

**OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ SENDROMU TANISI
ALMIŞ HASTALARDA PSİKİYATRİK
KOMORBİDİTE ARAŞTIRMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Arş. Grv. Dr. Ahmet Hakkı AŞIK

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI
AFYONKARAHİSAR 2012

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ SENDROMU TANISI
ALMIŞ HASTALARDA PSİKİYATRİK
KOMORBİDİTE ARAŞTIRMASI

UZMANLIK TEZİ
Arş. Grv. Dr. Ahmet Hakkı AŞIK

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT

AFYONKARAHİSAR 2012

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Başlığı :OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ SENDROMU TANISI
ALMIŞ HASTALARDA PSİKİYATRİK
KOMORBİDİTE ARAŞTIRMASI
Tezi Hazırlayan : Dr. Ahmet Hakkı AŞIK
Tez Savunma Tarihi :
Tez Kabul Tarihi :
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT

İş bu çalışma jürimiz tarafından RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan
Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye
Doç. Dr. Mehmet YAMAN
Nöroloji Anabilim Dalı

Üye
Yrd. Doç. Dr. Erman BAĞCIOĞLU
Psikiyatri Anabilim Dalı

ONAY
DEKAN V.
Prof. Dr. Ahmet SONGUR

TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarım ve uzmanlık eğitimim süresince, değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her konuda olduğu gibi tez çalışmalarımın da planlanması ve yürütülmesinde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bana güvenen ve bu güveni daima hissettiren, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli tez danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT hocama yardımları için teşekkür ederim.

Değerli hocalarım Prof. Dr. Ömer GEÇİCİ başta olmak üzere, uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve desteklerini esirgemeyen, yetişmemde emeği geçen değerli hocalarım Doç. Dr. Özkan GÜLER, Doç. Dr. H. Murat EMÜL, Yrd. Doç. Dr. Erman BAĞCIOĞLU ve Yrd. Doç. Dr. Kerem Şenol ÇOŞKUN'a teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca sevgi ve ilgisiyle hep yanımda olan, anlayışı ve sabrıyla beni sürekli destekleyen sevgili eşim Öğr. Grv. Dr. Gülşah AŞIK'a, varlıklarıyla bana güç veren çocuklarıma, bana inanıp güvendikleri için anne ve babalarım başta olmak üzere tüm aileme teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, tezimi hazırlamam sırasında yardımlarını esirgemeyen Arş. Grv. Dr. İtir YILMAZ'a Psikiyatri A.D.'nda görev almış olan diğer tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm servis çalışanlarına teşekkür ederim.

Dr. Ahmet Hakkı AŞIK

AFYONKARAHİSAR 2012

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	IV
TABLolar DİZİNİ	V
I-GİRİŞ.....	1
II-GENEL BİLGİLER	3
2.1. UYKU TIBBİ.....	3
2.1.1. UYKU FİZYOLOJİSİ	3
2.1.2. UYKU BOZUKLUKLARI SINIFLAMASI	5
2.2 SOLUNUM FİZYOLOJİSİ.....	5
2.3. OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ SENDROMU	8
2.3.1. TANIM	8
2.3.2. TARİHÇE.....	8
2.3.3. PREVELANS	8
2.3.4. PATOFİZYOLOJİ.....	9
2.3.5. RİSK FAKTÖRLERİ	9
2.3.6. OUAS'DA KLİNİK	12
2.3.7. TANI YÖNTEMLERİ.....	12
2.3.8. OUAS'DA POLİSOMNOGRAFİK SINIFLAMA	13
2.3.9. OUAS KOMPLİKASYONLARI	14
2.3.10 OUAS TEDAVİSİ.....	15
III- GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ÇALIŞMA GRUPLARI	16
3.2. POLİSOMNOGRAFİ.....	17

3.3. SCID-I KLİNİK VERSİYON	18
3.4. İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER.....	19
IV- BULGULAR	20
V- TARTIŞMA	83
VI-SONUÇ.....	91
VII-ÖZET.....	93
VIII-SUMMARY	95
IX-KAYNAKLAR.....	97

KISALTMALAR

BB-1	:Bipolar Bozukluk-1
BB-2	:Bipolar Bozukluk-2
DiB	:Distimik Bozukluk
GAB	:Genel Anksiyete Bozukluğu
MD	:Majör Depresyon
OKB	:Obsesif kompulsif Bozukluk
OUAS	:Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu
ÖF	:Özgöl Fobi
PK	:Psikiyatrik Komorbidite
SiB	:Siklotimik bozukluk
SoB	:Somatizasyon Bozukluğu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I. Psikiyatrik hastalıklar	22
Tablo II. Sosyodemografik veriler	23
Tablo III. Çocukluk döneminde ebeveynlerden ayrılık ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	26
Tablo IV. Ebeveyn tutumu ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	30
Tablo V. Çocukluk döneminde ebeveynler arasında sorun ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	34
Tablo VI. Medeni durum ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	37
Tablo VII. Cinsiyet psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	47
Tablo VIII. İkamet ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	51
Tablo IX. Ekonomik aktivite ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	54
Tablo X. Fiziksel hastalık ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	58
Tablo XI. Madde kullanımı ile psikiyatrik hastalıklar OUAS ilişkisi	62
Tablo XII. Psikiyatrik komorbidite ile sosyodemografik veriler ve OUAS ilişkisi	75
Tablo XIII. OUAS ile sosyodemografik veriler ve psikiyatrik hastalıklar ilişkisi	78

I. GİRİŞ VE AMAÇ

OUAS, uykuda tekrarlayan üst hava yolu kollapsı ile karakterizedir. Küçük ya da kollabe olmaya eğilimli bir faringeal hava yolu OUAS patogenezinin temelini oluşturmaktadır (1). OUAS'da üst solunum yolu hava akışında genellikle obstrüksiyona bağlı durma (apne) ya da azalmaya (hipopne) uyku süresince arteriyel oksijen saturasyonunun azalması eşlik eder. OUAS sık görülen uyku bozukluğu olup erişkin erkeklerde prevalansı yaklaşık %3-4'tür (1,2). OUAS prevalansı genel popülasyonda kadında %2, erkekte %4'tür. 30-60 yaş arası seçilmiş erkek popülasyonda ise OUAS prevalansı %10-20 civarına yükselir (3). Erkeklerdeki prevalansı kadınlara kıyasla 2-9 kat daha fazla olabilir (1,3).

İleri yaş, anatomik farklılıklar, alkol kullanımı, cinsiyet, obezite OUAS gelişiminde rol oynayan önemli faktörlerdir (4). Yaş ve vücut kitle indeksinin artmasıyla daha sık oranda görülmektedir. OUAS ile bağlantılı olan uykunun bölünmesi ve tekrarlayan hipoksemi, gün içinde aşırı uyuklama (5) ve motorlu taşıt kazaları için artmış risk oluşturur (6,7). Ayrıca konsantrasyon bozukluğu, hafıza kaybı, depresyon, psikoz, libidoda azalma ve impotans OUAS'da sıklıkla görülen nörokognitif bozukluklardır (8,9).

OUAS'ın mental değişikliklere ve psikiyatrik anormalliklere neden olup olmadığı henüz net olarak anlaşılamamıştır (10). Ancak anksiyetesi ve depresyonu olan hastaların incelemelerinde uyku paternlerinin bozuk olduğu görülmüştür (11). Bu psikiyatrik hastalıklar kişide gün içerisinde uyuklama, halsizlik, yorgunluk hissi gibi şikayetlere sebep olmaktadır. Uyku kalitesini bozan bu her iki durum da benzer bazı bulgu ve sonuçlarla seyretmektedir. Bu durum, OUAS ve psikiyatrik hastalıkların birlikte bulunmaları halinde diğer hastalığın gözden kaçmasına sebep olabilir. Böyle bir ihtimali göz önünde bulundurarak anamnez almak olası bazı eksikliklerin önüne geçebilir.

OUAS uyku kalitesini, dolayısı ile gün içerisinde işlevselliği bozan bir hastalıktır (12). Bu hastalığın gün içerisinde dikkat fonksiyonlarını da etkilediği ve trafik kazalarına sebep olabildiği bilinmektedir (13). Psikiyatrik hastalıklar da büyük oranda uykuyu etkilemekte ve gün içerisinde bilişsel ve işlevsel hatalara yol açabilmektedir. Uyku kalitesinin bozulmasından kaynaklanan bulgular psikiyatrik bazı hastalıkların bulguları ile benzeşmektedir, ayrıca OUAS kliniği ile psikiyatrik hastalıkların kliniği bazı bulguları ile örtüşmektedir. Bu iki hastalığın birlikteliği işlevselliği daha da bozabilir ayrıca tedaviyi daha da güçleştirebilir. Bir hastalık, diğerini, bulguların örtüşüyor olması sebebi ile gizliyor olabilir ve yeterince araştırılmaz ise bu durum tanıda eksikliklere sebep olabilir. Aslında tedavileri birbirinden tamamen farklı olan bu iki durum eğer aynı anda mevcut ise ayrı ayrı değerlendirilmeli ve ayrı ayrı tedavi edilmelidir. Gözden kaçması halinde tedavi başarısı düşebilir ve hastanın mevcut olan tedaviye uyumu ve güveni zedelenebilir.

Bu çalışmada amaç OUAS tanısı almış hastalarda psikiyatrik hastalık birlikteliği olup olmadığının araştırılması, OUAS şiddeti ile psikiyatrik hastalık birlikteliği farklarının araştırılması ve sonuçlar doğrultusunda anamnez derinliğinin sağlanması, ayırıcı tanıları konusunda fikir oluşturulması, dolayısı ile tedavi kalitesinin arttırılmasıdır. Yani kısaca OUAS tanısı almış hastalarda psikiyatrik hastalık ihtimali doğrultusunda uygun, daha kaliteli ve detaylı tanı, takip ve tedavinin planlanmasıdır. Her iki hastalık grubu uykuyu etkilemekte ve gün içerisinde bilişsel ve işlevsel hatalara yol açabilmektedir. Uyku kalitesinin bozulmasından kaynaklanan bulgular hemen hemen aynıdır. Bu olası eksiklik ve hatalara meydan vermemek, bu hastalıkların varsa birlikteliğini ortaya koymak amacı ile böyle bir araştırma planlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. UYKU TIBBİ

Bu bölüm iki ana başlık altında incelenebilir.

2.1.1. UYKU FİZYOLOJİSİ

Uyku, organizmayı ruhsal ve bedensel olarak dinlendiren, geçici olarak çevre ile iletişiminin, çeşitli uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde kesilmesidir. Uyku; hafıza, öğrenme, organların fizyolojik onarımını ve yenilenmesini sağlayan önemli bir ihtiyaç olmakla beraber, bazen uyku esnasında ortaya çıkan sorunlar sonucu, tam tersine insan sağlığı için tehdit oluşturabilmektedir (2).

Elektroensefalografinin (EEG) bir Alman bilim adamı olan Hans Berger tarafından 1929 yılında keşfi ile uyku sırasında kayıtlar yapılmaya başlanmıştır (14). EEG ile geniş bir nöron grubunun spontan elektriksel aktivitesindeki dalgalanmalar kafatası yüzeyinden kaydedilir. Bu yöntem beynin yapısal özelliklerinden çok o anki fonksiyonel durumunu yansıtmaktadır. Bu nedenle uykuda ve uyanıklıkta farklı özellikler göstermektedir. Normal uyku sırasında EEG’de değişik dönemler izlenir. Hızlı göz hareketlerinin görüldüğü REM (Rapid Eye Movement) dönemi ve hızlı göz hareketlerinin görülmediği Non-REM dönemi olarak genelde iki bölümde incelenmektedir. Uykunun yaklaşık %20-25’lik dönemi REM, diğerleri Non-REM döneminde geçmektedir(Andrews JG, 2004). İkinci dünya savaşından birkaç yıl önce Loomis, Harvey ve Hobart elektroensefalografik olarak uykunun monoton bir süreç olmadığını göstermişler ve değişik uyku dönemleri tarif etmişlerdir. Bir uyku siklusu nonREM ve arkasından gelen REM’in oluşturduğu uyku dönemidir. Gece boyunca uyku sırasında normal bir erişkin 3-5 REM süresi yaşamaktadır. Bu dönemler uyku boyunca yaklaşık 70-90 dakika aralarla dönüşümlü tekrarlanır. Gecenin ilk yarısı yavaş dalga uykusu açısından ikinci yarısı ise REM dönemleri açısından daha yoğundur (15).

Uyanıklık alfa aktivitesi ve/veya düşük voltajlı, karışık frekanslı elektroensefalogram (EEG) ile karakterizedir. Uykunun evreleri ise:

Evre 1: İlk uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir. Alfa aktivitesi uykuya dalışla kaybolur ve teta frekansında bir faaliyete dönüşür. EEG'de santral bölgelerde asimetrik olabilen verteks dikenleri bu dönem için karakteristiktir. Uykunun %5-10'unu içerir.

Evre 2: Kortikal biyoelektrik aktivite daha yavaşlamıştır. Kas tonusu azalmaya devam eder. EEG'de bu faza özgü grafiksel elemanlar ortaya çıkar. K kompleksleri yaklaşık yarım saniye süreli, temel aktiviteden daha yüksek amplitüdlü yavaş dalga kompleksleridir. Uyku iğleri, oldukça sinüzoidal yüksek frekanslı kısa süreli biyoelektrik aktivitelerdir. Bunlar K komplekslerinin önünde veya arkasında olabildikleri gibi bağımsız olarak da görülebilir. Uykunun %45-60'ını kapsar.

Evre 3: Kas tonusu daha önceki evrelere göre daha da düşmüştür. EEG'de belirgin olarak frekans deltaya doğru kaymaya başlamıştır.

Evre 4: Delta frekansı belirgindir. Bu evre uykunun en derin dönemi olarak kabul edilir. 3. ve 4. dönemler birlikte değerlendirilerek yavaş dalga uykusu adını alır. 3. ve 4. dönemlerde büyüme hormonu salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artar, metabolizma yavaşlar, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak bir azalma dikkati çeker.

REM Dönemi: Polisomnografide hızlı göz hareketleri yazdırılır. Diyafram gibi önemli bazı iskelet kasları dışında kas tonusu sıfıra yaklaşmıştır. 70-90 dakikada bir tekrarlar, gece boyunca ortalama 3-5 adet REM izlenir. Uykunun %20-25'ini oluşturur. Gecenin 2. yarısı REM açısından daha da zengindir. Bu dönemde kan basıncı, solunum sayısı ve derinliğinde değişiklikler görülmektedir. Rüyaların %80'inin REM döneminde görüldüğü bilinmektedir. REM dönemi

yaşla birlikte azalır. REM dönemi dışındaki dönemlerin tümüne ise, non-REM adı verilir. Non-REM uyku, toplam uykunun %75-80'ini oluşturur (16).

2.1.2. UYKU BOZUKLUKLARI SINIFLAMASI

Uyku sırasında solunum paterninde patolojik olarak değerlendirilebilecek düzeydeki değişikliklere bağlı olarak gelişen ve bu hastalarda morbidite ve mortalitenin artmasına yol açan klinik tablolara Uykuda Solunum Bozuklukları (USB) denilmektedir. USB beş alt gruba ayrılmaktadır:

- (1) Santral Uyku Apne Sendromu
- (2) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
- (3) Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlar
- (4) Medikal durumlara bağlı uyku ilişkili hipoventilasyon/hipoksemi
- (5) Diğer uyku ile ilişkili solunum bozuklukları (17,18).

Tüm USB olgularının %90-95'ini Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) oluşturmaktadır (18).

2.2. SOLUNUM FİZYOLOJİSİ

Solunum sisteminin temel fonksiyonu vücudun gereksinimine göre oksijen sağlamak ve karbondioksiti atmaktır. Asit-baz homeostazı da bu sistemin fonksiyon görmesine bağlıdır. Bu fonksiyonları ve pek çok ek fonksiyonu için de sistemin kontrol altında olması gereklidir (19,20). Bu homeostatik kontrol sisteminde üç ayrı sistem birlikte çalışır;

- 1-Sensörler sistemi (Kemoreseptörler, akciğer ve diğer reseptörler)
- 2-Santral kontrol sistemi (pons, medulla ve diğer beyin bölümleri)
- 3-Efektörler sistemi(Solunum kasları; santral kontrol sisteminin komutlarını uygular (21).

Bu sistemler böylece hem fizyolojik hem de patolojik koşullara uyumu sağlar. Solunum sisteminin statik mekanik özellikleri akciğer ve göğüs duvarının etkileşimiyle belirlenir. Tidal solunum sırasında akciğerler ve göğüs duvarı arasındaki etkileşim akciğer volümlerini belirleyen en önemli faktördür (22).

Solunum kasları kompleks bir pompa görevi yaparlar ve solunumun her koşulda sürdürülmesi için değişik kasların koordineli olarak çalışmaları gerekir (23).

Solunum kasları yaşamsal önemi olan kaslardır ve bu nedenden dolayı solunum kasları, yorgunluğa dirençli, yüksek oksidatif kapasiteye, geniş kapiller ağı ve yüksek maksimal kan akımına sahip olacak şekilde özelleşmişlerdir (24).

Solunum kasları; diyafram, interkostal kaslar (internal ve eksternal), skalen kas, sternokleidomastoid kas, omuz ve boyun kasları, pektoral kaslar, triangularis sterni ve abdominal kaslardan oluşmaktadır. İstirahatte tidal volümün yaklaşık %60-70'i diyafram tarafından sağlanırken geri kalan parasternal interkostaller ve skalenler tarafından sağlanır. Normalde ekspirasyon için solunum sırasında pasif iken konuşma, gülme ve zorlu ekspirasyon durumlarında ekspiratuar kaslar da solunuma katılır. En önemli ekspiratuar kas ise triangularis sternidir (24).

KOAH'ta kullanılan kortikosteroid tedavisi, diyafragma kasının aktivitesine zarar vermektedir. İnterkostal kasların aktiviteleri ise, diyafragmaya göre daha belirgin derecede azalmaktadır. Hiperkapni diyafram kasılmalarını azaltmakta ve böylece ventilatuar cevap azalmakta ve kas yorgunluğu oluşmaktadır. Kostaların solunuma katılmaları, uyanıklık ve non-REM uykusu ile karşılaştırıldığında REM uykusunda azdır (24,25). İnterkostal kasların özellikle aksesuar kasların aktivitelerinde azalma, KOAH'lı hastalarda klinik açıdan önemlidir. Yardımcı solunum kasları ve üst solunum yolu kasları uykuda, özellikle de REM döneminde, solunum işlevine katkıda bulunmaz (26).

Uyku solunum kontrolünde, kasların aktivitesinde ve akciğer mekaniğinde değişikliklere yol açmaktadır (27). Özellikle REM uykusunda, solunum merkezinin kimyasal, mekanik ve kortikal uyaranlara yanıtının azalması sonucu, solunum kaslarının solunum merkezinden gelen uyaranlara yanıtı azalır ve dakika ventilasyonu düşer (28,29). Uyanıklık dönemi ile karşılaştırıldığında REM dönemi, uykuda hipoksi ve hiperkapniye karşı ventilatuar cevabın yeterli olmadığı bir dönemdir (30). Ventilatuar ve arousal yanıt, hipoksiden çok hiperkapniye karşı gelişmekte, PaCO₂'deki hafif değişiklikler bile dakika ventilasyonunda (VE) azalmaya yol açmaktadır (31). Özellikle REM uykusunun fazık döneminde tidal hacim ve solunum frekansındaki değişiklikler, non-REM uykusuna göre daha fazladır. Bu fizyolojik değişiklikler sağlıklı bireylerde gaz değişimini olumsuz yönde etkilemezken, solunum yetmezliği olanlarda hipoksemiye yol açmaktadır (32,33).

Uykuda Solunum Fizyolojisi: Uykuda üst hava yolu direncinde ve tidal hacimde değişiklikler olmaktadır. Akciğerlerde bölgesel reseptörlerin sinir trafiğinin solunum paternini etkilediği, uyku evreleri ve vagal aktivite ile değiştiği, hayvan çalışmalarında gösterilmiştir (34,35). Uyku sırasında üst hava yolu kaslarındaki tonus kaybının artması da üst hava yolu direncinin artışına yol açmaktadır.

Fonksiyonel rezidüel kapasite (FRK) non-REM ve REM uykusunda azalır. Solunum kaslarındaki hipotoni, diyaframın aşağıya doğru yer değiştirmesi ve akciğer kompliyansındaki azalma, FRK'nin azalmasına yol açan mekanizmalar olarak düşünülmektedir. KOAH'lı hastalarda, uyku sırasında, özellikle de REM döneminde oluşan hipoventilasyonun oksijen desaturasyonuna yol açtığı gösterilmiştir (36).

2.3. OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ SENDROMU

2.3.1. TANIM

Ostrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS), uyku sırasında ortaya çıkan solunum durması epizodları, uyku fragmentasyonu, oksijen saturasyonunda düşme (%90'ın altı), huzursuz uyku, gürültülü horlama, gündüz aşırı uyuklama hali ile kendini gösteren bir klinik tablodur (37,38). Uyku kalitesini, günlük uyanıklık halini ve yaşam kalitesini etkiler (39).

2.3.2. TARİHÇE

İlk klinik tanımı 1970'de Lugaresi tarafından yapılmış ve 1972'de organize edilen bir sempozyum ile klinik uyku araştırması genişletilmiştir. Stanford Üniversitesindeki araştırmacılar tarafından 1972 yılında polisomnografinin kullanımı başlaması ile klinik araştırmalar hız kazanmıştır (37).

2.3.3. PREVALANS

OUAS sık görülen uyku bozukluğu olup erişkin erkeklerde prevalansı yaklaşık %3-4'tür (40). İleri yaş, anatomik farklılıklar, alkol kullanımı, cinsiyet, obezite, OUAS gelişiminde rol oynayan önemli faktörlerdir (41). Yaş ve vücut kitle indeksinin (VKİ) artmasıyla daha sık oranda görülmektedir. Erkeklerdeki prevalansı kadınlara kıyasla 2-9 kat daha fazla olabilir (42). Erken çocukluk döneminden, yaşlılığa kadar herhangi bir zamanda OUAS görülebilir.

2.3.4. PATOFİZYOLOJİ

Genellikle kabul edilen, üst hava yollarının açıklığı ve stabilitesinin inspirasyon sırasında ritmik olarak aktive olan orofaringeal dilatör ve abdüktör kasların aktivitesine bağlı olduğudur (18). Üç majör obstrüksiyon alanı burun, damak ve hipofarinkstir (37). Uykuda üst hava yollarının geçici olarak kısmi ya da total kollapsı sonucu solunum azalmakta (hipopne) veya durmaktadır (apne) (43). Bu apneler horlama, gündüz aşırı uyukluluk ve oksijen saturasyonunda

düşme ile yakından ilişkilidir (18,44). Eğer hastalık tanınmaz ve/veya tedavi edilmezse arteriyel hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, pulmoner hipertansiyon, inme, psikiyatrik bozukluklar, kognitif bozukluklar, metabolik hastalıklar gibi ciddi hastalıklara ve ani ölüme zemin hazırlayabilir (45).

2.3.5. RİSK FAKTÖRLERİ

Obezite: OUAS'ta önemle üzerinde durulması gereken ve hastaların kliniğini olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelir. Beden kitle indeksi (BKİ) obezitenin tanımlanması ve ağırlığının belirlenmesinde kullanılır. BKİ 25 kg/m² üstünde alındığı bir çalışmada OUAS için duyarlılık %93, özgüllük %74 bulunmuştur (46). BKİ arttıkça, hastaların semptomları belirginleşir ve vücut ağırlığının azaltılması tedavinin önemli bir parçasını oluşturur. Buna karşın hastaların yaklaşık %30'unun normal kiloda olabileceği de akılda tutulmalıdır (47). Klinikte görülen obez hastaların %50-77'sinde OUAS saptandığı bildirilmiştir (48). OUAS'lı hastaların %70'inde de obezite görülmektedir (2). Obezite, boyun ve özellikle farenks çevresinde adipoz dokunun artımıyla üst hava yolunu daraltmaktadır (49). Obezlerde üst hava yolu kapanma eğiliminin arttığı gösterilmiştir (50). Özellikle santral obezite ile vital kapasitenin azalması, farenks üzerinde aşağı doğru genişletici kuvveti de azaltarak farenksin kapanabilirliğini arttırmaktadır (51). OUAS'da da apneler sırasında kapalı hava yoluna karşı inspirasyon yapılmaya çalışılması sonucu oluşan intratorasik negatif basınç, hipoksemi, hiperkapni ve sık tekrarlayan arousallar ile otonom sinir sisteminin uyarılması, kardiyovasküler komplikasyonlara neden olmaktadır (1). Bir araştırmada obezite şiddeti arttıkça, boyun çevresi ve Epworth uykululuk skalası şiddetinin arttığı, polisomnografik bulgulardan AHİ'nin yükseldiği, satürasyon değerlerinin düştüğü ve apne uzunluğunun arttığı gözlenmiştir (52). Kalın ve kısa boyunlu kişilerde OUAS daha sık izlenmektedir. Boyun çevresi kadınlarda 38 cm, erkeklerde 43 cm'den fazla olmasının OUAS riskini artırdığı bildirilmektedir (53).

Yaş: Orta yaş dönemi genellikle risk faktörü olarak tanımlanmakla beraber, OUAS genç yaş grubunda da görülmektedir. Bazı kaynaklar ise yaşı 65'in üzerinde olmasını en güçlü risk faktörlerinden birisi (diğeri obezite) olarak belirtmiştir (12). Kadın hastalarda ise postmenapozal dönem, yağ dokusunun dağılımındaki değişimler nedeniyle risk oluşturmaktadır (12). Çocukların ise yaklaşık %10'unun habitüel horlama gösterdikleri rapor edilmiştir. Yapılan çalışmalarda çocukların yaklaşık %1,5-2'sinin erişkin polisomnografik kriterlerince tanımlanan OUA'sine sahip olduğu bildirilmiştir. Bu, horlayan beş çocuktan birine karşılık gelir. Erkek ve kız çocuklarda uykuya bağlı solunum bozukluğu insidansı eşittir (37).

