, iyimser yaklaşım-İY, çaresiz yaklaşım-ÇY, boyun eğici yaklaşım-BEY ve sosyal destek arama-SDA) hasta ve kontrol grubunu karşılaştırarak değerlendirdik. Hasta grubu duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullanırken, kontrol grubunun ise probleme yönelik etkili yaklaşımlardan (kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma) biri olan kendine güvenli tarzı kullanması dikkat çekici bir sonuçtur. Hasta grubu cinsiyete göre karşılaştırıldığında ise, erkek hastaların iyimser yaklaşım tarzını kadın hastalara göre daha çok tercih ettiği, ancak diğer baş etme tarzlarını yaklaşık olarak eşit oranda kullandıkları görülmüştür. Sosyo-ekonomik seviye ve medeni durum arasında ise herhangi bir fark görülmemiştir.

Hastaların her iki göz görme keskinliği ile baş etme tarzları arasındaki ilişki olduğu belirlenmiştir. Sağ göz görme keskinliği azaldıkça ÇY tarzı kullanımı artmış ve sol göz görme keskinliği azaldıkça da SDA tarzı kullanımı azalmıştır. Yani gözleri daha az gören üveitli hasta grubunun duygu odaklı baş etme tarzı olan ÇY tarzını kullanırken, daha iyi gören hastaların problem odaklı baş etme tarzı olan SDA tarzını kullandıkları söylenebilir. Problem odaklı baş etme tarzları yapısal sorunların çözülmesinde daha etkili olurken duygu odaklı baş etme tarzlarının kabul edilmesi gerekli olan değiştirilemeyecek durumlarda tercih edilmesi (sağlık probleminin değiştirilemediği durumlarda mevcut duruma şükredilir) daha faydalı olduğu düşünüldüğü bildirilmiştir (178). Görme keskinliği azalan üveit hastaları değiştirmeyecekleri bu sağlık durumunu çaresizlik ile kabul ettikleri düşünülebilir.

Yapılan psikiyatrik görüşme sonrasında DSM-5 tanısı almayan üveit hastalarında ise KGY tarzı kullanımı daha fazla görülmüştür. Bu sonuç psikiyatrik ölçeklerle de doğrulanmıştır. HAM-D ortalama puanları artarken ÇY tarzı puanları artmakta, KGY tarzı puanları azalmaktadır. Bu da depresyon puanları yüksek üveit hastalarının çaresiz yaklaşım tarzını daha çok kullanırken kendine güvenli yaklaşım tarzını daha az kullandıklarını göstermektedir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir

çalışmada, çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımın depresyon, kaygı, düşmanlık duyguları, gastrointestinal, kas sistemi ve diğer fizyolojik sorunlarla birlikte olduğu, iyimser ve kendine güvenli yaklaşımların ise algılanan ruhsal ve fizyolojik sorunlarla negatif ilişki içinde olduğu görülmüştür (179). Ayrıca çaresiz baş etme tarzı gibi aktif olmayan bir baş etme biçimi üveit hastalarında depresyon düzeyini artırıcı bir etki oluşturacağı da düşünülebilir.

HAM-A Psişik ortalama puanları artarken KGY azalmıştır. HAM-A Somatik ve HAM-A Total ortalama puanları artarken SDA tarzı kullanımı da artmıştır. Sosyal destek kavramı genellikle zorlu ya da stres artırıcı durumlarda kişinin ulaşabileceği maddi, manevi yardım olarak kabul edilir ve sosyal desteğe ulaşabilen insanlar ihtiyaçları olduğunda güvenebilecekleri kaynaklara (eş, arkadaş, aile gibi) sahiptirler. (180). Yapılan çok sayıda araştırma sosyal destek sisteminin bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlanmalı durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynak olduğunu ortaya koymuştur (181). Cohen ve Wills sosyal desteğin yönlerini ve oynadığı rolü gösterdikleri iki modeli *Temel Etki Modeli* ve *Tampon Etkisi Modeli* olarak adlandırmaktadır. Temel etki modeline göre sosyal desteğin olumlu etkisi bireyin strese maruz kalmasından bağımsızdır. İkinci model Tampon Etkisi Modeli'dir. Bu model ise yeterli sosyal desteğin stresin sağlık üzerine etkisini azaltacağını ve dengeye getireceğini ileri sürmektedir. Özellikle stresli yaşantılara maruz kalan kişilerde, fiziksel ve psikolojik sağlığın korunmasında sosyal destek algısının önemi vurgulanmaktadır. Sosyal desteğin, stresin sağlık ve iyilik hali üzerindeki zararlı etkilerinden bireyi tampon etkisi göstererek koruduğunu savunmaktadır (182). Çalışmamızdaki üveitli hastalarda artan HAM-A Total, HAM-A Somatik puan ortalamaları artarken SDA puan ortalamalarının da artması, stresle baş etmede SDA tarzı kullanımının olması 'tampon etki modeliyle' açıklanabileceğini göstermektedir. Yani hasta grubumuzun artan anksiyete düzeylerini sosyal destek ile tamponlayarak azaltmaya çalıştığı düşüncesindeyiz.

Kişi bir problem ile karşılaştığında ve bu problemi 'tehdit, tehlike, kayıp olarak anlamlandırdığı takdirde stres tepkilerini yaşamaya başlayacaktır ve bu kişilerin problemleri çözülünceye kadar gerginlikleri ve kaygıları artmaya devam edecektir. Çözümüne ulaşmak için her zaman kullandıkları stratejilerin sonuç vermemesi halinde ortaya çıkan çaresizlik hissi, yeni çözümler üretme işini daha da zor hale getirecektir. Sonuç olarak problem çözümsüz gibi görünmeye başlar ve anksiyete veya ümitsizlik,

durumu daha da zorlaştırarak artmaya devam eder (183). Bizim çalışmamızda da hasta grubunda kaygı düzeyini gösteren STAI durumluk (STAI 1) ve STAI süreklilik (STAI 2) puan ortalamaları arttıkça ÇY tarzı kullanımları artmış, STAI süreklilik (STAI 2) puan ortalamaları arttıkça KGY tarzı kullanımının azalmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak üveitli hasta grubunda anksiyete puanları yüksek olanların ÇY tarzını ve SDA tarzını daha çok kullandıkları, KGY tarzını daha az kullandıkları söylenebilir. Yani çalışmamızın bu sonucuna göre üveit hastalığı olan bu kişilerin, stres karşısında, problemi çözme girişiminden uzak, daha duygu odaklı başa çıkma tarzlarına başvurduklarını söyleyebiliriz

Aleksitimi, bedensel duyuların ayırt edilmesinde güçlük, empati duygusundan yoksunluk, duyguları dile getirememe, fantazi dünyasında kısıtlılık ve somut, içe vuruk düşünmeye eğilim özelliklerini bir arada sergileyen bir kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır (184, 185). Aleksitimi psikosomatik hastalık gruplarına, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara eşlik edebileceği gibi medikal hastalıklarda da birlikte görülebilmektedir (186, 187, 188). Migren, fibromiyalji ve Behçet Hastalığı gibi medikal hastalığı olan kişilerde yapılan çalışmalarda hastaların sağlıklı kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha aleksitimik olduğu gösterilmiştir (154, 189, 190). Kronik bir göz hastalığı olan glokomlu hastalarda yapılan bir çalışmada ise aleksitimi puanları yüksek bulunmamış ve kontrol grubu ile kıyaslandığında da anlamlı bir fark görülmemiş ancak hasta ve kontrol grubunda HAM-D ortalama puanları ile TAÖ-20 toplam ve alt faktörleri ortalama puanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (191).

