

**T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**BAŞ DÖNMESİ YAKINMASIYLA BAŞVURAN HASTALARDA
NİSTAGMUS VARLIĞINA VE YOKLUĞUNA GÖRE ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI:
ÖZEL BİR KULAK BURUN BOĞAZ MERKEZİNDE UYGULAMA**

**TEZİ YAZAN
Fatma ÜSTÜN**

Danışman: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ (Çağ Üniversitesi)

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. İbrahim İNAN (Çağ Üniversitesi)

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERSİN / OCAK 2018

ONAY

T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE

201510044 numaralı öğrencimiz olan Fatma ÜSTÜN tarafından hazırlanan “Baş Dönmesi Yakınmasıyla Başvuran Hastalarda Nistagmus Varlığına Ve Yokluğuna Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması: Özel Bir Kulak Burun Boğaz Merkezinde Uygulama” başlıklı bu tez çalışması jürilerimiz tarafından oy birliği ile Psikoloji Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

(Enstitü Müdürlüğünde evrak aslı imzalıdır.)

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

(Enstitü Müdürlüğünde evrak aslı imzalıdır.)

Üniversite İçi - Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. İbrahim İNAN

(Enstitü Müdürlüğünde evrak aslı imzalıdır.)

Üniversite İçi - Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK
 Çukurova Üniversitesi)

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanı tarafından yapıldığını ve onayladıklarını onaylıyorum.

(Enstitü Müdürlüğünde evrak aslı imzalıdır.)

24 / 01 / 2018

Doç. Dr. Murat KOÇ
 Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

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

İTHAF

Sevgili Dedem Hüseyin Üstün'ün anısına özlem ve minnetle...

ETİK BEYANI

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

24/01/2018

Fatma Üstün

TEŞEKKÜR

Yıllar öncesinde genç bir doktor adayı iken psikiyatride en sevdiğim hoca olan Prof. Dr. Şükrü UĞUZ olmasaydı, muhtemelen bu yüksek lisans programına hiç başlamayacaktım. Değerli hocama tez sürecimde hoşgörü ve sabırla bana yol gösterdiği, bilgi ve tecrübesini benden esirgemediği için teşekkür ederim.

Bana her zaman ilham olduğu için Prof. Dr. Gülşah SEYDAOĞLU'na, sorularıma içtenlik ve nezaketle cevap verdiği için değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK'a teşekkür ederim.

Kendisini literatür tararken fark edip, tanışma şansını yakaladığım Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ'a değerli fikirlerini benimle paylaştığı için çok teşekkür ederim.

Verdikleri fikirler ile tezimin çeşitli aşamalarında bana yardımcı olan hocalarım Yrd. Doç. Dr. İbrahim İNAN'a ve Öğr. Gör. Kahraman KIRAL'a anlayışları için çok teşekkür ederim.

Tez sürecimde verilerimi toplamama yardımcı olan Galleria KBB Merkezine, saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Can ÖZŞAHİNOĞLU'na, Prof. Dr. Levent SOYLU'ya, Prof. Dr. Lütfi Barlas AYDOĞAN'a, Doç. Dr. Yücel AKBAŞ'a yardımları için teşekkür ederim. Dokuz yıldır birlikte çalıştığım Op. Dr. Özhan Türel, Op. Dr. Hakan Yurdakul, Op. Dr. İlker CENGİZLER ve Op. Dr. Ahmet PAYAS'a verilerimi toplamama katkıları için çok teşekkür ederim, ve tezimin her sürecinde en büyük destekçilerim olan değerli arkadaşlarım Op. Dr. Tahsin SELÇUK ve Op. Dr. Abdullah EVREN'e, veri toplama konusunda olduğu kadar hayatımın her alanında yardımları için de ayrıca teşekkür ederim.

Benim vazgeçtiğim yerde büyük bir fedakârlık ve azimle çalışan sevgili Odyometrist Handan ERTUĞRUL'a, ne kadar teşekkür etsem azdır.

Galleria KBB'de çalışan ve beni hep motive edip, destek olan bütün çalışma arkadaşlarımı da bir kez daha anmak isterim.

Yüksek Lisanstaki yol arkadaşlarım Nurcihan TEMUR ŞİMŞEKCAN'a, Ece ÜVEY'e, Arzu GEZ ve sevgili Arsen TURAN'a destekleri için teşekkür ederim.

Uzm. Psk. Rabia GEYİKÇİ'ye, Uzm. Psk. Halil İbrahim EZER'e, Psk. Tuğçe BARAK'a, Uzm. Dr. Filiz ARAZ'a, Binnur BALIM'a ve sevgili Eftal TOKSÖZ'e danıştığım ve sıkıştığım her konuda destekleri için çok teşekkür ederim.

Ve bu süreçte bana destek olan annem ve babama ve varlıkları gücüm olan kız kardeşlerim Funda ÜSTÜN'e, Gonca ÜSTÜN'e ve Aynur ÇOŞKUN'a teşekkür ederim.

ÖZET

BAŞ DÖNMESİ YAKINMASIYLA BAŞVURAN HASTALARDA NİSTAGMUS VARLIĞINA VE YOKLUĞUNA GÖRE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: ÖZEL BİR KULAK BURUN BOĞAZ MERKEZİNDE UYGULAMA

Fatma ÜSTÜN

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

Ocak 2018, 95 sayfa

Subjektif bir şikayet olan baş dönmesinin objektif bir bulgusu Nistagmustur. Bu çalışmada Nistagmusu olan baş dönmesi olan hastalarla, nistagmusu olmayan baş dönmesi olan hastaların anksiyete depresyon düzeyi karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini 2017 yılında 12 Haziran-22 Ağustos tarihleri arasında özel bir KBB merkezine başvuran 18-78 yaş arasında 86 Kadın ve 41 Erkek toplam 127 hasta oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak, Vertigo Semptom Skalası(VSS), STAI-I(Durumluluk Kaygı Envanteri), STAI-II(Süreklilik Kaygı Envanteri), Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ) kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan baş dönmesi yakınması olan hastaların 36sında Nistagmus(+), 91inde Nistagmus(-) idi. İki grup arasında VSS, STAI-I, STAI-II, BAÖ, BDÖ düzeyleri açısından bir farklılık yoktu ($p>0.05$). Kadın cinsiyette VSS ve STAI-II de açıkça farklılık vardı ($p<0.05$). Yaş grupları açısından 55 yaş üstü grupta VSS, BAÖ, BDÖ, STAI-II açısından anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu bulgular sonucunda Nistagmusun olması ya da olmaması baş dönmesi olan hastalarda anksiyeteyi azaltmamaktadır. Kadınlarda hem baş dönmesi ve hem anksiyete erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. İleri yaş gruplarında baş dönmesi ile gelen hastalarda anksiyete ve depresyon komorbiditesi düşünülmelidir. Baş dönmesi tedavisine multidisipliner yaklaşmak gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Baş Dönmesi, Anksiyete, Nistagmus, Depresyon, Cinsiyet, Yaşlılık, .

ABSTRACT**THE COMPARISON OF THE ANXIETY AND DEPRESSION LEVEL OF PATIENTS COMPLAINING OF DIZZINESS DEPENDING ON WHETHER THEY HAVE NYSTAGMUS OR NOT:
AN IMPLEMENTATION IN AN EAR, NOSE AND THROAT CENTER.****Fatma ÜSTÜN****Master Thesis, Department of Psychology****Supervisor: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ****January 2018, 95 pages**

Nystagmus is the one of objective symptom of vertigo which is a subjective complaint. This study aims to compare the anxiety depression levels of vertigo patients with nystagmus and vertigo patients without nystagmus.

A sample of data was collected from patients consulting a medical center in the space of time from June 12th to August 22nd 2017. There were in total 127 patients out of which 86 female and 41 male whose age range between 18 and 78.

The following data collection tools have been used such as, Vertigo Symptom Skalası (VSS), State Trait Anxiety Inventory-I(STAI-I), STAI-II, Beck Anxiety Scale (BAS) and Beck Depression Scale (BDS).

36 patients participating in the study demonstrated Nystagmus (+) and 91 patients demonstrated Nystagmus (-). There wasn't any difference between these two groups as regards the levels of VSS, STAI-I, STAI-II, BAS, BDS ($p>0,05$). However, as for the female gender there was a significant difference in terms of VSS and STAI-II ($p<0,05$). With regard to the age factor the VSS, BAS, BDS, STAI-II of patients over the age of 55 were found to be significantly high ($p<0,05$). These findings show that the existence or non-existence of nystagmus does not reduce the anxiety of patients with vertigo. It has been found that women compared to men not only suffer more from vertigo but also from anxiety. For advanced age groups consulting a doctor due to vertigo; comorbidity of anxiety and depression should be taken into consideration.

A multidisciplinary approach should be taken for the treatment of dizziness and vertigo.

Keywords: Dizziness, Anxiety, Nystagmus, Depression, Gender, Geriatry.

ÖNSÖZ

Baş dönmesi birçok hastalığın belirtisi olarak kabul edilmektedir. Çok sık görülen bir belirti olduğu kadar, sebep ve sonuçları nedeniyle birçok uzmanlık alanı tarafından da değerlendirilmektedir. Yaşam boyu prevalansı değeri %30 olarak değerlendirilmiştir (H. K. Neuhauser, 2007).

Tıp Literatürü incelendiğinde Aile Hekimleri, Acil Hekimleri, Kulak Burun Boğaz Hekimleri, Nöroloji Hekimleri, Fizik Tedavi Hekimleri ve Psikiyatri Hekimlerince yazılan çok sayıda yayınlanmış makale mevcuttur. Buna rağmen bilinmeyen pek çok değişken söz konusudur.

Baş dönmesi yakınması ile başvuran hastaların sıklıkla endişe ve panik içerikli problemlerini dile getirdikleri gözlenmektedir. Muayene sonrasında objektif muayene bulguları ile hastanın yaşadığı subjektif sıkıntılar arasında uyumsuzluk göze çarpmaktadır. Aynı durumdaki hastalar arasındaki farklılıkların nedenlerinin araştırılması bu araştırmanın mihenk taşıını oluşturmuştur.

Bu çalışmalar sonucunda, hastaların eşlik eden anksiyete ve depresyonlarını değerlendirmek ve tanımlamak, hastanın tedaviye uyumunu sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak açısından son derece önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla, baş dönmesi yakınması olan hastaların tedavilerinde multi disiplinler yaklaşım faydalı olacaktır.

Bu çalışma sonuçlarının klinisyenlere ve hastalarına yardımcı olması arzu edilmektedir.

24/01/2018

Fatma ÜSTÜN

İÇİNDEKİLER

KAPAK	i
ONAY	ii
İTHAF	iii
ETİK BEYANI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
ÖNSÖZ	viii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
EKLER LİSTESİ	xvi

BÖLÜM I

1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Arka Planı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Problemi.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi.....	3
1.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.6. Araştırmanın Sayıltıları.....	5
1.7. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	5
1.8. Tanımlar.....	6

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	8
2.1. Baş Dönmesi ve Vertigo.....	8
2.1.1. Baş Dönmesi (Dizziness).....	8
2.1.2. Nistagmus.....	10

2.1.3. Periferik Vertigo	10
2.2. Anksiyete Bozuklukları	11
2.2.1. Epidemiyoloji.....	12
2.2.2. Özgül Fobi	14
2.2.2.1. Tanı kriterleri	14
2.2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu	15
2.2.3.1. Tanı kriterleri	15
2.2.4. Panik Bozukluk.....	16
2.2.4.1. Tanı Kriterleri	16
2.2.5. Genel Anksiyete Bozukluğu	18
2.2.5.1. Tanı kriterleri	18
2.3. Depresyon	19
2.3.1. Tanı Kriterleri	19
2.4. Biyolojik Kuram	20
2.4.1. Anksiyete ilişkili baş dönmesinin patofizyolojisi	20
2.4.2. Baş Dönmesi ve Depresyon ilişkisi	24
2.5. Baş Dönmeli Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon	24
2.5.1. Organik nedenli baş dönmesi yakınması olan hastalarda Anksiyete ve Depresyon	24
2.5.2. Baş Dönmesi yakınması olan hastalarda Depresyon	27
2.5.3. Baş Dönmesi ve Engellilik	28
2.5.4. Baş dönmesi görülen Yaşlı Hastalarda Anksiyete ve Depresyon.....	29

BÖLÜM III

3. YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Amacı.....	32
3.2. Araştırmanın Modeli	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.4. Araştırmanın Yapılışı.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları	34
3.5.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirliği	34
3.5.2. Demografik Bilgiler	34
3.5.3. Vertigo Semptom Skalası	35

3.5.4. STAI-I ve STAI-II	35
3.5.5. Beck Anksiyete Ölçeği	36
3.5.6. Beck Depresyon Ölçeği	36
3.6. Verilerin Analizi	36

BÖLÜM IV

4. BULGULAR	38
4.1. Sosyodemografik Özellikler	38
4.2. Baş Dönmesi Yakınması Olan Hastaların <i>Nistagmus Bulgusunun Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı</i>	40
4.3. Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayıları	42
4.4. Ölçeklerden Alınan Puanların Nistagmus Tanısına Göre Dağılımı.....	44
4.5. Ölçeklerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı	45
4.6. Ölçeklerden Alınan Puanların Yaş Grubuna Göre Dağılımı	46
4.7. Hipotezlerin Sınanması.....	47

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA VE YORUM	48
5.1. Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri.....	48
5.2. Baş dönmesi yakınmasının cinsiyete göre anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesine dair bulgular ve yorum:	49
5.3. Baş dönmesi yakınmasının yaş gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesine dair bulgular yorum.....	50
5.4. Baş dönmesi yakınmasının Nistagmus bulgusuna göre anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesine dair bulgular ve yorum	51

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. Sonuçlar	52
6.2. Öneriler	52
6.2.1. Çalışmaya yönelik öneriler	52

6.2.2. Uygulamaya Yönelik Öneriler.....	53
7. KAYNAKÇA	54
8. EKLER	66
9. ÖZGEÇMİŞ.....	79

KISALTMALAR LİSTESİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BPPV	: Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo
DHI	: Baş Dönmesi Engellilik Envanteri
DSM-V	: Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve İstatiksel tanı kitabı
HRQoL	: Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi
KBB	: Kulak Burun Boğaz
LMR	: Life Morbidite risk, Yaşamboyu morbidite riski
MD	: Meniere Hastalığı
MDD	: Major Depresif Durum
PHQ	: Hasta Sağlık Anketi
SCİD	: Yarı-yapılandırılmış klinik görüşme
SF-12	: Kısa Form Sağlık Ölçeği
STAI-I	: Durumluluk Kaygı Ölçeği
STAI-II	: Süreklilik Kaygı Ölçeği
VHI	: Vertigo Engellilik Envanteri
VM	: Vestibüler Migren
VN	: Vestibüler Nörit
VSS	: Vertigo Semptom Skalası
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
Tablo 2. Dizziness ile Vertigo'nun ayırıcı tanısı, ortak nedenler.....	9
Tablo 3. Periferik Vertigonun en sık sebepleri ve ayırt edici özellikleri.....	10
Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Değişkenler.....	33
Tablo 5. Katılımcılara Ait Cinsiyet, Yaş, Nistagmus Tanısı ve Çalışma Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular	38
Tablo 6. Nistagmus Bulgusunun Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı (N=127)	40
Tablo 7. Kullanılan Ölçeklerden Alınan Puanların Betimsel Dağılımları (n=127).....	42
Tablo 8. Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayıları (R)	43
Tablo 9. Ölçeklerden Alınan Puanların Nistagmus Tanısına Göre Dağılımı	44
Tablo 10. Ölçeklerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	45
Tablo 11. Ölçeklerden Alınan Puanların Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1. Şema vestibüler çekirdek ile anksiyete cevabını düzenleyen yollar arasındaki temel bağlantıları göstermektedir (Balaban, 2002).....	22
Şekil 2. Anksiyete ve korkunun işlevsel anatomisi (Eşel, 2003).....	23
Şekil 3. Depresyon ve kronik hastalıklar arasındaki etkileşim (Wayne J. Katon, 2003).....	24
Şekil 4. Çalışmanın modeli	33
Şekil 5. Baş Dönmesi Yakınlı Hastaların Cinsiyete göre dağılımı.....	39
Şekil 6. Baş dönmesi Hastalarının Nistagmus bulgusu açısından dağılımı.....	39
Şekil 7. Katılımcıların yaş dağılımı.....	40
Şekil 8. Nistagmus bulgusunun cinsiyete göre dağılımı.....	41
Şekil 9. Nistagmus bulgusunun yaş gruplarına göre dağılımı	42

EKLER LİSTESİ

	Sayfa
Ek 1. Bilgilendirme ve Onam Formu.....	66
Ek 2. Ölçekler	67
Ek 3. Etik Kurul Kararı.....	75
Ek 4. Ölçek İzni	76
Ek 5. Etik Kurul İzni.....	77
Ek 6. Hastane Çalışma İzni.....	78

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Arka Planı

Baş Dönmesi birinci basamak hekimleri, Acil Hekimleri, Nöroloji hekimleri ve Kulak Burun Boğaz Hekimlerince sık görülen bir şikâyettir (Jung & Kim, 2015; Karatas, 2008).

Baş dönmesi ve vertigo değişik etyoloji ve patogenezde çoklu algısal ve sensörimotor sendromları kapsar ve ancak disiplinler arası yaklaşım tarafından aydınlatılabilir. Baş ağrısından sonra en çok görülen semptomlardandır. Yaşam boyu prevalansı neredeyse %30 dur (H. K. Neuhauser, 2007) (Strupp & Brandt, 2009).

Yapılan diğer bir çalışmada vertigoyu da içeren baş dönmesinin erişkinleri yıllık %15 ile %20 arasında etkilediği görülmüştür. Vestibüler Vertigo baş dönmesi şikâyetlerinin %25 inde görülmüştür. Vestibüler Vertigo'nun 12 aylık prevalansı %5 ve yıllık insidansı %1,4 olarak ölçülmüştür (H. K. Neuhauser, 2016).

"Baş dönmesi", belirtileri tanımlamak için hastalar tarafından sıklıkla kullanılan, özgün olmayan bir terimdir. Hastalığın kendisi de psikolojik sıkıntı yapabilirken, psikolojik sıkıntılar da kendini baş dönmesi ve vertigo olarak göstermektedir (Jacob & Furman, 2001). Kişinin algıladığı öznel baş dönmesinin etkisi kişilik özelliklerine, tekrar eden belirtilerden kaynaklanan kaygıya bağlı olarak da farklılık göstermektedir.

Vertigo ve baş dönmesi vestibüler sistemin etkilendiğini gösteren başlıca belirtidir, şiddetine göre hastaları vertigoya bağlı engelleyerek yaşam kalitesini bozar. Baş dönmesi gibi sübjektif bir yakınmanın algılanması, kişinin kişiliğinden, atağın tekrarının öngörülememesinden, eşlik eden işitme kaybı ve nörovegetatif belirtilerden ve altta yatan sebebin öngörülemeyen oluşumuna bağlı kaygıdan etkilenir (Duracinsky vd., 2007).

Baş dönmesi pek çok hastalığın belirtisi olabileceği gibi pek çok rahatsızlığın da sebebi olabilir. Baş dönmesi sıklıkla psikiyatrik rahatsızlık ile birlikte görülebilir, bireylerde psikolojik rahatsızlığı tetikleyebilir ya da bazı psikiyatrik rahatsızlıkların belirtisi olarak baş dönmesi görülebilir.

Baş dönmesi ve kaygı bozuklukları arasındaki ilişki 1800lerin sonundan beri araştırılmaktadır. Baş dönmesi, vertigo ve kaygı bozukluğu arasında çift yönlü bir ilişki

olduğu düşünölmüştür. Anksiyetenin baş dönmesine, baş dönmesinin anksiyeteye neden olduğu düşünölmür (Staab & Ruckenstein, 2003).

Alman Nörolog Carl Westpal, 1871 yılında kalabalık pazar yerini karıştıran kişilerde agorafobi tanımlamıştır. Westpal, kişilerin yaşadığı anksiyetenin çarpık uzay algısı ve bozulmuş hareket ile ilgisi olabileceğini ortaya atmıştır (Balaban & Jacob, 2001).