Cinsiyet: Erkek cinsiyeti OUAS için önemli bir risk faktörüdür. Temel olarak hormonal farklılıkların OUAS prevalansında cinsiyetler arası farklılığın nedenini açıkladığına inanılır (12). Erkeklerdeki androjenik yağ dağılımının merkezi nitelikte olup boyun bölgesinde toplanması OUAS riskini arttırmaktadır (54). Ayrıca üst hava yolu anatomisi ve kas fonksiyonu, ventilasyonun kontrolü, seks hormonlarının etkisi ve leptin düzeylerine bağlanmaktadır (12).

Eşlik Eden Hastalıklar Ve Sedatif İlaç Kullanımı: Eşlik eden akciğer, kas ve santral sinir sistemi hastalıklarının tümü ve sedatif etkili ilaçlar OUAS'nu kötüleştirir (55).

Aile Öyküsü: Solunumsal uyku bozukluğu riskini iki ya da dört kat arttırmaktadır (12). Bu durum daha çok kraniofasial anormallikler ile izah edilmektedir. Genetik araştırmalarda, OUAS'na yol açan patogenetik mekanizmaların kompleks ve birçok sayıda belirgin genetik yolağı içerdiği görülmüştür (12).

İrk: Irka ait faktörlerinde bir risk faktörü olduğuna inanılmaktadır (12).

Alkol: Deneysel çalışmalarda alkolün apne ve hipopne üzerine olan etkisi gösterilmiştir. Fakat bu etkinin uzun dönem alkol kullananlarda OUAS'ın gelişimi ve progresyonu üzerine olan etkisi bilinmemektedir (12).

Sigara: OUAS için olası bir risk faktörüdür fakat bu konuda rapor edilen çalışma sayısı yetersizdir (12).

Diğer: Hipotroidi, akromegali ve polikistik over sendromu gibi durumlarda OUAS ortaya çıkabilir veya şiddeti artabilir. Özellikle hipotroidi ve akromegalide ödeme bağlı olarak faringeal hava yollarında geri dönüşümlü duvar kalınlaşması mevcut duruma yol açmaktadır.

Otonom sinir sistemi lezyonları (Tip I Diyabet, kronik üremi, disotonomi) duyuşal iletiyi bozabilir, hava yolu daralmasına verilecek yanıtı geciktirebilir ve bu bozukluklar OUAS'ı ortaya çıkarabilir veya kötüleştirebilir (12).

Kan basıncı ölçümü ve boyun çevresinin ölçümü, BKİ ile beraber fizik muayenede genel değerlendirme parametreleridir (37). Uyku deprivasyonu ve süpin postür ile de artabilir (12).

2.3.6. OUAS'DA KLİNİK

Huzursuz uyku

Gürültülü horlama: Hastaların bazen tek yakınması hatta tek doktora başvurma nedeni olan horlama, orofarenkste ki daralma ve inspirasyonun engellenmesine bağlı ortaya çıkar. Horlaması olan hastalar uyandıklarında ağız kuruluşundan yakınabilir (37).

Uykuda gözlenen apne, boğulma ya da nefes kesilme epizodları: Solunum durmasını şiddetli bir horlama ve derin bir inspirasyon izler ve apne periyodu sona erer (55).

Gün içi aşırı uykululuk
Sabah yorgunluğu
Hafıza kaybı
Azalmış kognitif fonksiyon
Hazımsızlık ve gastroözefagial reflü
Depresyon ve psikoz
Kişilik değişiklikleri
Azalmış libido ve impotans
Sabah ve nokturnal baş ağrıları
Kserostomi
Nokturnal terleme
Nokturnal enürezis (37).

2.3.7. TANI YÖNTEMLERİ

Uykuda solunum bozukluklarının tanısında esas olarak iki yöntem (klinik tanı ve polisomnografi) ön plana çıkmakla birlikte, uykuda solunum bozukluklarının altın standart tanı yöntemi ‘Polisomnografi’ (PSG). PSG, uyku sırasında nörofizyolojik, kardiorespiratuar, diğer fizyolojik ve fiziksel parametrelerin belli bir periyod, genellikle gece boyunca eşzamanlı ve devamlı olarak kaydedilmesi şeklinde tanımlanabilir (1). Yalnız tanı yöntemi olarak değil hastalık takibinde de kullanılması bu yöntemi daha da üstün kılmaktadır (1). Standart PSG sırasında rutin olarak kaydedilmesi gereken parametreler şunlardır: Elektroensefalografi (EEG), elektrookülografi (EOG), Elektromiyelografi (EMG-submentalis), oro-nasal hava akımı, torako-abdominal hareketler, oksijen satürasyonu, elektrokardiyografi (EKG), elektromiyelografi (EMG-tibialis), vücut pozisyonu (1).

OUAS'nun önemli semptomlarından biri olan gündüz aşırı uyku hali hastaları uyku kliniklerine getiren en sık yakınmadır (56). Bunu göstermeye yönelik Stanford ve Epworth uykululuk skalaları gündüz uykululuğu gösteren subjektif testlerdir. Objektif testler ise MSLT, MWT (Maintainence Wakefulness Test) ve pupilometridir. Gündüz uykululuğu ile uyku apne sendromunun ağırlığı arasında paralel bir ilişki vardır (18). Öyküde diğer klinik semptomlar da sorgulanır. Ancak anksiyetesi ve depresyonu olan hastaların incelemelerinde uyku paternlerinin bozuk olduğu görülmüştür (57).

2.3.8. OUAS'DA POLİSOMNOGRAFİK SINIFLAMA

Polisomnografide elektroensefalografi (EEG), elektrookülografi (EOG), çene ve bacak elektromiyelografi (EMG), elektrokardiografi (EKG), oro-nazal termistör ile hava akımı, göğüs ve karın solunum hareketleri, parmak ucu pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu, boyuna yerleştirilen trakeal mikrofona ile horlama ve vücut pozisyonu kaydedildi. Uyku evreleri Rechtschaffen ve Kales'in 14 standart kriterlerine göre skorlandı. Oronazal hava akımında 10 saniyeden daha uzun süreli tam kesilme apne, 10 saniye veya daha fazla süre ile oksijen saturasyonunda % 3'lük düşme ya da arousal gelişimi ile birlikte hava akımında en az %50 azalma olması hipopne, saatteki apne ve hipopne sayısı Apne Hipopne İndeksi (AHI) olarak tanımlandı (15). Sonuçlara göre $AHI \geq 5$ olanlar OUAS olarak tanı aldı. OUAS grubu da kendi içinde hafif OUAS ($AHI=5-14,9$), orta OUAS ($AHI=15-29,9$), ağır OUAS ($AHI \geq 30$) olarak sınıflandırıldı.

2.3.9. OUAS KOMPLİKASYONLARI

Kardiyovasküler Komplikasyonlar: OUAS'da görülen başlıca kardiyovasküler komplikasyonlar; hipertansiyon, koroner arter hastalığı, aritmiler, sol ve sağ kalp yetmezliğidir. OUAS'lı hastaların %30-50'sinde sistemik hipertansiyon görülmektedir. OUAS olan hastalarda tekrarlayan apne ve hipopneler nedeniyle oluşan intratorasik negatif basınç artışı, hipoksemi,

hiperkapniye bağlı sempatik aktivite artışı kardiyovasküler komplikasyonların ileri sürülen başlıca nedenidir (58).

Hematolojik Komplikasyonlar: Araştırmalar OUAS'da trombosit agregasyonunda ve hemotokrit düzeylerinde normal bireylere oranla artış olduğunu göstermiştir (59).

Serebrovasküler Komplikasyonlar: Son yıllarda yapılan birçok epidemiyolojik ve fizyolojik çalışmada OUAS'ın inme için bağımsız risk faktörü olduğuna dair gösterilen kanıtlar artmaktadır. Özellikle ağır apneli hastalarda inme riski, eşlik eden ek hastalıklardan bağımsız olarak artmaktadır. Normal bireylerde, uykunun non-REM döneminde kan basıncı ve kalp atım hızında azalma olurken, bu hastalarda sık apneler ve apnelere bağlı ağır saturasyon düşmeleri ve hipoksiye sekonder kardiyak aritmi ve ani kan basıncı değişiklikleri olmaktadır. Serebral hemodinamik, kardiyovasküler, hematolojik değişiklikler de inmeye yol açabilmektedir (60).

Gastrointestinal Komplikasyonlar: Artmış intratorasik basınç, OUAS'lı hastalarda reflüye yol açabilmektedir. Bu hastalarda anamnezde, retrosternal yanma mutlaka sorgulanmalıdır (61).

Pulmoner Komplikasyonlar: Uykuda solunum bozukluğu olan hastalarda, artmış parasempatik tonus ve hipoksi, bronşiyal hiperaktiviteye yol açmaktadır. Bu hiperaktivite, astımı olan hastalarda, astım ataklarının sıklaşmasına neden olabilmektedir.

Psikiyatrik Komplikasyonlar: Sık tekrarlayan uyku bölünmeleri ve hipoksemiler nedeni ile derin uykunun yaşanamaması sebebi ile dikkat ve hafıza fonksiyonlarında bozukluk, karar verme yeteneğinde azalma sıktır. Ayrıca depresyon, yorgunluk ve bitkinlik sık görülür. OUAS'lılarda kişilik değişiklikleri,

agresiflik, iritabilite, anksiyete sıklıkla görülmektedir. Bunların sonucunda sosyal yaşantı ve aile yaşantısında bozulmalar olur (18).

Sosyoekonomik Komplikasyonlar: OUAS'lı hastalarda yaşam kalitesi düşmekte, trafik ve iş kazalarında artış olmaktadır (62).

2.3.10. TEDAVİ

OUAS'ın iki temel sekeli; nörodavranışsal anomaliler ve kardiyopulmoner bozukluklar tedavi endikasyonlarını yönlendirir (37).

Sürekli pozitif hava yolu basıncının (Continuous Positive Airway Pressure=CPAP) (nazal) keşfi OUAS'ın tedavisinde dönüm noktası olmuştur. OUAS'da CPAP kullanımı ilk olarak 1981'de tarif edilmiştir (63). Nazal CPAP orofarengeal hava yolu basıncını arttırarak ve transmural basınç gradiyentini farengeal hava yolu basıncı lehine çevirerek pnömotik splint gibi davranıp, havayolunun kapanmasını engellemektedir (64). Seçilmiş hastalarda yakın zamanda yapılan çalışmalarda yarar açısından karşılaştırıldığında oto-CPAP'ın sabit basınçlı CPAP kadar etkin olduğu görülmüştür (65). Bunun dışında oral aygıtlar, kilo verme ve pozisyonel terapi diğer yöntemler olarak uygun görülmüştür (37). Farmakolojik solunum stimülanları (örneğin amitriptilin, teofilin, progesteron) az bir başarı ile denenmiştir (37). Cerrahi tedavi; hasta motivasyonu, semptomların şiddeti, PSG ile belirlenen hastalığın şiddeti, üst solunum yolu kollapsının yeri ve şiddetine göre tasarlanmıştır (37). Uykuya bağlı solunum bozukluğu olan çocukların çoğunda cerrahi tedavi (adenotonsillektomi) ilk sırada yer alır. Bu grupta cerrahi başarı oranı %75'in üzerindedir (37).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA GRUPLARI

Çalışmaya Şubat 2012 ve Mart 2012 tarihleri arasında horlama, gündüz aşırı uyku hali ve yakınları tarafından bildirilen apne semptomlarından bir ya da daha fazlası ile Göğüs Hastalıkları ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniklerine başvuran ve PSG yapılarak OUAS tanısı almış 120 hastadan, SCID-I Psikiyatrik Tarama Testi uygulanan 102 hasta (32 kadın, 70 erkek) alındı.

Bir araştırmacı tarafından, hastalardan çalışmaya katılma onayı alındı ve bu hastalara demografik özelliklerin sorgulandığı 26 adet sorudan oluşan bir anket formu dolduruldu.

Belirtilen şikayetlerle Afyon Kocatepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniklerine başvuran hastalara randevu verildi. Bu hastalar randevuya geldikleri gece boyunca 18 kanallı polisomnograf (Sleep Screen, Viasys Healthcare, Germany) ile takip edildi.

Çalışmaya kabul edilme kriterleri; yapılacak polisomnografi sonucunda OUAS tanısı almış olmak, 18 yaşından büyük olmak, yapılan SCID-I psikiyatrik tanı klinik tarama testinde sorulan sorulara uygun ve tarafsız cevaplar verebiliyor olmak olarak belirlendi.

Dışlanma kriterleri; OUAS tanısının dışlanması, 18 yaşından küçük olmak, yapılan SCID-I tarama testine uygun ve yansız cevap veremiyor olmak olarak belirlendi. Yapılan SCID-I psikiyatrik hastalık tanılarını araştırma klinik testi sorgulamasında, testi uygulayan kişinin, hasta tarafından sekonder kazanç amacının güdülüyor olduğunu düşünmesi ve bu sebeple taraflı veya bilerek yanlış cevaplar veriyor olduğunu düşünmesi dışlama kriteri olarak belirlendi.

3.2. POLİSOMNOGRAFİ

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uyku Bozuklukları Laboratuvarında bulunan Viasy health cort taşınabilir uyku takip sistemi ile hastalar bir gece (23:00 – 06:00 saatleri arasında) uyku laboratuvarında yatırılarak polisomnografik kayıtları yapıldı. Hastalara bir gece uyku laboratuvarında yatırılarak, 18 kanallı polisomnograf (Sleep Screen, Viasys Healthcare, Almanya) ile tanısal PSG yapıldı. PSG'de elektroensefalografi (EEG), elektrookülografi (EOG), çene ve bacak elektromiyelografisi (EMG), elektrokardiyografi (EKG), göğüs ve karın solunum hareketleri, vücut pozisyonu, oronazal termistörle hava akımı, parmak ucu pulse oksimetreyle oksijen satürasyonu ve boyuna yerleştirilen trakeal mikrofona horlama kaydedildi. Uyku kayıtlarının analizi Rechtschaffen ve Kales kriterlerine göre deneyimli bir uyku laboratuvarı personeli tarafından değerlendirildi (66). Apne 10 saniyeden daha uzun süreli hava akımının tam kesilmesi, hipopne en az 10 saniye oronazal hava akımında %50'den daha fazla azalma ya da bazale göre oksijen satürasyonunda en az %3'lük azalma olarak tanımlandı. Saatteki apne ve hipopne sayısı, apne hipopne indeksi (AHİ) olarak tanımlandı. AHİ'ye göre hastalar hafif OUAS (AHİ= 5-14.9), orta OUAS (AHİ= 15-29.9) ve ağır OUAS (AHİ> 30) olarak değerlendirildi. Toplam uyku süresi (TUS); hastanın gece boyunca ara ara uyandığı zamanlar çıkarılmak üzere toplam uykuda geçirdiği süre, uyku latensi; kayıta başlandığı andan ilk uyku evresinin izlendiği döneme kadar geçen süre, uyku etkinliği (uyku yeterliliği); toplam uyku süresinin, hastanın elektrotlar bağlanıp kayıta başlandığı andan kayıttın sonlandırıldığı ana kadar geçen süre olarak tariflenen toplam kayıt süresine (TKS) oranının yüzde ifadesi (TUS/TKSx100), REM latensi; uykuya daldıktan ilk REM evresinin saptandığı döneme kadar geçen süre, arousal indeksi; toplam uyku süresince daha yüzeysel uyku evresi ya da uyanıklık durumuna ani geçişler olarak tariflenen arousal sayısının saat başına düşen oranı (arousal/saat) olarak kabul edildi. Polisomnografide hastaların uyku kalitesini değerlendirmek için toplam uyku süresi, uyku etkinliği, uykuya dalma süresi (uyku latensi), uyku evreleri süresi, uyku esnasındaki uyanma süreleri ve arousal indekslerine bakıldı.

3.3. SCID-I KLİNİK VERSİYON

Psikiyatrik tanı araştırması için DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) kullanıldı (67). SCID-I, DSM-IV sistemine göre Eksen I bozuklukları için tanı koyma amacıyla yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Bu ölçek 1997 yılında Michael B. First, Robert L. Spitzer, Miriam Gibbon ve Janet B. W. Williams tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye çevirisi Doç. Dr. Aytül Çorapçioğlu (Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı) tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Türkiye için uyarlama ve güvenirlik çalışmaları Doç. Dr. Aytül Çorapçioğlu, Y. Doç. Dr. Ömer Aydemir, Y. Doç. Dr. Mustafa Yıldız, Y. Doç. Dr. A Ayşe Esen ve Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu'ndan oluşan bir kurul tarafından yapılmış ve Hekimler Yayın Birliği tarafından 1999 yılında yayınlanmıştır. Bu çalışmada kullanım klavuzu klinik versiyon Türkçe form kullanılmıştır.

SCID-I'de yapılandırılmış görüşmeler değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanılarının geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir.

SCID-I klinik versiyon testi toplam 6 bölümden oluşmaktadır. Bunlar:

- A. Duygudurum Epizodları
- B. Psikotik ve Eşlik Eden Semptomlar
- C: Psikotik Bozuklukları Ayırıcı Tanısı
- D: Duygudurum Bozuklukları
- E: Alkol ve Diğer Maddeleri Kullanım Bozuklukları
- F: Anksiyete ve Diğer Bozukluklar

Bu test I. Eksen Bozukluklarının 38'ini tanı ölçütleri ile ve 10'unu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki bölüm duygudurum dönemleri ve duygudurum bozuklukları, iki bölüm psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için kullanılırken, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozukluğu ve diğer bozukluklar birer bölümde yer almaktadır. Bazı bozukluklar tanı ölçütü olmadan yalnızca birkaç soruyla araştırılmaktadır. Bu bozukluklar arasında fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve yeme bozuklukları bulunmaktadır. SCID-I' in 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamındaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse bile, kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeci SCID-I' in sorularına ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. Ortalama uygulama süresi 45-90 dakikadır (68).

3.4. İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Sürekli veriler ortalama±standart sapma olarak verildi. Elde edilen verilerin analizinde, Ki-kare, Mann-Whitney U ve Wilcoxon testleri kullanıldı. Anlamlılık seviyesi $p \leq 0.05$ alındı.

IV. BULGULAR

Şubat 2012 ile Mart 2012 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve yapılan polisomnografi sonucunda OUAS tanısı almış olan hastalar arasından çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 102 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Toplam 102 hastadan, 70'ini (%70,6) erkek, 32'sini (%29,4) kadınların oluşturduğu gözlenmiştir. Tüm hastaların yaş ortalaması $51,9 \pm 10,1$, erkeklerin yaş ortalaması $51,9 \pm 10,2$, kadınların yaş ortalaması $52,0 \pm 10,2$ olarak hesaplanmıştır. En küçük yaş erkeklerde 30, bayanlarda 29; en büyük yaş erkeklerde 75, bayanlarda ise 81 olarak tespit edilmiştir. Medeni durumlarına göre, evli olanların %93,1 (n=95) ile büyük çoğunluğu oluşturduğu gözlenmiştir. Eğitim seviyesine göre ise en büyük grubun %60,8 (n=62) ile ilkokul mezunu hastalardan oluştuğu görülmüş, bunu %12,7 ile lise mezunları, %9,8 ile ortaokul mezunları, %8,8 ile okuma yazma bilmeyenler, %7,8 ile yüksekokul mezunlarının takip ettiği görülmüştür. Erkeklerin %26,4'ünün (n=19) lise veya yüksekokul mezunu olduğu; kadınların %6,6'sının (n=2) lise veya yüksekokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Meslek gruplarına göre sınıflandırıldığında en büyük grubu %53,9 (n=55) ile çalışmayanların oluşturduğu ve ikinci büyük grubu %16,7 (n=17) ile işçilerin oluşturduğu görülmüştür. Kadınlardaki en büyük grubu işsizlerin (%90) oluşturduğu, erkeklerde işsiz oranının %38,8 olduğu gözlenmiştir. İkamet ettikleri bölgeye göre incelendiğinde hastaların %49,0'unun il merkezinde yaşadığı (n=50) tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %17,6'sı (n=18) çocukluk döneminde anne ve babası arasında kendisinin fark ettiği ve hatırladığı sorunların olduğu anamnezini verirken, büyük çoğunluk böyle bir sorun belirtmemiştir. Hastaların %22,5'i (n=23) erken çocukluk ve çocukluk döneminde anne ve babadan ayrı bir yaşam tariflemiştir. Çocukluk döneminde (0-12 yaş) fiziksel veya cinsel istismar bildiren hastaların oranı %2,9 (n=3) saptanmıştır. Ebeveynlerinin tutumu açısından bakıldığında hastaların birinci büyük çoğunluğunu %61,8 (n=63) anne ve babasını sevecen olarak nitelendiren, ikinci büyük çoğunluğu ise %29,4 ile anne ve babasını sert ve kuralcı olarak tarifleyen kişilerin oluşturduğu

görülmüştür. Hastaların %1'i (n=1) çocukluk döneminde anksiyete bozukluğu tarif etmiştir. Geçirilmiş psikiyatrik hastalıklar açısından incelendiğinde hastaların %13,7'si (n=14) daha önceki dönemde bir psikiyatri uzmanı tarafından psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerdir. Hastaların %7,8'i (n=8) birinci derece akrabalarından birinin psikiyatri uzmanı tarafından en az bir psikiyatrik hastalık tanısı aldığını bildirmiştir. Hastaların %24,5'i (n=25) kendilerini ölüme yaklaştırdığını düşündükleri veya kendilerinde ölüm korkusu, geleceğini yitirdiği düşüncesi oluşturmuş olan travma öyküsü vermiştir. Fiziksel hastalık açısından incelendiğinde hastaların %64,7'sinin (n=66) OUAS haricinde tanı almış en az bir fiziksel hastalığa sahip olduğu ve hastaların %61,8'inin (n=63) çalışma yapıldığı sırada tanı almış oldukları hastalık sebebi ile ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Madde kullanımı açısından, hastaların birinci büyük çoğunluğunu %75,5 (n=77) ile madde kullanmayanların oluşturduğu, bunu %21,6 (n=22) oranıyla sigara kullananların izlediği görülmüştür.

Tablo I. Psikiyatrik hastalıklar

BB-1	Yok	100	98,0
	Var	2	2,0
BB-2	Yok	102	100,0
	Var	0	0,0
Major Depresyon	Yok	82	80,4
	Var	20	19,6
Distimik Bozukluk	Yok	100	98,0
	Var	2	2,0
Siklotimik Bozukluk	Yok	101	99,0
	Var	1	1,0
Sosyal Fobi	Yok	94	92,2
	Var	8	7,8
Özgül Fobi	Yok	91	89,2
	Var	11	10,8
GAB	Yok	89	87,3
	Var	13	12,7
OKB	Yok	100	98,0
	Var	2	2,0
Bulimia N.	Yok	102	100,0
	Var	0	0,0
Anoreksia N	Yok	102	100,0
	Var	0	0,0
Somatizasyon Bozukluğu	Yok	100	98,0
	Var	2	2,0
Hipokondriasis	Yok	102	100,0
	Var	0	0,0
Vücut Dismorfik Bozukluğu	Yok	102	100,0
	Var	0	0,0
Psikiyatrik Komorbidite	Yok	60	58,8
	Var	42	41,2

Tablo II. Sosyodemografik Veriler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	72	70,6
	Bayan	30	29,4
Medeni durum	Bekar	7	6,9
	Evli	95	93,1
Öğrenim durumu	OY bilmiyor	9	8,8
	İlkokul	62	60,8
	Ortaokul	10	9,8
	Lise	13	12,7
	Yüksekokul	8	7,8
Meslek	İşçi	17	16,7
	Memur	15	14,7
	Çalışmıyor	55	53,9
	Serbest	9	8,8
	Çiftçi	6	5,9
Ekonomik aktif	Evet	47	46,1
	Hayır	55	53,9
İkamet	Kent	50	49,0
	İlçe-kasaba	39	38,2
	Köy	13	12,7
Ebeveyn sorunu	Yok	84	82,4
	Var	18	17,6
Ebeveynden ayrılık	Yok	79	77,5
	Var	23	22,5
İstismar	Yok	99	97,1
	Var	3	2,9
Ebeveyn tutumu	Aşırı koruyucu	3	2,9
	Sert kuralcı	30	29,4
	Sevecen	63	61,8
	İlgisiz	6	5,9
Çocuklukta anks.	Yok	101	99,0
	Var	1	1,0

		n	%
Geçirilmiş psikiyatrik has.	Yok	88	86,3
	Var	14	13,7
Travma öyküsü	Yok	77	75,5
	Var	25	24,5
Soygeçmiş psikiyatrik has.	Yok	94	92,2
	Var	8	7,8
Kullandığı el	Sol	12	11,8
	Sağ	90	88,2
Fiziksel hastalık	Yok	36	35,3
	Var	66	64,7
İlaç kullanımı	Yok	39	38,2
	Var	63	61,8
Madde kullanımı	Yok	77	75,5
	Sigara	22	21,6
	Alkol	3	2,9

Çocukluk Döneminde Ebeveynden Ayrılık: Erken çocukluk (0-6 yaş) döneminde ebeveyninin herhangi birinden veya her ikisinden 6 ay ve daha fazla ayrılık yaşamış hastaların %42,9'u bekar (n=3) iken, bu ayrılığı yaşamamış olanların %57,1'i bekar olarak tespit edilmiştir. Tüm OUAS hastalarında bekar olanların oranı %6,9'dır (n=7). OUAS'lı hastalarda psikiyatrik komorbidite yaşayanların %23,8'inde (n=10) çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık var iken psikiyatrik komorbidite olmayanlar için bu oran %21,7 (n=13) olarak gözlenmiştir (p=0,799).