Bizim çalışmamızda ise aleksitimi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında, TAÖ Toplam ve TAÖ1, TAÖ2, TAÖ 3 puan ortalamaları hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti. Hasta grubun kontrol grubuna göre daha aleksitimik olduğu görülmektedir.

Aleksitimik bireylerin psikolojik, endokrin ve immün sonuçları olan fark etmedikleri bir kronik strese maruz kaldıkları ileri sürülmüştür ve aleksitiminin kişilerde immün fonksiyonları bozucu etkisi olduğu rapor edilmiştir (192). Üveitli olgularda ise göz dokularına karşı gelişen immün reaksiyon, bağışıklık sisteminin oluşturduğu anormal yanıt ya da vücudun kendi antijenlerine karşı oluşturduğu bağışıklık sisteminin cevabı nedeniyle oluşmaktadır (193, 194). Bu bilgiler ışığında aleksitiminin

immunolojik bir hastalık olan üveite katkıda bulunabileceği düşünülebilir. Ancak ikinci bir durum da üveitin ikincil aleksitimiye neden olabileceğidir. Freyberger tarafından birincil ve ikincil aleksitimi ayrımı yapılmıştır. Birincil aleksitimi psikosomatik hastalarda bedensel tepkilerin ve şikayetlerin ortaya çıkmasını sağlayıp süreklilik gösteren bir durum iken, ikincil aleksitimi ise kanser gibi ağır bedensel hastalarda, yoğun bakım hastalarında ve travma geçiren bireylerde ortaya çıkan geçici bir durumdur (195).

Üveitli hasta grubunda TAÖ-Toplam,TAÖ-1,TAÖ-2,TAÖ3 ölçek puan ortalamaları ile stresle baş etme tarzları ölçeği birlikte değerlendirildi. Hasta grubunda ÇY tarzı puan ortalamaları arttıkça TAÖ-Toplam,TAÖ1,TAÖ2,TAÖ3 puan ortalamalarının da artmış olduğu görüldü. Yine TAÖ Toplam puanları ile BEY puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttu. Daha aleksitimik oldukça boyun eğici yaklaşımları artmaktaydı. TAÖ toplam ve TAÖ 1 puanları ile KGY puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı. Aleksitimi puanları azaldıkça kendine güvenli yaklaşımları azalmaktaydı.

Bütün bu araştırmalar sonucunda aleksitiminin stresle başa çıkmayı güçleştirip, stresle tetiklenen immünolojik mekanizmalar aracılığıyla üveiti ortaya çıkarabileceğini düşündürmektedir. Aleksitimi, stres ve immün sistem arasındaki ilişkinin araştırılmaya değer olduğu düşünüyoruz.

Üveitli hastalarda SCL-90-R alt ölçeklerinden somatizasyon, anksiyete, obsesyon, depesyon, kişiler arası duyarlılık, psikotik, fobik alt ölçekleri ve genel semptom puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti. Paranoid ve öfke alt ölçek puan ortalamaları açısından hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan herhangi bir farklılık bulunmamaktaydı. Literatürde üveitli hastaların SCL-90-R ile psikopatolojilerinin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kronik bir göz hastalığı olan glokom hastalarında yapılan bir çalışmada ise SCL-90-R alt ölçeklerinden somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon ortalama puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Genel semptom indeksinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (191).

Çalışmamızda KGY tarzı kullanımı arttıkça SCL-90-R alt ölçeklerinden somatizasyon, anksiyete, obsesyon, depresyon, kişiler arası duyarlılık, psikotizm, öfke, fobik, genel semptom alt ölçekleri ortalama puanları azalmakta, ÇY tarzı kullanımı

arttıkça somatizasyon, anksiyete, obsesyon, depresyon, öfke, genel semptom ortalama puanları da artmaktadır.

Tedavide kullanılan sistemik veya topikal beta blokörlerin duygu durumunda değişiklik yapabileceği belirtildiği için (196, 197), beta blokör kullanımının çalışma sonucumuzu etkileyeceğini düşünerek bu hastaları çalışmamıza dahil etmedik. Ayrıca hasta grubunun son iki aydır kortikosteroid, immünosüpresan ve psikotrop ilaç almayanlardan oluşması, çalışmamız için önemli bir avantajdır.

Yapılan çalışmamızda, üveit hastalarında, görme keskinliği ve göz tansiyonu ile HAM-D, HAM-A, STAI (durumluluk, süreklilik alt ölçekleri), SCL-90-R alt ölçekleri, TAÖ toplam puanı ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Üveit hastalarında atak sayısı ve hastalık süresi ile yine bu parametreler arasında herhangi bir ilişki de bulunmamıştır. Göz tutulumu olan Behçet hastalarında yapılan bir çalışmada görme keskinliği, hastalık süresi gibi parametrelerle yaşam kalitesinin ilişkili olduğu belirlenmiş ve Behçet hastalarının kontrol grubuna göre daha zayıf bir yaşam kalitesi olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda (198, 199) glokom süresi, görme keskinliği gibi parametreler ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ise, çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde (191), glokom parametreleri ile depresyon, anksiyete skalaları arasında ilişki saptanmamıştır. Başka bir glokom tedavi çalışmasında ise tariflenen yetersiz görme fonksiyonunun depresif duygudurumla ve bir çok depresif semptom ile korele olduğu görülmüştür. Ancak bu çalışmada görme fonksiyonunu değerlendiren görme keskinliği ve ya görme alanı gibi objektif bir test kullanılmamıştır (200). İlerlemiş makula dejenerasyonu olan yaşlı kişilerde yapılan bir çalışmada ise engellilik ve depresyon arasında güçlü bir ilişki bulunurken, görme keskinliği ve depresyon arasında zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (201). Başka bir çalışmada ise inflamatuvar göz hastalığı olan kişilerde görme keskinliği ile depresyon ilişkisi araştırılmış ve bu çalışmanın sonucunda depresyon ile görme keskinliği arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Ancak bu çalışmada depresyon tanısı Beck depresyon ölçeği ile koyulmuştur. Beck depresyon ölçeği kişilerin kendi kendine uyguladığı, bir tarama ölçeğidir. Bu ölçeğin kullanımından sonra hastalara tam bir psikiyatrik muayene yapılarak tanı doğrulanmamıştır. Ayrıca Beck depresyon envanteri yalnızca duygudurum bozukluğuna odaklanır, depresyonun önemli yönlerinden biri olan bozulmuş bilişsel fonksiyonları

değerlendirmez (202,203). Literatürde üveit parametreleri ile depresyon ve anksiyete skalaları arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sonuç olarak üveit genç ve üretken yaş grubunu daha çok etkilemektedir. Bu üveitli hasta grubunda depresyon, anksiyete, aleksitimi ve kaygı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak bu hastalarda hastalık süresi, üveit atak sayısı ve göz muayene bulguları ile HAM-D, HAM-A ve alt ölçekleri, TAO-T ve alt ölçekleri, STAI (durumluluk, süreklilik), SCL-90-R genel belirti düzeyi ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan klinik görüşme sonrasında ise hasta grubunun %72.5 kadarı son geçirilen atağın stres ile ilişkisi olduğunu düşünürken, %27.5 son geçirilen üveit atağının stres ile ilişkisinin olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Üvetli hastaların grubunda stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzını daha fazla kullandıkları görülürken, kontrol grubunda ise kendine güvenli yaklaşım tarzını daha çok kullandıkları görülmektedir.