Son otuz yılda yapılan çalışmalarda ise panik bozukluk, agorafobi ve vestibüler bozukluklar arasında ilişkiler bulunmuştur.

Baş dönmesi, Panik atakların, Panik Bozukluğun, Sosyal Fobinin, Posttravmatik Stres Bozukluğunun ve Obsesif Kompulsif Bozukluğunun belirtisi olabilir. Akut ve epizodik vestibüler hastalıklar bu rahatsızlıkları tetikler ya da artırır ve bu yakınmaların kronikleşmesine sebep olur (Best, Eckhardt-Henn, Tschan, & Dieterich, 2009).

Hannelore K. Neuhauser ve Lempert (2009) in yaptığı çalışmada, periferik vertigolu hastaların % 30'unun prognozu klinik tanılar ile açıklanamamaktadır.

Baş dönmesi, anksiyete bozukluklarına sebep olabilirken, geçirilmiş anksiyete bozukluğunu tetikleyebilir ve anksiyete bozukluğu da vestibüler bozukluk belirtilerini tetikleyebilir (Eckhardt-Henn, Breuer, Thomalske, Hoffmann, & Hopf, 2003) (Staab, 2016) (Staab, Balaban, & Furman, 2013).

Baş dönmesi olan hastaların objektif bulguları ile subjektif yakınmaları arasında korelasyon yoktur (Best vd., 2006).

Tıbben açıklanamayan ve psikiyatrik bir rahatsızlık ile ilişkilendirilmeyen hastalar günlük ve iş yaşamlarında kendilerini kısıtlanmış hissederler, bu baş dönmesinin günlük yaşam üzerindeki etkisinden dolayı bu hastalar, değişik branşlardan doktorlara da başvururlar ve yeteri kadar tanı ve tedavi alamazlar (Schmid, Henningsen, Dieterich, Sattel, & Lahmann, 2011).

Bazılarında baş dönmesi psikolojik sıkıntıyı artırırken, tersi de doğrudur. Psikolojik sıkıntılar, baş dönmesi olarak da görölebilir. Hastalar baş dönmesine bağlı gelişen memnuniyetsiz duygudan ve fiziksel zarar görebilecekleri ve toplumsal utanç yaşayabilecekleri düşüncesinden dolayı aktivitelerden kaçınma eğilimindedirler. Bu kaçınma hareketi de psikolojik belirtileri ve baş dönmelerini kötöleştirir (Robin T Bigelow, Semenov, du Lac, Hoffman, & Agrawal, 2016).

Bu anlamda hastalığın psikolojik yönünü tanımlamak hastalığın seyri ve tedavisi için de önemlidir.

Bu kadar sık karşılaşılan ve nedeni çoğu zaman tam olarak belirlenemeyen bu yakınmanın psikolojik etkilerinin araştırılması gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı subjektif bir yakınma olan baş dönmesinin anksiyete ve depresyon açısından belirti düzeylerinin değerlendirilmesi ve belirtilerin, Nistagmusu olan hastalar ile Nistagmusu olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

1.3. Araştırmanın Problemi

Baş dönmesi ile gelen hastaların yaşadıkları sıkıntılar ile birlikte yaşadıkları anksiyete ve depresyon belirti düzeyinin ölçülerek Nistagmus (+) ve Nistagmus (-) hastalar arasında bu bağlamda fark var mıdır?

Araştırmanın soruları ise;

1. Baş dönmesi yakınması ile gelen hastaların kaçında Nistagmus (+) vardır?
2. Baş dönmesi yakınması ile gelen hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri sosyo-demografik özelliklere göre değişmekte midir?
3. Baş dönmesi yakınması ile gelen hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyleri Nistagmus (+) ve Nistagmus (-) hastalarda değişmekte midir?

1.4. Araştırmanın Önemi

Baş dönmesi pek çok sebeple olabilen bir rahatsızlıktır. Baş dönmesinin kendisi psikolojik rahatsızlıkları artırabiliyorken, psikolojik rahatsızlıklar da baş dönmesini artırabilir. Bu anlamda baş dönmesi yakınması yaşayan hastaların psikolojik rahatsızlıklara yatkınlığını değerlendirebilmek için çalışmalar yapılmaktadır. Baş dönmesi doğası gereği insanda sıkıntı yaşatır. Baş dönmesi sıklıkla psikiyatrik rahatsızlık ile birlikte görülebilir, bireylerde psikolojik rahatsızlığı tetikleyebilir ya da bazı psikiyatrik rahatsızlıkların belirtisi olarak baş dönmesi görülebilir. Bu anlamda kullanılan fizik muayene bulgularından olan Nistagmusun ayırıcı tanıda yeri araştırılmalıdır.

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

H1A Baş dönmeli yakınması olan Nistagmus pozitif ve Nistagmus negatif hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H1B Baş dönmeli yakınması olan Nistagmus pozitif ve Nistagmus negatif hastaların anksiyete depresyon düzeyleri arasında farklılık vardır.

“Sullivan vd. (1993)’nin yaptığı çalışmada periferal vestibüler tanısı olmayan, baş dönmesi yakınması olan hastalarda yaşamboyu ve mevcut psikiyatrik bozuklukların prevalansı daha fazladır ve bu hastalarda mevcut depresif ve anksiyete semptomları da daha şiddetlidir. Yüksek prevalansta psikiyatrik bozukluk ve anksiyete (özellikle de panik bozukluk) bulunmuştur. Organik patolojisi olmayan baş dönmesi ile anksiyete bozukluğu arasında bir ilişki olabileceği bulunulmuştur. ”

“Persoon ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da sonuçlar örneğin üçte birinde anksiyete ve duygu durum bozukluğu gözlenmiştir. Özellikle Dizziness ile gelen Kulak Burun Boğaz Hastalarında normal popülasyona göre daha fazla olduğu bulunmuştur. (Persoons, Luyckx, Desloovere, Vandenberghe, & Fischler, 2003) ”

H2 Baş dönmesi yakınması olan hastalarda görülen anksiyete belirti düzeyinde cinsiyet açısından farklılık vardır.

“BPPVli hastaların ölçülen anksiyete düzeyleri Kadın cinsiyette daha fazladır (Monzani, Casolari, Guidetti, & Rigatelli, 2001) (Ferrari vd., 2014) (Best vd., 2015)”

H3 Baş dönmesi yakınması olan hastalarda görülen Depresyon belirti düzeyinde cinsiyet açısından farklılık vardır.

Baş dönmesi ve vertigo görülen hastalarda depresyon için Kadınlar daha fazla risk altındadır (Ferrari ve diğerleri, 2014) (Monzani ve diğerleri, 2001).

Baş dönmesi ve vertigo görülen hastalarda depresyon Erkek Cinsiyette daha fazladır (Kurre, Straumann, van Gool, Gloor-Juzi, & Bastiaenen, 2012).

H4 Baş dönmesi yakınması olan hastaların anksiyete belirti düzeyi ile yaş arasında ilişki vardır.

Mevcut çalışma göstermiştir ki, yaş baş dönmesi yakınması olan hastalarda duygu-durum bozuklukları ve baş dönmesi şiddetini artırmaz (Cheng vd., 2012).

“Dünyada hızla yaşlanan nüfusa ve bu yaşlı insanlardaki Dizziness oranının artışına bağlı olarak, Dizziness önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır. Yaşlılıkta duyusal ve proprioseptif fonksiyonu azalmakta ve muskuler atrofi sıklıkla oluşmaktadır. Ateroskleroz ve Diabetes Mellitus gibi kronik hastalıklar periferik vasküler sistemi ve

sinir sistemini etkilemekte, ilave denge sorunlarına neden olmaktadır. Bu yüzden psikolojik faktörler yaşlılıkta dizziness'ın daha az olarak primer nedenidir (Sloane, Hartman, & Mitchell, 1994) .”

H5 Baş dönmesi hastalarının depresyon belirti düzeyi ile yas arasında ilişki vardır.

“ Baş dönmesi hastalarında yapılan depresyon düzeyinde gençlere kıyaslanınca bir farklılık görülmemiştir (Cheng ve diğerleri, 2012) ”

Tablo 1

Araştırmanın Hipotezleri

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ
H1A Baş dönmeli yakınması olan Nistagmus pozitif ve Nistagmus negatif hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında farklılık yoktur.
H1B Baş dönmeli yakınması olan Nistagmus pozitif ve Nistagmus negatif hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında farklılık vardır.
H2 Baş dönmesi yakınması olan hastalarda görülen anksiyete belirti düzeyinde cinsiyet açısından farklılık vardır.
H3 Baş dönmesi yakınması olan hastalarda görülen depresyon belirti düzeyinde cinsiyet açısından farklılık vardır.
H4 Baş dönmesi yakınması olan hastaların anksiyete belirti düzeyi ile yaş arasında ilişki vardır.
H5 Baş dönmesi hastalarının depresyon düzeyi ile yas arasında ilişki vardır.

1.6. Araştırmanın Sayıtları

1. Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.
2. Araştırmaya katılanların Vertigo Semptom Skalası, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve STAI-I VE STAI-II ölçeklerindeki soruları gerçek durumlarını yansıtacak biçimde cevap verdikleri varsayılmaktadır.

1.7. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

1. Bu Araştırma Adana ilinde bir yandal merkezine baş dönmesi yakınması ile başvuran ve çalışmaya gönüllü katılan hastalar ile sınırlıdır.

2. Araştırma merkeze başvuran ve orada Kulak Burun Boğaz Uzmanı tarafından muayene edilen hastaların görüş ve düşünceleriyle ve veri toplama araçları olan ‘Vertigo Semptom Skalası kısa form, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve STAI-I VE STAI-II Ölçeklerine’ verilen cevaplarla sınırlıdır

1.8. Tanımlar

Dizziness: Bozuk ya da yanlış hareket hissi olmadan bozulmuş mekan oryantasyon hissidir. Bu sersemlik, başın boşlukta olma hissi ya da vertigoyu içermeyen genel Dizziness olarak başvuran duyuları da içerir.

Presenkop: Yaklaşan bilinç kaybı hissidir. (Senkopa ya da baygınlığa yakın) Bu his, senkop tarafından takip edilebilir ya da edilmeyebilir. Hastalar sersemlik tarif ettiklerinde, presenkop, dizziness ya da her ikisinde de klasifiye edilmelidir.

Senkop: (Ayrıca baygınlık) Hızlı başlangıçlı, kısa süreli ve kendiliğinden düzelen geçici global serebral hipoperfüzyona bağlı geçici bilinç kaybıdır. Senkop genellikle postüral kontrol kaybı ve düşmeye sebep olur.

Unsteadiness: Otururken, ayakta iken ya da yürürken belirli bir yöne olmayan dengesiz hissetmedir. Bu duygu disequilibrium ya da dengesizlik olarak adlandırılır (Newman-Toker & Edlow, 2015).

Vertigo: Gerçek hareketin yokluğunda kişinin kendisinin ya da çevresinin dönmesi ile ilgili olan hareket algısı olarak tariflenmektedir (Dommaraju & Perera, 2016).

Nistagmus: Gözlerin, istemsiz hızlı salınımlı hareketleridir.

Vestibuler sistem/cihaz: İç kulaktaki duyu sistemi, vestibüler sistem ve beyin ile arasındaki denge ve uzaysal uyum içeren temel bağlantıları kapsar.

Pozisyonel Vertigo: Yerçekimine göre baş hareketlerinin değişiklikleri ile artan baş dönmesi

Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo (BPPV): Pozisyonel vertigonun tekrarlayan ataklar ile karakterize iç kulak rahatsızlığıdır ve genellikle Dix-Hallpike testi ile tanı konur.

Posterior Kanal BPPV: Posterior kanaldaki iç kulak partiküllerinin yerinden oynaması ile denge sisteminin anormal vertigo oluşturmaya sebep olan BPPV formudur ve Dix-Hallpike testi ile çoğunlukla tanı konur.

Lateral Kanal BPPV: Lateral semisirküler kanallardaki iç kulak partiküllerinin yerinden oynaması ile denge organında anormal vertigo oluşmasına sebep olan BPPV formudur ve çoğunlukla Supine Roll testi ile tanı konur (Bhattacharyya vd., 2017).

Dix-Hallpike testi: BPPV için altın standart testtir. Posterior kanal BPPV tanısı için kullanılır. BPPV’de Nistagmus torsiyonel ve yukarı vuran tiptir.

Supine-roll testi: Eğer BPPV tanısı Dix–Hallpike testi ile konulamamışsa devamında yapılır. Lateral BPPV için tanı koydurur. Lateral kanal BPPV’da Nistagmus genellikle supine-roll testi boyunca etkilenen kulak tarafına horizontal vuran geotropik tiptir. Kafası 90 derece karşı tarafa hızla çevrildiği zaman da tekrarlar, etkilenmeyen kulak tarafına daha az yoğunlukta vurur. Daha az sıklıkla, Nistagmus agogeotropik tiptir, horizontal ve etkilenen kulağa doğru vurur.

Head-Trust Testi: Vestibuler Nöriti santral sebeplerden ayırt etmede yararlı bir manevradır. Head-trust testi hastanın başını hızla 10 derece açıyla sağa ve sola hareket ettirerek, hastanın gözleri muayene edenin burnuna odaklanmış iken yapılır. Eğer hastanın gözleri kısa süreliğine hedeften şaşar ve bir sakkad oluşursa, test periferik lezyon için pozitifdir.

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Baş Dönmesi ve Vertigo

2.1.1. Baş Dönmesi (Dizziness)

Baş dönmesi bir hastalıktan çok bir belirtidir. Ve birçok sistemle ilgili bozukluğun belirtisi olabilir.

Baş Dönmesi birinci basamak hekimleri, Acil Hekimleri, Nöroloji hekimleri ve Kulak Burun Boğaz Hekimlerince sık görülen bir şikâyettir. Baş dönmesinin en sık sebepleri periferik vestibüler bozukluklar olsa da, santral sinir sistemi bozuklukları dışlanmalıdır (Karatas, 2008) (Jung & Kim, 2015)

Hastalar "dizziness" terimini birçok farklı durumu tariflemek için kullanıyor olabilirler. Bunlar arasında; "kendisinin veya çevresinin dönüyor olması hissi" (*vertigo*), dengesizlik, "başta hafiflik duygusu veya boşluk hissi" (*lightheadedness*), halsizlik, güçsüzlük veya yürüme bozukluğu, "ayağının altından yerin kayıyor olması hissi" (*imbalance*), "bayılacakmış gibi olma hissi" (*presenkop*) ve bazen de başka bir fizyolojik hastalığın belirtisi olarak kullanılması sayılabilir. Bunların dışında hastalar bu tarifi görme bozukluğu, spesifik olmayan dezoryantasyon veya anksiyete yerine de kullanıyor olabilirler (Güler, 2011).

Tablo 2

Dizziness ile Vertigo'nun ayırıcı tanısı, ortak nedenler

Yaygın sebepler (En yaygından en az görülene)			Klinik tanımlaması
Periferik Sebepler			
Benign Vertigo	Paroksizmal	Pozisyonel	Semisirküler kanallardaki kanalitlerin yerinden oynaması ile tetiklenen geçici baş dönmesi atakları.
Vestibüler Nörit			Vestibüler sinirin ya da labirentin inflamasyonuna bağlı olarak ortaya çıkan spontan vertigo atakları
Meniere Disease			İç kulaktaki endolenfatik sıvı basıncının artışına bağlı olarak ortaya çıkan spontan Vertigo atakları ve tek taraflı işitme kaybı
Otosklerozis			Orta kulaktaki anormal kemik büyümesine bağlı gelişen spontan Vertigo atakları ve iletim tipi işitme kaybı
Santral Sebepler			
Vestibüler Migren			Migren tipi baş ağrısı ile ilişkilenen spontan Vertigo atağı
Serebrovaskuler Hastalık			Özellikle vertebrobasilar sistemi etkileyen arterlerde tıkanıklık ve yetmezliğin neden olduğu sürekli ve spontan baş dönmesi
Serebellopontin köşe tümörü ve Posterior fossa menenjiyoma			Vestibüler schwannoma (akustik nöroma), İnfratentorial ependimoma, Beyin sapı glioma, Medulloblastoma veya nörofibromatozdan kaynaklanan sürekli spontan baş dönmesi atağı
Diğer Sebepler			
Psikiyatrik			Aralıklı başlayan sıklıkla sürekli baş dönmesi atakları ile devam eden psikiyatrik koşullarla ilişkili (anksiyete, depresyon ve bipolar bozukluk) ve başka bir sebep bulunamayan baş dönmesi şekli
İlaçla tetiklenen			Başka bir neden olmayan ve olası bir ilaç yan etkisi ile ilişkilendirilebilen sürekli baş dönmesi
Kardiyovaskuler Nedenler			Metabolik Her hangi bir tetikleyici ile ilgisi olmayan akut epizodik belirtiler
Ortostatik			Yatay ya da oturur pozisyondan ayağa kalkma ile ilişkilenen akut epizodik belirtiler

(Muncie, Sirmans, & James, 2017)

2.1.2. Nistagmus

Gözlerin, istemsiz hızlı salınımlı hareketleridir. Subjektif bir yakınma olan baş dönmesinin objektik bulgularından biridir (Dağkiran, 2012). Buna vestibülo-oküler refleks (VOR) denir. Bu refleksin amacı, hareket halinde algılanan çevreyi görme alanı içinde netleştirmektir (Güler, 2011).

Nistagmusun vertikal mi, horizontal mi olduğu; yorulup yorulmadığı; baş hareketleriyle tetiklenip tetiklenmediği değerlendirilmelidir. Santral vertigoda karakteristik olarak vertikal ve yorulmayan nistagmus görülür. Periferik Vertigoda görülen nistagmus, horizontal, rotatuar tiptir. Yorulur, Fiksasyon ile inhibe olur ve Nistagmus'un latansı 3-40 saniyedir (Güler, 2011).

2.1.3. Periferik Vertigo

Tablo 3

Periferik Vertigonun en sık sebepleri ve ayırt edici özellikleri

Periferik Vertigonun en sık sebepleri ve ayırt edici özellikleri				
	BPPV (Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo)	VN (Vestibuler Nörit)	VM (Vestibüler Migren)	MD (Meniere Hastalığı)
Süreç	Tekrarlar, saniyeler sürer.	Günlerce süren tek bir atak	Tekrarlar, Dakikalardan günlerceye sürebilir.	Tekrarlar, Saatler sürer
Hikaye	Kısa, baş hareketiyle tetikleniyor	Şiddetli subakut başlangıçlı	Eski Migren öyküsü, Migren semptomlarına eşlik eden vertigo	İşitme kaybı, Tinnitus ve kulak dolgunluğu
Nistagmus	Yukarı Vuran, torsiyonel	Horizontal ya da horizontal torsiyonel	Genellikle yok	Horizontal ya da horizontal torsiyonel
Bakış	Normal	Etkilenen tarafa dönen	Vertigo atakları boyunca anormal	Bozulmuş bakış ve dengesizlik olabilir
İşitme belirtileri	Yok	İşitme kaybı (Akut labirentit)	Yok	Mevcut
Tanı kriteri	(+) Dix-Hallpike manevrası	(+)Head-Trust test, Vizüel fiksasyon ile baskılanmayan Nistagmus	Akut migren tedavileri ile çözülen atakları	Tekrarlayan Odyometri ile fluktuan ve düşük frekanslı işitme kaybı

(Wipperman, 2014) Tablo1 den alınmıştır.

2.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete Bozuklukları, aşırı korku, kaygı ve bunlarla ilişkili davranış bozuklukları özelliklerini paylaşan rahatsızlıkları içerir.