Çocukluk döneminde (0-12 yaş) fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü veren 3 hastanın 1'inde (%33,3) ayrılık öyküsü alınmıştır. Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık yaşayan kişiler içerisinde istismar sıklığı %4,3 (n=1) olarak tespit edilmiştir. Ayrılık olmayanlarda ise istismar oranı %2,5 (n=2) olarak tespit edilmiştir (p=0,650) Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olanların %43,5'inde (n=10) ebeveyn sorunu mevcut iken bu oran ayrılık öyküsü olmayanlarda %10,1 (n=8) olarak bulunmuştur (p=0,000).

Tablo III. Çocukluk Döneminde Ebeveynden Ayrılık ile psikiyatrik hastalıklar ve OUAS ilişkisi

		Çocukluk Döneminde Ebeveynden Ayrılık							p
		Yok		Var		Toplam			
		n	%A	n	%A	n	%A		
BB-1	Yok	n	77	97,5	23	100,0	100	98,0	0,441
		%B	77,0	23,0					
	Var	n	2	2,5	0	0,0	2	2,0	
		%B	100,0	0,0					
MD	Yok	n	64	81,0	18	78,3	82	80,4	0,770
		%M	78,0	22,0					
	Var	n	15	19,0	5	21,7	20	19,6	
		%M	75,0	25,0					
DiB	Yok	n	78	98,7	22	95,7	100	98,0	0,348
		%D	78,0	22,0					
	Var	n	1	1,3	1	4,3	2	2,0	
		%D	50,0	50,0					
SiB	Yok	n	79	100,0	22	95,7	101	99,0	0,063
		%SiB	78,2	21,8					
	Var	n	0	0,0	1	4,3	1	1,0	
		%SiB	0,0	100,0					
SF	Yok	n	72	91,1	22	95,7	94	92,2	0,479
		%SF	76,6	23,4					
	Var	n	7	8,9	1	4,3	8	7,8	
		%SF	87,5	12,5					
ÖF	Yok	n	70	88,6	21	91,3	91	89,2	0,714
		%ÖF	76,9	23,1					
	Var	n	9	11,4	2	8,7	11	10,8	
		%ÖF	81,8	18,2					
GAB	Yok	n	70	88,6	19	82,6	89	87,3	0,448
		%G	78,7	21,3					
	Var	n	9	11,4	4	17,4	13	12,7	
		%G	69,2	30,8					
OKB	Yok	n	78	98,7	22	95,7	100	98,0	0,348
		%O	78,0	22,0					
	Var	n	1	1,3	1	4,3	2	2,0	
		%O	50,0	50,0					
SoB	Yok	n	78	98,7	22	95,7	100	98,0	0,348
		%SoB	78,0	22,0					
	Var	n	1	1,3	1	4,3	2	2,0	
		%SoB	50,0	50,0					

		Çocukluk Döneminde Ebeveynden Ayrılık							
		Yok		Var		Toplam		p	
		n	%A	n	%A	n	%A		
PK	Yok	n	47	59,5	13	56,5	60	58,8	0,799
	%PK		78,3	21,7					
	Var	n	32	40,5	10	43,5	42	41,2	
	%PK		76,2	23,8					
OUAS	Hafif	n	17	21,5	6	26,1	23	22,5	0,598
	%O		73,9	26,1					
	Orta	n	15	19,0	6	26,1	21	20,6	
	%O		71,4	28,6					
	Ağır	n	47	59,5	11	47,8	58	56,9	
	%0		81,0	19,0					

Çocukluk Döneminde Ebeveyn Tutumu: Aşırı koruyucu, sert-kuralcı, sevecen, ilgisiz olmak üzere dört gruba ayrılarak incelenmiştir. Çocukluk döneminde anne ve babası arasında sorun olan (çocuklukta ebeveyn sorunu=ÇES) 18 kişinin 4'ü (%22,2) ailesini ilgisiz olarak tanımlarken 6'sı (%33,3) ailesini sevecen olarak tanımlamış ve 8'i (%44,5) ailesini sert-kuralcı olarak tanımlamıştır. Ailesini ilgisiz olarak tanımlayan 6 hastanın 4'ü (%66,7), ailesini sert ve kuralcı olarak tarifleyen 30 hastanın 8'i (%26,7) çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tariflemişlerdir. Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu yaşayan kişilerin içerisinde ailesini aşırı koruyucu olarak tanımlayan hasta tespit edilmemiştir (p=0,002).

Anne veya babasından veya her ikisinden erken çocukluk döneminde bir süre (en az 6 ay) ayrı olarak yaşamış (Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık=ÇEA) kişilerin %65,2'si (n=15) ailesini sevecen olarak tanımlarken %21,7'si (n=5) sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır.

Ebeveyn tutumu ile öğrenim durumu kıyaslandığında ailesini aşırı koruyucu olarak tanımlayan 3 hasta içerisinde orta okul, lise ve yüksekokul mezunu hasta tespit edilmemiştir. Ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayan 6 kişinin 5'inin (%83,3)

ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Sevecen olarak tanımlanan ebeveynlere sahip olan hastaların eğitim düzeyi nispeten diğerlerinden daha yüksektir (p=0,126).

Medeni durum açısından bakıldığında aşırı koruyucu aileye sahip hastaların içerisinde (n=3) bekar olanı yoktur. Bekarların en fazla saptandığı grup ilgisiz ebeveyne sahip hastalar olup bu oran %16,7’dir (n=1).

Cinsiyet açısından bakıldığında ailesini ilgisiz olarak tanımlayan 6 kişi arasında kadın cinsiyete rastlanmamışken kadınların %6,7'si ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlamıştır. Kadınların %50'si (n=15) ebeveynini sevecen olarak tanımlarken %43,3'ü (n=13) sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır. Erkeklerin %66,7'si (n=48) ebeveynini sevecen olarak tanımlamıştır. İlgisiz ebeveyn tanımlayan 6 hastanın tümü erkektir (p=0,070).

Psikiyatrik komorbidite ile ebeveyn tutumunu istatistiksel olarak karşılaştırdığımızda ailesini ilgisiz (n=4) ve aşırı koruyucu (n=2) olarak tanımlayan iki grupta da psikiyatrik komorbidite oranı %66,7 olarak tespit edilmiştir. Ailesini sert ve kuralcı olarak tanımlayan hastalarda bu oran %50 (n=15) iken sevecen olarak tanımlayanlarda bu oran %33,3 ‘tür (n=21)(p=0,173).

Somatizasyon bozukluğu olan 2 kişiden biri ebeveynini sevecen olarak tanımlarken diğeri ilgisiz olarak tanımlamıştır. İlgisiz olarak tanımlayan hastalar içerisinde somatizasyon bozukluğu oranı %16,7 olarak tespit edilmiştir. (p=0,059)

OKB teşhisi alan 2 hastanın ikisinde ailesini sevecen olarak tanımlamıştır. Ailesini sevecen olarak tanımlayan kişiler içerisinde OKB oranı %3,2 tespit edilmiştir ($p=0,738$).

GAB teşhisi almış 13 hastanın 6 tanesi ailesini sert-kuralcı olarak tanımlarken (%46,2), 6 tanesi (%46,2) sevecen olarak tariflemiş, 1 tanesi de (%7,6) ilgisiz olarak tariflemiştir. Ailesini aşırı koruyucu olarak tanımlayan kişiler

içerisinde GAB tanısı alan yoktur. Ailesini kuralcı olarak tanımlayan hastaların %20,0'si GAB tanısı alırken bu oran ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayanlarda %16,7, sevecen olarak tanımlayanlarda %9,5 olarak tespit edilmiştir (p=0,470).

Sosyal fobi tespit edilen 8 kişinin 7'si ebeveynini sevecen olarak tanımlamıştır ve ebeveynini sevecen olarak tanımlayan kişiler içerisinde sosyal fobi oranı %11,1 olarak tespit edilmiştir. Diğeri ise ailesini aşırı koruyucu olarak tanımlamıştır (p=0,147).

Siklotimik Bozukluk, sadece bir hastada görülmüş ve o da ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır. Bu oran ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlayanlar içerisinde %3,3'tür (p=0,489).

Distimik Bozukluk tanısı alan 2 hasta ebeveynlerini sert-kuralcı ve sevecen olarak tanımlamışlardır. Ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlayanlar içerisinde bu oran %3,3 iken sevecen olarak tanımlayanlar içerisinde bu oran %1,6 olarak tespit edilmiştir (p=0,915).

Major Depresyon (MD) tespit edilen hastalar içerisinde ebeveyn tutumu açısından kendi içlerinde incelediğimizde MD oluşturma oranı ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayan kişiler içerisinde %66,7 ile birinci sırada iken (n=2) bunu %33,3 ile ilgisiz olarak tanımlayan kişiler (n=2) takip etmektedir. Sert-kuralcı olarak tanımlayanlarda ise bu oran %23,3 iken sevecen olarak tanımlayan kişilerde bu oran %14,3'tür (p=0,097).

BB-1 tanısı alan 2 kişiden birisi ebeveynini sert-kuralcı olarak tanımlamış, diğeri ise ebeveynini ilgisiz olarak tanımlamıştır. Ebeveynini sert-kuralcı olarak tanımlayan kişiler içerisinde BB-1 sıklığı %3,3 iken ilgisiz olarak tanımlayanlarda ise bu oran %16,7 olarak tespit edilmiştir (p=0,039).

Madde kullanımı açısından baktığımızda alkol kullanan 2 kişinin her ikisi de ebeveynini sevecen olarak tanımlamıştır. Alkol kullanım sıklığı ebeveynini

sevecen olarak tanımlayan kişiler içerisinde %3,2'dir. Ebeveynini i aşırı koruyucu olarak tanımlayan kişiler içerisinde sigara içme oranı %66,7 iken (n=2) bu oranın en düşük olduğu ebeveyn tanımı %19 ile sevecen olarak tanımlananlardır (n=12)(p=0,545).

Tablo IV. Ebeveyn Tutumu ile psikiyatrik hastalıklar ve OUAS ilişkisi

			Ebeveyn Tutumu										p
			AK		SK		S		İ		Top		
			n	%ET	n	%ET	n	%ET	n	%ET	n	%ET	
BB-1	Yok	n	3	100,0	29	96,7	63	100,0	5	83,3	100	98,0	0,039
		%BB	3,0		29,0		63,0		5,0				
	Var	n	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	16,7	2	2,0	
		%BB	0,0		50,0		0,0		50,0				
MD	Yok	n	1	33,3	23	76,7	54	85,7	4	66,7	82	80,4	0,097
		%MD	1,2		28,0		65,9		4,9				
	Var	n	2	66,7	7	23,3	9	14,3	2	33,3	20	19,6	
		%MD	10,0		35,0		45,0		10,0				
DiB	Yok	n	3	100,0	29	96,7	62	98,4	6	100,0	100	98,0	0,915
		%DB	3,0		29,0		62,0		6,0				
	Var	n	0	0,0	1	3,3	1	1,6	0	0,0	2	2,0	
		%DB	0,0		50,0		0,0		50,0				
SiB	Yok	n	3	100,0	29	96,7	63	100,0	6	100,0	101	99,0	0,489
		%SiB	3,0		28,7		62,4		5,9				
	Var	n	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,0	
		%SiB	0,0		100,0		0,0		0,0				
SF	Yok	n	2	66,7	30	100,0	56	88,9	6	100,0	94	92,2	0,082
		%SF	2,1		31,9		59,6		6,4				
	Var	n	1	33,3	0	0,0	7	11,1	0	0,0	8	7,8	
		%SF	12,5		0,0		87,5		0,0				

AK: Aşırı Koruyucu, SK: Sert kuralcı, Sev: Sevecen, İ: İlgisiz

			Ebeveyn Tutumu										p
			AK		SK		S		İ		Top		
			n	%ET	n	%ET	n	%ET	n	%ET	n	%ET	
ÖF	Yok	n	3	100,0	26	86,7	57	90,5	5	83,3	91	89,2	0,829
		%ÖF	3,3		28,6		62,6		5,5				
	Var	n	0	0,0	4	13,3	6	9,5	1	16,7	11	10,8	
		%ÖF	0,0		36,4		54,5		9,1				
GAB	Yok	n	3	100,0	24	80,0	57	90,5	5	83,3	89	87,3	0,470
		%G	3,4		27,0		64,0		5,6				
	Var	n	0	0,0	6	20,0	6	9,5	1	16,7	13	12,7	
		%G	0,0		46,2		46,2		5,6				
OKB	Yok	n	3	100,0	30	100,0	61	96,8	6	100,0	100	98,0	0,738
		%O	3,0		30,0		61,0		6,0				
	Var	n	0	0,0	0	0,0	2	3,2	0	0,0	2	2,0	
		%O	0,0		0,0		100,0		0,0				
SoB	Yok	n	3	100,0	30	100,0	62	98,4	5	83,3	100	98,0	0,059
		%SoB	3,0		30,0		62,0		5,0				
	Var	n	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	16,7	2	2,0	
		%SoB	0,0		0,0		50,0		50,0				
PK	Yok	n	1	33,3	15	50,0	42	66,7	2	33,3	60	58,8	0,173
		%PK	1,7		25,0		70,0		3,3				
	Var	n	2	66,7	15	50,0	21	33,3	4	66,7	42	41,2	
		%PK	4,8		35,7		50,0		9,5				
OUAS	Hafif	n	0	0,0	5	16,7	15	23,8	3	50,0	23	22,5	0,543
		%O	0,0		21,7		65,2		13,0				
	Orta	n	1	33,3	5	16,7	14	22,2	1	16,7	21	20,6	
		%O	4,8		23,8		66,7		4,8				
	Ağır	n	2	66,7	20	66,7	34	54,0	2	33,3	58	56,9	
		%O	3,4		34,5		58,6		3,4				

AK: Aşırı Koruyucu, SK: Sert kuralcı, Sev: Sevecen, İ: İlgisiz

Çocukluk Döneminde Ebeveynler Arası Sorun: Erken çocukluk döneminde anne ve babası arasında sorunlar olan ve bunu hatırladığını ve o dönemden kendisinin etkilendiğini belirten kişiler ele alınmış ve çocuklukta ebeveyn sorunu adı altında incelenmiştir. Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olup da çocuklukta cinsel veya fiziksel istismar tarifleyen kişi oranı %11,1 iken istismar olmadığını belirten kişi oranı %1,2'dir (n=1) (p=0,024).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olan hastaların %55,6'sında (n=10) çocukluk döneminde ebeveyninden ayrılık mevcut iken çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayan hastalarda bu oran %15,5 olarak tespit edilmiştir (n=13) (p=0,001).

Psikiyatrik komorbidite oranı çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olanlarda %55,6 iken (n=10) çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayanlarda bu oran %38,1'dir (n=32) (p=0,172).

Somatizasyon bozukluğu tanısı almış 2 hastanın her ikisi de çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tariflemişlerdir (p=0,002). Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tarifleyen kişiler içerisinde bu oran %11,1'dir.

OKB tanısı alan 2 kişinin her ikisinde de çocukluk döneminde ebeveyn sorunu yoktur (p=0,509).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tanımlayan hastalar içerisinde GAB oranı %27,8 (n=5) iken bu oran çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayan kişilerde %9,5 olarak tespit edilmiştir (p=0,035).

Özgül Fobi olan hasta sayısı 11'dir ve bu hastaların hiçbirisi çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tariflememiştir (p=0,104).

Siklotimik Bozukluk tanısı alan bir kişi mevcuttur ve çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tanımlamıştır. Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olan kişiler içerisinde Siklotimik Bozukluk oranı %5,6'dır (p=0,030). Buna karşın Distimik Bozukluk tanısı alan 2 kişinin her ikisi de çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tariflememişlerdir (p=0,509).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tarifleyen hastalar içerisinde MD oranı %27,8 (n=5) iken bu oran çocukluk döneminde ebeveyn sorunu yaşamayan kişiler içerisinde %17,9 (n=15) olarak tespit edilmiştir (p=0,336).

BB-1 tanısı alan 2 hastanın 1 tanesinde çocukluk döneminde ebeveyn sorunu var iken (%5,6) diğerinde çocukluk döneminde ebeveyn sorunu yoktur (%1,2) ($p=0,225$).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tanımlayanların %83,3'ünde madde kullanımı yoktur ($n=15$) ve bu oran çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayanlarda %73,8'dir ($n=62$). Alkol kullanımı olan 3 kişiden hiçbirisi çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tanımlamamıştır ($p=0,786$).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tanımlayan kişilerde geçirilmiş psikiyatrik hastalık oranı %27,8 iken ($n=5$) çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayanlarda bu oran %10,7'dir ($n=9$) ($p=0,056$).

Tablo V. Çocukluk döneminde ebeveynler arasında sorun ile psikiyatrik hastalıklar ve OUAS ilişkisi

		Çocukluk Döneminde Ebeveynler Arasında Sorun							p
		Yok		Var		Toplam			
		n	%EAS	n	%EAS	n	%EAS		
BB-1	Yok	n	83	98,8	17	94,4	100	98,0	0,225
		%BB	83,0		17,0				
	Var	n	1	1,2	1	5,6	2	2,0	
		%BB	50,0		50,0				
MD	Yok	n	69	82,1	13	72,2	82	80,4	0,336
		%MD	84,1		15,9				
	Var	n	15	17,9	5	27,8	20	19,6	
		%MD	75,0		25,0				
DiB	Yok	n	82	97,6	18	100,0	100	98,0	0,509
		%D	82,0		18,0				
	Var	n	2	2,4	0	0,0	2	2,0	
		%D	100,0		0,0				
SiB	Yok	n	84	100,0	17	94,7	101	99,0	0,030
		%SiB	83,2		16,8				
	Var	n	0	0,0	1	5,6	1	1,0	
		%SiB	0,0		100,0				
SF	Yok	n	77	91,7	17	94,4	94	92,2	0,691
		%SF	81,9		18,1				
	Var	n	7	8,3	1	5,6	8	7,8	
		%SF	87,5		12,5				
ÖF	Yok	n	73	86,9	18	100,0	91	89,2	0,104
		%ÖF	80,2		19,8				
	Var	n	11	13,1	0	0,0	11	10,8	
		%ÖF	100,0		0,0				
GAB	Yok	n	76	90,5	13	72,2	89	87,3	0,035
		%GAB	85,4		14,6				
	Var	n	8	9,5	5	27,8	13	12,7	
		%GAB	61,5		38,5				
OKB	Yok	n	82	97,6	18	100,0	100	98,0	0,509
		%OKB	82,0		18,0				
	Var	n	2	2,4	0	0,0	2	2,0	
		%OKB	100,0		0,0				
SoB	Yok	n	84	100,0	16	88,9	100	98,0	0,002
		%SoB	84,0		16,0				
	Var	n	0	0,0	2	11,1	2	2,0	
		%SoB	0,0		100,0				

Çocukluk Döneminde Ebeveynler Arasında Sorun									
		Yok		Var		Toplam		p	
		n	%EAS	n	%EAS	n	%EAS		
PK	Yok	n	52	61,9	8	44,4	60	58,8	0,172
		%PK	86,7		13,3				
	Var	n	32	38,1	10	55,6	42	41,2	
		%PK	76,2		23,8				
OUAS	Hafif	n	16	19,0	7	38,9	23	22,5	0,082
		%O	69,6		30,4				
	Orta	n	20	23,8	1	5,6	21	20,6	
		%O	95,2		4,8				
	Ağır	n	48	57,1	10	55,6	58	56,9	
		%O	82,8		17,2				

Medeni Durum: Evli olanların oranı erkeklerde %93,1, bayanlarda %93,3'tür. Bekar olanların hafif ve orta OUAS oranı %14,3 (n=1) iken evlilerde bu oran %45,3'tür (n=43).(p=0,110)

Bekar olanların yaş ortalaması 55,2±16,5, evli olanların yaş ortalaması 51,7±9,6'dır. Bekar olan 7 kişinin 5 tanesi erkek, 2 tanesi bayandır. Erkekler içerisinde bekarların oranı %6,9 iken bayanlar içerisinde bekarların oranı %6,7'dir. Toplamda bekarların oranı %6,9 olarak tespit edilmiştir.

Psikiyatrik komorbidite mevcut olanların oranı evlilerde %37,9 iken (n=36), bu oran bekarlarda %85,7'dir (n=6) (p=0,013).

OKB tanısı alan 2 hastanın her ikisi de evlidir ve evlilerde OKB oranı %2,1 olarak tespit edilmiştir.(p=0,698)

GAB tanısı almış hastalar içerisinde evli olanların sayısı 9'dur ve GAB oranı evli olanlarda %9,5'dir. Bekarlar içerisinde ise GAB tanısı almış kişilerin oranı %57,1'dir (n=4) (p=0,000).

Sosyal Fobi tanısı almış 8 hastanın hepsi evlidir ve evli olanlar içerisinde sosyal fobi sıklığı %8,4 olarak tespit edilmiştir ($p=0,424$).

Evli olan OUAS hastaları arasında MD tanısı almış kişilerin oranı %18,9'dur ($n=18$) ve bekarlarda bu oran %28,6 ($n=2$) olarak tespit edilmiştir ($p=0,536$).

BB-1 tanısı alan 2 hasta mevcuttur ve her ikisi de evlidir. Evliler içerisinde BB-1 sıklığı %2,1 olarak tespit edilmiştir ($p=0,698$).

Alkol kullanımı olan 3 kişi mevcuttur ve bu kişilerin hepsi evlidir ve erkektir. Evli olanlarda alkol kullanım oranı %3,2'dir ($p=0,917$). Evli olan erkeklerde alkol kullanım sıklığı %4,5 ve erkeklerde alkol kullanım sıklığı %4,2 olarak saptanmıştır.

Bekar olanlarda herhangi bir hastalık tanısı ile ilaç kullanımı oranı %85,7 ($n=6$) iken evli olanlarda bu oran %60,0 ($n=57$) olarak bulunmuştur ($p=0,177$).

Kişinin ölüme yaklaştığını düşündüren veya geleceği kalmadığı düşüncesini oluşturan travma öyküsü sıklığı %24,0 ($n=25$)'tür ve bu kişilerin hepsi evlidir. Evli olanlarda travma öyküsü sıklığı %26,3 olarak saptanmıştır ($p=0,118$).

Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bekarların %28,6'sında mevcut iken evlilerde bu oran %12,6 ($n=12$) olarak saptanmıştır ($p=0,237$).

İkamet ettikleri yere göre incelendiğinde köyde yaşayanlar içerisinde bekar tespit edilmemiştir. Bekarların %57,1'i ($n=4$) ilçe veya kasabada, %42,9'u ($n=3$) kentte yaşamaktadır. Evli olanlar içerisinde en büyük oranı %49,5 ile ($n=47$) kentte yaşayanlar oluşturmuştur ($p=0,423$).

Bekar olanların büyük çoğunluğu (%85,7) ($n=6$) ilkokul mezunu iken ortaokul, lise mezunu olan veya okuma yazma bilmeyen bekar saptanmamıştır.

Evli olanlarda en büyük çoğunluğun %58,9 (n=56) ile ilkokul mezunu kişiler tarafından oluşturulduğu gözlenmiştir.

Tablo VI. Medeni durum ile psikiyatrik hastalıklar ve OUAS ilişkisi

			Medeni Durum						p
			Bekar		Evli		Toplam		
			n	%M	n	%M	n	%M	
MD	Yok	n	5	71,4	77	81,1	82	80,4	0,536
		%MD	6,1		93,9				
	Var	n	2	28,6	18	18,9	20	19,6	
		%MD	10,0		90,0				
SF	Yok	n	7	100,0	87	91,6	94	92,2	0,424
		%SF	7,4		92,6				
	Var	n	0	0,0	8	100,0	8	7,8	
		%SF	0,0		100,0				
GAB	Yok	n	3	42,9	86	90,5	89	87,3	0,000
		%GAB	3,4		96,6				
	Var	n	4	57,1	9	9,5	13	12,7	
		%GAB	30,8		62,9				
PK	Yok	n	1	14,3	59	62,1	60	58,8	0,013
		%PK	1,7		98,3				
	Var	n	6	85,7	36	37,9	42	41,2	
		%PK	14,3		85,7				
OUAS	Hafif	n	1	14,3	22	23,2	23	22,5	0,237
		%O	4,3		95,7				
	Orta	n	0	0,0	21	22,1	21	20,6	
		%O	0,0		100,0				
	Ağır	n	6	85,7	52	54,7	58	56,9	
		%O	10,3		89,7				

Meslek Grupları: Çalışmayanlar, işçiler, memurlar, serbest meslek sahipleri ve çiftçiler olmak üzere 5 gruba ayrıldı.

Okuma yazma bilmeyen 9 kişi mevcuttur ve hepsi çalışmayan grupta yer almıştır. Çalışmayanlar içerisinde okuma yazma bilmeyenlerin oranı %16,4 olarak saptanmıştır. İlkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların en büyük grubunu (%38-56) çalışmayanlar oluşturmuştur. İkinci büyük grubu ise işçiler oluşturmuştur

(%16-30). Yüksekokul mezunu olanların %87,5'inin (n=7) memur oldukları saptanmıştır. Kalan %12,5'lik kısmını (n=1) çalışmayanlar oluşturmuştur. İşçi olanların büyük çoğunluğunu (%58,8 n=10) İlkokul mezunları oluşturmuştur. Memurların birinci büyük çoğunluğu (%46,7 n=7) yüksekokul mezunlarından oluşuyorken ikinci büyük çoğunluğu (%40,0 n=6) ilkokul mezunları tarafından oluşturulmuştur. Çalışmayanların büyük çoğunluğunu %63,6 ile (n=35) ilkokul mezunları oluştururken çiftçi olan 6 kişinin hepsi ilkokul mezunları tarafından oluşturulmuştur (p=0,000).