Bu nedenle, üveit hastalarının takip ve tedavi sürecinde psikiyatrik semptomlar açısından değerlendirilmesi ve desteklenmesinin, hastaların yaşam kalitesi ve prognozunu olumlu yönde etkileyeceği düşünmekteyiz.

Sınırlılıklar

Üveit hastaları ile ilgili daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için, örneklem grubunun daha fazla katılımcı ile daha geniş kapsamlı şekilde yapılması gerekmektedir. Bu araştırma, bundan sonra yapılacak olan daha detaylı çalışmalara ışık tutmakla birlikte, daha geniş örneklem grubuyla ve Türkiye genelinde yapılacak olan bir çalışmanın, bu konuyla ilgili sınırlılıklardan birini ortadan kaldırmaya yardımcı olacaktır.

Hasta ailelerinde üveit ve psikiyatrik hastalık öyküsünün dışında tanı, süre, kronisite gibi konularda ayrıntılı bilgi alınmamış olması ailevi geçiş konusunda bilgi üretimine izin vermemektedir.

Hasta yaş ortalamasının nispeten genç yaş olması henüz ortaya çıkmamış olan psikiyatrik sorunların sıklığını ve dağılımını etkilemiş olabilir.

Yapılan psikiyatrik değerlendirme kesitsel olması nedeniyle uzunlamasına çalışmaların daha yararlı olacağı kanısındayız.

6.ÖZET

Amaç: Bu araştırmada üveit hastalarının psikiyatrik açıdan değerlendirilerek depresyon, anksiyete, aleksitimi ve stresle başa çıkma tarzı özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 80 üveit hastası ve kırma kusuru ile göz kliniğine başvurmuş, başka bir göz hastalığı bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile benzer özellikteki 80 kontrol grubu dâhil edildi. Göz kliniğinde muayenelerini takiben, psikiyatri kliniğinde yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu dolduruldu. Hastalar DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak psikiyatrik görüşmeye alındı. Sonrasında hasta ve kontrol gruplarına Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-17 itemli (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Yirmi Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II), ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) uygulandı.

Bulgular: Üvetli hasta grubunda HAM-D, HAM-A (HAM-A Total, HAM-A Psşik, HAM-A Somatik), TAÖ-20 (TAÖ-20 toplam, TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3), STAI-1 ve STAI-2, SCL-90-R genel belirti düzeyi ve SCL-90-R alt ölçekleri ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Yapılan klinik görüşme sonrasında hasta grubunun %72.5 kadarı son geçirilen atağın stres ile ilişkisi olduğunu düşünürken, %27.5 son geçirilen üveit atağının stres ile ilişkisinin olmadığını düşündüğünü belirtti. Üvetli hasta grubunda stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekken, kontrol grubunda ise kendine güvenli yaklaşım tarzı ortalama puanları hasta grubundan anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Üveitli hastaların depresyon, anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede yüksek çıktığını, onların daha aleksitimik olduklarını ve stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi negatif başa çıkma tarzlarını kullandıklarını görmekteyiz. Üveitli hastaların değerlendirilmesi ve tedavi plânında psikiyatrik açıdan da ele alınması, onlara optimal tedavi ve bakım sağlanması açısından faydalı olacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Üveit, depresyon, anksiyete, aleksitimi, stres, stresle başa çıkma tarzı.

7.ABSTRACT

Psychiatric Evaluation of Patients with Üveitis

Objective : In this research, it is aimed to study dealing with depression, anxiety, alexithymia and stress of people who are uveitis from the aspect of psychiatry.

Method: In this study, study universe consisted of 80 people having uveitis, and 80 people entering to the hospital with complaints of refractive error, having no other sight problem, being at the same age level were included as control group. Following their examination at clinic, semi-constructed sociodemographic verse form was filled in the psychiatry clinic. Patients were taken to the phychiatric interview in accordance with DSM-5 diagnosis criteria. Afterward, symptom screening list (SCL-90-R), Hamilton Rating Scale for Depression- 17 point (HAM-D), Hamilton Rating Scales for Anxiety (HAM-A), 20 point Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), State-Trait Anxiety Investigation (STAI-I, STAI-II), and Scale of Coping with Stress (SCS) were applied.

Findings: Uveitis patient group's scores of HAM-D, HAM-A (HAM-A Total, HAM-A Psychic, HAM-A Somatic), TAS-20 (TAS-20 Total, TAS-1, TAS-2, TAS-3), STAI-1 and STAI-2, SCL-90-R brief symptom level and SCL-90-R sub-scales mean scores were naturally higher than control group's scores ($p<0.05$). After the last clinic interview, while 72.5% of patient group were considering reason of last attack as stress, 27.5% of patients told that there was no connection between last attack of uveitis and stress. Whereas mean scores of helpless and submissive approach for coping with stress in the patient group were considerably found higher than control group, mean scores of optimistic approach in the control group were naturally higher than patient group ($p<0.05$).

Discussion and Conclusion: We have found that Uveitis patients' anxiety and alexithymia levels are considerably high, that they are more alexithymic, that they have helpless and submissive approach for coping with stress. In the examination and treatment processes, considering psychiatric aspect of uveitis patients will be more helpful for optimal treatment and care.

Keywords: Uveitis, depression, anxiety, alexithymia, stress, the ways of coping stress

KAYNAKÇA

1. Schlagel JR TF. Complications of uveitis and their management. Clinical Ophthalmology Harper-Row Pub. 1983; 224-35
2. Smith R, Baarsma GS, de Vries J. Classification of 750 consecutive uveitis patients in the Rotterdam Eye Hospital. Int Ophthalmol. 1993; 17:71-75
3. Darrel RW, Wagner HP, Kurland CT. Epidemiology of uveitis: incidence and prevalence in a small urban community. Arch Ophthalmol. 1962; 68: 501-514
4. Rosenbaum JT: Uveitis. An internist's view. Arch Intern Med. 1989; 149: 1173-1176
5. Atacanli MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2001; 4: 147-153
6. Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 52-61
7. Özkan S. Genel tıpta psikiyatrik morbidite. İstanbul: Roche 1994; p:17-70
8. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 113-120
9. Mete H. Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008; 11: 3-18
10. Gülseren L, Hekimsoy Z, Bodur Z, Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12: 89-98
11. Yanoff M, Duker JS, Park KL. Anatomy of uvea. 1st ed. Ophthalmology. London: Mosby. 1998; 10: 1-2
12. Hutchinson AK, Rodrigues MM, Grossniklaus HE, Iris. Duane's Ophthalmology. CD-ROM ed. 2002:1-11
13. Fine BS, Yanoff M. Ocular histology: a text and atlas, 2. baskı. New York: Harper&Row. 1972; 168-212
14. Özçetin H. Klinik Göz Hastalıkları. 3. baskı. Bursa: Nobel Tıp Kitabevi 2003:62-63
15. Yanoff, M., Duker, J.S., Ophthalmology Türkçe Baskı. Hayat Tıp Kitapçılık. 2007;1113-1114