Kaygı ileride oluşabilecek olumsuz olaylar için hazırlık ile ilişkilendirilen gelecek odaklı duygu durum iken, korku şu anda olan ya da olabilecek ve algılanan tehlike için alarma cevabıdır. Bu iki durum birbiri ile çoğu konuda örtüşse de, korku ile kaygı arasındaki bilişsel farkı ayırt etmek önemlidir. Korku 'Savaş ya da Kaç' için gerekli artmış otonomik uyarılma, ani tehlike düşüncesi ve kaçma davranışı ile ilişkili iken, kaygı gelecekteki tehlike için kas gerginliği ve uyarılmışlıkla ve tedbir düşüncesi ve kaçınma davranışı ile ilgilidir (Michelle G. Craske vd., 2009).

Durum kaygısı zamanın içerisinde herhangi bir anda bireyin korkulu uyarılma seviyesidir. Bu otonomik, davranışsal ve bilişsel komponentler içerir. Tehdit uyarılmayı durum kaygısını yükseltmeden azaltabilir, yani sadece tehditin varlığı durum kaygısının yüksekliğine eşit değildir. Duruma bakış açısı tehdit mi ediyor, heyecanlandırıyor mu yoksa rahatlatıyor mu? Bunun cevabı da süreklilik kaygısına- bireyin tehditi algılama ve tahmin ettiği tehdit karşısındaki doğuştan olan ve karakteristik reaksiyonudur. İnsan ve hayvanlarda hayat boyu değerlendirilebilir (Waters, Zimmer-Gembeck, & Farrell, 2012). Durum ve sürekli kaygı hastalık değildir. Ancak şiddeti, devamlılığı ve çevre ile ilişkisi ile değerlendirildiği zaman problemlili ve normal olabilirler. Süreklilik kaygısı yüksek bireyler, tekrarlayan periyodlarla yüksek durum kaygısı yaşama eğilimindedirler. Yüksek süreklilik kaygı düzeyi olan bireyler psikiyatrik tanılar arasında anksiyete bozukluklarına yatkındırlar (Rector, Bagby, Huta, & Ayearst, 2012).

Bazen korku ve kaygı düzeyi yaygın kaçınma davranışı ile azaltılır. Panik ataklar kaygı bozukluklarında korku cevabının belirgin bir özelliği olarak görülür. Sadece anksiyete bozukluklarında görülmez aynı zamanda diğer mental bozukluklarda da görülür.

Kaygı bozuklukları aralarında korku, kaygı ya da kaçınma davranışına sebep olan durum ya da objenin türüne ve ilişkilenen bilişsel düşünceye göre farklılaşır.

Böylece, anksiyete bozuklukları sıklıkla aralarında komorbidite oluştursalar da, korktukları, sakındıkları durumların tipleri ya da ilişkilendikleri inanç ve düşüncelerin içeriği iyice sorgulanarak ayırt edilebilir.

Anksiyete bozuklukları gelişimsel normatif korku ve endişeden aşırı olması ya da gelişim periyotlarının ötesine geçmesi ile ayrılır. Stres kaynaklı geçici korku ve

kaygıdan, sürekli olması ile (6 ay ya da daha fazla), her ne kadar kılavuzda süre ile ilgili kriterler esnetilebilir ve çocukların süresi bazen daha kısadır (Ayrılık Anksiyetesi ve selektif mutizmde olduğu gibi).

Anksiyete Bozukluğu olan bireyler korktukları ya da kaçındıkları tehlikeli durumları abarttıklarından, klinisyen tarafından ilk değerlendirme korku ya da endişesinin aşırı ya da orantısız olup olmadığı kültürel ve bağlamsal faktörler hesaba katılarak yapılmalıdır.

Anksiyete Bozukluklarının çoğu çocukluk çağında gelişir, tedavi edilmezse de devam eder. Çoğu kadında erkeklere oranla %50 oranda görülür. Her bir anksiyete bozukluğu semptomların başka bir ilaç/madde ya da başka bir tıbbi duruma dayandırılmadığı ya da başka bir mental bozukluk ile açıklanamadığı durumlarda tanı koydurur (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.1. Epidemiyoloji

Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DSM-IVR sınıflamasına göre, anksiyete 18.1% oranı ile en sık görülen mental bozukluktur (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). Anksiyete bozukluğu başlangıç yaşının erkenliği ile doğru orantılı olarak kronik gidişatlıdır (Kessler vd., 2007).

The Global Burden of Disease (GBD)nin yaptığı çalışmada DSM-V'e göre sınıflama yapılmıştır, anksiyete bozukluklarının günümüz prevalansı %7.3tür, dünyadaki 14 kişiden birinin hayatında bir kere yaşadığı öngörülmekte, bir yılda dokuz kişiden birinin anksiyete bozukluğu yaşayacağı öngörülmektedir (M. G. Craske & Stein, 2016). Kadın cinsiyetin erkek cinsiyete oranı ise 2/1dir. Türkiye'de Bal (2011) çalışmasında kadın cinsiyetinde erkek cinsiyete göre anksiyete belirtileri daha fazla görüldüğü bulunmuştur.

İleri yetişkinler (55 yaş üstü) genç yetişkinlerle(35-54 yaş) kıyaslayınca daha az anksiyeteye sahiptirler. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar 55 yaş üstü ileri yetişkin bireylerde anksiyete genç yetişkinlere kıyaslayınca daha az görülüyor olsa da, medikal hastalıklarla beraber artış olmaktadır. İleri yetişkinlerde görülen en sık anksiyete bozukluğu ise Özgül Fobi ve Yaygın Anksiyete bozukluğudur. Yaşlılıkta anksiyete ile komorbidisi olan hastalıklar; kardiyak problemler, solunum problemleri, denge bozuklukları ve demans gibi kognitif azalma ve fonksiyonel kısıtlılıkla sonuçlanan hastalıklardır (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010).

Anksiyete hastalığının kadınlarda görülme olasılığı 2 kat fazladır. Anksiyete genellikle genç yaş grubunda daha sık görülür ise de, yaşlı yetişkinlerde tıbbi hastalık eş tanılarına, finansal sıkıntılara ve ‘boş yuva sendromuna’ bağlı olarak bir yükselme gösterir. Düşük sosyoekonomik düzeyi, çoklu tıbbi hastalık eş tanısı varsa önemli bir risk faktörüdür. Hastaların % 50 sinde anksiyete ile birlikte depresyonları da vardır (Shah & Han, 2015).

Bütün kültürler Avrupalı ve Anglosakson kültürlerle kıyaslanınca % 20-50 anksiyete için daha az risklidirler. Çalışma göstermiştir ki, Hint-Asyalılar ve Afrika kültürleri(% 5.3) ve Orta ve Doğu Avrupalı, Latin ve Kuzey Afrika/ Ortadoğu kültürleri (% 7.2, % 7.3ve % 8.0, sırasıyla) ölçülmüştür. Çatışma olan toplumlarda % 60 daha fazla anksiyete ölçülmüştür (Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013).

DSM-IV-R’ye göre 12 ay ve yaşamboyu prevalans yaşam boyu morbidite risk değerlendirmesine göre; Yaşam Boyu Morbidite riski/12 aylık prevalansı sırasıyla; Major Depresif Atak: %29.9/8.6; Spesifik Fobi: %18.4/12.1; Sosyal Fobi %13.0/7.4; Yaygın Anksiyete Bozukluğu: %9.0/2.0; Panik Bozukluk: %6.8/2.4 dur.

Bu sonuçlardan çıkan 4 model şaşırtıcıdır: birincisi, Amerika’da en sık görülen Yaşam boyu prevalansı /1 yıllık insidansı en yüksek olan hastalık Major depresyon (%16.6/29.9), özgül fobi (%15.6-18.4) ve sosyal fobi (%10.7-13.0); ikincisi, erken yaşta başlayan anksiyete ve duygu durum bozukluklarından başlangıç yaşı erken olanlar fobiler (15-17 yaş) ve bunlar arasında geç başlangıçlılar panik bozukluk, majör depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğudur. (23-30 yaş); üçüncüsü, çoğu anksiyete ve duygu durum bozukluğunda LMR önemli ölçüde yaşam boyu morbidite riskinden anlamlı şekilde daha yüksektir, bu değişikliğin önemi geç başlangıçlı rahatsızlıklarda erken başlangıçlılara göre daha yüksektir, ve dördüncüsü,12 aylık prevalansın yaşam boyu prevalansına oranı bu rahatsızlıkların değişken sürekliliğinin kabaca kalıcılıkla karakterizedir, (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012)

Kirmizioglu, Doğan, Kuğu, ve Akyüz (2009)’ün Sivas ilinde 65 yaş üstünde 462 kişi ile yaptığı çalışma da yıllık anksiyete prevalans oranları %17.1 iken ömürboyunda %18.6dur. Panik bozukluk için %18.6 , % 2.8 sosyal fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu için %6.9 ölçülmüştür.

2.2.2. Özgül Fobi

2.2.2.1. Tanı kriterleri

- A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme)
- B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.
- C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin şekilde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.
- D. Duyulan korku ya da kaygı özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agarafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı, kaçınma gibi; takıntılarla ilgili nesnelere ya da durumlar gibi (Obsesif-Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi); örseleyici olayların anımsatıcıları gibi (TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu))’unda olduğu gibi; evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (Ayrılma Anksiyete Bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (Sosyal Anksiyete Bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), 2014).

Özgül fobiye sahip bireyler belirli nesnelere ya da durumlara karşı aşırı korku duyar, kaygılanırlar ya da kaçınırlar. Diğer Anksiyete Bozuklukları gibi belirgin bilişi yoktur. Çoğunlukla korku, kaygı ya da kaçınma fobik durumla ilgili direkt gelişmiştir ya da belirlenen risk olduğundan daha yüksektir. Özgül Fobi’nin değişik tipleri vardır: hayvan; doğal çevre; kan-enjeksiyon-yaralanma; durumsal ve diğer durumlar (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition 2013).

Özgül Fobi, ileride gelişebilecek Anksiyete Bozuklukları ve Major Depresyon gibi ruh hastalıkları için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Özgül Fobi

özellikle Anksiyete Bozuklukları ve Duygu Durum Bozukluğu gibi diğer ruh hastalıkları ile komorbiditesi yüksektir (Kessler, Chiu, ve diğerleri, 2005; Witthauer vd., 2016)

Özgül Fobi için yapılan 10 yıllık prospektif-boylamsal bir çalışmada da gösterildiği üzere, özgül fobiye sahip 14-24 yaş arasındaki bireylerin daha sonrasında başlayacak ruhsal rahatsızlıklar görülmüştür. Özgül fobi sonrasında en sık Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk görülmüştür (Lieb vd., 2016).

2.2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

2.2.3.1. Tanı kriterleri

- A. Kişi, başkaları tarafından değerlendirilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin korku ya da kaygı duyması. Örnekler, sosyal etkileşimler (örn. Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yerken ve içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.
- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).
- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.
- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin(örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

- İ. Korku kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm spektrum bozukluğu gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa(örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir (*Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,Beşinci Baskı (DSM-5)*).

WMH(World Mental Health) in yaptığı anketin Sosyal Anksiyete uluslararası epidemiyolojik çalışmasına göre, bütün ülkelerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun 30 günlük,12 aylık ve ömürboyu prevalansı 1.3, 2.4 ve 4.0% ölçülmüştür. Bu çalışmanın yapıldığı ülkelerde yüksek gelir sahibi ülkelerdeki Sosyal Anksiyete prevalansı düşük gelirli ülkelere göre yüksektir. En yüksek prevalans Amerika ve Batı Pasifik bölgesinde iken en düşüğü Afrika ve Doğu Akdeniz bölgesiydi. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun başlangıç yaşı için riskli dönem orta-ileri yetişkinlikten kırklı yaşların başına kadar uzanmaktadır. 30 günlük ve ömürboyu Sosyal Anksiyete bozukluğu prevalans araştırması sonucu çıkan risk faktörleri, genç yaş başlangıçlı, Kadın, İşsiz, bekar (hiç evlenmemiş, ya da boşanmış/dul ya da ayrılmış), düşük eğitim düzeyi ve düşük gelirli olmaktır. Hayatının herhangi bir döneminde ruh hastalığı tanısı alma ile komorbiditesi ise 80%dir (Stein vd., 2017).

2.2.4. Panik Bozukluk

“Beklenmeyen bir anda bireyde aniden gelen ölüm korkusu, kalp krizi geçirebileceği, kontrolü kaybedebileceği, beyin kanaması ya da felç geçirebileceğiyle ilgili düşüncelerin olduğu kaygı bozukluğudur” (Alıcı, 2016) akt. (Uğuz, Altıntaş, & Levent, 2006) .

2.2.4.1. Tanı Kriterleri

- A. “Yineleyen ani panik ataklar. Bir panik atak, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
 2. Terleme.
 3. Titreme ya da sarsılma,
 4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma hissi.
 5. Soluğun tıkanıdığı hissi.
 6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
 7. Bulantı ya da karın ağrısı.
 8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma hissi.
 9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması hissi.
 10. Uyuşmalar (hissizlik ya da karıncalanma hissi)
 11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçek dışı olma hissi) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma hissi).
 12. Kontrolü yitirme ya da çıldırma korkusu.
 13. Ölüm korkusu.
- B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun) bir süreyle olur
1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimi yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma.
 2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.
- C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiye ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), 2014).’’

LMR (Life Morbidite Risk) /12 Aylık prevelansı 6.8/2.4 % olarak ölçülmüştür (Kessler ve diğerleri, 2012).

Panik ataklar sadece panik bozuklukta görülmez, diğer anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları, psikoz ve madde kullanımında da görülebilir. DSM-V panik atakları bütün DSM-V ruh hastalıkları için bir potansiyel olarak eklemiştir (Asmundson, Taylor, & Smits, 2014).

Panik ataklar eğer başka bir hastalığın sonucunda oluşuyorsa panik bozukluk tanısını almaz. Örnek olarak, hipertiroidizm, hiperparatirodizm, feokrositoma, denge bozuklukları ve kardiyopulmoner hastalıklar (örn; aritmiler, supraventriküler taşikardi, astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi...)(Fava, Porcelli, Rafanelli, Mangelli, & Grandi, 2010).

2.2.5. Genel Anksiyete Bozukluğu

2.2.5.1. Tanı kriterleri

- A. ‘‘En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, aşırı kaygı ve kuruntu vardır.
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:
 1. Dinginleşememe ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma
 2. Kolay yorulma
 3. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
 4. Kolay kızma.
 5. Kas gerginliği.
 6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık drumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (*Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), 2014*).’’

Genel anksiyete bozukluğu olan hastalar, panik bozukluğu ve özgül fobinin aksine olabilecek gerçek korkulara (trafik kazası gibi) sahiptirler ama olasılıkları abartılı algılar ve potansiyel tehlike olarak algıladığı aktiviteleri geciktirir ya da kaçınırlar. Bireyler korkularını abartılı bulsalar da, kaygılarını tamamen sebepsiz olduğunu kabul etmezler (Bandelow, 2017).

2.3. Depresyon

Major depresif bozukluğu, dünya üzerinde 350 milyondan fazla kişiyi etkileyen, ruh hastalıkları açısından en sık görülen kronik gidişatlı bir hastalıktır (WHO, 2013).

Anksiyete Bozukluklarında olduğu gibi erkeklere göre kadınlarda 1.5-3 kat daha fazla görülür (Kuehner, 2017; Üstün, 2000).

Major Depresif (MDD), ya da major depresyon, klinik belirtilerin kombinasyonu ile karakterize bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanır. Duygusal bilişsel belirtiler, (çökkün duygu durum, umutsuzluk, değersizlik, aşırı suçluluk ve intihar düşüncesi), nörovejatif belirtiler (uyku, iştah, enerji ve konsantrasyon azalması) ve işlev yetersizliği ve ilgi kaybı gibi davranışsal etkilerden oluşur (Smith, 2014).

2.3.1. Tanı Kriterleri

- A. Aynı iki hastalık süreç boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir farklılık olmuştur; bu belirtilerden biri çökkün duygu durum, ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya birey kendisi bildirir ya da durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür.).
 2. Bütün ya da bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
 3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da her gün, yeme isteğinde artma ya da azalma.
 4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün psikodevinsel ajitasyon ya da yavaşlama (başkalarınca da gözlenebilir; yalnızca kişinin duygu ve düşüncesi değildir).

6. Neredeyse her gün , bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları(sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğu için kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (kişi kendisi de anlatır, başkaları tarafından da gözlenir).
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli bir işlevsellik alanında düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir madde ya da sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Major Depresyonun ortaya çıkışı şizofreni, şizofrenimsi bir bozukluk ile açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiş olmamalıdır (*Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,Beşinci Baskı (DSM-5), 2014*).

Depresyon ile kronik hastalıklar arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Depresyonun geliştirdiği davranış biçimi ve psikobiyolojik değişiklik, kronik hastalıkların oluşumunu artırır, kronik tıbbi rahatsızlıklar ile ilgili biyolojik değişiklikler ve komplikasyonlar da depresyon gelişimini artırır. Eşlik eden depresyon, artmış belirti yükü, fonksiyonel bozukluk, tıbbi masraflar, artmış morbidite ve mortalite riski ile ilişkilidir (W. J. Katon, 2011).

2.4. Biyolojik Kuram

Bu bölümde baş dönmesi ve anksiyete ve depresyon ilişkisi incelenecektir.

2.4.1. Anksiyete ilişkili baş dönmesinin patofizyolojisi

Anksiyete ve denge bozukluğu arasındaki karşılıklı etkileşme kısmen örtüşen üç biçim ileri sürülmüştür.

Somatofizik Model: Vestibüler disfonksiyonun algılanması, örneğin baş dönmesi ve vertigo anksiyeteye neden olur. Vestibüler bozukluğun başlangıcında gelişen yüksek anksiyete reaksiyonu buna örnektir.

Psikosomatik Model: Anksiyetenin baş dönmesine sebep olduğuna işaret eder. Panikteki psikiyatrik baş dönmesi buna örnektir. Anksiyete ve hiperventilasyon vestibuler bozukluğu tetikleyebilir.

Bağlantı model: Altta yatan ortak sorunun anksiyete ve denge sorunu olarak kendini belli etmesidir. Altta yatan nöral ağ, parabrakial çekirdek, vestibulokortikal ve seruloe-vestibüler yollar ve serotonerjik iletimi içerir (Furman, Balaban, Jacob, & Marcus, 2005).

Vestibüler sistem psikiyatrik belirtiler için beyine açılan bir pencere olarak düşünülebilir (Gurvich, Maller, Lithgow, Haghgoie, & Kulkarni, 2013). Sadece dengeyi korumak dışında, beynin biliş, bilinç ve algı alanlarını keşfetmek için kullanılan potansiyel bir penceredir (Lopez, Blanke, & Mast, 2012).