Erkeklerde çalışmayanların oranı %38,9 (n=28) iken işçiler %22,2 (n=16) ile ikinci büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Kadınların %90,0'ı çalışmamaktadır. Kadınlar içerisinde serbest meslek sahibi olan tespit edilmemiştir (p=0,000).

Ekim 2011'de bir sendika tarafından yapılan çalışma ile aylık geliri yaklaşık 3000 TL ve üzeri olan 4 kişilik aile zengin kabul edilmiş ve bundan yola çıkarak bizim çalışmamızda ailedeki kişi sayısına bakılmaksızın 3000 TL ve üzeri geliri olan evde yaşayan kişiler zengin kabul edilmiştir. Zengin grubuna giren 3 kişinin 2'si memur iken kalan 1 tanesi de işçidir (p=0,081). Memurlar içerisinde zengin oranı %13,3, işçiler içerisinde zengin oranı %5,9 olarak tespit edilmiştir.

Psikiyatrik hastalık, işçilerde %58,8 (n=10) olarak saptanmıştır. Bu oran serbest çalışanlarda %44,4 (n=4), çiftçilerde %33,3 (n=2), çalışmayanlarda %40,0 (n=22) ve memurlarda %26,7 (n=4) olarak tespit edilmiştir (p=0,446).

Somatizasyon Bozukluğu olan 2 hastanın ikisinde serbest meslek sahibidir. Serbest meslekle uğraşanlar içerisinde Somatizasyon Bozukluğu oranı %3,6'dır (p=0,783).

Serbest meslek sahiplerinde GAB oranı %22,2 (n=2) iken çalışmayanlarda 14,5 (n=8), işçilerde %11,8 (n=2), memurlarda %6,7 (n=1) olarak saptanmıştır. Çiftçilerde GAB tespit edilmemiştir (p=0,687).

Özgül fobi sıklığı işçilerde %23,5 (n=4) saptanmış iken serbest meslek sahiplerinde bu oran %11,1 (n=1), çalışmayanlarda %9,1 (n=5), memurlarda %6,7 (n=1) olarak tespit edilmiştir. Çiftçilerde özgül fobi tanısı alan kişi yoktur.

Sosyal fobi, işçi ve memurlarda tespit edilmemiştir. Çiftçilerde sosyal fobi sıklığı %16,7(n=1), serbest meslek sahiplerinde %11,1 (n=1), çalışmayanlarda %10,9 (n=6) saptanmıştır.

İşçilerin %35,3'ü(n=6) MD tanısı almıştır. Bu oran çalışmayanlarda %20,0 (n=11), çiftçilerde %16,7 (n=1), serbest meslek sahiplerinde %11,1 (n=1), memurlarda %6,7 (n=1) olarak tespit edilmiştir.

Madde kullanımının olmadığı en büyük grubu çalışmayanlar oluşturmaktadır (%83,6 n=46). Sigara kullanımının en yaygın olduğu grup serbest meslek grubudur (%55,6 n=5). En az olan grubu ise memurlar oluşturmaktadır (%6,7) (n=1). Alkol kullanan 3 kişinin üçüde memurdur (p=0,006).

Ek fiziksel hastalık oranı tüm hasta grubunda %64,7 (n=66)'dir. Gruplar içerisinde bu oran en yüksek çiftçilerde tespit edilmiştir (%83,3) (n=5) (p=0,335). Çiftçilerin yaş ortalaması 55,1±7,3'dir.

Sol elini kullananların büyük kısmını memurlar oluştururken (41,7 n=5) sağ elini kullananların büyük kısmı çalışmamaktadır (%57,8 n=52) (p=0,062).

Serbest meslek sahibi olanların dışında meslek gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğu ebeveynini sevecen olarak tanımlarken serbest meslek sahibi olanların %55,6'sı (n=5) ebeveynini sert-kuralcı olarak tanımlamıştır. Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayan 3 kişiden 2'si çalışmayan gruba dahil iken 1 tanesi çiftçidir. Ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayan 6 kişiden 4 tanesi (%66,7) işçi, 2 tanesi (%33,3) çalışmayan grubuna dahildir (p=0,021).

Öğrenim Düzeyleri: Okuma yazma bilmeyenler, ilkokul mezunları, ortaokul mezunları, lise mezunları ve yüksekokul mezunları olmak üzere 5 grupta incelenmiştir.

Bekar olan 7 kişinin 6 tanesi ilkokul mezunu, 1 tanesi yüksekokul mezunudur. İlkokul mezunu olanlar içerisinde bekar olanların oranı %9,7 iken Yüksekokul mezunları içerisinde bekar olanların oranı %12,5 olarak tespit edilmiştir ($p=0,474$).

Bayanların %26,7'sini ($n=8$) okuma yazma bilmeyenler oluşturmuştur. Bu oran erkeklerde %1,4'tür ($n=1$). İlkokul mezunlarının sıklığı bayanlarda %60,0 iken ($n=18$) erkeklerde %61,1'dir ($n=44$). Ortaokul, lise ve yüksekokul mezunları toplamının oranı erkeklerde %37,5 ($n=27$) iken bayanlarda %13,3'tür ($n=4$) ($p=0,001$).

Zengin grubunda yer alan 3 kişinin 2'si lise, 1 tanesi yüksekokul mezunudur. Lise mezunları içerisinde zengin olanların oranı %15,7 iken yüksekokul mezunları içerisinde zengin olanların oranı %12,5'dir ($p=0,017$).

Bir kardeşi olan (ailede 2 evlat, 2 kardeş) kişilerin sayısı 10'dur. Bu kişilerin %70'i ilkokul mezunu ($n=7$), %10'u ortaokul mezunu ($n=1$), %20'si lise mezunudur ($n=2$). İki kardeş olan kişilerin içerisinde okuma yazma bilmeyen ve yüksekokul mezunu kişi yoktur. Üç ve daha fazla kardeş olanların büyük çoğunluğunu ise %59,8 ile ilkokul mezunları oluşturmaktadır. İkinci büyük çoğunluk lise mezunları tarafından oluşturulmuştur (%12,0) ($p=0,652$).

Her üç OUAS grubunda da çoğunluğu ilkokul mezunları oluşturmaktadır. İlkokul mezunları içerisinde en büyük grubu %58,1 ($n=36$) ile ağır OUAS'lılar oluşturmuştur. Psikiyatrik komorbidite oranı ilkokul mezunlarında %33,3 iken ($n=3$) ortaokul mezunlarında %46,8 ($n=29$), lise mezunlarında %30,8 ($n=4$) ve yüksekokul mezunlarında %25,0 ($n=2$)'dir ($p=0,648$).

Somatizasyon Bozukluğu tanısı alan 2 kişinin 1 tanesi ilkokul mezunu diğeri lise mezunudur. İlkokul mezunlarında Somatizasyon Bozukluğu oranı %1,6 olarak tespit edilmiş iken lise mezunlarında bu oran %7,7'dir ($p=0,592$).

OKB teşhisi konulan 2 kişinin her ikisi de ilkokul mezunudur ve ilkokul mezunlar içerisinde OKB sıklığı %3,2'dir ($p=0,859$).

GAB tanısı alan 13 kişinin 8 tanesi ilkokul mezunudur. İlkokul mezunları içerisinde GAB sıklığı %12,9'dur. GAB tanısı açısından bakıldığında kendi içerisinde en büyük oran %22,2 ile ($n=2$) okuma yazma bilmeyenlerde, ikinci büyük çoğunluk %20,0 ile ortaokul mezunlarındadır ($n=2$). Yüksekokul mezunlarında GAB tanısı alan kişilerin oranı %12,5'tir ($n=1$). Onüç lise mezunu kişi arasında GAB tanısı alan hasta olmamıştır ($p=0,541$).

Özgül fobi tanısı alan 11 kişinin 9 tanesi ilkokul mezunu, 2 tanesi ortokul mezunudur. İlkokul mezunları içerisinde özgül fobi sıklığı %14,5 ve orta okul mezunları içerisinde özgül fobi oranı %20'dir. Okuma yazma bilmeyenlerde, lise ve yüksekokul mezunları içerisinde özgül fobi tanısı alan kişi yoktur ($p=0,248$).

Sosyal fobi oranı kendi içerisinde en yüksek olan grubu %22,2 ile okuma yazma bilmeyenler oluştururken yüksekokul mezunu olanlarda sosyal fobi tespit edilmemiştir ($p=0,480$).

Siklotimik Bozukluk tanısı alan 1 kişi ilkokul mezunudur ve ilkokul mezunu olanlar içerisinde Siklotimik Bozukluk oranı %1,6'dır ($p=0,957$).

Distimik Bozukluk tanısı alan 2 kişini 1 tanesi ilkokul mezunu, diğeri yüksekokul mezunudur. İkokul mezunları içerisinde Distimik Bozukluk oranı %1,6, yüksekokul mezunları içerisinde Distimik Bozukluk oranı %12,5'dir ($p=0,258$).

MD tanısı alan gruplar kendi içerisinde orantılandığında en büyük oran %22,6 ile (n=14) ilkokul mezunlarıdır. Bunu %22,2 ile (n=2) okuma yazma bilmeyenler, %15,4 ile lise mezunları (n=2), %12,5 ile (n=1) yüksekokul mezunları ve en düşük %10,0 ile (n=1) orta okul mezunları takip etmektedir (p=0,848).

BB-1 tanısı alan 2 kişinin 1 tanesi ilkokul mezunu iken 1 tanesi lise mezunudur. İlkokul mezunları içerisinde BB-1 sıklığı %1,6, lise mezunları içerisinde BB-1 sıklığı %7,7'dir (p=0,592).

Okuma yazma bilmeyenlerde madde kullanımı tespit edilmemiştir. Sigara kullanımı sıklığının en büyük olduğu grup %40,2 ile (n=4) orta okul mezunlarıdır. Bunu %30,8 ile lise mezunları (n=4), %21,0 ile ilkokul mezunları (n=13), %12,5 ile yüksekokul mezunları (n=1) takip etmektedir. Alkol kullanan 3 kişiden 1 tanesi ilkokul mezunu iken 2 tanesi yüksekokul mezunudur. Yüksekokul mezunlarında alkol kullanım sıklığı %25,0, ilkokul mezunlarında alkol kullanımı sıklığı %1,6 olarak saptanmıştır (p=0,031).

İlaç kullanımının en büyük olduğu grup %69,8 (n=) ile ilkokul mezunlarıdır. Bunu %11,1 ile ortaokul mezunları takip etmektedir (p=0,048). Fiziksel hastalık oranları ilaç kullanım oranlarına yakın seyretmektedir.

Birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık saptanan 8 kişi mevcuttur. Okuma yazma bilmeyenlerin soygeçmişinde psikiyatrik hastalık sıklığı %11,1 iken (n=1) ilkokul mezunlarında bu oran %6,5 (n=4), ortaokul mezunlarında %30,0 (n=3) olarak tespit edilmiştir. Lise ve yüksekokul mezunlarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur (p=0,064).

Yüksekokul mezunlarının %25'i (n=2) geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü vermiştir. Okuma yazma bilmeyenlerde bu oran %22,2'dir (n=2). Ortaokul mezunlarında geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsüne rastlanmamıştır (p=0,547).

Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayan 3 kişiden 1 tanesi okuma yazma bilmeyen, 2 tanesi ilkokul mezunu kişilerden oluşmaktadır. Okuma yazma bilmeyenlerde bu oran %11,1, ilkokul mezunlarında ise bu oran %3,2 olarak saptanmıştır. Yüksekokul mezunu olanların %37,5'i (n=3) ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlarken %62,5'i (n=5) ebeveynini sevecen olarak tanımlamıştır. Ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayan 6 kişiden 5'i ilkokul mezunudur. Bir tanesi lise mezunudur. İlkokul mezunlarında ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayanların oranı %8,1, lise mezunlarında bu oran %7,7 olarak tespit edilmiştir. Grupların %55-80'i ebeveynini sevecen olarak tanımlamıştır (p=0,780).

Çocuklukta istismar öyküsü veren 3 kişinin 1 tanesi ilkokul, 1 tanesi ortaokul, 1 tanesi lise mezunudur. İlkokul mezunları içerisinde bu oran %1,6, ortaokul mezunları içerisinde %10,0, lise mezunları içerisinde %7,7'dir. Okuma yazma bilmeyenlerde ve yüksekokul mezunlarında istismar öyküsüne rastlanmamıştır (p=0,452).

Ebeveynden ayrılık öyküsü verenlerin kendi içerisinde en büyük sıklığı yüksekokul mezunlarında (%37,5 n=3) tespit edilmiştir. Bunu %24,2 ile (n=15) ilkokul mezunları ve %23,1 ile (n=3) lise mezunları takip etmektedir (p=0,610).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu anamnezi verenlerin kendi grupları içerisinde en büyük sıklığı %38,5 ile (n=5) lise mezunları teşkil etmektedir. Bunu %16,1 ile (n=10) ilkokul mezunları ve %12,5 ile (n=1) yüksekokul mezunları takip etmektedir (p=0,310).

Ailenin ilk, ortanca ve son çocuğu olanlarda büyük çoğunluğu %54-71 oranlarında ilkokul mezunları oluşturmaktadır. Ortancalardan oluşan grup içerisinde yüksekokul mezunu olan kişi yoktur.

Kent, ilçe-kasaba ve köylerde öğrenim durumu açısından birinci grubu %59-69 arasındaki değerlerle ilkökul mezunları oluşturmuştur. Kentte okuma yazma bilmeyen kişi tespit edilmemiştir ($p=0,032$). Yüksekokul mezunu olanların sıklığı kentte %14,0 ($n=7$) iken bu oran ilçe-kasabada %2,6'dır ($n=1$).

Ekonomik olarak aktif olanlar içerisinde okuma yazma bilmeyen hastaya rastlanmamıştır. İlkokul mezunlarının %38,7'si ($n=24$) ekonomik olarak aktif iken ortaokul mezunlarında bu oran %60,0 ($n=6$), lise mezunlarında %76,9 ($n=10$), yüksekokul mezunlarında %87,5 ($n=7$)'dir ($p=0,000$). Eğitim düzeyi arttıkça ekonomik aktivite artmaktadır. Çiftçilik yapan kişiler sadece ilkökul mezunlarından oluşmuştur. Yüksekokul mezunlarının %87,5'i ($n=7$) memur olarak görev almışlardır.

Cinsiyet: Maddi geliri açısından zengin olarak değerlendirilen 3 kişinin hepsi erkektir ($p=0,256$).

Erkek olan ve iki kardeş olan hastaların iki kardeşten oluşan aileler içinde sıklığı %90,0 iken erkek olan, 3 ve daha fazla kardeşten oluşan aileler içinde sıklığı %68,5'dir ($p=0,156$).

Erkeklerin %59,7'si ($n=43$) ağır OUAS tanısı almıştır. Bu oran kadınlarda %50'dir ($n=15$).

Psikiyatrik komorbidite oranı erkeklerde %36,1($n=26$) kadınlarda %53,3'tür ($n=16$) ($p=0,107$).

Somatizasyon Bozukluğu olan 2 hastanın 1 tanesi erkek diğeri kadındır. Kadınlarda Somatizasyon Bozukluğu sıklığı %3,3 erkeklerde %1,4 olarak tespit edilmiştir ($p=0,519$).

OKB tanısı alan 2 hastanın ikisi de erkektir. Erkeklerde OKB sıklığı %2,8 olarak saptanmıştır ($p=0,357$).

GAB sıklığı erkeklerde %11,1 (n=8), kadınlarda %16,7 (n=5) olarak tespit edilmiştir (p=0,443).

Özgül Fobi sıklığı erkeklerde %12,5 (n=9), bayanlarda %6,7 (n=2) olarak saptanmıştır.

Erkeklerde sigara kullanımı sıklığı %27,8 (n=20), kadınlarda %6,7 (n=2) olarak tespit edilmiştir. Alkol kullanımı olan 3 kişinin üçü de erkektir ve erkeklerde alkol kullanımı sıklığı %4,2 saptanmıştır (p=0,060).

Fiziksel hastalık ve ilaç kullanımı her iki cinste de %60 civarındadır birbirine çok yakın değerler tespit edilmiştir (p=0,833).

Erkeklerde sol elini kullananların oranı %15,3 (n=11), kadınlarda %3,3'tür (n=1) (p=0,088).

Erkeklerde geçirilmiş psikiyatrik hastalık sıklığı %9,7 (n=7), kadınlarda %23,3'tür (n=7) (p=0,069).

Çocuklukta anksiyete bozukluğu yaşamış 1 kişi mevcuttur ve erkektir. Erkeklerde bu oran %1,4'tür (p=0,517).

Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayan erkeklerin oranı %1,4 (n=2) kadınların oranı ise %6,7'dir (n=2). Ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlayan erkekler %23,6 (n=17) iken kadınlarda bu oran %43,3 (n=13)'tür. Ebeveynini sevecen olarak tanımlayan erkeklerin oranı %66,7 (n=48) kadınların oranı %50,0 (n=15)'dir. Kadınlarda ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayan yoktur, erkeklerde bu oran %8,3'tür (n=6) (p=0,041).

Çocuk yaşlarda istismar anamnezi 2 erkekte ve 1 kadında tespit edilmiştir. Erkeklerde istismar oranı %2,8 kadınlarda %3,3'dür (p=0,880).

Anne babada ayrılık ve ebeveyn sorunu açısından cinsiyetler arasında fark yoktur. Medeni durum ile cinsiyet arasında fark yoktur ($p=0,966$).

Tablo VII. Cinsiyet ile psikiyatrik hastalıklar ve OUAS ilişkisi

			Cinsiyet						p
			Erkek		Kadın		Toplam		
			n	%C	n	%C	n	%C	
BB-1	Yok	N	71	98,6	29	96,7	100	98,0	0,519
		%BB	71,0		29,0				
	Var	n	1	1,4	1	3,3	2	2,0	
		%BB	50,0		50,0				
MD	Yok	n	61	84,7	21	70,0	82	80,4	0,088
		%MD	74,4		25,6				
	Var	n	11	15,3	9	30,0	20	19,6	
		%MD	55,0		45,0				
DiB	Yok	n	71	98,6	29	96,7	100	98,0	0,519
		%DiB	71,0		29,0				
	Var	n	1	1,4	1	3,3	2	2,0	
		%DiB	50,0		50,0				
SiB	Yok	n	72	100,0	29	96,7	101	99,0	0,120
		%SiB	71,3		28,7				
	Var	n	0	0,0	1	3,3	1	1,0	
		%SiB	0,0		100,0				
SF	Yok	n	67	93,1	27	90,0	94	92,2	0,601
		%SF	71,3		28,7				
	Var	n	5	6,9	3	10,0	8	7,8	
		%SF	62,5		37,5				
ÖF	Yok	n	63	87,5	28	93,3	91	89,2	0,387
		%ÖF	69,2		30,8				
	Var	n	9	12,5	2	6,7	11	10,8	
		%ÖF	81,8		18,2				
GAB	Yok	n	64	88,9	25	83,3	89	87,3	0,443
		%G	71,9		28,1				
	Var	n	8	11,1	5	16,7	13	12,7	
		%G	61,5		38,5				
OKB	Yok	n	70	97,2	30	100,0	100	98,0	0,357
		%O	70,0		30,0				
	Var	n	2	2,8	0	0,0	2	2,0	
		%O	100,0		0,0				
SoB	Yok	n	71	98,6	29	96,7	100	98,0	0,519
		%SoB	71,0		29,0				
	Var	n	1	1,4	1	3,3	2	2,0	
		%SoB	50,0		50,0				

			Cinsiyet						p
			Erkek		Kadın		Toplam		
			n	%C	n	%C	n	%C	
PK	Yok	n	46	63,9	14	46,7	60	58,8	0,107
		%PK	76,7		23,3				
	Var	n	26	36,1	16	53,3	42	41,2	
		%PK	61,9		38,1				
OUAS	Hafif	n	16	22,2	7	23,3	23	22,5	0,569
		%O	69,6		30,4				
	Orta	n	13	18,1	8	26,7	21	20,6	
		%O	61,9		38,1				
	Ağır	n	43	59,7	15	50,0	58	56,9	
		%O	74,1		25,9				

İkamet: Hastaların %49,0'u kentte (n=50), %38,3'ü ilçe-kasabada (n=39), %12,7'si (n=13) köyde ikamet etmektedir.

Kentte yaşayanların %94,0'ü (n=47) evli iken ilçe-kasabada yaşayanlarda bu oran %89,7'dir (n=35). Köyde yaşayanlarda bekar olan yoktur (p=0,423).

Zengin grubuna giren 3 kişinin hepsi kentte yaşamaktadır. Kentte yaşayanlarda zenginlik sıklığı %6,0 olarak saptanmıştır (p=0,200). Bir sendika tarafından yapılan bir araştırma ile dört kişilik bir aile 1000 TL/ay ve daha düşük gelir düzeyine sahipse açlık sınırında olduğu kabul edilmiştir. Çalışmamızda kişi sayısına bakmaksızın 1000 TL/ay'dan daha düşük gelir düzeyine sahip olan kişileri açlık sınırında yaşıyor kabul edildi. Açlık sınırında yaşayanlar kentte yaşayanların %44,0'ünü (n=22), ilçe-kasabada yaşayanların %56,4'ünü (n=22), köyde yaşayanların ise %76,9'unu (n=10) oluşturmaktadır (p=0,132). Sigara içenlerin sıklığı köylerde %46,2 (n=6), ilçe-kasabada yaşayanlarda %23,1 (n=9), kentte %14,0 (n=7) olarak bulunmuştur. Düzenli alkol kullanan 3 kişiden 2 tanesi kentte 1 tanesi ilçe-kasaba yaşamaktadır. Kentte düzenli alkol kullanımı oranı %4,0, ilçe-kasabada %2,6 olarak saptanmıştır.

OUAS dışı fiziksel hastalık sıklığı köyde yaşayanlarda %76,9 (n=10), ilçe-kasabada yaşayanlarda %66,7 (n=26), kentte %60,0 (n=30) olarak tespit edilmiştir (p=0,497).

Köyde yaşayanların %15,4'ü (n=2) soygeçmişinde psikiyatrik hastalık anamnezi vermiştir. İlçe-kasabada yaşayanlarda bu oran %7,7 (n=3), kentte yaşayanlarda %6,0 (n=3) olarak bulunmuştur (p=0,533).

Köyde yaşayanların %38,5'i (n=5) hayati tehlike düşüncesi oluşturan travma öyküsü vermiştir. Kentte yaşayanların %30,0'u (n=15), ilçe-kasabada yaşayanların %12,8'i (n=5) travma öyküsü vermişlerdir (p=0,080).

Her üç grupta da ebeveyn tutumu açısından en büyük popülasyonu ailesini sevecen olarak tanımlayan kişiler oluşturmaktadır (%56-69). Köyde yaşayanlar içerisinde ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayan kişi olmamıştır. Kentte yaşayanların %34,0'ü (n=17) ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlarken ilçe-kasabada yaşayanın %25,6'sı (n=10) köyde yaşayanların %23,1'i (n=3) ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır.

İstismar tarifleyen 3 kişinin 2'si kentte, 1 tanesi ilçe-kasabada yaşamaktadır. İlçe-kasabada yaşayanlarda istismar oranı %2,6, kentte yaşayanlarda %4,0 olarak saptanmıştır. Köyde yaşayanlarda istismar öyküsü veren kişi olmamıştır (p=0,737).

Çocukluk döneminde ebeveyninden ayrılık anamnezi veren kişi oranı kentte %26,0 (n=13), köyde %23,1 (n=3), ilçe-kasabada yaşayanlarda %17,9 (n=7) olarak belirlenmiştir (p=0,665).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tarifleyen kişi oranı köylerde %23,1 (n=3), kentte %22,0 (n=22), ilçe-kasabada yaşayanlarda %10,3 (n=4) olarak tespit edilmiştir (p=0,304).

Kentte yaşıyanların %52'si (n=26) ekonomik olarak aktif iken ilçe-kasabada yaşıyanların %41,0'i (n=16), köyde yaşıyanların %38,5'i (n=5) ekonomik olarak aktiftir (p=0,494).

İşçi, memur ve serbest çalışanların büyük çoğunluğu kentte yaşamaktadır. Çalışmayanların ve çiftçilerin çoğunluğu ise ilçe-kasabada yaşamaktadır. Köyde yaşıyanların %61,5'i (n=8) çalışmayanlardan, %23,1'i (n=3) işçilerden, %15,4'ü çiftçilerden (n=2) oluşmaktadır. Çiftçilerin %66,7'si (n=4) ilçe-kasabada yaşarken %33,3'ü (n=2) köyde yaşamaktadır. Kasabada yaşıyanlarda çiftçilerin oranı %10,3'tür (p=0,005).