16. Weingeist TA , Liesgang TJ, Grand MG. Intraocular Inflammation and Uveitis, Chapter 6. In Basic and Clinical Science Course Rao NA. The Foundation of the American Academy of Ophthalmology. 2000; s:99-118
17. Türk Oftalmoloji Derneği Ankara Şubesi Akademik Eğitim Programı 23. Ulusal oftalmoloji kursu: Uvea Hastalıkları ve Tedavisi. Nisan-2003 Ankara s:12-17
18. Barsky D, Anatomy of the uveal tract. Tasman W, Jaeger EA Duane's Clinical Ophthalmology on CD-ROM. Vol IV. Lipincott Williams andmWilkins Publishers, Philadelphia 2006.
19. Özçetin H. Klinik Göz Hastalıkları 3.Baskı, Bursa: Nobel Tıp Kitabevi 2003;62- 63.
20. Standardization of Uveitis Nomenclature for Reporting Clinical Data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol. 2005;140: 509-516.
21. Şengün A. Üveitlerde ilaç tedavisi. Akbatur H, Şengün A(editörler). Behçet hastalığı , Endoftalmiler ve Üveitler. Ankara. Barışcan ofset. 2002; 27-158
22. Bloch-Michel E, Nussenblatt RB: International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. Am J Ophthalmol. 1987; 103: 234-235
23. Nussenblatt RB, Whitcup SM, Paetsch AG: Uveitis: Fundamentals and Clinical Practice, ed 2. St Louis, Mosby-Year Book, 1996
24. Akbatur HH, Sengün A. Behçet Hastalığı, Endoftalmiler ve Üveitler. 1. Baskı, Ankara: Atlas Kitabevi, 2002: 1-48.
25. Gaynor BD, Margolis TP, Cunningham ET. Advances in the diagnosis and management of herpetic uveitis. Int Ophthalmol Clin. 2000; 40: 85-109.
26. Kanski JJ. Uveitis. Clinical Ophthalmology. 6th ed. Butterworths Heinemann Elsevier. 2007; 441-508
27. Ceisler MD, Foster CS. Juvenile rheumatoid arthritis and uveitis: minimizing the blinding complications. Int Ophthalmol Clin. 1996; 36: 91-107
28. Tutkun T, Aydın P, Akova YA. Uveal sistem hastalıkları. Temel Göz Hastalıkları Ankara. Güneş Kitabevi 2001; 229-242
29. Bengisu U. Uvea Göz hastalıkları . Ankara, Palme Yayıncılık. 1998; 97-122
30. Zamecki K, Douglas AJ. HLA Typing in Uveitis: Use and Misuse Am J Ophthalmol. 2010; 149: 189-193
31. Schwartz A:Chronic open angle glaucoma secondary to rhegmatogenous retinal Detachment. Am J Ophthalmol. 1973; 75: 205-211

32. Gion N, Panagiota S, Foster CS. Immunomodulatory therapy for chronic intraocular inflammation in patients with tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. *Am J Ophthalmol* 2000; 129: 764-768
33. Sherman M, Kar HO. Interstitial Nephritis and Uveitis Syndrome Presenting With Bilateral Optic Disk Edema. *Am J Ophthalmol*. 1999; 127: 609-610
34. Türk oftalmoloji derneği Ankara şubesi akademik eğitim programı 23. Ulusal oftalmoloji kursu. Uvea Hastalıkları ve Tedavisi. Nisan-2003 Ankara 88-119
35. Parajasegaram G. Mechanisms of Uveitis In Yanoff M, Duker J. *Ophthalmology* 2nd ed. St. Louis: Mosby: 2004; s:1105-1237
36. Türk oftalmoloji derneği Ankara şubesi akademik eğitim programı 23. Ulusal oftalmoloji kursu, Uvea Hastalıkları ve Tedavisi, Nisan-2003 Ankara s:24-28.
37. Yalçındağ NF. Üveitlerde Medikal tedavi. *Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Özel Sayı* 2008; 1: 44-46
38. Gordon DM. Prednisone and prednisolone in ocular disease. *Am J Ophthalmol*. 1956; 41: 593-600
39. Bierly JR, Nozik RA. Management of uveitis. *Curr Opin Ophthalmol*. 1992; 3: 527-533
40. Marcus EI, Do DV, Biswas J. Diagnostic and therapeutic challenges. Granulomatous panuveitis. *Retina* 2008; 28: 1544-1549
41. Lukert BP, Raisz LG. Glucocorticoid-induced osteoporosis. *Rheum Dis Clin North Am*. 1994; 20: 629-650
42. Jonas JB, Kreissig I, Kampeter B. Intravitreal triamcinolone acetonide for the treatment of intraocular edematous and neovascular diseases. *Ophthalmologie* 2004; 101: 113-120
43. Türk oftalmoloji derneği Ankara şubesi akademik eğitim programı 23. Ulusal Oftalmoloji kursu, Uvea Hastalıkları ve Tedavisi, Nisan-2003 Ankara s:206-214
44. Özyazgan Y, Yurdakul S, Yazıcı H, Tuzun B. Low dose cyclosporin A versus pulsed cyclophosphamide in Behcet's syndrome: a single masked trial. *Br J Ophthalmol*. 1992; 76: 241-243
45. Yazıcı H, Pazarlı H, Tüzün Y, Özyazgan Y. A controlled trial of azathioprine in Behcet's syndrome. *N Engl J Med*. 1990; 322: 281-285
46. Hamuryudan V, Özyazgan Y, Hızlı N, Mat C. Azathioprine in Behcet's syndrome: effects on long-term prognosis. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 769-774

47. Nussenblatt RB. Behçet's disease. Uveitis. Fundamentals and clinical practice 3. Ed. 2004, Philadelphia: Mosby 2004; 350-371
48. Foster CF. Diagnosis and treatment of uveitis. WB. 2nd ed. 2002; 345-347
49. Kremer JM. Methotrexate and emerging therapies. Clin Exp Rheumatol. 1999; 17: 43-46
50. Ohno S, Nakamura S, Hori S, Sugita S. Efficacy, safety, and pharmacokinetics of multiple administration of infliximab in Behcet's disease with refractory uveoretinitis. J Rheumatol. 2004; 31: 1362-1368
51. Nobe JR, Kokaris N, Diddie KR, et al: Lensectomy-vitreotomy in chronic uveitis. Retina 1983; 3:71-76.
52. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2001; 4: 147-153
53. Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 52-61
54. Özkan S. Genel tıpta psikiyatrik morbidite. İstanbul: Roche 1994; p:17-70
55. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Erdem P, Butarak V, Okyay Y, Şimşek Y. Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu? Klinik Psikiyatri. 2003; 6: 27-31
56. Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7: 47-58
57. WORLD HEALTH ORGANISATION. (2001). Geneva:WHO. The world health report 2001. Mental Health: New understanding, new hope.
58. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003; 6-498
59. Öztürk M. Orhan, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Basım, Ankara, Cilt 2008; 1: 337-427
60. Kaplan HI, Sadock BJ. Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Çeviri: Abay E. Kaplan Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2004;159-177
61. Köroğlu E. (çeviren). DSM- 5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabı, beşinci baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013; 91-113

62. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry*. 2002; 163: 2141-2147
63. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lepine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora MEM, Browne MO, Posada-villa J, Viana MC, Williams DV, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011; 9: 90
64. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ustun TB. The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatry*. 2009; 6: 5-9
65. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, Coryell W, Warshaw M, Turvey C, Maser JD, Endicott J. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 229-33
66. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme Psikiyatri Dünyası, 1998; 1: 5-12
67. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri genel Müdürlüğü. Ed. Şimşek Z, Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M. Eksen Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, 2008; s: 77-94.
68. WORLD HEALTH ORGANISATION. The Global Burden of Disease: 2004 update. erişim:[http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf]. Erişim tarihi: 02.02.2013
69. WORLD HEALTH ORGANISATION. (2001). Geneva:WHO. The world health report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Erişim:[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf]. Erişim Tarihi:02.02.2013
70. WORLD HEALTH ORGANISATION. (2002). Geneva:WHO. Gender and Mental Health. Department of Mental Health and Substance Dependence. Erişim: [<http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>]. Erişim Tarihi: 13.02.2013.
71. Potter LB, Rogler LH, Moscicki EK. Depression among Puerto Ricans in New York City: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995; 30: 185-193

72. Parker G, Hazdı-Pavlovic D, Greenwald S, Weissman M. Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord*, 1995; 33: 173-180
73. Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry*. 2006; 60: 84-92.
74. Weissman MM, Kidd KK, Prusoff BA. Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39: 1397-1403
75. Mc Guffin P, Katz R, Rutherford J. Nature, nurture and depression: a twin study. *Psychol Med*, 1991; 21: 329-335
76. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Heun R. Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. *J Affect Disord*. 1992; 24: 153-163
77. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri dünyası*. Depresyon Yılı: 1998; 1:10-15
78. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Turgut Yayıncılık, 2003
79. Türk Dil Kurumu, 1. Baskı, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları, 1998; 1: 44
80. Işık E. Nevrozlar. Ankara, Kent Matbaa, 1996; 31-32
81. Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık, 1994: 70-77
82. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010:130
83. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. İçinde: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın. 2007; 296-303
84. Kocabaşoğlu N. Stres ve Anksiyete. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4719.pdf>. Erişim Tarihi: 26 Haziran 2013
85. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9.Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri. 2002; 346-349.
86. Işık E. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul. Golden Print. 2006: 6-16.

87. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10: 113-120.
88. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1985; 333: 1-26
89. Kara N, Şahinler İH. Anksiyete. Actual Medicine. 2002; 2: 34-36
90. Kırılı S. Anksiyete bozukluklarının oluşumu ve farmakolojik tedavisi, Bursa. Pfizer Yayınevi. 2000; 16-18
91. Saatçioğlu Ö. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001; 11(1): 60-77.2001
92. Kaplan HI, Sadock BJ. Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.pp. 623-28. 8th ed. Mass Publishing Company, Egyp , 1998.
93. Rickels K, Schweizer E. The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. J Clin Psychopharmacol. 1990; 10(Suppl): 101-110, 1990.
94. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum. J Clin Psychiatry. 1997; 58: 330-334
95. Dereboy IF. Aleksitimi: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1990; 1: 157-165
96. Blanchard BE, Arena JG, Pallmeyer JP. Psychosometrik properties of a scale to measure alexithymia. Psychother Psychosomatic 1981; 35: 67-71
97. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. Psychosom Med 1981; 43: 531-543
98. Ledoux J. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. Uysal A (Çeviren) 1. Baskı, Pegasus Yayınları, 2006
99. Taylor GJ. Alexithymia concept, measurement and implications for treatment. Am J Psychiatry. 1984; 141: 725-732
100. Sifneos PE, Apfel SR, Frankel FH. The Phenomenon of Alexithymia. Psychother Psychosom. 1977; 5: 1-32
101. Sahin RA. Peptik ülserli hastalarda aleksitimik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3: 26- 30

102. Parker JD. The Alexithymia Construct: Relationship with Sociodemographic Variables And Intelligence. *Compr Psychiatry*. 1989; 30: 434- 440
103. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in population sample of young adults. *Compr Psychiatry*. 2001; 42: 471– 476
104. Candansayar S. Genç Erişkin Sağlıklı Gönüllülerde Aleksitimi Prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Bursa: 29 Eylül–4 Ekim 1993: 120
105. Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization affect an creativity. *Psychiatr Clin North Am*. 1988; 11: 287–293
106. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med*. 1981; 43: 531-543
107. Sifneos PE, Apfel SR, Frankel FH. The phenomenon of alexithymia. *Psychother Psychosom*. 1977; 28: 47-57
108. Taylor JG, Bagby RM. Creation Validity of the Toronto “Alexithymia Scale”. *Psychosom Med*. 1988; 50: 500-509
109. Krystal HJ. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother*. 1979; 33: 17-31
110. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*. 1991; 32: 153-164
111. Lesser IM. A critique of contributions to the alexithymia symposium. *Psychother Psychosom*. 1985; 44: 82-88
112. Mc Dougall J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom*. 1982; 38: 81–90
113. Babacan SS. Hastalıkta ruh ve beden etkileşimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2003; 11: 519–524.
114. Sallıoğlu G. Aleksitimik Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Duygu İfade Eden Sözcük ve Deyimlere Yükledikleri Duygu İfade Eden Sözcük ve Deyimlere Yükledikleri Duygu Yoğunlukları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.
115. Luminet D. Psychosomatic medicine–the future of an illusion. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1994; 44: 367–371
116. Koçak R. Duygusal İfade Eğitimi Programının Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi ve Yalnızlık Düzeylerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sosyoloji Bölümü, 2003

117. Kauhuen J, Kaplan GA, Julkunen J. Social Factors in Alexithymia. *Compr Psychiatry*. 1993; 34: 330–335
118. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa çıkma Yolları. istanbul: Remzi Kitabevi, 2006
119. Lazarus R. From psychological stres to the emotions: A history of changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*. 2003; 44. 1-21
120. Köknel Ö. Zorlanan İnsan. İstanbul: Altın Kitaplar Yayıncılık, 1998
121. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. Psikolojiye Giriş. Ankara: Arkadaş Yayınları, 2002
122. Hains J, Williams CL. Coping and problem solving of self-mutilators, *Journal of Clinical Psychology*. 1997; 53(2), 177-186
123. Yöndem ZD. Stresle Başetme Stratejileri Ölçeği (SBSÖ): Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2002; 2(18): 43-47
124. Şahin NH, Durak A. Üniversite öğrencileri için bir Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995; 10(34): 56-73
125. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Sdc Clin Psychology*. 1967; 6: 278-296
126. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, Işcan N, Özbay H. Hamilton depresyon değerlendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996; 4(4): 251-259
127. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychology* 1959; 32: 50-5
128. Blacker D. Psychiatric rating scales. İn: Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ed.8, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2005: 945-6.
129. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998; 9: 114-117.
130. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto alexithymia scale-I; Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994; 38: 23-32
131. Sayar K, Güleç H, Ak I. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin güvenilirliği ve geçerliği. *Otuzyedinci Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı* 2001.130.