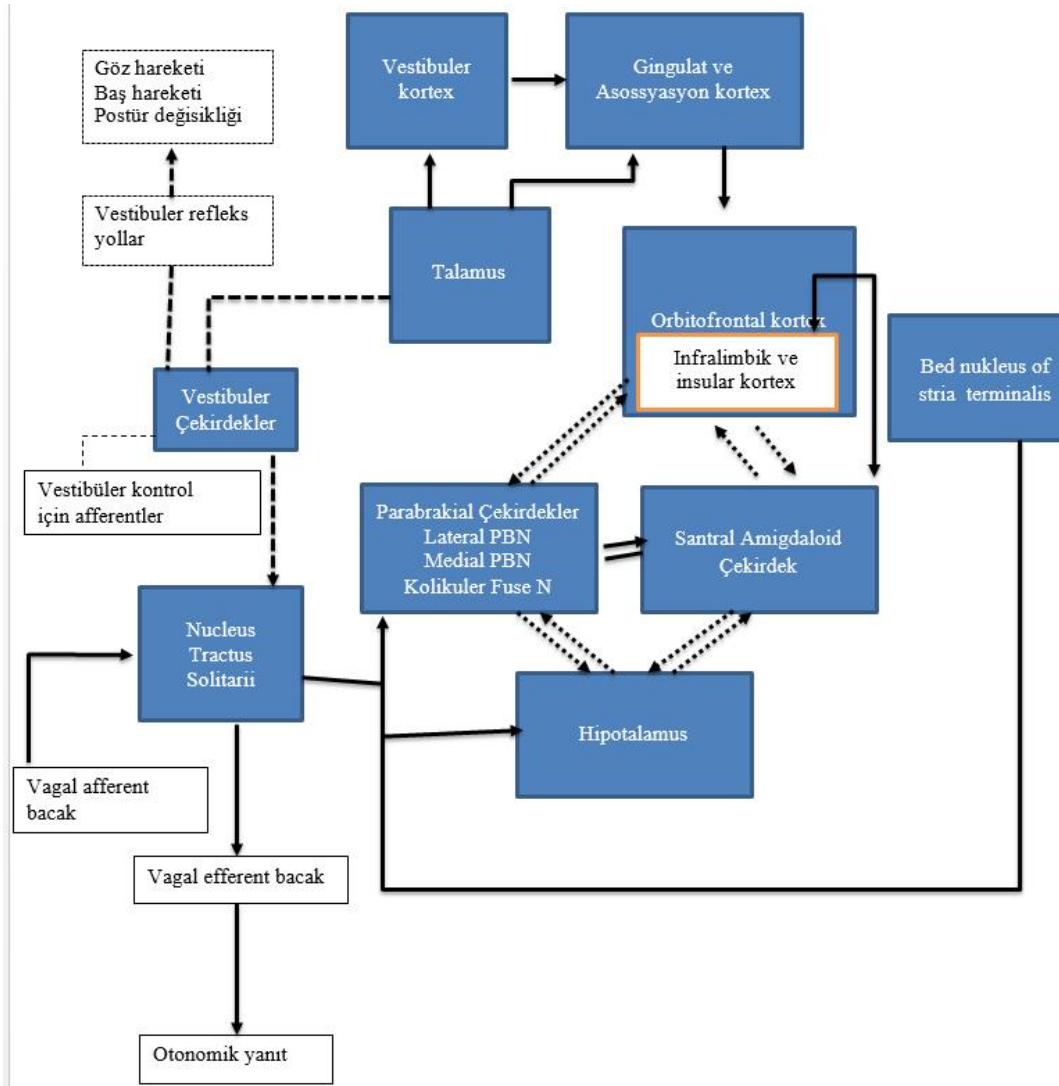
Beynin uzay ve hareket algısını, postür ve hareketin refleks ve istemli kontrolünü ve bu süreçte gelişen tehdit değerlendirmesini beynin bölgelerinde göstermek mümkün değildir. Beyin sapında, vestibüler çekirdekler ile parabrakial çekirdek arasında, vücudun dönmesi ve yerçekimine karşı pozisyonundan bilgi geliştirir. Bu bilgi Parabrakial (PBN) çekirdek ile amigdalanın santral çekirdeği arasındaki karşılıklı bağlantılar vasıtasıyla tehdit değerlendirmesi yollarıyla ilgilidir (Balaban, 2004). Santral amigdaloid çekirdek şartlı korkunun otonomik ve davranışsal tepkileri ilişkilenmesinde önemli bir araçtır (Balaban & Thayer, 2001).

Superior kollikulden amigdalaya olan bağlantılar ve talamustan amigdalaya olan görsel ve somatosensör bağlantılar tehdit değerlendirme yollarıdır (Staab ve diğerleri, 2013)

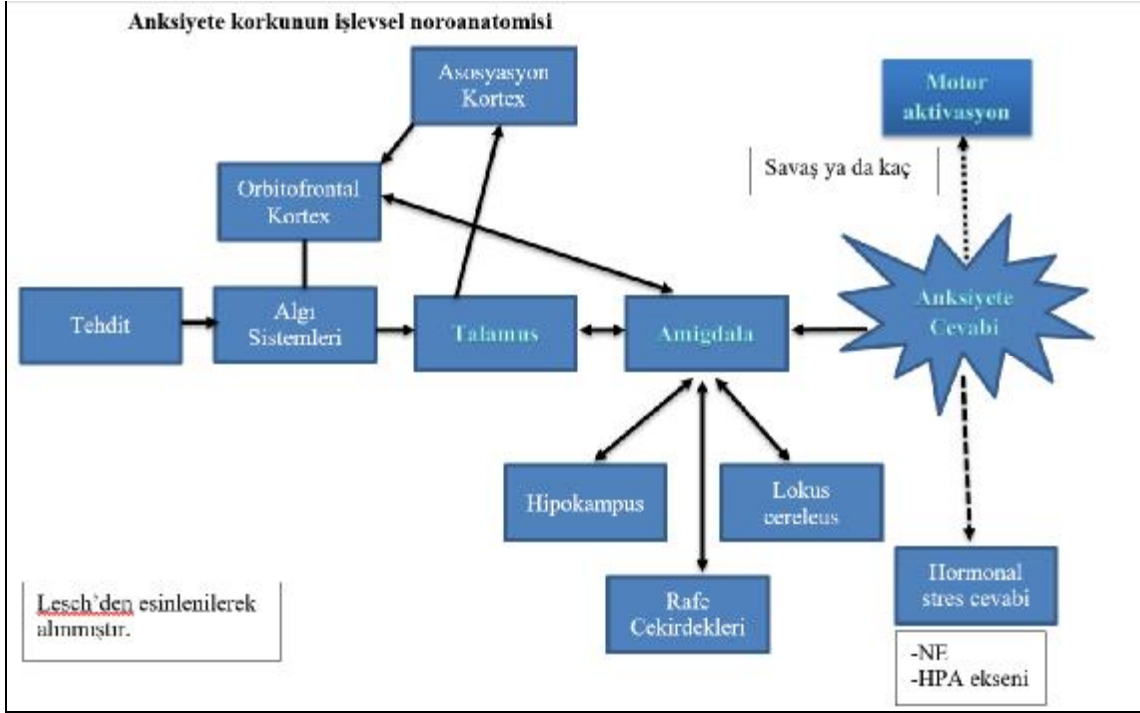
Vestibüler çekirdekler ile parabrakial çekirdek arasındaki bağlantılar, vestibüler sistem ile kaygı ve duyguyu ifade eden direkt nöral bağlantılardır (Balaban & Thayer, 2001).

Sürekli kaygı, amigdalanın şekli ve boyutu ile ilişkilendirilmiştir. Bütün psikolojik, davranışsal ve otonomik işlevselliği ancak prefrontal korteks ve otonomik çekirdekler ile bağlantısıyla ilişkilendirilmiştir (Waters ve diğerleri, 2012).

Çalışmalarda vestibüler çekirdekler ile limbik sistemi de içeren beyin sapı bölgeleri ile direk bağlantı göstermişlerdir. Bu denge sistemindeki en küçük uyarı, anksiyete ile ilgili anlamlı bir etkiye sebep olur (Balaban, 2002).



Şekil 1. Şema vestibüler çekirdek ile anksiyete cevabını düzenleyen yollar arasındaki temel bağlantıları göstermektedir (Balaban, 2002).

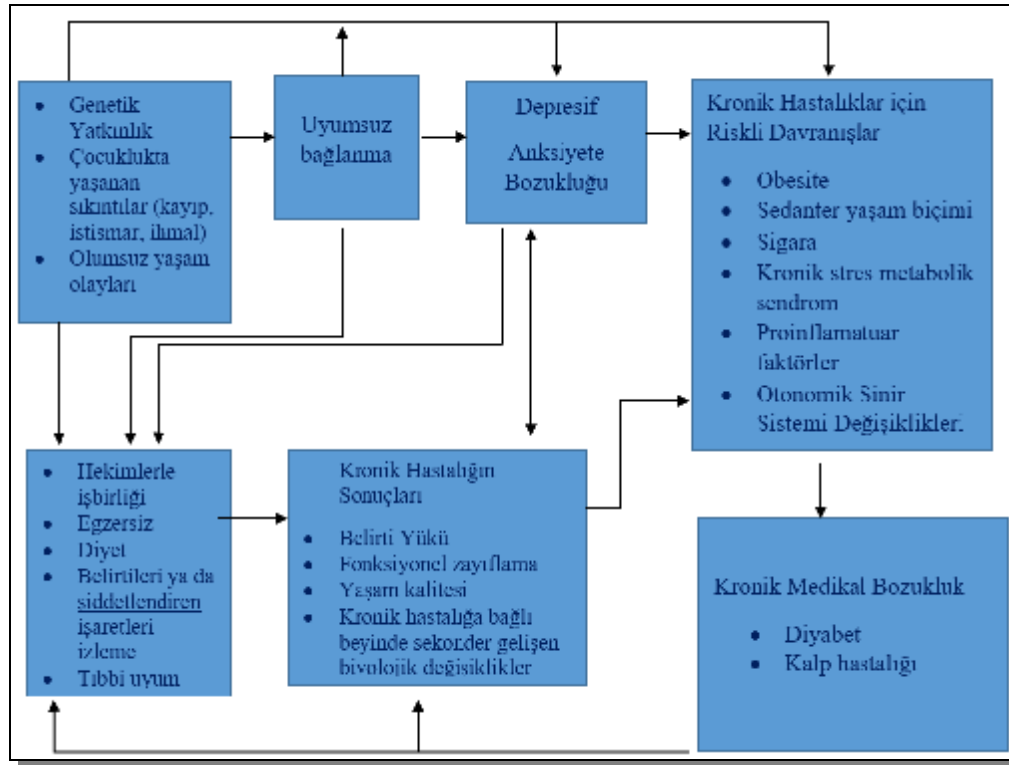


Şekil 2. Anksiyete ve korkunun işlevsel anatomisi (Eşel, 2003)

Parabrakial Çekirdek, anksiyete ile ilgili ağ ile vestibüler çekirdekler arasında kilit rol oynar. Parabrakial Çekirdek Panik Bozukluk ve anksiyete için gerekli vestibüler bilgiyi iletmek için önemli bir noktadır.

Psikolojik stres ve baş dönmesi şikâyetlerinin mekanizmaları arasındaki ilişkiler tam aydınlatılamamıştır ama nöroanatomik yollar ile vestibüler sistem ve duyu yolları ile arasında nörotransmitterler ile ilişkilendirilmiştir (Gurvich ve diğerleri, 2013).

2.4.2. Baş Dönmesi ve Depresyon ilişkisi



Şekil 3. Depresyon ve kronik hastalıklar arasındaki etkileşim (Wayne J. Katon, 2003).

Komorbit Anksiyetesi ve depresyonu olan kronik hastalığı olan hastaların, komorbiditesi olmayan hastalarla hastalıklarının şiddeti için kıyaslandığında, anksiyetesi ve depresyonu olan hastalar daha fazla sayıda belirti bildirmişlerdir. Ortak somatik hastalıklar incelendiğinde ağrıyı da içeren somatik belirtilerin depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmiş psikolojik ölçümler en az hastalığın şiddetini ölçen objektif ölçümler kadar tutarlı ve güçlüdür (W. Katon, Lin, & Kroenke, 2007). Tıbbi hastalığın sonucunda gelişen fonksiyonel yetersizlik ve fiziksel belirti yükü, anksiyete ve depresyonun kötüleşmesine neden olur (Wayne J. Katon, 2003).

2.5. Baş Dönmeli Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon

2.5.1. Organik nedenli baş dönmesi yakınması olan hastalarda Anksiyete ve Depresyon

Baş dönmesi yakınması olan hastalar genellikle anksiyete ve depresyon tanısı alırlar ve bir duygu durum bozukluğuna sahip hastalar da sıklıkla subjektif baş dönmesi deneyimlerler (Jacob & Furman, 2001).

Baş dönmesi yakınması yaşayan hastaların sonrasında psikolojik sorunlar yaşayabileceğini düşünülerek hastaların psikiyatri açısından da ayrıca değerlendirilmesi önerilmektedir. Hastaların uyumsuz baş etme mekanizmaları ve psikiyatrik hastalıklarla eş tanılarının olması sonucunda sekonder somatoform baş dönmesi gelişmektedir (Tschan vd., 2011).

Vestibüler vertigo sendromlarının %37,5'u psikiyatrik veya psikosomatik rahatsızlık açısından risk taşır; bunun %14'ü anksiyete, %15'i somatoform bozukluk ve %9u depresyondur (Eckhardt-Henn ve diğerleri, 2003).

Şiddetli tekrarlayan vertigo atakları ve uyumsuz başa çıkma yöntemleri olan hastaların prognozu kötü olabilir (Wiltink vd., 2009).

Eckhardt-Henn vd. (2008)'nin yaptığı vaka kontrol çalışmasında 68 organik nedenli Vertiginöz sendromlu ve 30 sağlıklı hastada yapılmıştır. BPPV (n=20), VN (n=18), MD (n=7) ve VM (n=23)'li hastalar nörolojik, nöro-otolojik, SCID-I ve psikometrik testler yapılmıştır. MD'li hastalar psikiyatrik rahatsızlıklar için komorbiditesi özellikle anksiyete ve depresyon için %57 ve VM'li hastalar için %65dir. VN için %22, BPPV için %15 kontrol grubunun ise %20 idi. Bu da özellikle VM ve MD tanısı alanların psikolojik yatkınlık açısından risk altında olduğu düşünülmelidir.

Yuan, Yu, Shi, Ke, ve Zhang (2015)'in yaptığı çalışma da periferik vertigolu hastaların arasında migrenöz vertigo ve meniere hastalığı olan hastaların BPPV ve VNli hastaların anksiyete depresyon düzeylerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Best ve arkadaşlarının yaptığı prospektif longitudinal çalışmada, 68 hasta 2 defa nörolojik ve nöro-otolojik muayeneye ve 5 farklı zamanda psikolojik görüşmeye alınmışlardır (T0-T4). Toplamda 4 gruba ayrılmışlardır. BPPV (n=19), VN (n=14), MD (n=27) ve VM (n=8)'li hastalardan oluşan dört gruba ayrılmışlardır. Yapılan muayene de başlangıçta anlamlı bir farklılık görülmedi, bir yıllık takip sonrasında VM'li hastalarda psikiyatrik olarak anlamlı bir farklılık görüldü. Öyküsünde psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar da olmayanlara göre daha fazla psikiyatrik rahatsızlık görüldü. Vestibüler yetmezliğin ve fonksiyon bozukluğunun düzeyi ile psikiyatrik rahatsızlığın gelişimi arasında ilişki bulunmamıştır. Psikiyatrik rahatsızlık öyküsü vestibüler rahatsızlık sonrasında yinelemesinde tetikleyici rol oynamaktadır (Best, Eckhardt-Henn, ve diğerleri, 2009).

Best, Tschan, Eckhardt-Henn, ve Dieterich (2009)'in yaptığı çalışmada hastalar vestibüler sendromlara göre dört gruba ayrılmıştır. BPPV, VN, VM ve MD olarak hasta grubu belirti şiddeti ve engellilik düzeyi değerlendirildiğinde VN'li hastalar diğer

gruplar ile karşılaştırıldığında daha çok psikolojik olarak zorlanmaktadırlar. Öncesinde psikolojik rahatsızlığı olan hastalar vestibüler vertigo atağından sonra yüksek psikolojik stres yaşamışlardır. Bu hastalarda engelleme düzeyi yüksek bulundu ve baş dönmesi semptomları daha uzun sürdü.

Hastaların Vestibüler atak geçirdikten sonra görülen yüksek anksiyete düzeyi ile vestibüler yetmezliğin ya da fonksiyon düzeyinin sonucu değildir. Vestibüler yetmezliği olmayan VM ya da MD'li hastaların anksiyete düzeyi daha yüksek çıkmıştır (Best ve diğerleri, 2006).

Vertigo ile psikolojik sıkıntı arasında karışık bir ilişki vardır. Bazılarında vertigo psikolojik sıkıntıyı artırırken, tersi de doğrudur. Psikolojik sıkıntılar, baş dönmesi olarak kendini gösterir. Hastalar baş dönmesine bağlı gelişen memnuniyetsiz duygudan ve fiziksel zarar görebilecekleri ve toplumsal utanç yaşayabilecekleri düşüncesinden dolayı aktivitelerden kaçınma eğilimindedirler. Bu kaçınma hareketi de psikolojik belirtileri ve baş dönmelerini kötüleştirebilir (Robin T. Bigelow vd., 2015).

Standart denge parametreleri ile psikolojik gerginlik ve stres arasında, ilişki bulunmamıştır. Bu önceki çalışmalarla da uyumludur (Best ve diğerleri, 2006) (Best, Tschann, ve diğerleri, 2009; Eckhardt-Henn ve diğerleri, 2008).

İlk vertigo atağını geçiren hastaların anksiyete ve engellilik düzeyi, hemiparezi paraparezi, disfaji ve görme alan kaybı gibi nörolojik bulguları olan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Depresyon düzeyi açısından ise kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır (Pollak, Klein, Rafael, Vera, & Rabey, 2003).

Godemann, Schabowska, Naetebusch, Heinz, ve Strohle (2006)'nin yaptığı prospektif çalışmada vestibüler Nörit atağı geçiren hastalarda vestibüler yetmezlikten bağımsız olarak, panik ilişkili bilişleri olan hastalar, panik bozukluk ve somatoform bozukluk gelişimine yatkındırlar.

BPPV hastalarıyla yapılan çalışma da, hastalığın fonksiyonel ve emosyonel etkisi ile hastalığın anksiyete düzeylerinin yanı sıra sonuçlara olan inancı arasında da ilişki bulunmuştur (Pollak, Segal, Stryjer, & Stern, 2012).

Godemann vd. (2009)'nin yaptığı çalışmada sosyal destek yokluğunun, çok acı çekmenin ve ortadan şiddetliye varan yetersizlik deneyiminin akut vestibüler bozukluktan sonra panik atak gelişimiyle ilişkisi bulunmuştur.

BPPV'li hastalarda yapılan bir diğer çalışmada da, özbildirim ölçeği uygulanmıştır. 32 hastanın ilk gelişleri ve sonrasındaki altıncı haftada yapılan

değerlendirme sonrasında ilk gelişlerinde panik agarafobi ve beck anksiyete puanlarının kontrolden yüksek çıkmıştır (Kahraman, Arli, Copoglu, Kokacya, & Colak, 2017).

2.5.2. Baş Dönmesi yakınması olan hastalarda Depresyon

Kim vd. (2016)'nin yaptığı çalışmada, 544 hasta da BDI, STAI ve DHI ölçekleri ile uygulanmıştır. Sonuç olarak %11 Depresyon belirtisi ve %18 Anksiyete Belirtisi bulunmuştur. Yüksek anksiyete ve depresyon düzeyi bulunan grupta engellilik düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Robin T Bigelow ve diğerleri (2016)'nin yaptığı çalışmada; yapılan regresyon analizi ile vestibüler vertigosu olan hastaların, normal popülasyon ile karşılaştırıldığında anksiyete, depresyon ve panik atak görülme olasılığı üç kat daha fazla bulunmuştur. Aynı zamanda bu hastalarda hafıza kaybı, kafa karışıklığı ve konsantrasyon eksikliği gibi kognitif fonksiyonlarda da dört kat daha fazla bildirmişlerdir.

Portekiz'de yapılan diğer bir çalışma da, 2 yıl süre ile baş dönmesi ve dengesizlik yakınması olan 60 tane hasta takip edilmiştir. Bu prospektif çalışma da 42 hastanın iki yıl içerisinde orta düzey bir depresyon epizodu geçirdiği gözlenmiştir (Garcia, Coelho, & Figueira, 2003).

Ketola, Havia, Appelberg, ve Kentala (2015) yaptığı çalışmada %19 depresyon belirtisi bulunmuştur.

Bir veya daha fazla depresyon atağı geçiren hastalarda görülen baş dönmesi şikayetleri kronikleştikleri gözlenmiştir (Staab ve diğerleri, 2013).

Monzani vd. (2006)'nin yaptığı çalışmada, 50 BPPV hastası, kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak yapılan analizlerde, anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk şikayetleri kontrol grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur. Paykel kötü yaşam olayları ile yapılan analizin sonucunda ise, baş dönmesinin başladığı yılda negatif olaylar ile ilgili anlamlı fark bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan bir çalışma da baş dönmesi süresinin depresyon düzeyi üzerine etkisi değerlendirilmiştir. 3-12 ay ve 12 aydan fazla baş dönmesi yakınması olan iki grup, kendi depresyonunu değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmiş ve arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Türkyılmaz, Dünder, & Aksoy, 2013).