Tablo VIII. İkamet ile psikiyatrik hastalıklar ve OUAS ilişkisi

			İkamet								p
			Kent		İK		Köy		Top		
			n	%İ	n	%İ	n	%İ	n	%İ	
BB-1	Yok	n	48	96,0	39	100,0	13	100,0	100	98,0	0,346
		%BB	48,0		39,0		13,0				
	Var	n	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	
		%BB	100,0		0,0		0,0				
MD	Yok	n	41	82,0	31	79,5	10	76,9	82	80,4	0,904
		%MD	50,0		37,8		12,2				
	Var	n	9	18,0	8	20,5	3	23,1	20	19,6	
		%MD	45,0		40,0		15,0				
DiB	Yok	n	48	96,0	39	100,0	13	100,0	100	98,0	0,346
		%DiB	48,0		39,0		13,0				
	Var	n	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	
		%DiB	100,0		0,0		0,0				
SiB	Yok	n	49	98,0	39	100,0	13	100,0	101	99,0	0,591
		%SiB	48,5		38,6		12,9				
	Var	n	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	
		%SiB	100,0		0,0		0,0				
SF	Yok	n	48	96,0	34	87,2	12	92,3	94	92,2	0,307
		%SF	51,1		36,2		12,8				
	Var	n	2	4,0	5	12,8	1	7,7	8	7,8	
		%SF	25,0		62,5		12,5				
ÖF	Yok	n	42	84,0	36	92,3	13	100,0	91	89,2	0,185
		%ÖF	46,2		39,6		14,3				
	Var	n	8	16,0	3	7,7	0	0,0	11	10,8	
		%ÖF	72,7		27,3		0,0				
GAB	Yok	n	44	88,0	33	84,6	12	92,3	89	87,3	0,753
		%G	49,4		37,1		13,5				
	Var	n	6	12,0	6	15,4	1	7,7	13	12,7	
		%G	46,2		46,2		7,7				
PK	Yok	n	28	56,0	23	59,0	9	69,2	60	58,8	0,689
		%PK	46,7		38,3		15,0				
	Var	n	22	44,0	16	41,0	4	30,8	42	41,2	
		%PK	52,4		38,1		9,5				
OUAS	Hafif	n	9	18,0	10	25,6	4	30,8	23	22,5	0,630
		%O	39,1		43,5		17,4				
	Orta	n	11	22,0	9	23,1	1	7,7	21	20,6	
		%O	52,4		42,9		4,8				
	Ağır	n	30	60,0	20	51,3	8	61,5	58	56,9	
		%O	51,7		34,5		13,8				

Ekonomik Aktivite: Okuma yazma bilmeyenler içerisinde ekonomik olarak aktif olan yoktur. İlkokul mezunlarının %37,8' (n=24), ortaokul mezunlarının %60,0'ı (n=6), lise mezunlarının %76,9'u (n=10), yüksekokul mezunlarının %87,5'i (n=7) ekonomik olarak aktif kişilerden oluşmaktadır (p=0,000)

Erkeklerin %61,1'i (n=44) ekonomik olarak aktif iken kadınların %10,0'u (n=3) ekonomik olarak aktiftir (p=0,000).

Hastaların %52,9'u (n=54) açlık sınırında yaşarken %44,1'i (n=45) fakirlik sınırında yaşamaktadır. Zengin denebilecek gruba dahil olan kişi oranı %2,9'dur (n=3).

Ekonomik olarak aktif olanların %31,9'u (n=15) açlık sınırında yaşarken %61,7'si (n=29) fakir grubunda yer almaktadır. Zenginlerin oranı ise %6,4 olarak tespit edilmiştir. Ekonomik olarak aktif olmayanların %70,9'u (n=39) açlık sınırında yaşarken %29,1'i (n=16) fakir grubunda yer almıştır (p=0,000).

Ekonomik olarak aktif olanların %29,8'i sigara içiyorken (n=14) ekonomik olarak aktif olmayanlarda bu oran %14,5 (n=8) olarak saptanmıştır (p=0,238).

Ekonomik olarak aktif olanların %46,8'i (n=22) ilaç kullanıyorken ekonomik olarak aktif olmayanların %74,5'i (n=41) ilaç kullanmaktadır (p=0,004). Ekonomik olarak aktif olmayanların yaş ortalaması $55,3 \pm 9,7$, ekonomik olarak aktif olanların yaş ortalaması $48,0 \pm 9,2$ 'dir. Ekonomik olarak aktif olanların %51,1'inde (n=24), ekonomik olarak aktif olmayanların %76,4'ünde (n=42) fiziksel hastalık vardır (p=0,008).

Geçirilmiş psikiyatrik hastalık anamnezi, ekonomik olarak aktif olanların %6,4 ünde (n=3) saptanmış ve ekonomik olarak aktif olmayanların %20,0'sinde (n=11) saptanmıştır (p=0,046).

Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayanların %33,3'ü ekonomik olarak aktif iken ekonomik olarak aktif olanların %2,1'i (n=1) ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlamıştır. Ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlayanların %33,3'ü ekonomik olarak aktif iken ekonomik olarak aktif olanların %21,3'ü (n=10) ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır. Ebeveynini sevecen olarak tanımlayanların %47,6'sı ekonomik olarak aktiftir ve ekonomik olarak aktif olanların %63,8'i ebeveynini sevecen olarak tanımlamıştır. Ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayan 6 kişinin hepsi ekonomik olarak aktif kişilerdir ve bu kişilerin ekonomik olarak aktif olan kişiler içindeki sıklığı %12,8'dir (p=0,026).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayanların %58,3'ü (n=49), çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olanların %66,7'si (n=12) ekonomik olarak aktiftir. Ekonomik olarak aktif olanların içerisinde çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olanların oranı %25,5 (n=12) saptanmıştır. Ekonomik olarak aktif olmayanların içerisinde çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olanların oranı %10,9'dur (n=6) (p=0,053).

Tablo IX. Ekonomik aktivite ile psikiyatrik hastalıklar ve OUAS ilişkisi

		Ekonomik Aktivite							p
		Evet			Hayır		Toplam		
		n	%EA	n	%EA	n	%EA		
BB-1	Yok	n	46	97,9	54	98,2	100	98,0	0,911
		%BB	46,0		54,0				
	Var	n	1	2,1	1	1,8	2	2,0	
		%BB	50,0		50,0				
MD	Yok	n	38	80,9	44	80,0	82	80,4	0,914
		%MD	46,3		53,7				
	Var	n	9	19,1	11	20,0	20	19,6	
		%MD	45,0		55,0				
DiB	Yok	n	46	97,9	54	98,2	100	98,0	0,911
		%DiB	46,0		54,0				
	Var	n	1	2,1	1	1,8	2	2,0	
		%DiB	50,0		50,0				
SiB	Yok	n	47	100,0	54	98,2	101	99,0	0,353
		%SiB	46,5		53,5				
	Var	n	0	0,0	1	1,8	1	1,0	
		%SiB	0,0		100,0				
SF	Yok	n	44	93,6	50	90,9	94	92,2	0,612
		%SF	46,8		53,2				
	Var	n	3	6,4	5	9,1	8	7,8	
		%SF	37,5		62,5				
ÖF	Yok	n	41	87,2	50	90,9	91	89,2	0,551
		%ÖF	45,1		54,9				
	Var	n	6	12,8	5	9,1	11	10,8	
		%ÖF	54,5		45,5				
GAB	Yok	n	41	87,2	48	87,3	89	87,3	0,995
		%GAB	46,1		53,9				
	Var	n	6	12,8	7	12,7	13	12,7	
		%GAB	46,2		53,8				
OKB	Yok	n	47	100,0	53	96,4	100	98,0	0,187
		%OKB	47,0		53,0				
	Var	n	0	0,0	2	3,6	2	2,0	
		%OKB	0,0		100,0				
SoB	Yok	n	46	97,9	54	98,2	100	98,0	0,911
		%SoB	46,0		54,0				
	Var	n	1	2,1	1	1,8	2	2,0	
		%SoB	50,0		50,0				

		Ekonomik Aktivite							p
		Evet			Hayır		Toplam		
		n	%EA	n	%EA	n	%EA		
PK	Yok	n	28	59,6	32	58,2	60	58,8	0,887
		%PK	46,7		53,3				
	Var	n	19	40,4	23	41,8	42	41,2	
		%PK	45,2		54,8				
OUAS	Hafif	n	10	21,3	13	23,6	23	22,5	0,805
		%O	43,5		56,5				
	Orta	n	11	23,4	10	18,2	21	20,6	
		%O	52,4		47,6				
	Ağır	n	26	55,3	32	58,2	58	56,9	
		%O	44,8		55,2				

Fiziksel Hastalık: Çalışmaya dahil edilen 102 hasta içerisinde fiziksel hastalığı olan kişi sayısı 66 (%64,7)'dir.

Fiziksel hastalığı olanlar içerisinde travma öyküsü sıklığı %31,8 (n=21), fiziksel hastalık olmayanlar içerisinde travma öyküsü olanların sıklığı %11,1'dir (n=4). Travma öyküsü olanların %84,0'ünde fiziksel hastalık tespit edilmiştir (n=21) (p=0,020).

Fiziksel hastalığı olanlarda geçirilmiş psikiyatrik hastalık sıklığı %12,1'dir ve fiziksel hastalık olmayanlarda bu oran %16,7 (n=6) olarak tespit edilmiştir (p=0,524).

Fiziksel hastalığı olanların %65,2'si (n=43) ebeveynini sevecen olarak tanımlarken %27,3'ü (n=18) sert kuralcı, %6,1'i (n=4) ilgisiz, %1,5'i (n=1) aşırı koruyucu olarak tanımlamıştır. Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayanların %33,3'ünde (n=1) fiziksel hastalık varken bu oran ailesini sert ve kuralcı olarak tanımlayanlarda %60,0 (n=18), ebeveynini sevecen olarak tanımlayanlar içerisinde %68,3 (n=43), ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayanlar içerisinde %66,7 (n=4) olarak tespit edilmiştir (p=0,585).

Fiziksel hastalığı olanların %36,4'ü ekonomik olarak aktif iken ekonomik olarak aktif olanların %51,1'inde fiziksel hastalık mevcuttur (n=24). Fiziksel hastalığı olanların %63,6'sı (n=42) ekonomik olarak aktif değildir (p=0,008).

Çiftçilerin %83,3'ünde, çalışmayanların %70,9'unda (n=39), işçilerin %58,8'inde (n=10), memurların %53,3'ünde (n=8), serbest meslek sahiplerinin %44,4'ünde (n=4) fiziksel hastalık mevcuttur. Fiziksel hastalığı olanların %59,1'i (n=39) çalışmamaktadır (p=0,335).

Fiziksel hastalığı olanların %45,5'i (n=30) kentte yaşamaktadır. %39,4'ü (n=26) ilçe-kasabada %15,2'si (n=10) köyde yaşamaktadır. Kentte yaşayanların %60,0'ında (n=30), ilçe-kasabada yaşayanların %66,7'sinde (n=26), köyde yaşayanların %76,9'unda (n=10) fiziksel hastalık mevcuttur (p=0,497).

Fiziksel hastalığı olanların %68,2'si (n=45) ilkokul mezunlarından oluşmuştur. Okuma yazma bilmeyenlerin %55,6'sında (n=5), ilkokul mezunlarının %72,6'sında (n=45), ortaokul mezunlarının %70,0'inde (n=7), lise mezunlarının %46,2'sinde (n=6), yüksekokul mezunlarının %37,5'inde (n=3) fiziksel hastalık mevcuttur (p=0,153).

Evlilerin %64,2'sinde (n=61), bekarların %71,4'ünde (n=5) fiziksel hastalık saptanmıştır.

Erkeklerin %66,7'sinde (n=48), kadınların %60,0'ında (n=18) fiziksel hastalık tespit edilmiştir (p=0,521).

Gelir durumu açısından incelendiğinde zengin grubuna giren 3 kişi mevcuttur ve bu kişiler içerisinde fiziksel hastalığı olan yoktur. Fakir grubuna dahil olanların ise fiziksel hastalık sıklığı %66,7 (n=66) olarak saptanmıştır (p=0,017).

Sigara kullananların %59,1'inde fiziksel hastalık (n=13) saptanmıştır. Fiziksel hastalığı olanlar içerisinde sigara kullanım sıklığı %19,7 olarak tespit edilmiştir. Fiziksel hastalığı olmayanlarda sigara kullanım oranı %25,0 (n=9) olarak bulunmuştur. Alkol kullanan 3 kişiden ikisinde fiziksel hastalık mevcuttur.

Fiziksel hastalığı olanların %7,6'sı (n=5) ilaç kullanmamaktadır. Fiziksel hastalığı olmayanların %5,6'sı ilaç kullanmaktadır (p=0,000).

Sol elini kullananların %75,0'inde (n= 9) fiziksel hastalık mevcut iken sağ elini kullananların %63,3'ünde (n=57) fiziksel hastalık mevcuttur (p=0,427).

Tablo X. Fiziksel hastalık ile psikiyatrik hastalık ve OUAS ilişkisi

			Fiziksel Hastalık						
			Yok		Var		Toplam		p
			n	%FH	n	%FH	n	%FH	
DiB	Yok	n	36	100,0	64	97,0	100	98,0	0,291
		%DiB	36,0		64,0				
	Var	n	0	0,0	2	3,0	2	2,0	
		%DiB	0,0		100,0				
SiB	Yok	n	35	97,2	66	100,0	101	99,0	0,174
		%SiB	34,7		65,3				
	Var	n	1	2,8	0	0,00	1	1,0	
		%SiB	100,0		0,0				
SF	Yok	n	30	83,3	64	97,0	94	92,2	0,014
		%SF	31,9		68,1				
	Var	n	6	16,7	2	3,0	8	7,8	
		%SF	75,0		25,0				
ÖF	Yok	n	31	86,1	60	90,9	91	89,2	0,455
		%ÖF	34,1		65,9				
	Var	n	5	13,9	6	9,1	11	10,8	
		%ÖF	45,5		54,5				
GAB	Yok	n	31	86,1	58	87,9	89	87,3	0,798
		%GAB	34,8		65,2				
	Var	n	5	13,9	8	12,1	13	12,7	
		%GAB	38,5		61,5				
OKB	Yok	n	36	100,0	64	97,0	100	98,0	0,291
		%OKB	36,0		64,0				
	Var	n	0	0,0	2	100,0	2	2,0	
		%OKB	0,0		2,0				
SoB	Yok	n	36	100,0	64	97,0	100	98,0	0,291
		%SoB	36,0		64,0				
	Var	n	0	0,0	2	3,0	2	2,0	
		%SoB	0,0		100,0				
PK	Yok	n	20	55,6	40	60,6	60	58,8	0,620
		%PK	33,3		66,7				
	Var	n	16	44,4	26	39,4	42	41,2	
		%PK	38,1		61,9				

			Fiziksel Hastalık						p
			Yok		Var		Toplam		
			n	%FH	n	%FH	n	%FH	
OUAS	Hafif	n	5	13,9	18	27,3	23	22,5	0,068
		%O	21,7		78,3				
	Orta	n	5	13,9	16	24,2	21	20,6	
		%O	23,8		76,2				
	Ağır	n	26	72,2	32	48,5	58	56,9	
		%O	44,8		55,2				

0,068

Geçirilmiş Travma Öyküsü: Geçmiş hayatının herhangi bir döneminde hayatının tehlikede olduğu veya geleceği kalmadığı düşüncesini oluşturan travma öyküsü bulunan kişi sayısı 25'tir. Bu sayı tüm hastaların %24,5'ini kapsamaktadır.

Travma öyküsü olup da geçmişte psikiyatrik hastalık teşhisi alan kişilerin oranı %4,0 (n=1) olarak saptanmıştır.

Travma öyküsü olan kişilerin %60,0'ı (n=15) kentte, %20,0'si (n=5) ilçe-kasabada, %20,0'si (n=5) köyde ikamet etmektedir (p=0,080).

Travma geçirmiş 25 kişinin hepsi evlidir. Ve evliler içerisinde travma öyküsü sıklığı %26,3'tür (p=0,118).

Travma öyküsü olanların %60,0'ı (n=15) erkek, %40,0'ı (n=10) kadındır. Erkeklerde travma öyküsü oranı %20,8, kadınlarda travma öyküsü sıklığı %33,3'tür (p=0,181).

Gelir düzeyi zengin grubuna giren 3 kişinin hiçbirisinde travma öyküsü yoktur (p=0,316).

Travma öyküsü olanların %48,0'inde (n=12) psikiyatrik komorbidite teşhis edilmiştir. Psikiyatrik hastalık teşhis edilenlerin travma öyküsü sıklığı %28,6 olarak saptanmıştır (p=0,425).

Alkol kullanımı olan 3 kişinin hiçbirinde travma öyküsü yoktur.

Fiziksel hastalığı olanların %31,8'inde travma öyküsü mevcuttur (p=0,020).

Madde Kullanımı: Gelir düzeyi zengin grubunda olan 3 kişi mevcuttur ve bu 3 kişiden hiçbirinde madde kullanımı tespit edilmemiştir. Fiziksel hastalığı olanlarda alkol kullanım oranı %3,0'dür (n=2). Alkol kullananlar içerisinde fiziksel hastalık oranı %66,7 olarak tespit edilmiştir. Fiziksel hastalığı olanlarda sigara kullanımı sıklığı %19,7 (n=13) iken fiziksel hastalığı olmayanlarda bu oran %25,0'dir. (n=9) Sigara içenler içerisinde fiziksel hastalık oranı %59,1'dir (n=13) ve madde kullanımı olmayanlarda bu oran %66,2'dir (p=0,824).

Alkol kullanımı olan 3 kişiden ikisi sol elini kullanmaktadır. Sol elini kullananlarda alkol kullanım oranı %16,7 iken sağ elini kullananlarda alkol kullanımı oranı %1,1 olarak tespit edilmiştir. Sol elini kullananlarda sigara kullanımı oranı %25,0 (n=3) sağ elini kullananlarda sigara kullanımı oranı %21,1'dir (n=9). Alkol kullananlar içerisinde sol elini kullananların oranı %66,7, sigara kullanımı olanlarda sol elini kullanım oranı %13,6'dır (p=0,009).

Alkol kullanımı olanların %66,7'sinde (n=2) geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. Sigara kullananlarda bu oran %4,5'dir (n=1). Madde kullanmayanlarda ise geçirilmiş psikiyatrik hastalık oranı %14,3'dür (n=11). Geçirilmiş psikiyatrik hastalığı olanlar içerisinde sigara kullanımı oranı %7,1 (n=1) ve alkol kullanımı oranı %14,3 (n=2) iken geçirilmiş psikiyatrik hastalığı olmayanlar içerisinde sigara kullanımı oranı %23,9 (n=21) ve alkol kullanımı oranı %1,1 (n=1) olarak saptanmıştır (p=0,013).

Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayan kişiler içerisinde sigara kullanımı sıklığı %66,7'dir (n=2). İlgisiz olarak tanımlayanlarda bu oran %33,3 (n=2) sert ve kuralcı olarak tanımlayanlarda %20,0 (n=6) sevecen olarak tanımlayanlarda %19,0 (n=12) olarak tespit edilmiştir. Alkol kullanımı olan 3 kişiden ikisi ailesini sevecen olarak, biri sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır. Ailesini sert ve kuralcı olarak tanımlayan kişiler içerisinde alkol kullanımı oranı %3,3, sevecen olarak tanımlayanlar içerisinde alkol kullanım oranı %3,2'dir (p=0,604).

Alkol kullanımı olan 3 kişinin hiçbirinde çocukluk döneminde istismar öyküsü yoktur. İstismar öyküsü olanların %66,7'si (n=2) sigara kullanıyorken istismar öyküsü olmayanlarda bu oran %20,2'dir (n=20) (p=0,155). Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olanlarda sigara kullanımı %13,0 (n=3), çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olmayanlarda sigara kullanımı oranı %24,1'dir (n=19). Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olanlarda alkol kullanımı %8,7 (n=2), çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olmayanlarda alkol kullanım oranı %1,3 (n=1) olarak tespit edilmiştir. Sigara kullanımı olanların %13,6'sında (n=3) alkol kullanımı olanların %66,7'sinde (n=2) çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü mevcuttur. Sigara kullanımı olmayanlarda bu oran %23,4'tür (n=18) (p=0,112).

Alkol kullanımı olan 3 kişinin hiçbirisi çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tariflememiştir. Sigara kullanımı olanların %16,7'si (n=3) çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tariflerken sigara kullanımı olmayanlarda bu oran %19,5'dir (n=15). Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olanlarda sigara kullanımı %16,7 (n=3) iken çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayanlarda sigara kullanımı %22,6'dır (n=19). Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olmayanlarda alkol kullanımı %3,6'dır (p=0,587).

Alkol kullanımı olan 3 kişiden ikisi kentte biri ilçe-kasabada ikamet etmektedir. Kentte alkol kullanım oranı %4,0, ilçe-kasabada alkol kullanımı oranı %2,6 olarak saptanmıştır. Kentte sigara kullanım oranı %14,0 (n=7), ilçe-

kasabada sigara kullanımı oranı %23,1 (n=9) ve köyde sigara kullanımı oranı %46,2 (n=6) olarak tespit edilmiştir (p=0,153).

Sigara kullanımı olanların %63,6'sı (n=14) ekonomik olarak aktiftir. Ekonomik olarak aktif olanların %29,8'i (n=14) sigara kullanıyorken ekonomik olarak aktif olmayanlarda bu oran %14,5'dir (n=8) (p=0,160).

Alkol kullanımı olan 3 kişinin üçüde evlidir. Evli olanlarda alkol kullanımı oranı %3,2 olarak tespit edilmiştir. Bekar olanlarda sigara kullanımı %14,3 (n=1) iken evli olanlarda bu oran %22,1 (n=21) olarak saptanmıştır (p=0,775).

Alkol kullanımı olan 3 kişinin hepsi erkektir ve erkeklerde alkol kullanımı oranı %4,2'dir. Erkeklerde sigara kullanımı oranı %27,8 (n=20) kadınlarda sigara kullanımı oranı %6,7 (n=2) olarak saptanmıştır (p=0,024).

Tablo XI. Madde kullanımı ile psikiyatrik hastalık ve OUAS ilişkisi

			Madde kullanımı								p
			Yok		Si		Al		Top		
			n	%MK	n	%MK	n	%MK	n	%MK	
OUAS	Hafif	n	21	27,3	2	9,1	0	0,0	23	22,5	0,056
		%O	91,3		8,7		0,0				
	Orta	n	15	19,5	4	18,2	2	66,7	21	20,6	
		%O	71,4		19,0		9,6				
	Ağır	n	41	53,2	16	72,7	1	33,3	58	56,9	
		%O	70,7		27,6		1,7				
PK	Yok	n	47	61,0	11	50,0	2	66,7	60	58,8	0,653
		%PK	78,3		18,3		3,4				
	Var	n	30	39,0	11	50,0	1	33,3	42	41,2	
		%PK	71,4		26,2		2,4				

Çocukluk Döneminde İstismar: Çocukluk döneminde istismar öyküsü olan 3 kişi mevcuttur. Bunların ikisi kentte biri ilçe-kasabada ikamet etmektedir. Kentte yaşayanlarda istismar oranı %4,0 iken ilçe-kasabada yaşayanlarda istismar oranı %2,6'dır (p=0,737). Bu kişilerin hepsi 3 kardeşli bir ailenin üyesidir. Hepsinde

psikiyatrik komorbidite mevcuttur. Psikiyatrik komorbidite olanlar içerisinde istismar oranı %7,1'dir ($p=0,036$). Çocuklukta istismar öyküsü olanlarda alkol kullanımı yoktur ama 2'si sigara kullanmaktadır, çocuklukta istismar öyküsü olanlarda sigara kullanım oranı %66,7 olarak tespit edilmiştir ($p=0,292$). Çocuklukta istismar öyküsü olanların hepsinde fiziksel hastalık mevcuttur ve hepsi ilaç kullanmaktadır. Çocuklukta istismar öyküsü olanların hiçbirinde geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur.

Çocuklukta Anksiyete Bozukluğu Bulguları: Çocuklukta anksiyete bozukluğu anamnezi veren bir kişi mevcuttur. Bu kişinin öyküsünde travma öyküsü vardır ($p=0,078$). Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur. Ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır. Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu tariflemektedir ($p=0,030$). Ailesinin ilk çocuğudur. Çocukluk döneminde istismar tariflemektedir ($p=0,000$). Çocukluk döneminde ebeveyninden ayrılık öyküsü yoktur. Cinsiyeti erkek olan bu hastada ağır OUAS teşhis edilmiştir. Psikiyatrik komorbidite vardır ve GAB tanısı almıştır ($p=0,009$). GAB tanısı alanların içerisinde çocukluk döneminde anksiyete bozukluğu tanısı oranı %7,7 olarak tespit edilmiştir. Fiziksel hastalık mevcuttur ve ilaç kullanmaktadır.

Soygeçmiş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişi sayısı 8'dir (%7,8). Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların %12,5'inde geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü varken ($n=1$) soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlarda bu oran %13,8'dir ($n=13$). Geçirilmiş psikiyatrik hastalık anamnezi olanların %7,1'inde soygeçmişinde psikiyatrik hastalık anamnezi mevcuttur ($p=0,916$).

Toplamda çocukluk döneminde ebeveyn sorunu oranı %17,6'dır ($n=8$). Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olanların %25,0'inde ($n=2$) çocukluk döneminde ebeveyn sorunu mevcuttur ve çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olanların %11,1'inin soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur. Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olmayanlarda çocukluk döneminde ebeveyn sorunu oranı %17,0'dır ($n=16$) ($p=0,570$).

Çocukluk döneminde istismar öyküsü veren 3 kişiden hiçbirisinin soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur.

Toplamda çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık oranı %22,5 (n=23) iken soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda %12,5'dir (n=1). Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık oranı toplamda %7,8 (n=8) iken çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olanlarda soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olanların oranı %4,3'tür (p=0,479).

Toplamda MD oranı %19,6'dır. Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda MD oranı %37,5 (n=3) iken MD olanlarda soygeçmişinde psikiyatrik hastalık sıklığı %15,0'dir (p=0,184).

BB-1 tanısı alan iki kişinin ikisinde de soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur.

Psikiyatrik Hastalıklar

Bipolar Bozukluk-1: BB-1 olan 2 kişi tespit edilmiştir (%2,0). Bu hastaların soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur. Her ikisinde de çocukluk döneminde anksiyete bozukluğu yoktur. Hastaların biri ebeveynini sert kuralcı, diğeri ilgisiz olarak tanımlamıştır. Birinde istismar öyküsü mevcutken diğesinde istismar mevcut değildir. Her ikisinde de ebeveynden ayrılık öyküsü yoktur. Bir tanesi ebeveyn sorunu tanımlarken diğeri ebeveyn sorunu tanımlamamıştır. İkisi de ortancalardan idiler. Her ikisi de kentte ikamet etmektedir. Biri işçi olarak çalışıp ekonomik olarak aktif iken diğeri çalışmamaktadır. Biri erkek diğeri kadın olan hastaların her ikisi de evlidir.