132. Öner N, Le Compte A. Durumluk–Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi. 1998.
133. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği 2000; s.33-37.
134. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler Bir BaşvuruKaynağı.3.basım. s.461- 464. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul,1997.
135. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav.*1980; 6: 219-239
136. Durmuş Y, Tezer E. Mizah Duygusu ve Stresle Başa çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2001; 16(47), 25-32.
137. Onbaşıoğlu, M. (2006). Psikosomatik ve Ruhsal Rahatsızlığa Sahip Kişilerin Stres ile İlişkili Değişkenler Açısından incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
138. Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology.* 2004; 111: 491-500
139. Yang P, Zhang Z, Zhou H, Li B et al. Clinical patterns and characteristics of uveitis in a tertiary center for uveitis in China. *Curr Eye Res.* 2005; 30: 943-948
140. Sengun A, Karadag R, Karakurt A, Saricaoglu MS, Abdik O, Hasiripi H. Causes of uveitis in a referral hospital in Ankara, Turkey. *Ocul Immunol Inflamm.* 2005; 13:45-50
141. Islam SM, Tabbara K. Causes of uveitis at the eye center in Saudi Arabia: a retrospective review. *Ophthalmic Epidemiol.* 2002; 9: 239-249
142. Kazokoglu H, Onal S, Tugal-Tutkun I, et al Demographic and clinical features of uveitis in tertiary centers in Turkey. *Ophthalmic Epidemiol.* 2008; 15: 285-293
143. Maca SM, Schiesser AW, Sobala A, Gruber K, Pakesch G, Prause C, Barisani-Asenbauer T. Distress, depression and coping in HLA-B27-associated anterior uveitis with focus on gender differences *Br J Ophthalmol.* 2011 May; 95(5): 699-704
144. Qian Y, Glaser T, Esterberg E, Acharya NR. Depression and visual functioning in patients with ocular inflammatory disease *Am J Ophthalmol.* 2012 February; 153(2): 370–378.

145. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Cryer PE. Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control.
146. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. Arch. Gen Psychiatry. 1988; 45: 742-7
147. Potts MK, Daniels M, Burnam A, Wells KB. A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration. J Psychiatr Res. 1990; 24: 335-50
148. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-4 disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch. Gen. Psychiatry. 2005; 62(6): 617-627
149. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren fi, Zeynep B, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12: 89-98
150. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. Br J Cancer. 2006; 94: 372-390
151. Müftüoğlu MN, Herken H, Demirci H, Virit O, Neyal A. Alexithymic features in migraine patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004; 254: 182-186
152. Mc Gwin G Jr, Li J, McNeal S, Owsley C. The impact of cataract surgery on depression among older adults. Ophthalmic Epidemiol. 2003; 10: 303-313
153. Brody BL, Gamst AC, Williams RA, Smith AR, Lau PW, Dolank D. Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2001; 108: 1893-1900
154. Karlidag R, Unal S, Evereklioglu C, Sipahi B, Er H, Yologlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanism in patients with Behçet's disease. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2003; 17: 670-675
155. Dimatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med. 2000; 160: 2101-2107
156. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol Psychiatry. 2003; 54: 216-226

157. Watson D, Weber K, Assenheimer JS, Clark LA, Strauss ME, McCormick RA. Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *J Abnorm Psychol.* 1995; 104: 3-14.
158. Tanriverdi N, Taskintuna, Duru C, Ozdal P, Ortac S, Firat E. Health-related quality of life in Behcet patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol.* 2003; 47: 85-92
159. Erb C, Batra A, Brömer A, Bayer AU, Muller-Schaaf B, Thiel HJ. Psychiatric manifestations in patients with primary open-angle glaucoma. *Ophthalmologe* 1993; 90: 635-639.
160. Erb C, Batra A, Lietz A, Bayer AU, Flammer J, Thiel HJ. Psychological characteristics of patients with normal-tension glaucoma. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 1999; 237: 753-757
161. Beattie M, Stevenson J. Measures of social functioning in psychiatric outcome research. *Eval Rev.* 1984; 18: 631–644
162. Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc Sci Med.* 2000; 51: 41–50.
163. Franke GH, Schutte E, Heiligenhaus A. Rehabilitation and psychological aspects of uveitis. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2005; 55: 65-71
164. Carrim ZI, Ahmed TY, Taguri AH. The relationship between stress and acute anterior uveitis. *Acta Ophthalmol Scand.* 2006; 84: 79-80.
165. Mohr DC, Hart SL, Julian L, et al. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *BMJ.* 2004; 328: 731
166. Kumar A, Nena HV & Thakur V. Stress and uveitis. *Ann Ophthalmol.* 1981; 13: 1077–1080
167. Sen DK. Endogenous uveitis in relation to stress – a clinical study. *Eye Ear Nose Throat Monthly.* 1971; 50: 108–110
168. Mulholland B, Marks M & Lightman SL. Anterior uveitis and its relation to stress. *Br J Ophthalmol.* 2001; 84: 1121–1124
169. Onbaşıoğlu, M. *Türk Psikoloji Bülteni. Özel Gündem —Stres* Cilt: 10, 2004; 34-35 : 103-126
170. Şahin NH. Kendi “Olumlu Stres” Düzeyinizi Bulmak. *Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım* Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Basım 1998 S 19–21

171. Folkman S, Lazarus RS. An Analysis Of Coping İn A Middle Aged Community Sample. *Journal Of Health And Social Behavior*. 1980; 21: 219-239
172. Berant E, Mikulincer M, Florian V. Marital Satisfaction Among Mothers Of Infants With 2003.
173. Nagel L, Brown S. The Abcs Of Managing Teacher Stress. *Clearing House*. 2003; 76 (5): 255–259
174. Forlin C. Primary School Teachers Job Stress; Inclusive Education; Mentally Handicapped Children Education;Queensland. 2001; 43 (3), 235-246
175. Rolf VD UlrichW. Teaching Psychological Aspects; Job Stres. *British Journal Of Educational Psychology*. 2001; 71 (2),243–260
176. .Plante TG., Goldfarb LP, Wadley V. Stress And Coping With Aptitude And Achievement Testing Performance Among Children? A Preliminary Investigation. *Journal Of School Psychology*. 1993; 31 (2), 259–266
177. Aysan F. Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doyumu, Stresle Başaıkma Stratejileri İle Olumsuz Otomatik Düşünceleri; İzmir İli Örnekleme, XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6–9 Temmuz 2004 İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya
- 178.Nehir S. Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres etkenleri ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi Ankara(Danışman :Prof. Dr. Gülten Özeltin), 2003
179. Şahin NH, Durak A: Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk psikoloji Derg*. 1995; 10:56-73
180. Sarason IG, Sarason BR. Concomitants of social support: Attitudes, personality characteristics, and life experiences. *Joumal of Personality*. 1982; 50(3): 331-344
181. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(1), 17-25
- 182.Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985; 98(2): 310-357
183. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H Ve Ark. Life Satisfaction And Suicide: A 20-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 433–439