2.5.3. Baş Dönmesi ve Engellilik

“Bozukluk (impairment) kelimesi organ düzeyinde olan fonksiyon kaybını, fonksiyonel sınırlılık (functional limitation) ile günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen performans düşüklüğünü, yetersizlik (disability) kavramı ise sosyal çevrede yaşanan zorlukları ifade etmektedir. Engellilik/yetersizlik kelimesi İngilizce handicap kelimesi yerine kullanılmaktadır. Engellenmişlik (disablement) ise belirtilen tüm durumları içerisine alan daha geniş kapsamlı bir kelime olarak tanımlanmaktadır.

Baş dönmesinin, kişiler üzerinde fonksiyonel sınırlılık, yetersizlik gibi olumsuz etkileri bulunmaktadır. Denge sistemimizi oluşturan periferik ve santral sinir sistemi ile bunlarla ilişkili birçok alt mekanizmada oluşan sorunlarla baş dönmesine neden olmaktadır. Baş dönmesinin en sık sebepleri iç kulak rahatsızlıkları, travmalar, vasküler nedenli hastalıklar, santral sinir sistemi hastalıkları, bazı kafa tümörleridir. Genellikle belirtilerin ani ve yoğun olarak başladığı ve giderek yakınmaların azaldığı görülmekle birlikte, belirtilerin daha az şiddette ve yavaş ortaya çıktığı durumlarla da karşılaşmaktadır. Organik nedenlere bağlı olarak belirtilerin şiddeti ve süresi farklılık gösterse de, bireyin algıladığı öznel baş dönmesi hissi kişilik özelliklerine, tekrar eden belirtilerden kaynaklanan kaygıya bağlı olarak da farklılık göstermektedir (Kaya, 2014).”

Vertigo ve baş dönmesi vestibüler sistemin etkilendiğini gösteren başlıca belirtidir, şiddetine göre hastaları vertigoya bağlı engelleyerek yaşam kalitesini bozar. Baş dönmesi gibi sübjektif bir yakınmanın algılanması, kişinin kişiliğinden, atağın tekrarının öngörülemezliğinden, eşlik eden işitme kaybı ve nörovegetatif belirtilerden ve altta yatan sebebin öngörülemez oluşumuna bağlı kaygıdan etkilenir. Sübjektif algı, vestibüler testlerin objektif değerlendirilmesiyle zayıf ilgilidir (Duracinsky ve diğerleri, 2007).

Yaptığı çalışma da 111 hasta takibe alınmıştır. 6 aylık aralarla 3 defa hasta ile görüşülmüştür. Hasta BDÖ, BAÖ, PHQ-15(Hasta Sağlık Anketi), VSS ve VHI (Vertigo Engellilik Envanteri) öz bildirim ölçeklerini doldurmuşlardır. Vertigo belirtilerinin vertigoya bağlı engellenmişlik düzeyi arasında anksiyete, depresyon ve somatizasyon bozukluğunun incelenmiştir. Altıncı ayda depresyon düzeyi yüksek olan bireyler kontrolde belirtilerin daha yüksek engellenmişlik düzeyini göstermişlerdir. Probst vd. (2017)'nin yaptığı longitudinal çalışmada Anksiyete, depresyon ve somatizasyon

bozukluğunun Vertigo semptomları ile vertigoya bağlı engellenmişlik düzeyi arasındaki ilişki üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Üçüncü basamak bir hastanede yapılan kesitsel başka bir çalışmada 547 hastaya nörolojik muayene ve SCID-I ile değerlendirilip, VSS, VHI (Vertigo Handicap Questionnaire), BDÖ, BAÖ, PHQ(Patient Health Questionnaire), SF-12, HRQoL gibi öz bildirim ölçeklerini doldurdular. Sonuçlar %80.8 Organik kökenli, %19.2si organik kökenli olmayan vertigo bulunmuştur. Hastaların %32.6'sında Anksiyete Bozukluğu ve Fobik Bozukluk, %16.3'ünde Duygu-Durum bozukluğu, %16.3'ünde Somatoform Bozukluğu bulunmuştur. Organik vertigo olan grupta toplam psikiyatrik rahatsızlık oranı %42.5, organik olmayan grupta ise %75.5'dir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan grup, olmayan gruba göre daha yüksek vertigo semptom uyarılması, vertigoya bağlı daha yüksek engellenmişlik düzeyi, daha düşük yaşam kalitesi, daha yüksek anksiyete, depresyon ve somatizasyon düzeyleri ölçülmüştür (Lahmann vd., 2015).

407 baş dönmesi yakınması olan hastada yapılan çalışmada, baş dönmesinin sebep olduğu engellilikten dolayı psikolojik strese neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmada Vestibüler Nörit'li gruptaki depresif belirtiler yüksek bulursa da bunun, günlerce devam eden spontan rotatuar nistagmustan ve postüral dengesizlikten olduğu düşünülmektedir (Hong vd., 2013).

(Kanzaki & Goto, 2015)'nin yaptığı çalışmada, baş dönmesi uzamış olan hastalar ve Meniere Hastalığı olanlarda depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur.

Hastanın anksiyete düzeyi ve gelişen engellilik arasında ilişki E.J. Mahoney, Edelman, ve D. Cremer (2013) tarafından yapılan çalışmada gösterilmiştir. Anksiyete düzeyi yüksek hastalarda daha fazla engellenme düzeyi olduğu görülmüştür.

2.5.4. Baş dönmesi görülen Yaşlı Hastalarda Anksiyete ve Depresyon

Baş dönmesi yetişkinlik çağının ortak bir belirtisidir ve yaşla birlikte prevalansı artar. Baş dönmesi yaşlılarda vestibüler, kardiyovasküler, nörolojik, metabolik ve psikiyatrik sebeplerden olabilir (Maarsingh vd., 2010), dünyada hızla yaşlanan nüfusla beraber, baş dönmesi toplumda ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Yaşlılıkla beraber, duyuşal ve proprioseptif duyuda azalma ve muskuler atrofi gelişimi olur. Aterosklerozis ve Diabetes Mellitus gibi kronik hastalıklar, periferik vasküler sistem ve sinir sistemini etkileyerek, ilave denge sorunlarına neden olur. Bu yüzden yaşlılardaki

baş dönmesinin birincil sebepleri daha seyrek olarak psikolojik kökenlidir (Sloane ve diğerleri, 1994) Akt. (Cheng ve diğerleri, 2012).

Baş dönmesi yaşlılarda düşme riskini artırır. Düşme de kemik kırıklarına daha yatkın olan yaşlı bireyler için en önemli risk faktörüdür (van Vugt vd., 2017). Bireylerin üçte birinde düşme ile ilgili ufak kaygıdan bireyi önemli aktivitelerden alıkoyacak ciddi korkular tarif edebilirler. Bu nedenle de yaşlı bireylerde baş dönmesi kırık artışı, önemli engellenme ve bağımsızlık kaybına katkıda bulunarak düşme, düşme korkusu, anksiyete ve depresyona sebep olur (Geraghty vd., 2017).

79 hastada yapılan çalışma da ise daha öncesinde Genel Anksiyete Bozukluğu ve Major Depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar çalışmadan çıkartılmıştır. Bu çalışmada engellilik, yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon için ölçekler kullanılmış, 65 yaş üstü ve altı hastalar karşılaştırılmıştır. Engellilik puanı yüksek bulunan hastaların Anksiyete ve Depresyon puanları yüksek çıkmaya meyillidir. Buna rağmen 65 yaş altı ve üstü anksiyete açısından değerlendirildiğinde gençlerin puanı yüksek çıkmıştır (Cheng ve diğerleri, 2012). Bu Kessler'in çalışmasındaki anksiyetenin genç hastalarda yaşlı hastalara göre daha fazla olduğu çalışmasını desteklemiştir (Kessler vd., 2005). Depresyon alt skalası ise gençler ile yaşlılar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde de, büyük sağlık sorunları ve bunların getirdiği engellilik hariç yaşlılık depresyon için bir risk faktörü olarak kabul edilmemektedir (Roberts, Kaplan, Shema, & Strawbridge, 1997). Yaşlı insanlardaki fiziksel dejenerasyon nedeniyle, baş dönmesine bağlı yüksek düzeyde engellilik beklenmektedir (Cheng ve diğerleri, 2012). Ülkemizde yapılan çalışma sonrasında yaş ile fiziksel ve duygusal engellilik arasında bir ilişki bulunmuşken, yaş ile fonksiyonel engellilik arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ardic, Topuz, & Kara, 2006).

Kırkdört 60 yaş üstü kronik baş dönmeli hastada yapılan çalışmada DSM-IV'e göre klinik görüşme yapılmış ve sonuçta % 18.2 Genel Anksiyete Bozukluğu, % 5.9 Özgül Fobi ve % 11.3 Depresyon tanısı konmuştur. Bu hastaların yaşam boyu prevelansları değerlendirildiğinde, Genel Anksiyete Bozukluğu % 29.5, Özgül Fobi % 15.9 ve depresyon % 45.4 olarak ölçülmüştür. Bu çalışma göstermiştir ki daha öncesinde anksiyete ve depresyon rahatsızlığı geçiren hastalarda uzun süreli baş dönmesi yakınması rahatsızlığın tekrarlamasında tetikleyici olmuştur. Bu yaş grubunda agaragobi, panik atak ya da sosyal fobi yoktur (Peluso, Quintana, & Gananca, 2016). Yaşam boyu anksiyete ve depresyon prevelansı, 12 aylık anksiyete ve depresyon prevelansından yüksektir. Bunun sebebi, bu yaş grubundaki hastaların kümülatif risk ile

açıklanabilir. Yoksa anksiyete ve depresyon gençlerde yaşlılara oranla daha sık görülür ve bu rahatsızlıkların başlangıç yaşı 50 yaşından öncedir (Viana & Andrade, 2012). Peluso ve diğerleri (2016)'nin yaptığı çalışma aynı zamanda literatürde anksiyete ve depresyon için belirlenmiş risk faktörleri olan, düşük eğitim düzeyi, Kadın cinsiyet, emeklilik ve kronik hastalık varlığı açısından da Viana ve arkadaşlarını desteklemiştir (Viana & Andrade, 2012).

Rosa, Moraes, ve Santos Filha (2016)'nın yaptığı çalışmaya 60 yaş üzerinde 98 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışmada baş dönmesi yakınması olan yaşlıların yardımcı yürüme gereçlerine ihtiyaç duyanlarda ve düşenlerde anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur.

(Maarsingh vd., 2011)'nin yaptığı çalışma da 415 tane 65 yaş üstü hasta değerlendirilmiştir. Hastalara Prime-MD(Hasta sağlık anketi) ve DHI(Baş Dönmesi Engellilik Envanteri) verilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda anksiyete ve/veya depresyon olan hasta sayısı 90(%22)'dir. Bu 90 hastanın 35 tanesi daha öncesinde herhangi bir psikolojik rahatsızlık için tanı ve tedavi almamış hastalardır. Bu hastaların 21(%5)'inde anksiyete ve depresyon vardı. DHI(Baş Dönmesi Engellilik Envanteri) ile engellenme puanı yüksek hastaların, anksiyete ve depresyon olasılığı yüksektir. Baş dönmesi atağına bir belirti olarak korku eşlik ediyorsa ve depresyon öyküsü varsa, anksiyete ve depresyon olasılığı artmaktadır.

516 yaşlı hastada yapılan çalışmada 217(%42)si baş dönmesi yakınması vardı. Baş dönmesi olanlar akranları ile karşılaştırıldığında, daha çok denge sorunu vardı ve anksiyete ve depresyon için kullanılan ölçeklerde daha yüksek ölçülerde puanlamışlardı. Yaşlı insanların yüksek anksiyete ve ağrı yakınması olanların daha çok düştükleri görülmüştür. Bu nedenle ağrı kontrolü ve anksiyete için BDT(Bilişsel Davranışçı Terapi) önerilmektedir (Menant vd., 2013).

Gazzola vd. (2009)'nin yaptığı çalışma 120 kronik vestibüler bozukluğu olan 120 hastada yapılan kesitsel bir çalışmadır. Geriatrik Depresyon Skala Anketi ile yapılmıştır. 67(%55.8) kişinin puanı kesme puanının üstünde idi. Bu hastalar incelendiğinde belirtilerini artıran faktörler, Kadın cinsiyette olmak, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, uykusuzluk, işitme bozuklukları, zayıf görme, yürüme yardımcılarını kullanmamak ve baş dönmesinin daha büyük duygusal etkisi olarak belirlendi.

BÖLÜM III

3. YÖNTEM

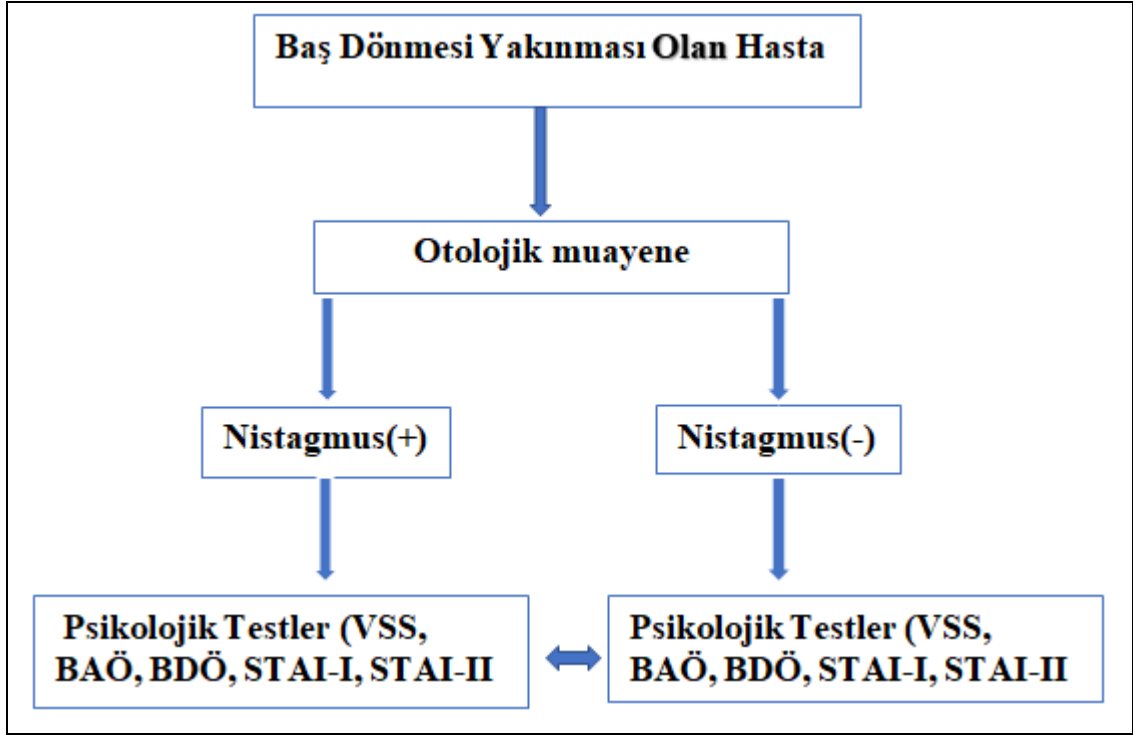
Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, verilerin toplanması amacıyla kullanılacak ölçme araçları ve bunlarla ilgili geçerlik-güvenirlik çalışmaları, verilerin toplanması ve istatistiksel analizlerde kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile baş dönmesi gibi subjektif bir yakınması olan hastaların, anksiyete ve depresyon belirtilerinin düzeyi karşılaştırmak amaçlanmıştır. Subjektif bir şikayet olan baş dönmesinin objektif bir bulgusu Nistagmusdur. Nistagmus ile anksiyete ve depresyon düzeyi açısından ayırt edici etkisini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma kesitsel ve vaka kontrol çalışmasıdır. Araştırma modeli, baş dönmesi yakınması ile gelen hastalarda hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin tarandığı kesitsel bir çalışmadır. Nistagmuslu hastalar ile nistagmussuz hastalar arasındaki anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırıldığı için de vaka-kontrol çalışması olarak planlanmıştır.



Şekil 4. Çalışmanın modeli

Çalışmanın bağımsız değişkenleri Nistagmus, yaş ve cinsiyet iken, bağımlı değişkenleri Vertigo Semptom Skalası, Durumluluk Kaygı, Süreklilik Kaygı, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğidir.

Tablo 4

Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişkenler
Nistagmus	Vertigo Semptom Düzeyi
Yaş	Anksiyete Belirti Düzeyi
Cinsiyet	Depresyon belirti Düzeyi
	Durumluluk kaygı
	Süreklilik kaygı

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Adana'da Seyhan İlçesindeki özel bir yan dal merkezine Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında KBB poliklinik ve Acil Servise başvuran 10650 hasta oluşturmaktadır. Bu sürede Vertigo birimine 343 hasta başvurmuştur. Bu hastalar arasından çalışmaya katılmaya gönüllü 144 hasta çalışmanın örnekleimidir. Bu hastalar

arasında 1 tane AİCA Sendromu ve 1 tane pontoserebellar köşe tümörü hastanın verileri santral Vertigo olarak değerlendirildiğinden çalışmadan çıkartıldı. Ölçekleri tam doldurmayan 15 veri çıkartıldı.127 örnek alındı.

3.4. Araştırmanın Yapılışı

Çalışma için gerekli etik kurul izinleri Çukurova Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan, Çağ Üniversitesi Etik Kurulundan ve KBB Merkezinden alınmıştır.

Hastaneye baş dönmesi yakınması ile başvuran ve bir Kulak Burun Boğaz Hekimince değerlendirilen hastalar Periferik Nistagmus(+) ve Periferik Nistagmus(-) olarak ikiye ayrılmışlardır. Bu iki gruptaki hastalar bilgilendirilmiş onam formu, Vertigo Semptom Skalası(VSS)(kısa formu) , STAI-I, STAI-II, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılan hastalardan iki tanesi santral vertigo olarak tanı aldığı için çalışmadan çıkartılmıştır. Çalışmayı sağlıklı doldurmayan 15 kişi çalışma dışında bırakılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

KBB Merkezine başvuran hastalara aydınlatılmış onam, VSS (Vertigo Semptom Skalası), STAI-I, STAI-II, BAÖ(Beck Anksiyete Ölçeği) ve BDÖ(Beck Depresyon Ölçeği) uygulanmıştır. Bunlar öz bildirim ölçekleridir. Elde edilen sonuçlar tanıdan çok belirtilerin yaygınlığını ölçmektedir (Binbay vd., 2014).

3.5.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirliği

Çalışmada kullanılan toplam ölçeklerin Cronbach's Alpha değeri $\alpha = ,86$ olarak hesaplanmıştır.

Cronbach Alfa katsayısına bağlı olarak bir ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanabilir; $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Kalaycı, 2008).

3.5.2. Demografik Bilgiler

Araştırmanın çalışma grubunu Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında özel bir KBB Merkezine baş dönmesi şikayeti ile başvuran, gönüllü katılımcı 127 kişi

oluşturmuştur. Araştırmanın 86'sı Kadın, 41'i Erkektir. Kadınların 24 tanesinde Nistagmus(+), 62 tanesi Nistagmus (-) idi. Erkeklerin 12 tanesi Nistagmus(+), 29 tanesi Nistagmus (-) idi.

Hastaların yaş grubu 18-78 yaş grubunda idi. . Katılımcıların %24,4'ü (n=31) 34 yaş ve altı, %43,3'ü (n=55) 35 ve 54 yaş arası, %32,3'ü (n=41) 55 yaş ve üstü olduğu görülmektedir

3.5.3. Vertigo Semptom Skalası

Lucy Yardley tarafından 1992'de geliştirilmiştir (Yardley, Masson, Verschuur, Haacke, & Luxon, 1992). Hastanın kendisinin doldurduğu ölçek, vertigonun süresini, otonomik duyumsamayı, uyarılmış kaygıyı ve somatizasyonu ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 2007 yılında Türkçe güvenirlik çalışması Burcu Yanık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yanık vd., 2008). 103 tane BPPV hastasında VSS, VDI ve SF-36 kullanılmıştır. Ölçeklerin Cronbach Alfa değeri 0.91, 0.85 ve 0.93'tür. VSS nin İCC oranı 0.83 tür. Güvenirlik geçerlilik çalışması kabul edilmiştir. Çalışmada VSS'nin kısa formu kullanılmıştır.