BB-1 tanılı hastalardan biri orta OUAS iken diğeri ağır OUAS olarak değerlendirilmiştir. Orta OUAS tanısı olanların içerisinde BB-1 sıklığı %4,8 iken ağır OUAS'lılarda bu oran %1,7 olarak tespit edilmiştir (p=0,513).

Major Depresyon: MD tespit edilen 20 hasta mevcuttur (%19,6). Bu kişilerin hepsi en az 3 kardeşin birisi olarak dünyaya gelmiştir. Hastaların 15'inin madde kullanım öyküsü yoktur (%14,5) ve sigara kullanmaktadır (%4,9).

Madde kullanımı olanların içerisinde, MD oranı %19,5 iken sigara kullananların içerisinde MD oranı %22,7 olarak tespit edilmiştir, alkol kullanımı öyküsü yoktur. Hastaların beşi sol elini 15'i sağ elini kullanmaktadır. Sol elini kullananların içerisinde MD oranı %41,7 iken sağ elini kullananların içerisinde MD sıklığı %16,7 olarak tespit edilmiştir (p=0,040).

Hastaların 17'sinin soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü yokken üçünün soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur. Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda MD oranı %37,5 iken soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olmayanlarda MD oranı %18,1 olarak tespit edilmiştir.

MD hastalarının ikisi ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlamış, 7'si sert ve kuralcı, 9'u sevecen, ikisi ilgisiz olarak tanımlamıştır. Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayanların içerisinde MD oranı %66,7, ailesini ilgisiz olarak tanımlayanlarda MD oranı %33,3, sert ve kuralcı olarak tanımlayanlarda %23,3, sevecen olarak tanımlayanlarda %14,3 olarak saptanmıştır (p=0,097).

MD hastalarında çocuklukta istismar öyküsü tespit edilmemiştir.

MD tanısı alan hastaların 6'sı işçidir ve işçi olanların içerisinde MD oranı %35,3 olarak tespit edilmiştir. Çalışmayanlarda bu oran %20 (n=11), çiftçilerde %16,7 (n=1), serbest meslek sahiplerinde %11,1 (n=1), memurlarda ise %6,7 (n=1) olarak saptanmıştır.

MD tanısı alanların ikisi bekar, 18 tanesi evlidir. Bekarlar arasında MD oranı %28,6, evlilerde MD oranı %18,9 olarak tespit edilmiştir (p=0,536).

Erkeklerde MD oranı %15,3 iken (n=11) kadınlarda bu oran %30,0 (n=9) olarak saptanmıştır (p=0,088).

MD hastalarının birinde OKB tespit edilmiş olup MD hastalarında OKB sıklığı %5,0 olarak tespit edilmiştir (p=0,274). Dört tanesinde GAB teşhis edilmiş olup MD hastalarında GAB sıklığı %20,0 olarak tespit edilmiştir (p=0,278). İki tanesinde özgül fobi teşhis edilmiş olup MD hastalarında özgül fobi sıklığı %10,0 olarak tespit edilmiştir (p=0,900). Sosyal fobi oranı ise %15,0 (n=3) olarak saptanmıştır (p=0,184). Distimik Bozukluk tanısı alan iki hastanın birinde MD tespit edilmiştir (Double Depresyon). MD olanlarda Distimik Bozukluk oranı %5,0 olarak tespit edilmiştir (p=0,274).

Ekonomik olarak aktif olanlarda MD oranı %19,1 (n=9) iken ekonomik olarak aktif olmayanlarda MD oranı %20,0 (n=11) olarak saptanmıştır (p=0,914).

Hafif OUAS olgularında MD sıklığı %13,0 (n=3), orta OUAS'da %19,0 (n=4), ağır OUAS'da ise %22,4 (n=13) olarak tespit edilmiştir. MD olan OUAS hastalarında hafif OUAS oranı %15,0, orta OUAS oranı %20,0, ağır OUAS oranı %65,0 olarak tespit edilmiştir.

Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık olanların %21,7'sinde (n=5) MD saptanmış olup (p=0,770) çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olanların %27,8'inde (n=5) MD saptanmıştır (p=0,336).

Genel Anksiyete Bozukluğu: GAB teşhis edilen 13 kişi mevcuttur (%12,7). Bu hastaların hepsi en az 3 çocuktan oluşan bir ailenin çocuğudurlar (p=0,203).

Bu hastaların 12'sinde madde kullanımı yok iken birinde sigara kullanımı mevcuttur. Sigara kullananlar içerisinde GAB oranı %4,5, madde kullanımı olmayanlarda GAB oranı %15,6'dır (p=0,507).

Fiziksel hastalık olmayanların %13,9'unda, fiziksel hastalık olanların %12,1'inde GAB mevcuttur ($p=0,798$).

Sol elini kullananların %25,0'inde ($n=3$), sağı elini kullananların %11,1'inde ($n=10$) GAB teşhis edilmiştir ($p=0,175$).

Onüç GAB tanılı hastanın 12'sinde soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur. Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlar içerisinde GAB sıklığı %12,8 iken soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar içerisinde GAB sıklığı %12,5 olarak tespit edilmiştir ($p=0,983$).

Geçirilmiş travma öyküsü olanlarda GAB oranı %12,0 ($n=3$), geçirilmiş travma öyküsü olmayanlarda bu oran %13,0 olarak saptanmıştır.

Geçirilmiş psikiyatrik hastalık olmayanlarda GAB oranı %9,1 ($n=8$), geçirilmiş psikiyatrik hastalık olanlarda GAB oranı %35,7 ($n=5$) olarak tespit edilmiştir ($p=0,006$).

Çocukluk döneminde anksiyete bozukluğu anamnezi olan bir kişi mevcuttur ve onda da GAB teşhis edilmiştir ($p=0,009$).

GAB tanısı alan hastaların 6 tanesi ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlamıştır, ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlayan kişiler arasında GAB sıklığı %20,0 olarak tespit edilmiştir. Ebeveynini ilgisiz olarak tanımlayan kişiler içerisinde GAB oranı %16,7 ($n=1$), ebeveynini sevecen olarak tanımlayan kişiler içerisinde GAB oranı %9,5 olarak saptanmıştır ($p=0,470$).

Çocukluk döneminde istismar öyküsü olan 3 kişini ikisinde GAB teşhis edilmiştir. Çocuklukta istismar öyküsü olanlarda GAB oranı %66,7 iken çocuklukta istismar öyküsü olmayanlarda bu oran %11,1 ($n=11$) olarak saptanmıştır ($p=0,004$).

Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olanlarda GAB sıklığı %17,4'tür (n=4), çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olmayanlarda bu oran %9,5 olarak tespit edilmiştir (n=8) (p=0,035).

Kentte yaşayanlarda GAB sıklığı %12,0 (n=6), ilçe-kasabada yaşayanlarda %15,4 (n=6), köyde yaşayanlarda %7,7 (n=1) olarak saptanmıştır (p=0,753).

Ekonomik olarak aktif olanlarda GAB sıklığı %12,8 (n=6), ekonomik olarak aktif olmayanlarda %12,7 (n=7) olarak tespit edilmiştir (p=0,995).

Serbest meslek sahiplerinde GAB sıklığı %22,2 (n=2), çalışmayanlarda %14,5 (n=8), işçilerde %11,8 (n=2), memurlarda %6,7 (n=1) olarak saptanmış iken çiftçilerde GAB tanısı alan kişi olmamıştır (p=0,685).

Bekarlarda GAB sıklığı %57,1 (n=4), evlilerde GAB sıklığı %9,5 olarak tespit edilmiştir (p=0,000).

Erkeklerde GAB oranı %11,1 (n=8), kadınlarda GAB oranı %16,7 (n=5) olarak tespit edilmiştir.

Somatizasyon bozukluğu teşhis edilen 2 hastanın birinde GAB tanısı konmuştur. Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda GAB sıklığı %50,0, GAB olanlarda somatizasyon bozukluğu sıklığı %7,7 olarak saptanmıştır (p=0,111).

OKB teşhis edilen 2 hastanın birinde GAB tanısı konmuştur. OKB olan hastalarda GAB sıklığı %50,0, GAB olanlarda OKB sıklığı %7,7 olarak saptanmıştır (p=0,111).

GAB olan hastalarda özgül fobi sıklığı %15,4 (n=2), özgül fobi olanlarda GAB sıklığı %18,2 olarak saptanmıştır (p=0,567).

Sosyal fobi olan hastalarda GAB sıklığı %25,0 (n=2), GAB olanlarda sosyal fobi sıklığı %15,4 olarak saptanmıştır (p=0,279).

Siklotimik Bozukluk tanısı alan 1 hasta mevcuttur ve o hasta da aynı zamanda GAB tanısı almıştır. GAB olanlarda siklotimik bozukluk oranı %7,7 olarak saptanmıştır (p=0,009).

MD hastalarında GAB sıklığı %20,0 (n=4), GAB hastalarında MD oranı %30,8'dir (p=0,278).

Distimik Bozukluk ve BB-1 hastalarında GAB tespit edilmemiştir.

Hafif OUAS olgularında GAB sıklığı %17,4 (n=4), orta OUAS'da %4,8 (n=1), ağır OUAS'da ise %13,8 (n=8) olarak tespit edilmiştir (p=0,426). GAB olan OUAS hastalarında hafif OUAS oranı %30,8 (n=4), orta OUAS oranı %7,7 (n=1), ağır OUAS oranı %61,5 (n=8) olarak tespit edilmiştir (p=0,426).

Sosyal Fobi: Sosyal fobi tanısı alan 8 hasta mevcuttur (%7,8). Altı tanesinde madde kullanım yoktur, iki tanesi sigara kullanmaktadır. Sosyal fobi hastalarında sigara kullanımı oranı %25,0, sigara içenlerde sosyal fobi oranı %7,1 olarak saptanmıştır. Sosyal fobi tanısı alan hastalar içerisinde alkol kullanımı olan kişi yoktur (p=0,959).

Fiziksel hastalık olanlarda sosyal fobi sıklığı %3,0 (n=2), sosyal fobi olanlarda fiziksel hastalık sıklığı %25,0 olarak saptanmıştır (p=0,014).

Sosyal fobi hastalarının hepsi sağ elini kullanmaktadır.

Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olanlarda sosyal fobi sıklığı %12,5 (n=1), sosyal fobi olanlarda soygeçmişinde psikiyatrik hastalık sıklığı %12,5 olarak saptanmıştır (p=0,610).

Sosyal fobi olan hastalarda geçirilmiş travma öyküsü sıklığı %25,0 (n=2), geçirilmiş travma öyküsü olanlarda sosyal fobi sıklığı %8,0 olarak saptanmıştır (p=0,973).

Sosyal fobi olanlarda geçirilmiş psikiyatrik hastalık sıklığı %25,0 (n=2), geçirilmiş psikiyatrik hastalık olanlarda sosyal fobi sıklığı %14,3 olarak saptanmıştır (p=0,334).

Sosyal fobi olan 8 hastanın yedisi ebeveynini sevecen olarak diğeri aşırı koruyucu olarak tanımlamıştır. Ebeveynini sevecen olarak tanımlayanlar içerisinde sosyal fobi oranı %11,1, aşırı koruyucu olarak tanımlayanlar içerisinde sosyal fobi oranı %33,3 olarak tespit edilmiştir (p=0,082).

Çocukluk döneminde istismar öyküsü olanlarda sosyal fobi teşhis edilmemiştir.

Sosyal fobi hastalarında çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü oranı %12,5 (n=1), çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olanlarda sosyal fobi sıklığı %4,3 olarak saptanmıştır (p=0,479).

Sosyal fobi olan hastalarda çocukluk döneminde ebeveyn sorunu sıklığı %12,5 (n=1), çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olan hastalarda sosyal fobi sıklığı %5,6 olarak saptanmıştır (p=0,691).

Sosyal fobi hastalarının %25,0'i (n=2) kentte, %62,5'i (n=5) ilçe-kasabada %12,5'i (n=1) köyde ikamet etmektedir. Kentte yaşayanlarda sosyal fobi sıklığı %4,0, ilçe-kasaba yaşayanlarda %12,8, köyde yaşayanlarda %7,7 (n=1) olarak saptanmıştır (p=0,307).

Ekonomik olarak aktif olanlarda sosyal fobi sıklığı %6,4 iken ekonomik olarak aktif olmayanlarda oranı %9,1 olarak tespit edilmiştir (p=0,612). Memur ve işçi olanlarda sosyal fobi tespit edilmemiştir.

Okuma yazma bilmeyenlerde sosyal fobi oranı %22,2 (n=2), ilkokul mezunlarında sosyal fobi oranı %6,5 (n=4), ortaokul mezunlarında sosyal fobi oranı %10,0 (n=1), lise mezunlarında sosyal fobi oranı %7,7 (n=1)'dir. Yüksekokul mezunlarında sosyal fobiye rastlanmamıştır (p=0,480)

Sosyal fobi tanısı alan hastaların hepsi evlidir.

Erkeklerde sosyal fobi sıklığı %6,9 (n=5), kadınlarda sosyal fobi sıklığı %10,0 (n=3) olarak saptanmıştır (p=0,601).

Hafif OUAS olgularında sosyal fobi sıklığı %13,0 (n=3), orta OUAS'da %9,5 (n=2), ağır OUAS'da ise %5,2 (n=3) olarak tespit edilmiştir. Sosyal fobi tanısı alan OUAS hastalarında hafif OUAS oranı %37,5 (n=3), orta OUAS oranı %25,0 (n=2), ağır OUAS oranı %37,5 (n=3) olarak tespit edilmiştir (p=0,469).

GAB hastalarında sosyal fobi oranı %15,4(n=2), sosyal fobi olanlarda GAB sıklığı %25,0 olarak saptanmıştır (p=0,279).

Özgül Fobisi olan hastaların %18,2'sinde (n=2) Sosyal Fobi teşhis edilirken Sosyal Fobi olan hastaların %25,0'inde Özgül Fobi tespit edilmiştir (p=0,177).

Somatizasyon Bozukluğu, OKB, Siklotimik Bozukluk, Distimik Bozukluk, BB-1 tanısı alan hastalarda Sosyal Fobiye rastlanmamıştır.

MD hastalarında sosyal fobi oranı %15,0 (n=3), sosyal fobi hastalarında MD sıklığı %37,5 olarak saptanmıştır (p=0,184).

Sosyal fobi olan hastalarda alkol kullanımına rastlanmamıştır. Sosyal fobi tanısı almış hastaların %25,0'inde sigara kullanımı mevcut iken sigara içenlerin %9,1'inde (n=2) sosyal fobi mevcuttur (p=0,859).

Özgül Fobi: Özgül fobi tanısı 11 kişide teşhis edilmiş olup tüm hastalar içerisinde özgül fobi sıklığı %10,8 saptanmıştır.

Hafif OUAS olgularında özgül fobi sıklığı %13,0 (n=3), orta OUAS'da %14,3 (n=3), ağır OUAS'da ise %8,6 (n=5) olarak tespit edilmiştir (p=0,715).

Özgül fobi olan hastalar içerisinde 2 tane GAB olan hasta mevcuttur. Özgül fobi hastalarında GAB sıklığı %18,2, GAB olanlarda özgül fobi sıklığı %15,4 olarak tespit edilmiştir (p=0,567).

Özgül fobi olan hastalar içerisinde 2 tane sosyal fobi hastası saptanmıştır. Sosyal fobi hastalarında özgül fobi oranı %25,0, özgül fobi olanlarda sosyal fobi oranı %15,4 olarak tespit edilmiştir (p=0,117).

MD hastalarında özgül fobi oranı %10,0 iken özgül fobi hastalarında MD oranı %18,2 olarak saptanmıştır (n=2) (p=0,900).

BB-1 teşhis edilen hastalar içerisinde özgül fobi oranı %50,0, özgül fobi olanlarda BB-1 oranı %9,1 olarak tespit edilmiştir (n=1) (p=0,071).

Özgül fobi hastalarında sigara kullanımı oranı %27,3 (n=3), alkol kullanımı oranı %9,1 (n=1) olarak saptanmıştır. Sigara kullananlarda özgül fobi sıklığı %13,6 ve alkol kullanımı olanlarda özgül fobi sıklığı %33,3 olarak tespit edilmiştir (p=0,368).

Özgül fobi olan hastalar içerisinde Somatizasyon Bozukluğu, OKB, Siklotimik Bozukluk, Distimik Bozukluk hastasına rastlanmamıştır.

Bizim çalışmamızda toplamda fiziksel hastalık olan hasta oranı %64,7'dir ve özgül fobi olan hastalarda fiziksel hastalık sıklığı %54,5 olarak saptanmıştır. fiziksel hastalık olanlar içerisinde özgül fobi sıklığı %9,1'dir (p=0,455).

Sol elini kullananların %25,0'inde (n=3), sağ elini kullananların %8,9'unda (n=8) özgül fobi teşhis edilmiştir (p=0,091).

Özgül fobi olan hastaların %9,1'inin soygeçmişinde psikiyatrik hastalık mevcut iken soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olanların %12,5'inde özgül fobi tespit edilmiştir (n=1) (p=0,871).

Çocukluk döneminde istismar öyküsü olanların %16,0'sında özgül fobi mevcut iken özgül fobi olanların %36,4'ünde çocukluk döneminde istismar öyküsü tespit edilmiştir (n=4) (p=0,333).

Ebeveynini sert ve kuralcı olarak tanımlayanların %13,3'ünde (n=4), ilgisiz olarak tanımlayanların %16,7'sinde (n=1), sevecen olarak tanımlayanların %9,5'inde (n=6) özgül fobi saptanmıştır (p=0,829).

Çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü olanların %8,7'sinde (n=2) özgül fobi mevcuttur ve özgül fobi olanların %18,2'sinde çocukluk döneminde ebeveynden ayrılık öyküsü tespit edilmiştir (p=0,714).

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu olan 18 hasta içerisinde özgül fobi tanısı alan kişi olmamıştır.

Özgül fobi tanısı alan hastaların 8 tanesi (%72,7) kentte, 3 tanesi ilçe-kasabada (%27,3) ikamet etmektedir. Köyde ikamet edenlerde özgül fobi tespit edilmemiştir. Kentte yaşayanlarda özgül fobi sıklığı %16,0, ilçe-kasabada yaşayanlarda %7,7 olarak saptanmıştır (p=0,185).

Ekonomik olarak aktif olanlar içerisinde özgül fobi sıklığı %12,8 iken (n=6) ekonomik olarak aktif olmayanlarda özgül fobi sıklığı %9,1 (n=5) olarak tespit edilmiştir (p=0,551). İşçilerde özgül fobi sıklığı %23,5 (n=4), serbest meslek sahiplerinde %11,1 (n=1), çalışmayanlarda %9,1 (n=5), memurlarda %6,7 (n=1) olarak saptanmış iken çiftçilerde özgül fobi tanısı alan kişi olmamıştır (p=0,403).

İlkokul mezunlarında özgül fobi oranı %14,5 (n=9), ortaokul mezunlarında özgül fobi oranı %20,0 (n=2) olarak tespit edilmiştir. Okuma yazma bilmeyenlerde, lise mezunlarında ve yüksekokul mezunlarında özgül fobiye rastlanmamıştır (p=0,248).

Evli olanlar içerisinde özgül fobi sıklığı %10,5 (n=10), bekar olanlar içerisinde özgül fobi sıklığı 14,3(n=1) olarak tespit edilmiştir (p=0,757).

Özgül fobi tanısı alan 11 hastanın dokuzu erkek ve ikisi kadındır. Erkeklerde özgül fobi sıklığı %12,5, kadınlarda özgül fobi sıklığı %6,7 olarak saptanmıştır (p=0,387).

Tablo XII. Psikiyatrik komorbidite ile sosyodemografik veriler ve OUAS ilişkisi

		Psikiyatrik Komorbidite						p
		Yok		Var		Toplam		
		n	%P	n	%P	n	%P	
Cinsiyet	Erkek	46	76,7	26	61,9	72	70,6	0,107
	%C	63,9		36,1				
	Bayan	14	23,3	16	38,1	30	29,4	
	%C	46,7		53,3				
Medeni Durum	Bekar	1	1,7	6	14,3	7	6,9	0,013
	%M	14,3		85,7				
	Evli	59	98,3	36	85,7	95	93,1	
	%M	62,1		37,9				
Öğrenim Seviyesi	OYB	6	10,0	3	7,1	9	8,8	0,648
	%Ö	66,7		33,3				
	İlkokul	33	55,0	29	69,0	62	60,8	
	%Ö	53,2		46,8				
	Ortaokul	6	10,0	4	9,5	10	9,8	
	%Ö	60,0		40,0				
	Lise	9	15,0	4	9,5	13	12,7	
	%Ö	69,2		30,8				
	YO	6	10,0	2	4,8	8	7,8	
	%Ö	75,0		25,0				
Meslek	İşçi	7	11,7	10	23,8	17	16,7	0,446
	%M	41,2		58,8				
	Memur	11	18,3	4	9,5	15	14,7	
	%M	73,3		26,7				
	Ç	33	55,0	22	52,4	55	53,9	
	%M	60,0		40,0				
	Serbest	5	8,3	4	9,5	9	8,8	
	%M	55,6		44,4				
	Çiftçi	4	6,7	2	4,8	6	5,9	
	%M	66,7		33,3				
Ekonomik Aktif	Evet	28	46,7	19	45,2	47	46,1	0,887
	%E	59,6		40,4				
	Hayır	32	53,3	23	54,8	55	53,9	
	%E	58,2		41,8				

		Psikiyatrik Komorbidite						p
		Yok		Var		Toplam		
		n	%P	n	%P	n	%P	
İkamet	Kent	28	46,7	22	52,4	50	49,0	0,689
	%İ	56,0		44,0				
	İ-K	23	38,3	16	38,1	39	38,2	
	%İ	59,0		41,0				
	Köy	9	15,0	4	9,5	13	12,7	
	%i	69,2		30,8				
Ebeveynler Arası Sorun	Yok	52	86,7	32	76,2	84	82,4	0,172
	%E	61,9		38,1				
	Var	8	13,3	10	23,8	18	17,6	
	%E	44,4		55,6				
Ayrılık	Yok	47	78,3	32	76,2	79	77,5	0,799
	%A	59,5		40,5				
	Var	13	21,7	10	23,8	23	22,5	
	%A	56,5		43,5				
İstismar	Yok	60	100,0	39	92,9	99	97,1	0,036
	%İ	60,6		39,4				
	Var	0	0,0	3	7,1	3	2,9	
	%İ	0,0		100				
Ebeveyn Tutumu	Koruyucu	1	1,7	2	2,8	3	2,9	0,290
	%E	33,3		66,7				
	Kuralcı	15	25,0	15	35,7	30	29,4	
	%E	50,0		50,0				
	Sevecen	42	70,0	21	50,0	63	61,8	
	%E	66,7		33,3				
	İlgisiz	2	3,3	4	9,5	6	5,9	
	%E	33,3		66,7				
Çocuklukta Anksiyete	Yok	60	100,0	41	97,6	101	99,0	0,230
	%Ç	59,4		40,6				
	Var	0	0,0	1	2,4	1	1,0	
	%Ç	0,0		100,0				
Geçirilmiş Hastalık	Yok	57	95,0	31	73,8	88	86,3	0,002
	%G	64,8		35,2				
	Var	3	5,0	11	26,2	14	13,7	
	%G	21,4		78,6				
Travma	Yok	47	78,3	30	71,4	77	75,5	0,425
	%T	61,0		39,0				
	Var	13	21,7	12	28,6	25	24,5	
	%T	52,0		48,0				

		Psikiyatrik Komorbidite						
		Yok		Var		Toplam		p
		n	%P	n	%P	n	%P	
Soygeçmiş	Yok	55	91,7	39	92,9	94	92,2	0,826
	%S	58,5		41,5				
	Var	5	8,3	3	7,1	8	7,8	
	%S	62,5		37,5				
Kullandığı El	Sol	4	6,7	8	19,0	12	11,8	0,056
	%H	33,3		66,7				
	Sağ	56	93,3	34	81,0	90	88,2	
	%H	62,2		37,8				
Fiziksel Hastalık	Yok	20	33,3	16	38,1	36	35,3	0,620
	%F	55,6		44,4				
	Var	40	66,7	26	61,9	66	64,7	
	%F	60,6		39,4				
İlaç Kullanım	Yok	22	36,7	17	40,5	39	38,2	0,697
	%İ	56,4		43,6				
	Var	38	63,3	25	59,2	63	61,8	
	%İ	60,3		39,7				
Madde Kullanım	Yok	47	78,3	30	71,4	77	75,5	0,653
	%M	61,0		39,0				
	Sigara	11	18,3	11	26,2	22	21,6	
	%M	50,0		50,0				
	Alkol	1	3,4	1	2,4	3	2,9	
	%M	50,0		50,0				
OUAS	Hafif	13	21,7	10	23,8	23	22,5	0,935
	%O	56,5		43,5				
	Orta	13	21,7	8	19,0	21	20,6	
	%O	61,9		38,1				
	Ağır	34	56,7	24	57,1	58	56,9	
	%O	58,6		41,4				
Gelir Düzeyi	Aç	33	55,0	21	50,0	54	52,9	0,249
	%G	61,1		38,9				
	Fakir	24	40,0	21	50,0	45	44,1	
	%G	53,3		46,7				
	Zengin	3	5,0	0	0,0	3	2,9	
	%G	100,0		0,0				