184. Nemiah JC. A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosom Med.* 2000; 62: 299-303
185. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res.* 2003; 54: 435-438
186. Dereboy F. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1990; 1: 57
187. Solmaz M, Sayar K, Trablus S, Öztürk M, Acar B. İritabl kolon sendromunda aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 190-197
188. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2005; 16: 90-96.
189. Müftüoğlu MN, Herken H, Demirci H, Virit O, Neyal A. Alexithymic features in migraine patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004; 254: 182-186
190. Güleç H, Sayar K, Topbafl M, Karkucak M. Fibromiyalji Sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2004; 15: 191-198.
191. Cumurcu B, Cumurcu T, Çelikel F, Etikan İ. Glokomlu hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium dergisi* 2007; 48: 8-13
192. Guilbaud O, Corcos M, Hjalmarsson L. Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed Pharmacother.* 2003; 57: 292-295
193. Forrester JV: Autoimmunity and autoimmune disease of the eye. *Dev ophthalmol.* 1999; 30: 167-186
194. Nussenblatt RB: Proctor Lecture. Experimental autoimmune uveitis mechanisms of disease and clinical therapeutic indications. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1991; 32: 3131-3141
195. Freyberger H. Supportive Psycho Therapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia”, *Psychotherapy Psychosomatic.* 1977; 2: 337-342
196. Shore JH, Fraunfelder FT, Meyer SM. Psychiatric side effects from topical ocular timolol, a beta-adrenergic blocker. *J Clin Psychopharmacol.* 1987; 7: 264-267
197. Cove-Smith JR, Kirk CA. CNS-related side-effect with metoprolol and atenolol. *Eur J Clin Pharmacol.* 1985; 28: 69-72
198. Cypel MC, Kasahara N, Atique D, Umbelino CC, Alcantara MP, Seixas FS. Quality of life in patients with glaucoma who live in a developing country. *Int Ophthalmol.* 2004; 25: 267-272

199. Spaeth G, Walt J, Keener J. Evaluation of quality of life for patients with glaucoma. *Am J Ophthalmol*. 2006; 141: 3-14.
200. Jampel HD, Frick KD, Janz NK, et al. Depression and mood indicators in newly diagnosed glaucoma patients. *Am J Ophthalmol*. 2007; 144(2): 238–244
201. Brody BL, Gamst AC, Williams RA, et al. Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2001; 108(10):1893–1900.discussion 1900–1901.
202. Austin MP, Ross M, Murray C, O’Carroll RE, Ebmeier KP, Goodwin GM. Cognitive function in major depression. *J Affect Disord*. 1992; 25(1):21–29
203. McClintock SM, Husain MM, Greer TL, Cullum CM. Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. *Neuropsychology*. 2010; 24(1):9–34.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

Amaç Gözün iris, silier cisim ve koroid'den oluşan tabakalarında (bazen damar tabaka da denilir) meydana gelen iltihaplanmaya "üveit" adı verilir. Bu hastalıkta zaman içinde tekrarlayan şekilde görülen alevlenmelere "üveit atağı" adı verilir.

Üveit gözde yerleşim yerine göre kızarıklık, bulanık görme veya görmeye azalma, göz çevresinde ağrı, ışığa karşı hassasiyet ve uçuşmalar şeklinde belirti verebilir ve doku hasarı gelişmesi halinde kalıcı görme kaybı görülebilmektedir.

Yapılan çalışmalarda Üveit hastalığının ataklar halinde olması ve hastalarda görme kaybı riski sebebiyle bu hastaların iş, aile gibi sosyal çevreleriyle ilişkilerinin etkilendiği gösterilmiştir. Bu da bizleri bu etkilenmenin psikiyatrik olarak neden ve sonuçlarını araştırmaya teşvik etmiştir.

Bu klinik çalışma üveit hastalarında depresyon,anksiyete bozukluklarını,benlik saygısını ve bununla ilişkili bedensel yakınmalarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Araştırmaya, üveit hastalarında psikiyatrik değerlendirmenin yapılması amacıyla davet edildiniz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size, göz poliklinik muayenenizden sonra psikiyatrist tarafından psikiyatrik muayene yapılacak ve uygun ölçekler verilip bunları kendinize uygun şekilde doldurmanız önerilecektir. Yapılan ruhsal durum muayenesi ve psikometrik testlerden sonra hastanında onayı olması halinde psikiyatrik tedavisi düzenlenecektir.

Kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bu bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Katılımcının/Hastanın Beyanı: Sayın Doç.Dr.Birgül Cumurcu tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve bu tıbbi uygulamanın etik açıdan incelendiği ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun kurallarına uygun olarak insanlara uygulanmasının sakıncalı olmayacağı bana anlatıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya 'katılımcı' (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde 'katılımcı' (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmza bu form kağıdının bir kopyası bana verilmiştir.

... / ... / ...

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adresi:

Tel:

İmza

Görüşme tanığı:

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı soyadı, ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza

HASTA TAKİP FORMU

Klinik :

Tarih :

Değerlendiren Dr :

Ev Tel:

Cep Tel:

HASTA ADI:

YAŞ:

CİNSİYET: BAY (1) BAYAN(2)

MEDENİ DURUM: EVLENMEMİŞ (1) EVLİ (2) DUL (3) BOŞANMIŞ (4)

ÇOCUK SAYISI :

ÖĞRENİM DURUMU: İLKOKUL (1) ORTAOKUL (2) LİSE (3) ÜNİVERSİTE (4)

ÖĞRENİM YILI:

MESLEK :

ŞU ANDA EKONOMİK OLARAK AKTİF Mİ EVET (1) HAYIR (2)

SOSYOEKONOMİK DURUM: DÜŞÜK (1) ORTA(2) YÜKSEK(3)

İKAMET: KENT (1) İLÇE-KAŞABA (2) KÖY(3)

KARDEŞ SAYISI:

AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU OLDUĞU :

BUGÜNKÜ DSM-4 TANISI:

HASTALIK SÜRESİ:

PSİKİYATRİK ÖZGEÇMİŞ: VAR(1) YOK(2)

VARSA TANISI:

VARSA TEDAVİSİ: HIÇ (1) YETERSİZ SÜRE /DOZ (2) YETERLİ SÜRE /DOZ (3)

PSİKİYATRİK SOYGEÇMİŞ: VAR (1) YOK(2)

SİGARA KULLANIMI: VAR(1) YOK(2)

ALKOL VE MADDE KULLANIMI: VAR(1) YOK(2)

BAŞKA KRONİK FİZİKSEL HASTALIK: VAR (1) YOK(2)

VARSA TANISI:

KULLANDIĞI İLAÇLAR

ÜVEİT İLAÇ KULLANIMI DÜZENLİ (1) DÜZENSİZ(2)

AİLEDE KRONİK HASTALIK ÖYKÜSÜ: VAR(1) YOK(2)

VARSA KİMDE:

ÜVEİT HASTALIĞININ BAŞLAMA YAŞI:

ÜVEİT ATAK SAYISI

TEK GÖZ() ÇİFT GÖZ()

ŞU ANDA ÜVEİT ATAĞI MEVCUT MU? EVET (1) HAYIR(2)

SON ÜVEİT ATAĞINDAN SONRA GEÇEN SURE

SON ATAĞIN STRESÖRLE İLİŞKİSİ VAR(1) YOK(2)

HASTALIK STRESÖR İLİŞKİSİ VAR(1) YOK(2)

BERABERİNDE GLOKOM VARLIĞI VAR(1) YOK(2)

SAĞ GÖZ GÖRME KESKİNLİĞİ:

SOL GÖZ GÖRME KESKİNLİĞİ

SAĞ GÖZ TANSİYONU:

SOL GÖZ TANSİYONU:

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği1 Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0 yok