3.5.4. STAI-I ve STAI-II

Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlamayı N. Öner ve A. Le Compte tarafından yapılmıştır. Envanterin 20 soruluk iki ölçeği vardır.

STAI-I (*Durumluk Kaygı Ölçeği*): Kişinin belli bir zamanda ve koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler.

STAI-II (*Sürekli Kaygı Ölçeği*): Kişinin içinde bulunduğu zaman ve durumdan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Önce bu ölçeğin verilmesinin sebebi, kişinin sınanma ya da sınama durumundaki tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duyuşsal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlıdır ve bu da kişinin başlangıçtaki olumsuz algılarını ifade olanağı verir. Bu da anlık kaygıyı güvenilir şekilde ölçmeye olanak verir (Öner, 2006). 4'lü Likert tipi olan ölçeğin Alpha güvenirliğinin 0.83 ile 0.87 arasında, test-tekrar test güvenirliğinin 0.71 ile 0.86 arasında ve madde güvenirliğinin 0.34 ile 0.72 arasında değiştiği bildirilmektedir.

Puanlamada cevapların değerleri 1'den 4'e kadar değişmekte, Ölçeklerde düz ve tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Düz ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade etmektedir.

Durumluk Kaygı Ölçeğinde on tane zıt anlamlı ifade bulunmaktadır ve bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 nolu maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 nolu maddeler zıt anlamlı ifadelerdir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre “hayır 1”, “biraz 2”, “çok 3” ve “tamamen 4” şıklarından biri seçilerek cevaplanmaktadır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan, zıt anlamlı ifadelerin toplam puanı çıkarılarak bu sayıya önceden saptanmış değişmeyen bir değer eklenmektedir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanını göstermektedir. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Alınan puan yükseldikçe kaygı düzeyinde yüksek olduğuna yorumlanmaktadır (Kaya, 2014).

3.5.5. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği Beck, Epstein, Brown, ve Steer (1988) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye Ulusoy, Hisli Şahin, ve Erkmen (1998) ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Test bireyin son bir haftadaki kaygı belirtilerinin sıklığını ölçer. 21 maddeden oluşur. Anksiyete toplam puanının artması kaygı düzeyinin arttığını gösterir. Türkçe formun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93dir. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .57 olarak bulunmuştur.

3.5.6. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtileri ölçen bir ölçektir (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Ülkemizde güvenilir ve geçerlik çalışmasını (Hisli, 1989) yapmıştır. BDÖ'nin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin oranını objektif olarak ölçmektir. Ölçekteki 21 madde, klinik gözlemlerde belirlenmiş olup, depresif hastalarla depresif olmayan hastaları ayırt etmeye yönelik somatik, affektif ve bilişi ölçer. DSM-IV tanı kriterlerine uygunluğu açısından tekrar gözden geçirilmiştir ve belirtilerin süresi 2 haftaya çıkartılmıştır (Arkar & Şafak, 2004; Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996).

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin çözümlenmesinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İlk olarak verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini saptamak amacıyla “Kolmogorow Smirnow” testi

yapılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde gruplar arasındaki farklılığın tespitinde “Independent Sample T-Testi” ve “Anova” analizi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arası ilişkiyi saptamada “Pearson Correlation Katsayısı” ve “Spearman Correlation” testi kullanılmıştır. Hangi iki grupun arasında fark olduğunu tespit etmek amacıyla çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Post-Hoc, Tukey ve LSD testlerinden yararlanılmıştır. Çalışmada $p < ,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

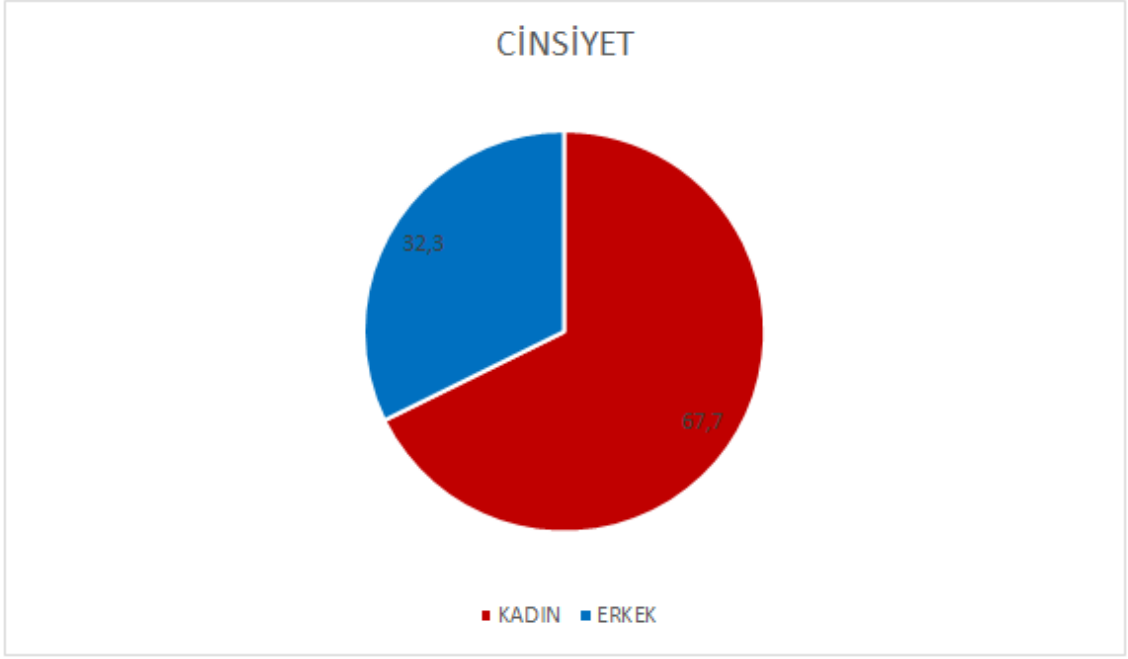
Çalışmaya katılan baş dönmesi yakınmasıyla başvuran gönüllülerin yaş, cinsiyet, nistagmus bulgusu ve iş çalışma durumu özellikleri Tablo 5’de sunulmaktadır.

Tablo 5

Katılımcılara Ait Cinsiyet, Yaş, Nistagmus Tanısı ve Çalışma Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular

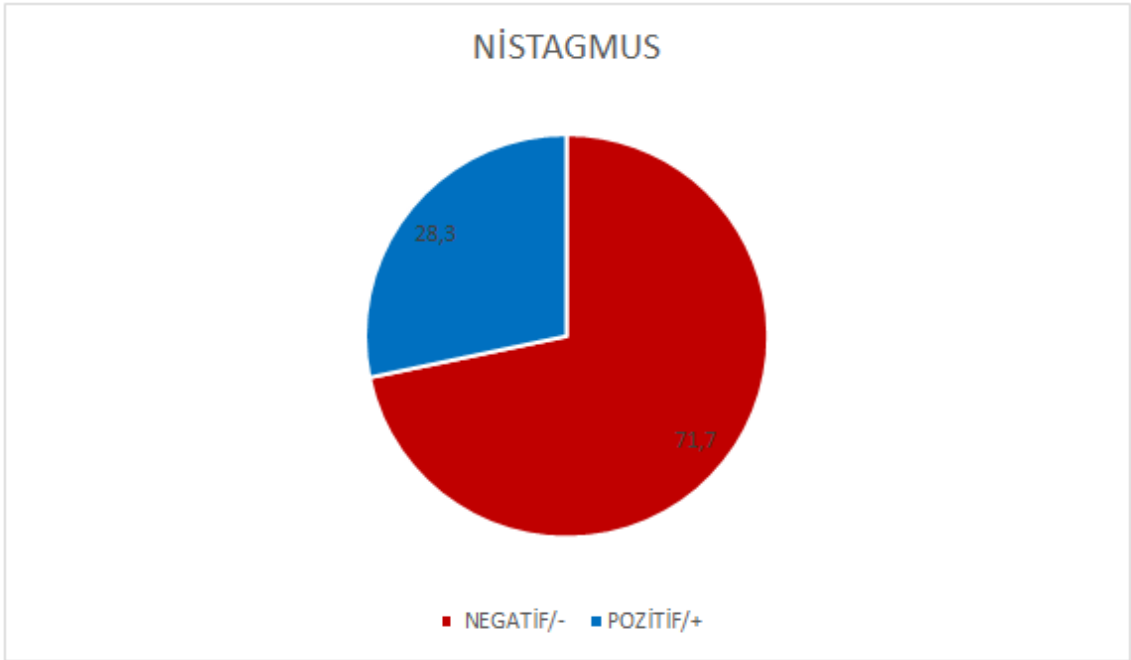
		n	%
Cinsiyet	Kadın	86	(67,7)
	Erkek	41	(32,3)
Yaş Grubu	34 Yaş ve Altı	31	(24,4)
	35 – 54 Yaş Arası	55	(43,3)
	55 Yaş ve Üstü	41	(32,3)
Nistagmus Bulgusu	Yok / -	91	(71,7)
	Var / +	36	(28,3)
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	73	(57,5)
	Çalışıyor	54	(42,5)

Toplam 127 katılımcıdan 86’sı (% 67,7) kadın, 41’i (% 32,3) erkektir (Tablo 5). Katılımcıların 91’i (% 71,7) nistagmus bulgusu olmayan, 36’sında (% 28,3) ise nistagmus bulgusu vardır. Katılımcıların % 24,4’ü (n=31) 34 yaş ve altı, % 43,3’ü (n=55) 35 ve 54 yaş arası, % 32,3’ü (n=41) 55 yaş ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 5).



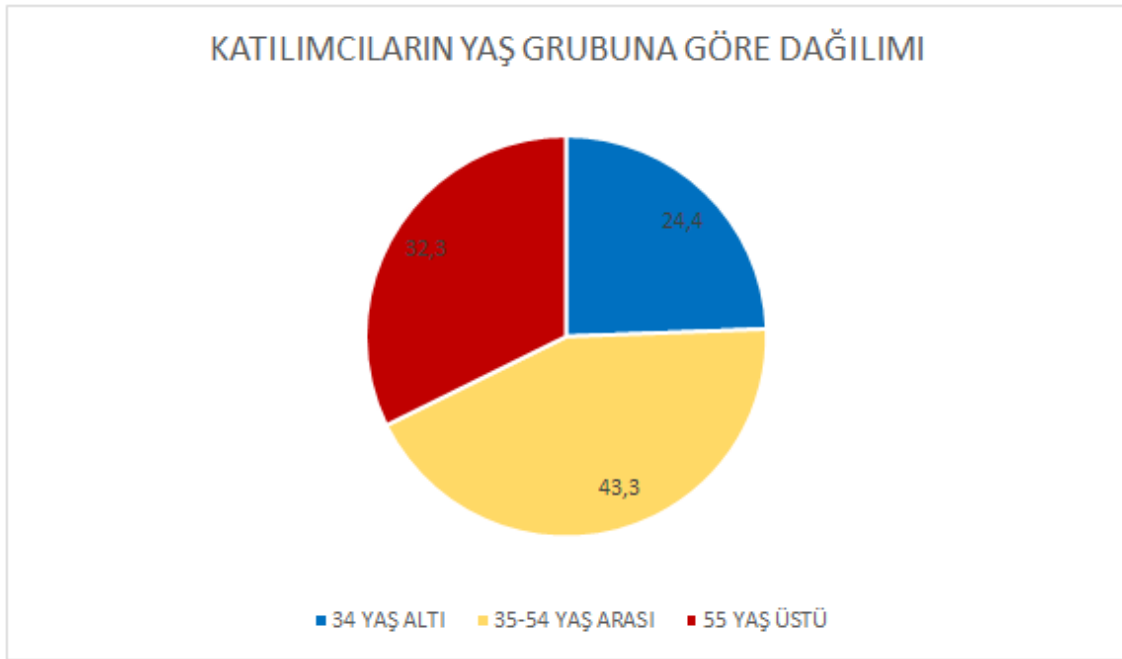
Şekil 5. Baş Dönmesi Yakınmalı Hastaların Cinsiyete göre dağılımı

Toplam 127 hastanın 86'sı (%67,7) kadın, 41'i (%32,3) erkektir.



Şekil 6. Baş dönmesi Hastalarının Nistagmus bulgusu açısından dağılımı

Katılımcıların 91'i (% 71,7) nistagmus bulgusu olmayan, 36'sında (% 28,3) ise nistagmus bulgusu vardır



Şekil 7. Katılımcıların yaş dağılımı

4.2. Baş Dönmesi Yakınması Olan Hastaların Nistagmus Bulgusunun Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Katılımcıların % 24,4'ü (n=31) 34 yaş ve altı, % 43,3'ü (n=55) 35 ve 54 yaş arası, % 32,3'ü (n=41) 55 yaş ve üstü olduğu görülmektedir

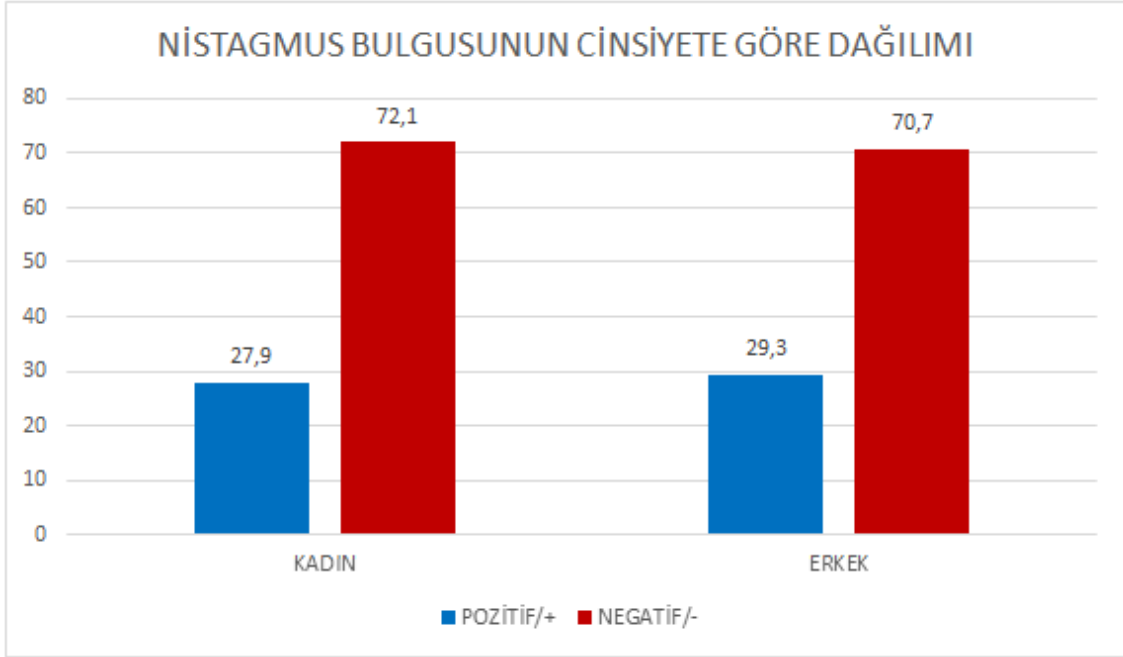
Tablo 6

Nistagmus Bulgusunun Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı (N=127)

			NİSTAGMUS		P Değeri
			Negatif / -	Pozitif / +	
Cinsiyet	Kadın	n	62	24	0,874
		%	72,1	27,9	
	Erkek	n	29	12	
		%	70,7	29,3	
Yaş Grubu	34 Yaş ve Altı	n	27	4	0,043*
		%	87,1	12,9	
	35 – 54 Yaş Arası	n	34	21	
		%	61,8	38,2	
	55 Yaş ve Üstü	n	30	11	
		%	73,2	26,8	

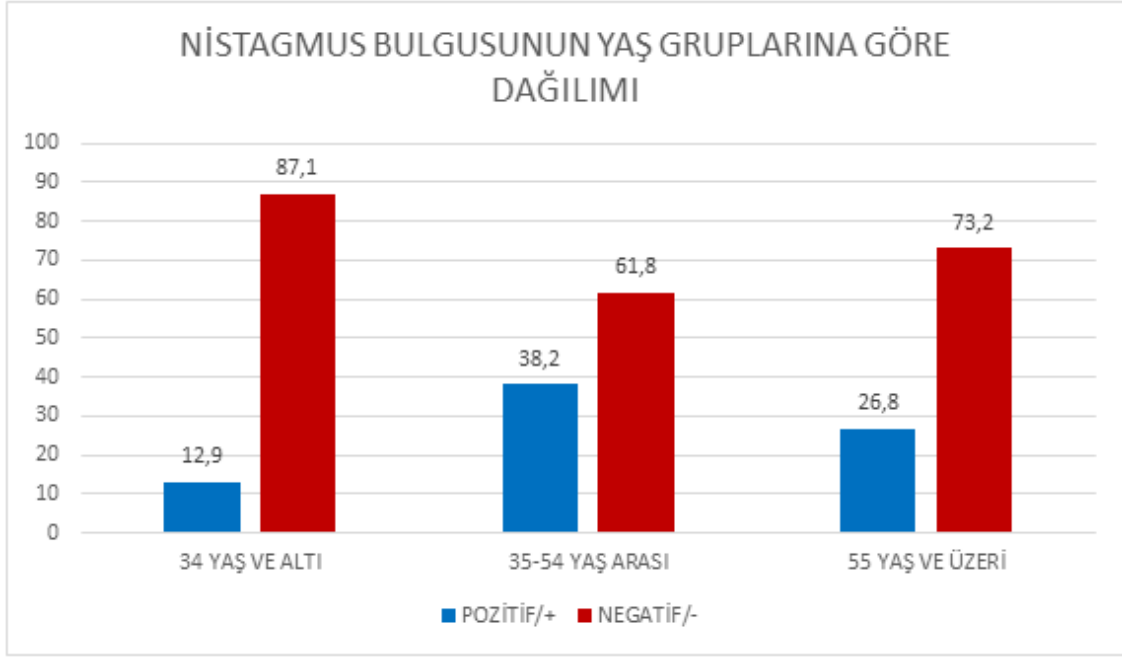
p<0.05

Tablo 6'da sunulmaktadır. Katılımcıların nistagmus bulgusu ile cinsiyet özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, yaş grubu ile nistagmus tanısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmaktadır ($p<0.05$). 34 yaş ve altı olan gruptaki katılımcıların % 12.9'unda Nistagmus görülürken, diğer yaş gruplarında Nistagmus bulgusu artmaktadır.



Şekil 8. Nistagmus bulgusunun cinsiyete göre dağılımı

Tablo 6'da sunulmaktadır. Katılımcıların nistagmus bulgusu ile cinsiyet özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, yaş grubu ile nistagmus tanısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmaktadır ($p<0.05$)



Şekil 9. Nistagmus bulgusunun yaş gruplarına göre dağılımı

34 yaş ve altı olan gruptaki katılımcıların %12.9unda Nistagmus görülürken, diğer yaş gruplarında Nistagmus bulgusu artmaktadır.

4.3. Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Çalışmada kullanılan toplam ölçeklerin Cronbach's Alpha değeri $\alpha = ,86$ olarak hesaplanmıştır.

Cronbach Alfa katsayısına bağlı olarak bir ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanabilir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Kalaycı, 2008).