Tablo XIII. OUAS ile sosyodemografik veriler ve psikiyatrik hastalıklar ilişkisi

		OUAS								
		Hafif		Orta		Ağır		Toplam		p
		n	%O	n	%O	n	%O	n	%	
Cinsiyet	Erkek	16	69,6	13	61,9	43	74,1	72		0,569
	%C	22,2		18,1		59,7			70,6	
	Bayan	7	30,4	8	38,1	15	25,9	30		
	%C	23,3		26,7		50,0			29,4	
	Toplam	23		21		58		102		
	%C		22,5		20,6		56,9		100	
Medeni Durum	Bekar	1	4,3	0	0,0	6	10,3	7		0,237
	%M	14,3		0,0		85,7			6,9	
	Evli	22	95,7	21	100	52	89,7	95		
	%M	23,2		22,1		54,7			93,1	
	Toplam	23		21		58		102		
	%		22,5		20,6		56,9		100	
Öğrenim Seviyesi	OYB	3	13,0	2	9,5	4	6,9	9		0,788
	%Ö	33,3		22,2		44,4			8,8	
	İÖ	15	65,2	11	52,4	36	62,1	62		
	%Ö	24,2		17,7		58,1			60,8	
	OO	2	8,7	4	19,0	4	6,9	10		
	%Ö	20,0		40,0		40,0			9,8	
	Lise	2	8,7	2	9,5	9	15,5	13		
	%Ö	15,4		15,4		69,2			12,7	
	YO	1	4,3	2	9,5	5	8,6	8		
	%Ö	12,5		25,0		62,5			7,8	
	Toplam	23		21		58		102		
	%Ö		22,5		20,6		56,9		100	
Meslek	İşçi	2	8,7	3	14,3	12	20,7	17		0,050
	%M	11,8		17,6		70,6			16,7	
	Memur	0	0,0	6	28,6	9	15,5	15		
	%M	0,0		40,0		60,0			14,7	
	İşsiz	18	78,3	11	52,4	26	44,8	55		
	%M	32,7		20,0		47,3			53,9	
	Serbest	1	4,3	0	0,0	8	13,8	9		
	%M	11,1		0,0		88,9			8,8	
	Çiftçi	2	8,7	1	4,8	3	5,2	6		
	%M	33,3		16,7		50,0			5,9	
	Toplam	23		21		58		102		
	%M		22,5		20,6		56,9		100	

		OUAS								p
		Hafif		Orta		Ağır		Toplam		
		n	%O	n	%O	n	%O	n	%	
Ekonomik Aktif	Evet	10	43,5	11	52,4	26	44,8	47	0,805	
	%E	21,3		23,4		55,3		46,1		
	Hayır	13	56,5	10	47,6	32	55,2	55		
	%E	23,6		18,2		58,2		53,9		
	Toplam	23		21		58		102		
	%E		22,5		20,6		56,9			100
İkamet	Kent	9	39,1	11	52,4	30	51,7	50	0,630	
	%İ	18,0		22,0		60,0		49,0		
	İlçe	10	43,5	9	42,9	20	34,5	39		
	%İ	25,6		23,1		51,3		38,2		
	Köy	4	17,4	1	4,8	8	13,8	13		
	%İ	30,8		7,7		61,5		12,7		
	Toplam	23		21		58		102		
	%İ		22,5		20,6		56,9			100
Ebeveynler Arası Sorun	Yok	16	69,6	20	95,2	48	82,8	84	0,082	
	%E	19,0		23,8		57,1		82,4		
	Var	7	30,4	1	4,8	10	17,2	18		
	%E	38,9		5,6		55,6		17,6		
	Toplam	23		21		58		102		
	%İ		22,5		20,6		56,9			100
Ebeveynde n Ayrılık	Yok	17	73,9	15	71,4	47	81,0	79	0,598	
	%A	21,5		19,0		59,5		77,5		
	Var	6	26,1	6	28,6	11	19,0	23		
	%A	26,1		26,1		47,8		22,5		
	Toplam	23		21		58		102		
	%A		22,5		20,6		56,9			100
İstismar	Yok	23	100,0	20	95,2	56	96,6	99	0,609	
	%İ	23,2		20,2		56,6		97,1		
	Var	0	0,0	1	4,8	2	3,4	3		
	%İ	0,0		33,3		66,7		2,9		
	Toplam	23		21		58		102		
	%İ		22,5		20,6		56,9			100

		OUAS								
		Hafif		Orta		Ağır		Toplam		p
		n	%O	n	%O	n	%O	n	%	
Çocuklukta Anksiyete	Yok	23	100,0	21	100,0	57	98,3	101		0,682
	%C	22,8		20,8		56,4			99,0	
	Var	0	0,0	0	0,0	1	17	1		
	%C	0,0		0,0		100,0			1,0	
	Toplam	23		21		58		102		
	%Ç		22,5		20,6		56,9		100	
Geçirilmiş Psikiyatrik Hastalık	Yok	19	82,6	19	90,5	50	86,2	88		0,750
	%G	21,6		21,6		56,8			86,3	
	Var	4	17,4	2	9,5	8	13,8	14		
	%G	28,6		14,3		57,1			13,7	
	Toplam	23		21		58		102		
	%G		22,5		20,6		56,9		100	
Travma Öyküsü	Yok	17	73,9	14	66,7	46	79,3	77		0,504
	%T	22,1		18,2		59,7			75,5	
	Var	6	26,1	7	33,3	12	20,7	25		
	%T	24,0		28,0		48,0			24,5	
	Toplam	23		21		58		102		
	%T		22,5		20,6		56,9		100	
Soygeçmiş	Yok	20	87,0	19	90,5	55	94,8	94		0,469
	%S	21,3		20,2		58,5			92,2	
	Var	3	13,0	2	9,5	3	5,2	8		
	%S	37,5		25,0		37,5			7,8	
	Toplam	23		21		58		102		
	%S		22,5		20,6		56,9		100	
Kullandığı El	Sol	2	8,7	3	14,3	7	12,1	12		0,843
	%K	16,7		25,0		58,3			11,8	
	Sağ	21	91,3	18	85,7	51	87,9	90		
	%K	23,3		20,0		56,7			88,2	
	Toplam	23		21		58		102		
	%K		22,5		20,6		56,9		100	
Fiziksel Hastalık	Yok	5	21,7	5	23,8	26	44,8	36		0,068
	%F	13,9		13,9		72,2			35,5	
	Var	18	78,3	16	76,2	32	55,2	66		
	%F	27,3		24,2		48,5			64,7	
	Toplam	23		21		58		102		
	%F		22,5		20,6		56,9		100	

		OUAS							
		Hafif		Orta		Ağır		Toplam	
		n	%O	n	%O	n	%O	n	%
İlaç Kullanım	Yok	5	21,7	6	28,6	28	48,3	39	0,051
	%İ	12,8		15,4		71,8		38,2	
	Var	18	78,3	15	71,4	30	51,7	63	
	%İ	28,6		23,8		47,6		61,8	
	Toplam	23		21		58		102	
	%İ		22,5		20,6		56,9	100	
Madde Kullanım	Yok	21	91,3	15	71,4	41	70,7	77	0,056
	%M	27,3		19,5		53,2		75,5	
	Sigara	2	8,7	4	19,0	16	27,6	22	
	%M	9,1		18,2		72,7		21,6	
	Alkol	0	0,0	3	9,5	0	0,0	3	
	%M	0,0		100,0		0,0		2,9	
	Toplam	23		21		58		102	
BB-1	%M		22,5		20,6		56,9	100	0,513
	Yok	23	100,0	20	95,2	57	98,3	100	
	%B	23,0		20,0		57,0		98,0	
	Var	0	0,0	1	4,8	1	1,7	2	
	%B	0,0		50,0		50,0		2,0	
	Toplam	23		21		58		102	
MD	%B		22,5		20,6		56,9	100	0,630
	Yok	20	87,0	17	81,0	45	77,6	82	
	%M	24,4		20,7		54,9		80,4	
	Var	3	13,0	4	19,0	13	22,4	20	
	%M	15,0		20,0		65,0		19,6	
DiB	Toplam	23		21		58		102	0,513
	%D		22,5		20,6		56,9	100	
	Yok	23	100,0	20	95,2	57	98,3	100	
	%D	23,0		20,0		57,0		98,0	
	Var	0	0,0	1	4,8	1	1,7	2	
SiB	%D	0,0		50,0		50,0		2,0	0,682
	Toplam	23		21		58		102	
	%S		22,5		20,6		56,9	100	
	Yok	23	100,0	21	100,0	57	98,3	101	
	%S	22,8		20,8		56,4		99,0	
	Var	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	
	%S	0,0		0,0		100,0		1,0	
	Toplam	23		21		58		102	
	%S		22,5		20,6		56,9	100	

		OUAS							
		Hafif		Orta		Ağır		Toplam	
		n	%O	n	%O	n	%O	n	%
SF	Yok	20	87,0	19	90,5	55	94,8	94	0,469
	%S	21,3		20,2		58,5		92,2	
	Var	3	13,0	2	9,5	3	5,2	8	
	%S	37,5		25,0		37,5		7,8	
	Toplam	23		21		58		102	
	%S		22,5		20,6		56,9	100	
ÖF	Yok	20	87,0	18	85,7	53	91,4	91	0,715
	%S	22,0		19,8		58,2		89,2	
	Var	3	13,0	3	14,3	5	8,6	11	
	%S	27,3		27,3		45,5		10,8	
	Toplam	23		21		58		102	
	%S		22,5		20,6		56,9	100	
GAB	Yok	19	82,6	20	95,2	50	86,2	89	0,426
	%G	21,3		22,5		56,2		87,3	
	Var	4	17,4	1	4,8	8	13,8	13	
	%G	30,8		7,7		61,5		12,7	
	Toplam	23		21		58		102	
	%G		22,5		20,6		56,9	100	
OKB	Yok	23	100,0	21	100,0	56	96,6	100	0,461
	%O	23,0		21,0		56,0		98,0	
	Var	0	0,0	0	0,0	2	3,4	2	
	%O	0,0		0,0		100,0		2,0	
	Toplam	23		21		58		102	
	%O		22,5		20,6		56,9	100	
SoB	Yok	21	91,3	21	100,0	58	100	100	0,030
	%S	21,0		21,0		58,0		98,0	
	Var	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	
	%S	100		0,0		0,0		2,0	
	Toplam	23		21		58		102	
	%S		22,5		20,6		56,9	100	
PK	Yok	13	56,5	13	61,9	34	58,6	60	0,935
	%P	21,7		21,7		56,7		58,8	
	Var	10	43,5	8	38,1	24	41,4	42	
	%P	23,8		19,0		57,1		41,2	
	Toplam	23		21		58		102	
	%P		22,5		20,6		56,9	100	

V. TARTIŞMA

Yapmış olduğumuz çalışmada yaş ortalaması erkeklerde $51,9 \pm 10,2$, kadınlarda $52,0 \pm 10,2$, tüm hastalarda $51,9 \pm 10,1$ olarak saptanmıştır. Tüm hastaların RDI ortalaması $39,7 \pm 28,0$, erkeklerde RDI ortalaması $38,8 \pm 25,0$, kadınlarda RDI ortalaması $41,9 \pm 34,6$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda yer alan kadınlar ve erkekler arasında genel anlamda yaş ve OUAS şiddeti açısından önemli bir fark gözlenmemiştir.

Psikiyatrik komorbidite sıklığı tüm hastalarda %41,2 olup bu değer 1998 yılında Erol ve ark. tarafından yayınlanan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'ndaki 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığının %17,2 olduğu sonucundan daha yüksek bir orandır. Bu çalışmada bir ruhsal bozukluk oranı kadınlarda %22,4, erkeklerde %10,9 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda erkeklerde bu oran %36,1 iken kadınlarda %53,3 bulunmuştur. Bu sonuç genel anlamda OUAS hastalarında psikiyatrik komorbiditenin normal popülasyondan daha sık olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Tüm hastaların OUAS oranları ise hafif OUAS %22,5, orta OUAS %20,6, ağır OUAS %56,9 bulunmuştur. Erkeklerde ortalama RDI değeri $38,8 \pm 25,0$, kadınlarda ortalama RDI değeri $41,9 \pm 34,6$ bulunmuştur.

Çalışmamızda MD sıklığı %19,6 olarak saptanmıştır. Erkeklerde MD sıklığı %15,3, kadınlarda %30,0'dır. Erol ve ark. tarafından yayınlanan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'ndaki 18 yaş üstü nüfusta MD oranı kadınlarda %7,9, erkeklerde %5,8 saptanmıştır. Bazı yayınlarda erişkinler için MD nokta prevalansı kadınlar için %5-9, erkekler için %2-3 olarak belirtilmiştir (69). Bizim tespit ettiğimiz oranlar bu oranların çok üzerinde olması sebebi ile önemlidir.

C. Guilleminault ve WC. Dement'in yaptığı çalışmada OUAS hastalarında MD bulgularının sıklığı %24 olarak tespit edilmiştir (70). Millman ve arkadaşları ise MD bulgularının sıklığını OUAS hastaları içerisinde %45 olarak bildirmişlerdir ve CPAP tedavisi ile depresyon skorlarının gerilediğini belirtmişlerdir (71). OUAS ile psikiyatrik belirtiler arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalarda mevcuttur (72). Bizim çalışmamızda MD hastalarının RDI değerlerinin ortalaması $43,3 \pm 27,3$ bulunmuştur. MD olmayan hastalarda yaklaşık 4 puan azalma ile bu oran $38,9 \pm 28,3$ saptanmıştır. Tüm OUAS hasta grupları ile kıyaslandığında, MD hastalarında hafif OUAS sıklığı azalmış, ağır OUAS sıklığı artmıştır. Orta OUAS sıklığında önemli değişiklik olmamıştır. Yani hafif OUAS'dan ağır OUAS'a kayma, ağır OUAS lehine artış mevcuttur. Buradan hareketle OUAS hastalarında MD birlikteliği olduğunda OUAS bulguları şiddetleniyor olabileceği sonucu çıkarılabilir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporunda (Erol ve ark. 1998) anksiyete bozukluğu sıklığı kadınlarda %7,1, erkeklerde %3,1 tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda GAB sıklığı ortalama %12,7 olarak tespit edilmiştir ve erkeklerde bu oran %11,1, kadınlarda %16,7 olarak saptanmıştır. Bizim tespit ettiğimiz oranlar yapılan bu çalışmadan 2-4 misli daha fazla olması nedeni ile önemlidir.

OUAS ve anksiyete bozukluğu ilişkisi üzerine yapılmış çalışma sayısı azdır. Borak ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada OUAS ve anksiyete bulguları arasında bir ilişki olduğu sonucuna varılmışsa da bu ilişkinin zayıf bir ilişki olduğunu belirten ve anksiyete bulgularının OUAS'ın tedavisi ile gerilediğini bildiren çalışmalarda vardır (73,74). Bazı çalışmalarda anksiyete ve OUAS ilişkisi OUAS kaynaklı uyku kalitesinin bozulmasına bağlanmıştır. Bizim çalışmamızda anksiyete bozukluğu saptanan hastalarda RDI skorları ortalaması $38,7 \pm 31,2$ saptanmıştır. Anksiyetesi olmayan hastalarda bu oran $39,9 \pm 27,7$ olarak tespit edilmiştir. GAB olan OUAS hastalarında hafif OUAS oranı artmış, orta OUAS oranı azalmış, ağır OUAS oranı artmış olarak tespit edilmiştir.

Hafif OUAS olgularında GAB sıklığı artmış, orta OUAS'da azalmış, ağır OUAS'da ise aynı kalmıştır. Yani GAB hastalarında hafif OUAS'da yoğunlaşma orta OUAS'da azalma, orta OUAS'dan hafif OUAS'a kayma saptanmıştır. Ortalama RDI değerlerinden hareketle OUAS şiddeti ile GAB arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılabilir ve ayrıca hafif OUAS'a kaymanın olması ile aralarında negatif bir ilişki olabileceği sonucuna da varılabilir.

Çalıştığımız grupta Özgül Fobi sıklığı %10,8 olarak saptanmıştır. Bu sonuç ilgili yayınlarda verilen ortalama değerlerle uyumlu bulunmuştur (75). Özgül Fobi sıklığı erkeklerde kadınlardan 2 misli daha fazla saptanmıştır. Bazı yayınlarda bu oran kadınlarda 2 misli daha sık olarak belirtilmiştir (76). Bizim çalışmamızdaki sonuç bu oranın bazı çalışmaların tersine özgül fobinin erkeklerde daha sık olduğu yönündedir. Özgül fobi olanlarda ortalama RDI değeri $34,0 \pm 26,7$ iken özgül fobi olmayanlarda $40,4 \pm 28,2$ saptanmıştır. Hafif ve orta OUAS sıklığında genel ortalamaya kıyasla artış, ağır OUAS sıklığında ise azalma mevcuttur yani ağır OUAS tarafından hafif ve orta OUAS tarafına kayma mevcuttur. Özgül fobi ile OUAS şiddeti arasında ters bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda sosyal fobi sıklığı %7,8 bulunmuştur. Bazı kaynaklarda sosyal fobi sıklığı %3-13 arasında bildirilmiştir (76,77). Bizim tespit ettiğimiz oran bildirilen oranlarla uyusmaktadır. Sosyal fobi hastalarında ortalama RDI değerleri $27,8 \pm 26,0$, yaş ortalaması $49,7 \pm 9,5$ iken sosyal fobisi olmayan diğer hastalarda ortalama RDI değeri $40,7 \pm 28,1$, yaş ortalaması $52,1 \pm 10,2$ saptanmıştır. Hafif ve orta OUAS sıklığında genel hasta grubuna kıyasla artış, ağır OUAS sıklığında ise azalma mevcuttur yani ağır OUAS tarafından hafif ve orta OUAS tarafına kayma saptanmıştır. Sosyal fobi ile OUAS şiddeti arasında ters bir ilişki tespit edilmiştir.

Somatizasyon bozukluğu tespit edilen 2 hastanın ikisinde hafif OUAS grubunda yer almıştır ve somatizasyon bozukluğu için ortalama RDI değerleri $9,5 \pm 6,4$ tespit edilmiştir. Somatizasyon bozukluğu dışındaki hastalarda ortalama RDI değerleri ise $40,3 \pm 28,0$ bulunmuştur. Hasta sayısının azlığı etken olabilir ama

somatizasyon bozukluğu olan hastalarda ortalama RDI değeri dikkat çekici bir biçimde düşüktür. Daha büyük hasta gruplarında çalışılması anlamlı sonuçlar ortaya koyabilir. Somatizasyon bozukluğu olan hastaların belirtilerin altında bir sebep arama çabaları, dikkatlerinin kendi vücutlarına ve belirtilere yönelmiş olması ve çevresindeki kişileri bu konuda hassas davranmaya itiyor olmaları nedeni ile OUAS bulguları hafif derecede bile olsa bu hastalar ve yakınları tarafından hissedilebilir ve fark edilir hale gelmiş olabilir. Bu bulgular bu algılamayı gösteriyor olabilir.

Çalışmamızda psikiyatrik komorbidite ile ebeveyn tutumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İstatistiksel olarak karşılaştırdığımızda ailesini ilgisiz ve aşırı koruyucu olarak tanımlayan iki grupta da psikiyatrik komorbidite oranı artmıştır. MD sıklığı, ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayan kişiler içerisinde artmış olarak gözlenmektedir. Ebeveynini sert-kuralcı olarak tanımlayan kişiler içerisinde BB-1 sıklığı 1,5 kat, ilgisiz olarak tanımlayanlarda ise BB-1 sıklığı 8 kat artmış olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

Çocukluk döneminde ebeveyn sorunu varlığında; çocuklukta cinsel veya fiziksel istismar sıklığı yaklaşık 10 kat ($p=0,024$), somatizasyon bozukluğu sıklığı 5,5 kat ($p=0,002$), GAB sıklığı yaklaşık 3 kat ($p=0,035$), Siklotimik Bozukluk sıklığı 5,5 kat ($p=0,030$), geçirilmiş psikiyatrik hastalık sıklığı 2,5 kat ($p=0,056$) artmıştır.

Evli olanların hafif ve orta OUAS oranı bekarlardan 3 misli daha fazla tespit edilmiştir ($p=0,110$). Bu sonuçtan, şahitli apne ve hipopnelerin şahit olmadığında gözden kaçabileceği sonucunu çıkarabiliriz.

Psikiyatrik komorbidite sıklığı bekarlarda evlilere kıyasla 2,2 kat daha fazla bulunmuştur ($p=0,013$). GAB sıklığı bekarlarda 6 kat daha fazla saptanmıştır. ($p=0,000$).

İkamet ettikleri yere göre incelendiğinde köyde yaşayanlar içerisinde bekar tespit edilmemiştir. Bekar olanların bir kısmı dul olanlar olduğu için bu kişiler köy dışında ya çocukları tarafından bakıma alınıyor veya huzurevine gönderiliyor olabilir.

Meslek ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. Kadınlarda çalışmayanların oranı erkeklerden yaklaşık 2,3 kat daha fazla bulunmuştur. Kadınlar içerisinde serbest meslek sahibi olan tespit edilmemiştir ($p=0,000$). Bu sonuç erkeklerin ve kadınların çalışma hayatı içerisindeki yerini göstermesi açısından anlamlıdır.

Çiftçilerde özgül fobi tanısı alan kişi yoktur. Bunun sebebi özgül fobileri varsa bile (örn. uçak, yükseklik fobisi vb) henüz o durumla karşılaşmadıkları için farkında olmadan hayatlarını devam ettiriyor olabilirler. Hayvanlar, yaralanma (kan vb.) ile iç içe yaşadıkları için hayvanlarla veya yara ile ilgili fobileri zamanla sönmüş olabilir. Böyle ise özgül fobide maruz kalmanın etkili bir tedavi yöntemi olduğunu gösteren bir veri olabilir.

İşçi ve memurlarda sosyal fobi tespit edilmemiştir. Bunun sebebi bu kişilerin insan toplulukları ile mesleki zorunluluk olarak görüşmeleri ve sosyal fobide maruz kalmanın etkili bir tedavi yöntemi olduğunu gösteriyor olması açısından önemlidir.

Ebeveyn tutumu ile meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur($p=0,021$). Bunun daha detaylı olarak ortaya konması için daha büyük gruplara ihtiyaç vardır.

Okuma yazma bilmeyenlerde madde kullanımı tespit edilmemiştir. Okuma yazma bilmeyenlerin büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır ve kadınlarda sigara kullanımı 4 misli daha az saptanmıştır. Alkol kullanımı olan 3 kişinin üçü de erkektir. Erkekler ve kadınlar arasında madde kullanımı açısından anlamlı farklılık mevcuttur. Okuma yazma bilmeyenlerde madde kullanımı olmamasının

sebebi cinsiyete bağlı eğitim farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Veya şahıslar madde kullanmaya sosyal ortamlarda özellikle okul yıllarında başlıyor olabilir. Okuma yazma bilmeyenler böyle bir tecrübe yaşamadıkları için madde ile karşılaşmıyor olabilirler.

Yüksekokul mezunlarında alkol kullanım sıklığı %25,0, ilkokul mezunlarında alkol kullanımı sıklığı %1,6 olarak saptanmıştır ($p=0,031$). Eğitim seviyesi ile alkol kullanımı arasındaki farkın daha kalabalık gruplarda incelenmesi daha uygun olacaktır.

Ortancalardan oluşan grup içerisinde yüksekokul mezunu olan kişi saptanmamıştır. Yüksekokul mezunlarının bizim çalışma grubumuzda ya ilk ya da son kardeş oldukları tespti edilmemiştir.

Psikiyatrik komorbidite kadınlarda, erkeklerden 1,5 misli daha sık karşımıza çıkmıştır. Ekonomik olarak aktif olmayanlarda geçirilmiş psikiyatrik hastalık anamnezi, ekonomik olarak aktif olanlardan 3 misli daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,046$).

Gelir durumu açısından incelendiğinde zengin grubuna giren 3 kişi mevcuttur ve bu kişiler içerisinde fiziksel ve psikiyatrik hastalığı olan yoktur. Yapılan farklı çalışmalarda gelir düzeyinin psikiyatrik hastalıklarla ilişkisinin olmadığına dair veriler mevcuttur. Hasta sayısının azlığı sebebi ile böyle bir sonuç ortaya çıkmış olabilir.

Travma öyküsü olanların psikiyatrik komorbidite sıklığı çalışmaya dahil edilen tüm hastaların psikiyatrik komorbidite sıklığından daha yüksek bulunmuştur. Travma sıklığı kentte yaşayanlarda daha fazladır fakat çalışmamızda kentte yaşayanlarda psikiyatrik hastalık sıklığı, tüm hastaların psikiyatrik hastalık sıklığından daha azdır. Sonuç olarak hayati tehlike düşüncesi uyandıran travma öyküsü, psikiyatrik hastalık riskini arttırmaktadır.

Sol elini kullananlarda alkol kullanım oranı sağ elini kullananlardan 15 kat fazla bulunmuştur.

Alkol kullanımı olanlarda geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü madde kullanmayanlardan 4,5 kat fazla saptanmıştır.

Geçirilmiş psikiyatrik hastalığı olanlar içerisinde sigara kullanımı oranı %7,1 (n=1) ve alkol kullanımı oranı %14,3 (n=2) iken geçirilmiş psikiyatrik hastalığı olmayanlar içerisinde sigara kullanımı oranı %23,9 (n=21) ve alkol kullanımı oranı %1,1 (n=1) olarak saptanmıştır (p=0,013). Köyden kente gittikçe alkol kullanımı, kentten köye gidildikçe sigara kullanımı artmış olarak bulunmuştur.

Sigara kullananlarda psikiyatrik komorbidite sıklığı artmış (%50,0), alkol kullananlarda psikiyatrik komorbidite sıklığı azalmıştır (%33,3).

Çocukluk döneminde istismar öyküsü olan 3 kişi mevcuttur. Hepsinde psikiyatrik komorbidite mevcuttur. Çocuklukta istismar öyküsü olanlarda sigara kullanım oranı yaklaşık 3 misli artmıştır. Köyde ikamet edenlerde istismar ve sigara kullanım sıklığı artmıştır. Sigara kullanım sıklığını köyde ikamet ediyor olmasına bağlamak daha doğru olacaktır.

Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda MD oranı 2 kat artmıştır. Sol elini kullananların içerisinde MD oranı sağ elini kullananlardan 2,5 kat fazla bulunmuştur. Bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,040).

Ebeveynini aşırı koruyucu olarak tanımlayanların içerisinde MD sıklığı yaklaşık 3 misli artmış olarak bulunmuştur. Ailesini ilgisiz olarak tanımlayanlarda da MD oranı artmış olarak bulunmuştur.

İşçilerde MD sıklığı 1,8 misli artmış, memurlarda MD sıklığı 3 misli azalmıştır. Meslek ile MD sıklığı arasında ilişki mevcuttur

Kadınlarda MD sıklığı erkeklerden 2 misli fazla saptanmıştır.

MD hastalarında OKB, GAB, özgül fobi, sosyal fobi sıklığı 2 misli, distimik bozukluk sıklığı 2,5 misli artmış olarak tespit edilmiştir.

Sigara kullananlar içerisinde kullanmayanlara kıyasla GAB sıklığının 3 misli azaldığı saptanmıştır.

GAB sıklığı; geçirilmiş psikiyatrik hastalık olanlarda oranı 4 misli, çocukluk döneminde istismar öyküsü olanlarda 6 misli, çocukluk döneminde ebeveynlerden ayrılık öyküsü olanlarda 2 misli, bekarlarda evlilere kıyasla 6 misli, somatizasyon bozukluğu olan hastalarda 4 misli, OKB teşhis edilen hastalarda 4 misli, sosyal fobi hastalarında 2 misli artmış olarak bulunmuştur.

Sosyal fobi sıklığı, fiziksel hastalığı olanlarda 2,5 misli, kentte yaşayanlarda 2 misli daha az saptanmıştır. Bu kişilerin hastanelerde ve yaşadıkları ortamda diğer kişilerle zorunlu olarak ilişki içerisinde olmalarının bir sonucu olabilir.

VI. SONUÇ

OUAS ile psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Diğer yandan OUAS hastalarında depresyon ve anksiyete sıklığının veya şiddetinin arttığını belirten çalışmalarda mevcuttur. OUAS ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki sebebini yanlış yapılan yorumlara bağlayan çalışmalarda vardır (78).

Sonuç olarak çalışmamızda, OUAS hastalarında artmış psikiyatrik komorbidite sıklığı tespit edilmiştir. Genel anlamda psikiyatrik hastalıklarda ortalama RDI değerinin çalışma grubunun ortalama RDI değerinden farklı olmadığı saptanmıştır. Fakat psikiyatrik hastalıkların tek tek incelenmesi sonucunda RDI değerlerinin farklılıklar gösterdiği, OUAS şiddeti ile anksiyete bozuklukları arasında negatif korelasyon olduğu ve MD arasında ise pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi ağır OUAS'lı hastalarda uyku kalitesinin azalmasından dolayı bilişsel fonksiyonların ileri derecede etkilenmesine bağlı olarak MD bulgularını taklit eden bulgulara sebep olması nedeni ile ağır OUAS'lı hastalar MD tanısı almış olabilirler. Bu durum yanlış pozitiflik anlamına geliyor olabilir. Bunun tespiti için hastaların OUAS tedavisini takiben belli süre sonra tekrar kontrole çağırılması, MD tedavisine karar verilmesi için OUAS tedavisinin ilerleyen dönemlerinin beklenmesi uygun olacaktır.

Anksiyete bozukluğu saptanan hastaların abartılı algılamaları sonucunda, hafif ve orta OUAS bulgularını algılamalarındaki hassasiyetleri ve poliklinik başvurularını bu şekilde yaptıktan sonra elde edilen sonuçla tanı almış olmaları olasıdır. Bu durum yanlış pozitiflik olarak algılanmamalıdır. Anksiyete bulgularının sebebini OUAS'daki uyku kalitesinde bozulmaya bağlayan çalışma vardır (79). Ancak anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda hafif ve orta OUAS oranının artmış olması ve ağır OUAS sıklığında azalma olmuş olması bu yorumun bizim çalışmamız için doğru olmayacağı düşüncesini oluşturmuştur.

Diğer psikiyatrik hastalıkların olgu sayıları az olduğu için onlarla ilgili yorum yapmak doğru olmayacaktır fakat anksiyete bozukluğu hastalarındaki

yorumu, hasta sayısı az olsa da somatizasyon bozukluğu hastaları içinde yapmak uygun olacaktır.

Bulgulardan anlaşıldığı üzere psikiyatrik hastalıklar birçok sebeple ve etkenle iç içe geçmiş durumdadır. Psikiyatrik hastalıkların bir kısmı başka psikiyatrik hastalıklarla daha yoğun beraberlik göstermektedir. Psikiyatrik hastalık tanısı koymak konusunda aceleci davranmak, olası diğer psikiyatrik hastalığı atlamak ile neticelenebilir.

OUAS klinik semptomları ile bazı psikiyatrik hastalıkların bulguları benzerlik göstermektedir. Bu bulguların varlığı, tek taraflı düşünüldüğünde bulguların örtüşmesi sebebi ile, diğer hastalığı gizliyor olabilir ve gözden kaçmasına neden olabilir. Bu durum hastanın tanısında ve tedavisinde eksikliklere, hastanın tedaviye olan güveninde bozulmaya, tedavisine uyumunda aksamalara sebep olabilir. OUAS ve psikiyatrik hastalıkların karşılıklı olarak ayırıcı tanılarda yer alması bu anlamda daha sağlıklı olacaktır. Aynı anda bulunma ihtimalleri de göz ardı edilmeksizin, her iki durum hesaba katılarak anamnez derinliğinin sağlanması uygun olacaktır.

VII. ÖZET

OUAS, uykuda tekrarlayan üst hava yolu kollapsı ile karakterize bir hastalıktır. Prevalansı genel popülasyonda kadında %2, erkekte %4'tür. OUAS ile bağlantılı olan uykunun bölünmesi ve tekrarlayan hipoksemi, gün içinde aşırı uyuklama ve motorlu taşıt kazaları için artmış risk oluşturur. Ayrıca konsantrasyon bozukluğu, hafıza kaybı, depresyon, psikoz, libidoda azalma ve impotans OUAS'da sıklıkla görülen nörokognitif bozukluklardır.

OUAS'ın mental değişikliklere ve psikiyatrik anormalliklere neden olup olmadığı henüz net olarak anlaşılamamıştır. OUAS uyku kalitesini, dolayısı ile gün içerisinde işlevselliği bozan bir hastalıktır. Psikiyatrik hastalıklar da büyük oranda uykuyu etkilemekte ve gün içerisinde bilişsel ve işlevsel hatalara yol açabilmektedir. OUAS'da uyku kalitesinin bozulmasından kaynaklanan bulgular bazı psikiyatrik hastalıkların bulguları ile benzeşmektedir, ayrıca OUAS kliniği ile psikiyatrik hastalıkların kliniğindeki bazı bulguları ile örtüşmektedir. Bu iki hastalığın birlikteliği işlevselliği daha da bozabilir, tedaviyi daha da güçleştirebilir. Bir hastalık, diğerini, bulguların örtüşüyor olması sebebi ile gizliyor olabilir ve yeterince araştırılmaz ise bu durum tanıda eksikliklere sebep olabilir. Aslında tedavileri birbirinden tamamen farklı olan bu iki durum eğer aynı anda mevcut ise ayrı ayrı değerlendirilmeli ve ayrı ayrı tedavi edilmelidir. Gözden kaçması halinde tedavi başarısı düşebilir ve hastanın mevcut olan tedaviye uyumu ve güveni zedelenabilir.

Bu çalışmada amaç OUAS tanısı almış hastalarda psikiyatrik hastalık birlikteliği olup olmadığının araştırılması, OUAS şiddeti ile psikiyatrik hastalık birlikteliği varsa farklarının araştırılması ve sonuçlar doğrultusunda anamnez derinliğinin sağlanması, ayırıcı tanıları konusunda fikir oluşturulması, dolayısı ile tedavi kalitesinin artırılmasıdır.

Çalışmaya Şubat 2012 ve Mart 2012 tarihleri arasında horlama, gündüz aşırı uyku hali ve yakınları tarafından bildirilen apne semptomlarından bir ya da daha

fazlası ile Göğüs Hastalıkları ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniklerine başvuran ve PSG yapılarak OUAS tanısı alan, SCID-I Psikiyatrik Tarama Testi uygulanan, 18 yaşından büyük olan, 102 hasta (32 kadın, 70 erkek) alınmıştır. Demografik özelliklerin sorgulandığı 26 adet sorudan oluşan bir anket formu doldurulmuştur.

İstatistiksel incelemeler için, gruplar arası karşılaştırmalarda independent sample T-test, ki-kare testi kullanılmıştır. Ortalamalar ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Sonuçlardan $p \leq 0.05$ olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamızda, OUAS hastalarında artmış psikiyatrik komorbidite sıklığı tespit edilmiştir. OUAS şiddeti ile anksiyete bozuklukları arasında negatif korelasyon ve MD arasında ise pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu saptanan hastaların abartılı algılamaları sonucunda, hafif ve orta OUAS bulgularını algılamalarındaki hassasiyetleri sayesinde tanı almış olmaları olasıdır. Ağır OUAS'lı hastalarda uyku kalitesinin azalmasından kaynaklanan bilişsel fonksiyonların ileri derecede etkilenmesine bağlı MD bulgularını taklit eden bulgulara sebep olabilir ve bu nedenle ağır OUAS'lı hastalar MD tanısı almış olabilirler. Bu durum yanlış pozitiflik anlamına geliyor olabilir. Bunun tespiti için MD tanısı açısından hastaların OUAS tedavisini takiben belli süre sonra tekrar kontrole çağırılması, MD tedavisine karar verilmesi için OUAS tedavisinin ilerleyen dönemlerinin beklenmesi uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Psikiyatrik komorbidite, OUAS, Major Depresyon, Anksiyete bozukluğu

VIII. SUMMARY

OSAS is disease characterized with recurrent upper airway collapse during sleep. Prevalence of disease in general population %2 among women, % 4 among men. Division of sleep and recurrent hypoxemia related to OSAS increases risk of excessive lethargy during day and motor vehicle accidents. Besides concentration defect, memory loss, depression, psychosis, decrease in libido and impotence are frequently seen neurocognitive disorders.

It is not yet clearly understood whether OSAS causes mental changes or psychiatric abnormalities. OSAS is a disease that disturbs sleeping quality, thus daytime functionality. Psychiatric diseases also greatly effect sleep and lead to daytime cognitive and functional errors. Symptoms rising from disturbed sleeping quality in OSAS resembles some symptoms of psychiatric disorders, also OSAS clinic and psychiatric disorders clinic overlaps. Togetherness of these two diseases can more damage functionality, make treatment more difficult. Cause of symptoms overlap one disease may be obscuring the other and if not investigated sufficiently this situation may lead to deficiency in diagnosis. In fact if this two situation with different treatment is present at the same time must be evaluated and treated separately. If missed, treatment success may decrease and patient's accordance and trust to treatment may damage.

The aim of this study is to determine whether patients diagnosed as OSAS has psychiatric disease, to investigate the differences of OSAS severity if it is together with psychiatric diseases and according to the results maintain anamnesis deepness, to develop an opinion about differential diagnosis, so to rise treatment quality.

Between February 2012 and March 2012 patient administered to Pulmonary Disease Polyclinics and Ear Nose Throat Polyclinics with symptoms of one or

more snoring, daytime excessive sleepiness, apnea symptoms told by relatives and diagnosed OSAS with PSG, administered SCID-I Psychiatric Screening Test, older than 18 years old 102 patients (32 women, 70 men) were included in the study. A questionnaire which investigates demographic characteristics by 26 questions have been applied.

For statistical analysis, between group comparison independent sample T-test and Chi-square test were used. Mean were given as mean $\pm$ standard deviation. Result with $p \leq 0.05$ were accepted as statistically significant.

In our study it is been determined OSAS patients has increased frequency of psychiatric comorbidity. Between OSAS degree and anxiety disorders demonstrated negative correlation and MD positive correlation.

As a result of excessive perception of patients diagnosed anxiety disorder and somatization disorder, it is possible that they have been diagnosed thanks to perception susceptibility in mild and middle OSAS findings. As a result of decreased sleeping quality, affection of cognitive functions deeply may mimic MD symptoms and therefore severe OSAS patients had been diagnosed as MD. This situation may mean false positivity. To determine this, it is appropriate to recall patients for control certain time later for MD diagnosis who has OSAS treatment and wait for further stages of OSAS treatment for MD treatment.

Key words: Psychiatric comorbidity, OSAS, Major Depression, Anxiety disorder.

IX. KAYNAKLAR

1-Young T, Palta M, Dempsey J et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-1235.

2-Lavie P. Incidence of sleep apnea in a presumably healthy working population: A significant relationship with excessive daytime sleepiness. *Sleep* 1983; 6: 312-318.

3-Block AJ, Boysen PG, Wyne JW et al. Sleep apnea, hypopnea, and oxygen desaturation in normal subjects: a strong male predominance. *N Engl J Med* 1978; 299: 969-973.

4-Andrews JG, Oei TP. The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 1031-1049.

5-Gottlieb DJ, Whitney CW, Bonekat WH et al. Relation of sleepiness to respiratory disturbance index the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 502-507.

6-Young T, Blustein J, Finn L et al. Sleep-disordered breathing and motor vehicle accidents in a population-based sample of employed adults. *Sleep* 1997; 20: 608-613.

7-George CF, Nickerson PW, Hanly PJ et al. Sleep apnea patients have more automobile accidents. *Lancet* 1987; 2: 447.

8-Guilleminault C, van den Hoed J, Mitler MM. Clinical overview of the sleep apnea syndrome. In: Guilleminault C, Dement WC; eds. Sleep apnea syndromes. New York, NY: Alan R. Liss, 1978.

9-Sullivan CE, Issa FG. Obstructive sleep apnea. Clin Chest Med 1985; 6: 633-651.

10-Pillar G, Lavie P. Psychiatric symptoms in sleep apnea syndrome, Chest 1998; 114: 697-703.

11-Andrews JG, Oei TP. The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. Clin Psychol Rev 2004; 24: 1031-1049.

12-Kaul S, Meena AK, Murthy JM. Sleep apnoe syndromes: Clinical and polysomnographic study. Neurol India 2001; 49: 47-50.

13-Dogan OT, Dal U, Ozsahin SL, Akkurt I, Seyfikli Z. The prevalence of sleep related disorders among the drivers and it's relation with traffic accidents. Tuberk Toraks 2006; 54: 315-321.

14-Karadağ M. Uyku Tıbbı. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (editörler). Solunum Sistemi ve Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık 2010; 2099-2101.

15-Gözükırmızı E. Uyku Nörofizyolojisi. Türkiye Klinikleri 2007; 3: 1-3.

16-Bakar E, Yılmaz H. Tanımlayıcı Bir Çalışma: Obstrüktif Uyku Apne Sendromuna (OSAS) Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar, New Symposium Journal 2008; 4: 215-220.

17-Köktürk O. Uykuda Solunum Bozukluklarında Tanı Yöntemleri ve Polisomnografi. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (editörler). Solunum Sistemi ve Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık 2010; 2109-2125.

18-Akkaya A, Öztürk Ö. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Fizyopatoloji ve Klinik Bulguları. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (editörler). Solunum Sistemi ve Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık 2010; 2131-2139.

19-Akkaynak S. Solunum Hastalıkları. Güneş Kitabevi 1988:65-70.

20-Albert JB. Control of breathing. Murray JF, Nadel JA.eds Textbook of respiratory medicine, 2nd eds Philadelphia, W.B.Saunders Company 1994:199-218.

21-Brendan CM, Gleeson K, Zwillich CW. The control of breathing in clinical practice. Chest 2000;117:205-225.

22-Leff AR, Schumacker PT. Respiratory physiology Basics and applications. Philadelphia WB Saunders, 1993.

23-De Troyer A, Estenne M. Coordination between ribcage muscles and diaphragm during quiet breathing in humans. J Appl Physiol 1984;57:899-906.

24-Decramer M. The Respiratory Muscles. In:Fishman AP, ed. Fishman's Pulmonary Disease and Disorders 3rd International edition McGraw-Hill 1999: 63-71.

25-Tusiewicz K, Moldofsky H, Bryan AC, Bryan MH. Mechanics of the ribcage and diaphragm during sleep. J Appl Physiol 1977;43:600-602.

26-Çuhadaroglu Ç. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Uyku. İçinde: Umut S, Erdinç E (Editörler). Tanıdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık İstanbul; 2008;269-275.

27-McNicholas WT. Sleep in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir Mon 2006;38:325-336.

28-Phillipson EA. Control of breathing during sleep. Am Rev Respir Dis 1978;118:909-939.

29-Stradling JR, Chadwick GA, Frew AJ. Changes in ventilation and its components in normal subjects during sleep. Thorax 1985;40:364-370.

30-Douglas NJ, White DP, Pickett CK, Weil JV, Zwillich CW. Hypercapnic ventilatory response in sleeping adults. Am Rev Respir Dis.1982;126:758-762.

31-Berthon-Jones M, Sullivan CE. Ventilatory and arousal responses to hypoxia in sleeping humans. Am Rev Respir Dis 1982;125:632-639.

32-Douglas NJ, Calverley PMA, Leggett RJE, Brash HM, Flenley DC, Brezinova V. Transient hypoxaemia during sleep in chronic bronchitis and emphysema. Lancet 1979;1:1-4.

33-Mohenseni V. Sleep in chronic obstructive pulmonary disease. *Seminars in Respiratory and Critical Care* 2005;26:109-116.

34-Sullivan CE, Kozar LF, Murphy E, Phillipson EA. Primary role of disease. Respiratory afferents in sustaining breathing rhythm. *J Appl Physiol* 1978;45:11-17.

35-Juan G, Calverley P, Talamo C, Schnader J, Roussos C. Effect of Carbondioxide on diaphragmatic function in human beings. *N Engl J Med* 1984;310:874-879.

36-Hudgel DW, Martin RJ, Capehart M, Johnson B, Hill P. Contribution of hypoventilation to sleep oxygen desaturation in chronic obstructive pulmonary disease. *J Appl Physiol* 1983;55:669-677.

37-Öztürk L, Zerrin P, Kaynak D, Salbaak L. Effects of visual-based education on ncpap acceptance in obstructive sleep apnea syndrome. *Cerrahpaşa J Med* 2001; 32: 226-230.

38-Troell R J, Terris D J. Uyku apnesi ve Uykuya bağlı Solunum Bozukluğu. İçinde: Koç C (çeviri editörü). Cummings Otolaringoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri 2007; 1701-1716.

39-Kaul S, Meena AK, Murthy JM. Sleep apnoe syndromes: Clinical and polysomnographic study. *Neurol India* 2001; 49: 47-50.

40-Lavie P. Incidence of sleep apnea in a presumably healthy working population: A significant relationship with excessive daytime sleepiness. *Sleep* 1983; 6: 312-318.

41-Andrews JG, Oei TP. The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. Clin Psychol Rev 2004; 24: 1031-1049.

42-Block AJ, Botsen PG, Wayne JW et al. Sleep apnea, hypopnea, and oxygen desaturation in normal subjects: a strong male predominance. N Engl J Med 1978; 229: 969-973.

43-Fish BJ. Neurological aspects of sleep. In: Michael J, Aminoff I, eds. Neurology and General Medicine. 3rd ed. USA: Churchill Livinstone; 2001: 509-536.

44-Yantis MA, Neatherlin J. Obstructive sleep apnea in neurological patients. J Neurosci Nurs 2005; 37: 150-155.

45-Davey Mj. Understanding obstructive sleep apnea. Nurs Times 2003; 99: 26-27.

46-Altın R. Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Risk Faktörleri ve Genetik. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (editörler). İçinde: Solunum Sistemi ve Hastalıkları. İstanbul: 2010; 2127-2130.

47-H11-Novak M, Kornhuber J, Mayer R. Daytime Impairment and Neurodegeneration in OSAS. Sleep 2006; 29: 1521-1530.

48-Vgontzas AN, Tan TL, Bixler EO, Martin LF, Shubert D, Kales A. Sleep apnea and sleep disruption in obese patients. Arch Intern Med 1994;154:1705-11.

49-Schwab RJ, Gupta KB, Geffer WB, Metzger LJ, Hoffman EA, Pack AI. Upper airway and soft tissue anatomy in normal subjects and patients with sleep-disordered breathing. Significance of the lateral pharyngeal walls. Am J Respir Crit Care Med 1995;152:1673-89.

50-Schwartz AR, Gold AR, Schubert N, et al. Effect of weight loss on upper airway collapsibility in obstructive sleep apnea. Am Rev Respir Dis 1991;144:494-8.

51-Demir AU. Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) ve obezite. Hacettepe Tıp Dergisi 2007;38:177-93.

52-Ayık ve Ark. OSAS'ta Obezite ve Ek Hastalıklar. Tur Toraks Der. 2011; 12:105-110.

53-Esma Ceylan, Ercüment Ege. Obstrüktif uyku apnesi sendromu etyolojisi ve risk faktörleri: obezite ve diğer risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3:28-33.

54-Ursavaş A, Gökteş K, Sütçigil L, Özgen F, Obstrüktif Uyku Apnesi Olan Hastalarda Obesite ve Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi. Türk Toraks Dergisi 2004; 5: 1079-1083.

55-Apaydın Doğan E, Öztura İ. Uykuda Görülen Solunum Bozuklukları, Türkiye Klinikleri 2007; 3: 55-60.

56-Yakışan A, Çilli A, Candan O, Özbudak O, Özdemir T. Uyku Apneli Hastalar ve Eşlerinin Epworth Skorlarının Karşılaştırılması ve Bu Skorların Polisomnografik Değişkenlerle ilişkisi. Akciğer Arşivi; 2006; 7: 79-81.

57-Andrews JG, Oei TP. The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. Clin Psychol Rev 2004; 24: 1031-1049.

58-Ursavaş A, Gökteş K, Sütçigil L, Özgen F, Obstrüktif Uyku Apnesi Olan Hastalarda Obesite ve Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi. Türk Toraks Dergisi 2004; 5: 1079-1083.

59-Eisensehr I, Noachtar S. Haematological aspects of obstructive sleep apnoea. Sleep Med Rev 2001; 5: 207-221.

60-Neau JP, Paquereau J, Meurice JC, Chavagnat JJ. Stroke and sleep apnoea: cause or consequence Sleep Med. 2002; 6: 457-469.

61-Demeter P, Visy KV, Magyar P. Correlation between severity of endoscopic findings and apnea-hypopnea index in patients with gastroesophageal reflux disease and obstructive sleep apnea. Worl J Gastroenterol 2005; 11: 839-841.

62-Dogan OT, Dal U, Ozsahin SL, Akkurt I, Seyfikli Z. The prevalance of sleep related disorders among the drivers and it's relation with traffic accidents. Tuberk Toraks 2006; 54: 315-321.

63-Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M et al. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. Lancet 1981; 1: 862-865.

64-Aloia M, Stanchina M, Arnedt T, Malhotra A, Millman R. Treatment Adherence and Outcomes in Flexible vs Standart Continuous Positive Airway Pressure Therapy. Chest 2005; 127; 2085-2093.

65-Nosedá A, Kempnaers C, Kerkhofs M, Braun S, Linkowsky P. Constand vs Auto-Continuous Positive Airway Pressure in Patients With Sleep Apnea Hypopnea Syndrome and a High Variability in Pressure Requirement. *Chest* 2004; 126: 31-37.

66-Rechtschaffen A. Monitoring and staging human sleep. In: Rechtschaffen A, Kales A. (eds). *A Manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects*. 3. Edition Los Angeles: Brain Research Institute, 1973: 1-13.

67-SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. First published in United States by American Psychiatric Press, Inc, Washington D.C. and London, England, 1997.

68-Sorias S (çeviri editörü). DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID): Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova. 1999.

69-Köroğlu E. Major Depresyon. İçinde: Köroğlu E: *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2007:240-264.

70-Guillemainault C, Dement WC. Sleep Apnea Syndrome Due To Upper Airway Obstruction. *Arc Intern Med* 1977;137:296-300.

71-Millman RP, Fogel BS, McNamara ME, Carlisle CC. Depression As a Manifestation of Obstructive Sleep Apnea: Reversal With Nasal Continuous Positive Airway Pressure. *J Clin Psychiatry* 1989;50:348-351.

72-Bliwise DL, Yesavage JA, Sink J et al. Depressive Symptoms And Impaired Respiration In Sleep. *J Consult Clin Psychol* 1986;54: 734-735.

73-Borak J, Cieslicki JK, Koziej M et al. Effects Of CPAP Treatment On Psychological Status In Patients With Severe Obstructive Sleep Apnea. J Sleep Res. 1996;5:123-127.

74-Ramos Platon MJ, Espinar Sierra J. Changes In Psychopathological Symptoms In Sleep Apnea Patients After Treatment With Nasal Continuous Positive Airway Pressure. Int J Neurosci 1992;62:173-195.

75-Adnan C. Özgül Fobi. İçinde: Köroğlu E (Editör). Psikiyatri Temel Kitabı 2007:318-324.

76-Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt. Özgül Fobi ve Sosyal Fobi. İçinde: Kaplan&Sadock Klinik Psikiyatri 2005;13.3:221-227.

77-Nesrin Dilbaz. Sosyal Anksiyete Bozukluğu. İçinde: Ertuğrul Köroğlu (Editör). Psikiyatri Temel Kitabı. İstanbul, 2007: 325-342.

78-Cassel W. Sleep apnea and personality: Cognitive effects and daytime sleepiness psychosocial sequelae of sleep disordered breathing. Sleep 1993;16:856-858.

79-Pillar G, Lavie P. Psychiatric symptoms in sleep apnea syndrome. Chest 1998; 114:697-703.