1 Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor

2 Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor

3 Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor

4 Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz olarak belirtiyor

2 Suçluluk duyguları

0 Yok

1 Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor

2 Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor

3 Şimdiki hastalığını ceza olarak görüyor. Suçluluk hezeyanları

4 Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor

3 İntihar

0 Yok

1 Hayatı yaşamaya değer bulmuyor

2 "Keşke ölmüş olsaydım" diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor

3 İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor

4 İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir)

4 Uykuya dalamamak

0 Bu konuda zorluk çekmiyor

1 Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi

2 Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor

5 Gece yarısı uyanmak

0 Herhangi bir sorun yok

1 Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor

2 Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor

6 Sabah erken uyanmak

0 Herhangi bir sorun yok

1 Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor

2 Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor

7 Çalışma ve aktiviteler

0 Herhangi bir sorun yok

1 Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor

2 Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)

3 Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor

4 Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış

8 Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0 Düşünce ve konuşması normal

1 Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2 Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor

3 Görüşmeyi yapabilmek çok zor

4 Tam stuporda

9 Ajitasyon

0 Yok

1 Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor

2 Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor

10. Psişik anksiyete

0 Herhangi bir sorun yok

1 Subjektif gerilim ve iritabilite

2 Küçük şeylere üzülüyor

3 Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor

4 Korkularını daha sorulmadan anlatıyor

11. Somatik anksiyete

0 Yok

1 Hafif

2 İlimli

3 Şiddetli

4 Çok şiddetli

12 Gastrointestinal somatik semptomlar

0 Yok

1 İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor

2 Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor

13. Genel somatik semptomlar

0 Yok

1 Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama Enerji kaybı, kolayca yorulma

2 Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

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

0 Yok

1 Hafif

2 Şiddetli

3 Anlaşılamadı

15 Hipokondriaklık

0 Yok

1 Kuruntulu

2 Aklını sağlık konularına takmış durumda

3 Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor

4 Hipokondriaklık delüzyonları

16 Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0 Kilo kaybı yok

1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama

2 Kesin (hastaya göre) kilo kaybı

B Psikiyatri tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0 Haftada 0 5 kg'dan daha az zayıflama

1 Haftada 0 5 kg'dan daha fazla zayıflama

17 Durumu hakkında görüşü.

0 Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde

1 Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olmasına bağlıyor

2 Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

0 Yok

1 Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2 Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlara başa çıkması önemli çabalar gerektirir)

3 Şiddetli (sürekli hastanın yaşamına egemen)

4 Çok şiddetli (kişiyi inkapaste durumuna getirici)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

1 Anksiyeteli mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite

0 1 2 3 4

2 Gerilim: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama

0 1 2 3 4

3 Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, hayvanlardan, yalnız bırakılmaktan, trafik ve kalabalıktan

0 1 2 3 4

4 Uykusuzluk: Uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları

0 1 2 3 4

5 Entelektüel (Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması

0 1 2 3 4

6 Depresif mizaç: İlgi yitimi, depresyon, hobilerden zevk alamama, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar

0 1 2 3 4

7 Somatik (Müsküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu

0 1 2 3 4

8 Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller

0 1 2 3 4

9 Solunum Semptomları: Göğüste baskı ya da sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne

0 1 2 3 4

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

0 1 2 3 4

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

0 1 2 3 4

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

0 1 2 3 4

13 Görüşme sırasında davranış: Yerinde duramama, huzursuzluk ya da gezinme, ellerde titremeler, alında kıvrılma, gergin yüz, iç çekme ya da hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzofthalmus

0 1 2 3 4

Toplam Puan: Psikik (1, 2, 3, 5, 6) Somatik (4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

Yazın...

Sonuç...

TORONTO ALEKSİTİMİ SKALASI

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz
Hiçbir zaman (1), , Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmekten onları çözümlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- İam olarak tanımlayamadığım duygularım var	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularını kolayca tarif etmemi isterler	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazrı azaltır	1	2	3	4	5

STAI FORM TX - I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:
Cinsiyet:

Yaş: Meslek:
Tarih: ... / ... / ...

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX - 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Tarih:/..../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)

33	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

PUANLANMASI

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç,

(2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise

(1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 Maddeleri oluşturur.

SCL-90-R

ADI SOYADI: . . . YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç: 0 Biraz: 1 Orta derecede: 2 Fazla: 3 Çok fazla: 4

- 1 () Baş ağrısı
- 2 () Sinirlilik ya da içinin titremesi
- 3 () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
- 4 () Baygınlık ya da baş dönmesi
- 5 () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
- 6 () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
- 7 () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
- 8 () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
- 9 () Olayları anımsamada güçlük
- 10 () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
- 11 () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
- 12 () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
- 13 () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
- 14 () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
- 15 () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
- 16 () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
- 17 () Titreme
- 18 () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
- 19 () İştah azalması
- 20 () Kolayca ağlama
- 21 () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
- 22 () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
- 23 () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
- 24 () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
- 25 () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
- 26 () Olanlar için kendisini suçlama
- 27 () Belin alt kısmında ağrılar
- 28 () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
- 29 () Yalnızlık hissi
- 30 () Karamsarlık hissi
- 31 () Her şey için çok fazla endişe duyma
- 32 () Her şeye karşı ilgisizlik hali
- 33 () Korku hissi
- 34 () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
- 35 () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
- 36 () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
- 37 () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
- 38 () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
- 39 () Kalbin çok hızlı çarpması
- 40 () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
- 41 () Kendini başkalarından aşağı görme
- 42 () Adale (kas) ağrıları

- 43 () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
- 44 () Uykuya dalmada güçlük
- 45 () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
- 46 () Karar vermede güçlük
- 47 () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
- 48 () Nefes almada güçlük
- 49 () Soğuk veya sıcak basması
- 50 () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
- 51 () Hiç bir şey düşünmeme hali
- 52 () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
- 53 () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
- 54 () Gelecek konusunda ümitsizlik
- 55 () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
- 56 () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
- 57 () Gerginlik veya coşku hissi
- 58 () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
- 59 () Ölüm ya da ölme düşünceleri
- 60 () Aşırı yemek yeme
- 61 () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
- 62 () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
- 63 () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
- 64 () Sabahın erken saatlerinde uyanma
- 65 () Yıkınma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
- 66 () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
- 67 () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
- 68 () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
- 69 () Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
- 70 () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
- 71 () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
- 72 () Dehşet ve panik nöbetleri
- 73 () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
- 74 () Sık sık tartışmaya girme
- 75 () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
- 76 () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
- 77 () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
- 78 () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
- 79 () Değersizlik duygusu
- 80 () Size kötü bir şey olacakmış hissi
- 81 () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
- 82 () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
- 83 () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
- 84 () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
- 85 () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
- 86 () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
- 87 () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
- 88 () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
- 89 () Suçluluk duygusu
- 90 () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama yada size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

Bir Sıkıntı Olduğunda;

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1. Kimserin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4 Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6 Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8 Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9 İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsemin bilmesini istemem.				
10 Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11 Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12 Kendime karşı hoşgörü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14 Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16 Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17 Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18 Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
20 Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22 Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23.Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24 Olanla karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25 "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26 Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
27."Benim suçum ne?" diye düşünürüm.				
28 "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29 Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30 Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				