Tablo 7

Kullanılan Ölçeklerden Alınan Puanların Betimsel Dağılımları (n=127)

	Ort.	SS	Medyan	Min.	Maks.
Vertigo Toplam	20,36	13,35	57	0,00	57,00
BECK Anksiyete Toplam	25,71	17,92	63	0,00	63,00
BECK Depresyon Toplam	15,09	11,75	47	0,00	47,00
STAI Durumluk Kaygı Ölçeği	39,80	13,17	46	20,00	66,00
STAI Sürekli Kaygı Ölçeği	45,93	11,38	46	23,00	69,00

Çalışmaya katılan katılımcılara uygulanan ölçeklerin dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur. Ölçeklerden alınan puanların ölçek bazında en yüksek puan ortalaması (45,93±11,38) Sürekli Kaygı Ölçeğine ait iken, en düşük puan ortalaması Beck Depresyon Envanterinden alındığı (15,09±11,75) saptanmaktadır.

Tablo 8.

Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayıları (R)

R				
	Vertigo Semptom Skalası Toplam	Beck Anksiyete Toplam	Beck Depresyon Toplam	STAI Durumluk Kaygı Ölçeği
BECK Anksiyete Toplam	,80**			
BECK Depresyon Toplam	,55**	,64**		
STAI Durumluk Kaygı Ölçeği	,49	,57	,52	
STAI Sürekli Kaygı Ölçeği	,48	,60	,63	,49

Çalışmada yer alan ölçekler arasındaki ilişki Pearson Korelasyonu yöntemiyle incelenmiştir (Tablo 8).

Vertigo Semptom Skalası ile Beck Anksiyete Ölçeği ile arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir korelasyon (,80), Beck Depresyon Ölçeği ile pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon (,55), STAI Durumluluk Kaygı Ölçeği ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon (,49), STAI Süreklilik Kaygı Ölçeği ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon (,48) olduğu gözlenmektedir.

Beck Anksiyete Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon (,64), STAI Durumluluk ile pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon(,57), STAI Süreklilik ile pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon (,60) olduğu görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği ile STAI Durumluluk arasında pozitif yönde zayıf korelasyon ($.52$), STAI Süreklilik arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon ($.63$) olduğu görülmüştür.

STAI Durumluluk ve STAI Süreklilik arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir korelasyon olduğu görülmektedir.

4.4. Ölçeklerden Alınan Puanların Nistagmus Tanısına Göre Dağılımı

Tablo 9

Ölçeklerden Alınan Puanların Nistagmus Tanısına Göre Dağılımı

NISTAGMUS		Ort.	SS.	P Değeri
Vertigo Semptom	yok	19,82	12,51	0,473
Skalası Toplam	var	21,72	15,37	
BECK Anksiyete	yok	25,77	17,76	0,952
Toplam	var	25,56	18,58	
BECK Depresyon	yok	14,70	11,65	0,553
Toplam	var	16,08	12,13	
STAI Durumluluk	yok	39,56	13,16	0,743
Kaygı Ölçeği	var	40,41	13,37	
Toplam				
STAI Sürekli Kaygı	yok	46,48	11,91	0,392
Ölçeği Toplam	var	44,55	9,91	

$p < 0.05$

Ölçeklerden alınan puanların Nistagmus tanısına göre dağılımları Tablo 9 da sunulmaktadır. Katılımcıların ölçeklerden alınan puanlar ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamaktadır. ($p > 0.05$)

H1A Baş dönmeli yakınması olan Nistagmus(+) ve Nistagmus (-) hastaların arasında anksiyete ve depresyon belirtilerinin ortalaması arasında farklılık yoktur.

H1A Hipotezi sınıandı ve kabul edildi.

H1B Baş dönmeli hastalar arasında Nistagmus pozitif ve Nistagmus(-) hastalarda anksiyete depresyon oranları arasında farklılık vardır.

H1B sınıandı ve reddedildi.

4.5. Ölçeklerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 10.

Ölçeklerden Alınan Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

			CİNSİYET	Ort.	SS	P Değeri
Vertigo	Semptom	Skalası	Kadın	22,21	12,89	0,023*
			Erkek	16,49	13,62	
BECK Anksiyete Ölçeği Toplam			Kadın	27,51	18,12	0,101
			Erkek	21,93	17,11	
BECK Depresyon Ölçeği Toplam			Kadın	16,15	12,51	0,143
			Erkek	12,88	9,76	
STAI Durumluk Kaygı Ölçeği			Kadın	40,62	12,99	0,309
			Erkek	38,07	13,55	
STAI Süreklilik Kaygı Ölçeği			Kadın	48,36	11,62	0,001*
			Erkek	40,85	9,04	

p<0.05

Ölçeklerden alınan puanların Cinsiyete Göre dağılımı Tablo 10'da sunulmaktadır. Katılımcıların Vertigo Semptom Skalası(VSS) ve STAI Süreklilik Kaygı(STAI-II) Ölçeğinden aldığı puanlar ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı fark göstermektedir. (p<0:05). Kadın cinsiyette Vertigo Semptom Skalası(VSS) ve Süreklilik kaygı (STAI-II) ölçeğinden alınan puanlar daha fazladır.

H2: Baş dönmesi olan hastalarda anksiyete belirtisi Kadınlarda daha fazladır./

H2: Sınandı ve kabul edildi.

H3: Baş dönmesi olan hastalarda depresyon belirtisi Kadınlarda daha fazladır.

H3: Sınandı ve kabul edilmedi.

4.6. Ölçeklerden Alınan Puanların Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Tablo 11

Ölçeklerden Alınan Puanların Yaş Grubuna Göre Dağılımı

		YAŞ GRUPLARI	Ort.	SS	P Değeri	Grupların Değerlendirilmesi
Vertigo Semptom Skalası Toplam		34 yaş ve altı	(1)	17,16	10,48	
		35 ve 54 yaş arası	(2)	18,42	12,68	3>2
		55 yaş ve üstü	(3)	25,39	14,93	3>1
BECK Anksiyete Toplam		34 yaş ve altı	(1)	22,16	16,78	
		35 ve 54 yaş arası	(2)	21,07	15,96	0,001* 3>2
		55 yaş ve üstü	(3)	34,61	18,34	3>1
BECK Depresyon Toplam		34 yaş ve altı	(1)	10,06	8,82	
		35 ve 54 yaş arası	(2)	14,15	11,35	0,001* 3>2
		55 yaş ve üstü	(3)	20,17	12,47	3>1
STAI Durumluk Kaygı Ölçeği		34 yaş ve altı	(1)	35,54	13,62	
		35 ve 54 yaş arası	(2)	40,16	12,06	0,080
		55 yaş ve üstü	(3)	42,53	13,76	
STAI Sürekli Kaygı Ölçeği		34 yaş ve altı	(1)	41,67	12,55	3>2
		35 ve 54 yaş arası	(2)	45,70	10,44	0,015* 3>1
		55 yaş ve üstü	(3)	49,46	10,75	

p<0.05

Ölçeklerden alınan puanların yaş grubuna göre dağılımı Tablo 11’de sunulmuştur. Vertigo Semptom Skalası(VSS)(kısa formu), Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ) ve Sürekli Kaygı Alt Ölçeği (STAI) ölçeklerinden aldıkları puanlar katılımcıların yaş gruplarına göre anlamlı fark göstermektedir (p<0.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla yapılan post-hoc testine göre VSS, BAÖ ve BDÖ ölçeğinden alınan puan farkının 34 yaş ve altı grup ile 55 yaş ve üstü grubu; 35 ve 54 yaş grubu ile 55 yaş ve üstü grubu arasında olduğu saptanmıştır. Sürekli Kaygı Ölçeğinden alınan puan farkının ise 34 yaş ve altı grupta en az 55 yaş ve üstü grupta ise en çok olduğu saptanmıştır.

Vertigo Semptom Skalasının yaş grupları arasındaki dağılımına göre anlamlı farklılık vardır ($p < 0.011$). 34 yaş altı grupta Vertigo semptom skalası puanları en düşüktür. Yaşla artmaktadır.

Beck Anksiyete Ölçeğinin yaş grupları arasındaki dağılıma göre yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır. 55 yaş ve üzeri yaş grubunda, anksiyete puanı yüksektir.

H4: Baş dönmesi hastalarının anksiyete düzeyi ile yaş dağılımı arasında ilişki vardır

H4: Sınandı ve kabul edildi.

H5: Baş dönmesi hastalarının depresyon düzeyi ile yaş dağılımı arasında ilişki vardır.

H5: Sınandı ve kabul edildi.

4.7. Hipotezlerin Sınanması

H1A Baş dönmeli yakınması olan Nistagmus(+) ve Nistagmus (-) hastaların arasında anksiyete ve depresyon belirtilerinin ortalaması arasında farklılık yoktur.

H1A Hipotezi sınandı ve kabul edildi.

H1B Baş dönmeli hastalar arasında Nistagmus pozitif ve Nistagmus(-) hastalarda anksiyete depresyon oranları arasında farklılık vardır.

H1B Sınandı ve reddedildi.

H2: Baş dönmesi olan hastalarda anksiyete belirtisi Kadınlarda daha fazladır./

H2: Sınandı ve kabul edildi.

H3: Baş dönmesi olan hastalarda depresyon belirtisi Kadınlarda daha fazladır.

H3: Sınandı ve kabul edilmedi.

H4: Baş dönmesi hastalarının anksiyete düzeyi ile yaş dağılımı arasında ilişki vardır

H4: Sınandı ve kabul edildi.

H5: Baş dönmesi hastalarının depresyon düzeyi ile yaş dağılımı arasında ilişki vardır.

H5: Sınandı ve kabul edildi.

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde baş dönmesi ile gelen hastalarda yaş, cinsiyetle ve Nistagmus bulgusuna göre anksiyete ve depresyon düzeyinin anlamlı düzeyde değişip değişmediğine ilişkin elde edilen bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Bulgular araştırmanın amacı doğrultusunda bu konuda yapılan diğer araştırma grupları ile karşılaştırılmıştır.

5.1. Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri

Kesitsel ve vaka kontrol çalışmasıdır. Çalışmaya katılan 127 hastanın 86'sı (%67.7) Kadın, 42'si (%32.3) Erkektir. Katılımcıların 36'sında Periferik Nistagmus(+) iken, 91 i Periferik Nistagmus (-)dir.

Periferik Nistagmuslu hastalar Vestibüler Vertigo olarak değerlendirilir. Alan yazılımında dizinessin 1 yıllık prevalansı %22.9 iken, vestibüler vertigonun ki %4.9 olarak belirlenmiştir. Yıllık prevalans kadınlarda %28.9 iken, erkeklerde %16.7dir. 1 yıllık prevalansı incelendiğinde ise Kadınlarda %7.1 iken, erkekler de %6.0'dır (H. K. Neuhauser vd., 2008).

Baş dönmesi ve vestibüler vertigo görülme sıklığı açısından Kadın cinsiyette olmak bir risk faktörüdür. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, Kadınlarda erkeklere göre ömür boyu prevalansı, vestibüler vertigo prevalansı ve tekrarlayan vertigo geçirme oranı 2-2.5 kat daha fazladır (H. K. Neuhauser vd., 2005) (H. K. Neuhauser ve diğerleri, 2008).

Yapılan diğer bir epidemiyolojik çalışma da göstermiştir ki, kadınların çoğunlukta olduğu baş dönmeli bireylerde bir-yıllık prevalansın Kadın/Erkek oranı 2.7/1 dir ve vertigo gençlerle kıyaslandığında yaşlılarda üç kat daha fazla görülür (Hannelore K. Neuhauser & Lempert, 2009).

Baş dönmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda kadın cinsiyette anlamlı dominantlık vardır (Bisdorff, Bosser, Gueguen, & Perrin, 2013; H. K. Neuhauser ve diğerleri, 2005) (Maarsingh ve diğerleri, 2010).

Bu çalışmadaki baş dönmesi yakınması ile gelen hastalardaki yaş aralığı incelendiğinde %24.4'ü (n=31) 34 yaş ve altı, %43.3'ü (n=55) 35-54 yaş arası, %32.3'ü

(n=41) idi. Baş dönmesi yakınması prevalansı artan yaş ile artar (H. K. Neuhauser ve diğerleri, 2005), bu da yazınla uyumludur.

Baş dönmesi yakınması ile gelen hastalarda anksiyete düzeyi yüksektir.

5.2. Baş dönmesi yakınmasının cinsiyete göre anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesine dair bulgular ve yorum:

Bu çalışmada, baş dönmesi yakınması olan hastalarda Kadın Cinsiyette anksiyete belirtileri daha yüksektir. Sürekli kaygı ölçeği ve Vertigo semptom skalası erkeklerle karşılaştırıldığında anlamlı farklıdır.

Monzani ve diğerleri (2001)'nin çalışmasında, Kadın cinsiyette olmanın BPPV ve ruhsal hastalıklara yatkınlık açısından ortak risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Ferrari ve diğerleri (2014)'nin çalışması ise BPPV'li kadınlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırma sonucunda, fobi, anksiyete, depresyon ve somatizasyon açısından daha yüksek puan almışlardır. Zhai, Wang, Zhang, ve Dai (2016)'nin yaptığı prospektif çalışma da ise, vertiginöz sendromlu 26 hastayı kontrol grubuyla karşılaştırmış ve cinsiyet açısından anksiyete ve depresyon için bir farklılık bulmamıştır. (Chen vd., 2016)'nin yaptığı çalışma da ise Anksiyete hastalarında Kadın cinsiyette olmanın Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo hastalarında yaptığı çalışma da kadınlarda anksiyete düzeyini yüksek bulmuştur. Bu hem Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigonun kadınlarda çok görülmesine (H. K. Neuhauser ve diğerleri, 2008), hem de kadınların psikiyatrik hastalıklara olan yatkınlığına bağlanmıştır (Hagr, 2009). Weidt vd. (2014)'nin yaptığı çalışmada baş dönmesi yakınması ile anksiyete depresyon arasında cinsiyet açısından bir farklılık görülmemiştir.

Kronik Subjektif Baş dönmesi için yapılan çalışmada da Kadın cinsiyette olmak ve yüksek anksiyeteye sahip olmak önemli bir risk faktörüdür (Odman & Maire, 2008).

Baş dönmesi yakınması ile gelen hastalardaki depresyon düzeyi cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Alan yazılımında ise bu Chen ve diğerleri (2016)'nin yaptığı çalışma da bu anlamda cinsiyetler arasında bir farklılık bulmamıştır. Weidt ve diğerleri (2014)'nin yaptığı çalışma da depresyon düzeyinin cinsiyetle arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5.3. Baş dönmesi yakınmasının yaş gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesine dair bulgular yorum

Baş dönmesi yakınması ile gelen hastalarda yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde Vertigo Semptom Skalasının yaş grupları arasındaki dağılımına göre anlamlı farklılık vardır ($p < 0.011$). 34 yaş altı grupta Vertigo semptom skalası puanları en düşüktür. Yaşla artmaktadır.

Hannelore K. Neuhauser ve Lempert (2009)'in yaptığı çalışmada da vertigonun yaşlı hastalarda genç hastalardan üç kat fazla görülür.

Baş dönmesi, sersemlik ve dengesizlik gibi vestibüler belirtiler panik atağın göğüs ağrısı, çarpıntı ve dispne gibi kardiyopulmoner belirtilerin en sık ikinci fiziksel belirtileridir (Staab, 2016). 34 yaş altı bireylerdeki bu şikayet panik bozukluğu akla getirmelidir.

Beck Anksiyete Envanterinin yaş grupları arasındaki dağılıma göre yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır. 55 yaş ve üzeri yaş grubunda, anksiyete puanı yüksektir.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda 55 yaş üstü ileri yetişkin bireylerde anksiyete genç yetişkinlere kıyaslayınca daha az görülüyor olsa da, medikal hastalıklarla beraber artış olmaktadır. İleri yetişkinlerde görülen en sık anksiyete bozukluğu ise Özgül Fobi ve Yaygın Anksiyete bozukluğudur. Yaşlılıkta anksiyete ile komorbiditesi olan hastalıklar; kardiyak problemler, solunum problemleri, denge bozuklukları ve demans gibi kognitif azalma ve fonksiyonel kısıtlılıkla sonuçlanan hastalıklardır (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010)

Yaşlılardaki anksiyete prevalansı %3-10 arasındadır. Anksiyete baş dönmesi ve dengesizlik gibi vestibüler sorunlara eklenmiş bir problem olarak düşünülmelidir (Carmeli, 2015).

Cheng ve diğerleri (2012)'nin yaptığı çalışmada baş dönmeli hastalarda artan yaş anksiyete ve depresyonu artırmaz. Bu çalışma 79 hastada yapılmış, daha öncesinde Genel Anksiyete Bozukluğu ve Major Depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar çalışmadan çıkartılmıştır. Bu çalışmada engellilik, yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon için ölçekler kullanılmış, 65 yaş üstü ve altı hastalar karşılaştırılmıştır. Engellilik puanı yüksek bulunan hastaların Anksiyete ve Depresyon puanları yüksek çıkmaya meyillidir. Buna rağmen 65 yaş altı ve üstü anksiyete açısından değerlendirildiğinde 65 yaş altındakilerin puanı yüksek çıkmıştır.

55 yaş üstü yapılan diğer bir çalışmada Kırk dört 60 yaş üstü kronik baş dönme hastada yapılmıştır. DSM-IV'e göre klinik görüşme sonucunda % 18.2 Genel Anksiyete Bozukluğu, % 5.9 Özgül Fobi ve % 11.3 Depresyon tanısı konmuştur. Bu hastaların yaşam boyu prevelansları değerlendirildiğinde, Genel Anksiyete Bozukluğu % 29.5, Özgül Fobi % 15.9 ve depresyon % 45.4 olarak ölçülmüştür. Bu çalışma göstermiştir ki daha öncesinde anksiyete ve depresyon rahatsızlığı geçiren hastalarda uzun süreli baş dönmesi yakınması rahatsızlığın tekrarlamasında tetikleyici olmuştur. Bu yaş grubunda agaragobi, panik atak ya da sosyal fobi yoktur (Peluso ve diğerleri, 2016).

Gazzola ve diğerleri (2009)'nin yaptığı çalışma da 65 yaş üstü hastaları incelemiştir. Bu çalışmada depresyon belirtilerinin yüksekliği, kadın cinsiyet ile, hafıza ve konsantrasyon bozukluğunun varlığı ile, işitme bozukluğu ve baş dönmesinin duygusal etkisinin fazlalığı ile doğru orantılıdır.

Maarsingh ve diğerleri (2011)'nin yaptığı çalışma 65 yaş üstünde yapılan bir çalışmadır. Bu yaş grubundaki baş dönmesi olan hastaların anksiyete ve/veya depresyon varlığı %22dir. Ve baş dönmesine bağlı gelişen engellilik, baş dönmesine eşlik eden yoğun korku ve bireyin daha önceki depresyon öyküsü artmış anksiyete ve/ veya depresyon olasılığı ile ilişkilendirilmiştir.

5.4. Baş dönmesi yakınmasının Nistagmus bulgusuna göre anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesine dair bulgular ve yorum

Nistagmusun anksiyete depresyon düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Bu konuda literatürde Sakagami vd. (2016)'nin yaptığı çalışma 12 yıllık izlem çalışmasıdır. 375 otovestibüler yetmezliği olan hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların tanıları, tek taraflı Meniere, çift taraflı Meniere, ani işitme kaybı ile beraber görülen vertigo ve vestibüler nörittir. Ani işitme kaybı ve vertigo tanısı olan hastalardaki sürekli Nistagmus bulgusu olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, nistagmusu olmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada bağımlı değişkenler olan vertigo semptom düzeyi, anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi, süreklilik ve kaygı düzeylerinin yaş grupları, cinsiyet ve nistagmus bulgusuna göre farklılaşıp farklılaşmadığına dair şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda baş dönmesi yakınması olan hastalar, arasında Kadın cinsiyetin Vertigo Semptom Skalası ve STAI Sürekli kaygı ölçeğinden alınan puanların anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$)

Araştırma sonucunda baş dönmesi yakınması olan hastalar, yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 55 yaş üstü grupta VSS, BDI-II, BAE VE STAI Sürekli Kaygı ölçeğinden alınan puanların diğer gruplardan anlamlı fazla olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Araştırma sonucunda baş dönmesi yakınması olan hastaların Nistagmus bulgusuna göre değerlendirildiğinde Nistagmus(+) ve Nistagmus(-) hastalar arasında VSS, STAI-I, STAI-II, BAE, BDI-II açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Baş dönmesi yakınması olan hastalarda Nistagmus bulgusu anksiyete-depresyon düzeyi üzerinde yordayıcı ve ayırt edici bir özelliği yoktur ($p>0.05$).

Baş dönmesi anksiyeteye sebep olur.

6.2. Öneriler

6.2.1. Çalışmaya yönelik öneriler

1. Bu çalışma özbildirim ölçeği ile yapılmış bir çalışmadır. SCİD(yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi) kullanılarak, baş dönmesi hastalarındaki psikiyatrik hastalık prevalansına bakılması önerilir.
2. Özellikle 34 altı yaş grubu hastalarında yeterli örneklem sayısı ile anksiyete ve panik bozukluk için bir çalışma yapılması önerilir.
3. Yaşlı hasta grubundaki hastalar için yeterli örneklem sayısı ile engellilik ölçekleri ile bir çalışma yapılması önerilir.

6.2.2. Uygulamaya Yönelik Öneriler

1. Bu çalışmada da görüldüğü üzere baş dönmesi ile anksiyete arasında bir ilişki vardır. Özellikle ilk atağını geçiren hastalara hastalığın gidişi, atakların beklenmedik yapısı ve tetikleyebilecek faktörler anlatılarak hastaların bilgilendirilmesi önerilir.
2. Çalışmamızda da çıktığı üzere organik kökenli baş dönmesi ya da diğer tip baş dönmesi yakınması olan her hastanın Anksiyetesi olması beklenmektedir. Bu açıdan hastalar kontrol muayenesinde VSS kullanılarak psikometrik açıdan takibi önerilir.
3. Yapılan çalışmalar da görüldüğü üzere risk grubuna giren Kadın ve yaşlı hastalar gerekirse psikiyatrist ve ya psikologlara konsülte edilmesi önerilir.
4. Yaşlı hasta grubunda komorbit hastalıklar da sorgulanmalı, çoklu hastalık yaşayan yaşlı hastaların anksiyete ve depresyonu açısından psikiyatrist konsültasyonu önerilir.

7. KAYNAKÇA

- Alicı, E. (2016). *Kaygı bozukluğu tanısı alan ve almayan yetişkinlerin benlik saygısı ve sosyal becerilerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), 2016. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat01031a&AN=cuc.26045&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>
<http://library.cu.edu.tr/tezler/10417.pdf> Available from EBSCOhost cat01031a database.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. (2013). (R. Cooper Ed.). Arlington, VA: APA.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. (2014). (Köroğlu E, Trans.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Ardic, F. N., Topuz, B., & Kara, C. O. (2006). Impact of multiple etiology on dizziness handicap. *Otol Neurotol*, 27(5), 676-680. doi:10.1097/01.mao.0000226292.49789.c9
- Arkar, H., & Şafak, C. (2004). Klinik Bir Örneklemede Beck Depresyon Envanterinin Boyutlarının Araştırılması. *19*(53), 117-123.
- Asmundson, G. J., Taylor, S., & Smits, J. A. (2014). Panic disorder and agoraphobia: an overview and commentary on DSM-5 changes. *Depress Anxiety*, 31(6), 480-486. doi:10.1002/da.22277
- Bal, U. (2011). *Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları*. (Uzmanlık Tezi), Çukurova Üniversitesi, Adana. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat01031a&AN=cuc.111413&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>
<http://library.cu.edu.tr/tezler/8264.pdf> Available from EBSCOhost cat01031a database.
- Balaban, C. D. (2002). Neural substrates linking balance control and anxiety. *Physiol Behav*, 77(4-5), 469-475.
- Balaban, C. D. (2004). Projections from the parabrachial nucleus to the vestibular nuclei: potential substrates for autonomic and limbic influences on vestibular responses. *Brain Res*, 996(1), 126-137.
- Balaban, C. D., & Jacob, R. G. (2001). Background and history of the interface between anxiety and vertigo. *J Anxiety Disord*, 15(1-2), 27-51.

- Balaban, C. D., & Thayer, J. F. (2001). Neurological bases for balance-anxiety links. *J Anxiety Disord*, *15*(1-2), 53-79.
- Bandelow, B. (2017). Comparison of the DSM-5 and ICD-10: panic and other anxiety disorders. *CNS Spectr*, 1-3. doi:10.1017/S1092852917000116
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*, *43*(5), 897-910. doi:10.1017/s003329171200147x
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, *56*(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*, *67*(3), 588-597. doi:10.1207/s15327752jpa6703_13
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Best, C., Eckhardt-Henn, A., Tschan, R., & Dieterich, M. (2009). Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular vertigo syndromes. Results of a prospective longitudinal study over one year. *J Neurol*, *256*(1), 58-65. doi:10.1007/s00415-009-0038-8
- Best, C., Eckhardt-Henn, A., Diener, G., Bense, S., Breuer, P., & Dieterich, M. (2006). Interaction of somatoform and vestibular disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *77*(5), 658-664. doi:10.1136/jnnp.2005.072934
- Best, C., Tschan, R., Eckhardt-Henn, A., & Dieterich, M. (2009). Who is at risk for ongoing dizziness and psychological strain after a vestibular disorder? *Neuroscience*, *164*(4), 1579-1587. doi:10.1016/j.neuroscience.2009.09.034
- Best, C., Tschan, R., Stieber, N., Beutel, M. E., Eckhardt-Henn, A., & Dieterich, M. (2015). STEADFAST: Psychotherapeutic Intervention Improves Postural Strategy of Somatoform Vertigo and Dizziness. *Behav Neurol*, *2015*, 456850. doi:10.1155/2015/456850
- Bhattacharyya, N., Gubbels, S. P., Schwartz, S. R., Edlow, J. A., El-Kashlan, H., Fife, T., vd. (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*, *156*(3_suppl), S1-s47. doi:10.1177/0194599816689667

- Bigelow, R. T., Semenov, Y. R., du Lac, S., Hoffman, H. J., & Agrawal, Y. (2016). Vestibular vertigo and comorbid cognitive and psychiatric impairment: the 2008 National Health Interview Survey. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87(4), 367-372. doi:10.1136/jnnp-2015-310319
- Bigelow, R. T., Semenov, Y. R., Trevino, C., Ferrucci, L., Resnick, S. M., Simonsick, E. M., vd. (2015). Association Between Visuospatial Ability and Vestibular Function in the Baltimore Longitudinal Study of Aging, 1837.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., vd. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Psychiatric Epidemiology in Turkey: Main Advances in Recent Studies and Future Directions*, 25(4), 264.
- Bisdorff, A., Bosser, G., Gueguen, R., & Perrin, P. (2013). The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to co-morbidities. *Front Neurol*, 4, 29. doi:10.3389/fneur.2013.00029
- Carmeli, E. (2015). Anxiety in the Elderly Can be a Vestibular Problem. *Front Public Health*, 3, 216. doi:10.3389/fpubh.2015.00216
- Chen, Z. J., Chang, C. H., Hu, L. Y., Tu, M. S., Lu, T., Chen, P. M., vd. (2016). Increased risk of benign paroxysmal positional vertigo in patients with anxiety disorders: a nationwide population-based retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 16, 238. doi:10.1186/s12888-016-0950-2
- Cheng, Y. Y., Kuo, C. H., Hsieh, W. L., Lee, S. D., Lee, W. J., Chen, L. K., vd. (2012). Anxiety, depression and quality of life (QoL) in patients with chronic dizziness. *Arch Gerontol Geriatr*, 54(1), 131-135. doi:10.1016/j.archger.2011.04.007
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066-1085. doi:10.1002/da.20633
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *Lancet*, 388(10063), 3048-3059. doi:10.1016/S0140-6736(16)30381-6
- Dağkırın, D. M. (2012). *Vertigo tedavisi altındaki hastalarada farklı ilaçların kalorik test ve nistagmusun yavaş fazı üzerine etkileri.* (Uzmanlık Tezi), Çukurova Üniversitesi.
- Dommaraju, S., & Perera, E. (2016). An approach to vertigo in general practice. *Aust Fam Physician*, 45(4), 190-194.

- Duracinsky, M., Mosnier, I., Bouccara, D., Sterkers, O., Chassany, O., & Working Group of the Societe Francaise, d. O.-R.-L. (2007). Literature review of questionnaires assessing vertigo and dizziness, and their impact on patients' quality of life. *Value Health, 10*(4), 273-284. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00182.x
- E.J. Mahoney, A., Edelman, S., & D. Cremer, P. (2013). Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: longer-term gains and predictors of disability. *American Journal of Otolaryngology, 34*(2), 115-120. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2012.09.013>
- Eckhardt-Henn, A., Best, C., Bense, S., Breuer, P., Diener, G., Tschan, R., vd. (2008). Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. *J Neurol, 255*(3), 420-428. doi:10.1007/s00415-008-0697-x
- Eckhardt-Henn, A., Breuer, P., Thomalske, C., Hoffmann, S. O., & Hopf, H. C. (2003). Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(4), 369-388. doi:10.1016/s0887-6185(02)00226-8
- Eşel, E. (2003). Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13*(2), 78-87.
- Fava, G. A., Porcelli, P., Rafanelli, C., Mangelli, L., & Grandi, S. (2010). The spectrum of anxiety disorders in the medically ill. *J Clin Psychiatry, 71*(7), 910-914. doi:10.4088/JCP.10m06000blu
- Ferrari, S., Monzani, D., Baraldi, S., Simoni, E., Prati, G., Forghieri, M., vd. (2014). Vertigo "in the pink": The impact of female gender on psychiatric-psychosomatic comorbidity in benign paroxysmal positional vertigo patients. *Psychosomatics, 55*(3), 280-288. doi:10.1016/j.psym.2013.02.005
- Furman, J. M., Balaban, C. D., Jacob, R. G., & Marcus, D. A. (2005). Migraine-anxiety related dizziness (MARD): a new disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 76*(1), 1-8. doi:10.1136/jnnp.2004.048926
- Garcia, F. V., Coelho, M. H., & Figueira, M. L. (2003). Psychological manifestations of vertigo: a pilot prospective observational study in a Portuguese population. *Int Tinnitus J, 9*(1), 42-47.
- Gazzola, J. M., Aratani, M. C., Dona, F., Macedo, C., Fukujima, M. M., Gananca, M. M., vd. (2009). Factors relating to depressive symptoms among elderly people with chronic vestibular dysfunction. *Arq Neuropsiquiatr, 67*(2b), 416-422.

- Geraghty, A. W. A., Essery, R., Kirby, S., Stuart, B., Turner, D., Little, P., vd. (2017). Internet-Based Vestibular Rehabilitation for Older Adults With Chronic Dizziness: A Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Ann Fam Med*, *15*(3), 209-216. doi:10.1370/afm.2070
- Godemann, F., Schabowska, A., Naetebusch, B., Heinz, A., & Strohle, A. (2006). The impact of cognitions on the development of panic and somatoform disorders: a prospective study in patients with vestibular neuritis. *Psychol Med*, *36*(1), 99-108. doi:10.1017/S0033291705005921
- Godemann, F., Schuller, J., Uhlemann, H., Budde, A., Heinz, A., Strohle, A., vd. (2009). Psychodynamic vulnerability factors in the development of panic disorders--a prospective trial in patients after vestibular neuritis. *Psychopathology*, *42*(2), 99-107. doi:10.1159/000203342
- Gurvich, C., Maller, J. J., Lithgow, B., Haghgooie, S., & Kulkarni, J. (2013). Vestibular insights into cognition and psychiatry. *Brain Res*, *1537*, 244-259. doi:10.1016/j.brainres.2013.08.058
- Güler, D. S. (2011). *Baş Dönmesi şikayetiyle acil servise basvuran hastalarda Head-Thrust testinin Periferik ve Santral Vertigo ayırıcı tanısındaki yeri.* (Uzmanlık Tezi), Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Hagr, A. (2009). Comorbid psychiatric conditions of benign paroxysmal positional vertigo. *Int J Health Sci (Qassim)*, *3*(1), 23-28.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, *7*(23), 3-13.
- Hong, S. M., Lee, H. J., Lee, B., Park, S. K., Hong, S. K., Park, I. S., vd. (2013). Influence of vestibular disease on psychological distress: a multicenter study. *Otolaryngol Head Neck Surg*, *148*(5), 810-814. doi:10.1177/0194599813476476
- Jacob, R. G., & Furman, J. M. (2001). Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neurol*, *14*(1), 41-46.
- Jung, I., & Kim, J. S. (2015). Approach to dizziness in the emergency department. *Clin Exp Emerg Med*, *2*(2), 75-88. doi:10.15441/ceem.15.026
- Kahraman, S. S., Arli, C., Copoglu, U. S., Kokacya, M. H., & Colak, S. (2017). The evaluation of anxiety and panic agoraphobia scores in patients with benign paroxysmal positional vertigo on initial presentation and at the follow-up visit. *Acta Otolaryngol*, *137*(5), 485-489. doi:10.1080/00016489.2016.1247986

- Kalaycı, Ş. B. (2008). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (Ş. Kalaycı Ed. 3 ed.). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kanzaki, J., & Goto, F. (2015). Psychiatric disorders in patients with dizziness and Meniere's disease. *Acta Otolaryngol*, *135*(5), 447-450. doi:10.3109/00016489.2014.990581
- Karatas, M. (2008). Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *Neurologist*, *14*(6), 355-364. doi:10.1097/NRL.0b013e31817533a3
- Katon, W., Lin, E. H., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*, *29*(2), 147-155. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.11.005
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, *54*(3), 216-226. doi:10.1016/s0006-3223(03)00273-7
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*, *13*(1), 7-23.
- Kaya, Ş. (2014). *Yapısal Eşitlik Modellemesi: Baş Dönmesi ,Kaygı ve Bedensel Duyumları Abartma İlişkisi*. (Doktora P.H.D), Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, *20*(4), 359-364. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*, *21*(3), 169-184. doi:10.1002/mpr.1359

- Ketola, S., Havia, M., Appelberg, B., & Kentala, E. (2015). Psychiatric symptoms in vertiginous patients. *Nord J Psychiatry*, *69*(4), 287-291. doi:10.3109/08039488.2014.972976
- Kim, S. K., Kim, Y. B., Park, I. S., Hong, S. J., Kim, H., & Hong, S. M. (2016). Clinical Analysis of Dizzy Patients with High Levels of Depression and Anxiety. *J Audiol Otol*, *20*(3), 174-178. doi:10.7874/jao.2016.20.3.174
- Kirmizioglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International journal of geriatric psychiatry*, *24*(9), 1026-1033. doi:10.1002/gps.2215
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, *4*(2), 146-158. doi:10.1016/s2215-0366(16)30263-2
- Kurre, A., Straumann, D., van Gool, C. J., Gloor-Juzi, T., & Bastiaenen, C. H. (2012). Gender differences in patients with dizziness and unsteadiness regarding self-perceived disability, anxiety, depression, and its associations. *BMC Ear Nose Throat Disord*, *12*, 2. doi:10.1186/1472-6815-12-2
- Lahmann, C., Henningsen, P., Brandt, T., Strupp, M., Jahn, K., Dieterich, M., vd. (2015). Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, *86*(3), 302-308. doi:10.1136/jnnp-2014-307601
- Lieb, R., Miche, M., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Meyer, A. H., & Wittchen, H. U. (2016). IMPACT OF SPECIFIC PHOBIA ON THE RISK OF ONSET OF MENTAL DISORDERS: A 10-YEAR PROSPECTIVE-LONGITUDINAL COMMUNITY STUDY OF ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS. *Depress Anxiety*, *33*(7), 667-675. doi:10.1002/da.22487
- Lopez, C., Blanke, O., & Mast, F. W. (2012). The human vestibular cortex revealed by coordinate-based activation likelihood estimation meta-analysis. *Neuroscience*, *212*(Supplement C), 159-179. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.03.028>
- Maarsingh, O. R., Dros, J., Schellevis, F. G., van Weert, H. C., Bindels, P. J., & Horst, H. E. (2010). Dizziness reported by elderly patients in family practice: prevalence, incidence, and clinical characteristics. *BMC Fam Pract*, *11*, 2. doi:10.1186/1471-2296-11-2

- Maarsingh, O. R., Dros, J., van der Windt, D. A., ter Riet, G., Schellevis, F. G., van Weert, H. C., vd. (2011). Diagnostic indicators of anxiety and depression in older dizzy patients in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 24(2), 98-107. doi:10.1177/0891988711405332
- Menant, J. C., Wong, A., Sturnieks, D. L., Close, J. C., Delbaere, K., Sachdev, P. S., vd. (2013). Pain and anxiety mediate the relationship between dizziness and falls in older people. *J Am Geriatr Soc*, 61(3), 423-428. doi:10.1111/jgs.12131
- Monzani, D., Casolari, L., Guidetti, G., & Rigatelli, M. (2001). Psychological distress and disability in patients with vertigo. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(6), 319-323.
- Monzani, D., Genovese, E., Rovatti, V., Malagoli, M. L., Rigatelli, M., & Guidetti, G. (2006). Life events and benign paroxysmal positional vertigo: a case-controlled study. *Acta Otolaryngol*, 126(9), 987-992. doi:10.1080/00016480500546383
- Muncie, H. L., Sirmans, S. M., & James, E. (2017). Dizziness: Approach to Evaluation and Management. *Am Fam Physician*, 95(3), 154-162.
- Neuhauser, H. K. (2007). Epidemiology of vertigo. *Current Opinion in Neurology*, 20(1), 40-46.
- Neuhauser, H. K. (2016). The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol*, 137, 67-82. doi:10.1016/b978-0-444-63437-5.00005-4
- Neuhauser, H. K., & Lempert, T. (2009). Vertigo: Epidemiologic Aspects. *Semin Neurol*, 29(05), 473-481. doi:10.1055/s-0029-1241043
- Neuhauser, H. K., Radtke, A., von Brevern, M., Lezius, F., Feldmann, M., & Lempert, T. (2008). Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med*, 168(19), 2118-2124. doi:10.1001/archinte.168.19.2118
- Neuhauser, H. K., von Brevern, M., Radtke, A., Lezius, F., Feldmann, M., Ziese, T., vd. (2005). Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population. *Neurology*, 65(6), 898-904.
- Newman-Toker, D. E., & Edlow, J. A. (2015). TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurol Clin*, 33(3), 577-599, viii. doi:10.1016/j.ncl.2015.04.011
- Odman, M., & Maire, R. (2008). Chronic subjective dizziness. *Acta Otolaryngol*, 128(10), 1085-1088. doi:10.1080/00016480701805455
- Öner, N. (2006). *Türkiye'de kullanılan psikolojik testlerden örnekler: Bir Başvuru Kaynağı*: Boğaziçi Üniversitesi.

- Peluso, E. T., Quintana, M. I., & Gananca, F. F. (2016). Anxiety and depressive disorders in elderly with chronic dizziness of vestibular origin. *Braz J Otorhinolaryngol*, *82*(2), 209-214. doi:10.1016/j.bjorl.2015.04.015
- Persoons, P., Luyckx, K., Desloovere, C., Vandenberghe, J., & Fischler, B. (2003). Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *General Hospital Psychiatry*, *25*(5), 316-323. doi:[https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00072-0](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00072-0)
- Pollak, L., Klein, C., Rafael, S., Vera, K., & Rabey, J. M. (2003). Anxiety in the first attack of vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*, *128*(6), 829-834. doi:10.1016/s0194-59980300454-6
- Pollak, L., Segal, P., Stryker, R., & Stern, H. G. (2012). Beliefs and emotional reactions in patients with benign paroxysmal positional vertigo: a longitudinal study. *Am J Otolaryngol*, *33*(2), 221-225. doi:10.1016/j.amjoto.2011.07.002
- Probst, T., Dinkel, A., Schmid-Muhlbauer, G., Radziej, K., Limburg, K., Pieh, C., vd. (2017). Psychological distress longitudinally mediates the effect of vertigo symptoms on vertigo-related handicap. *J Psychosom Res*, *93*, 62-68. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.11.013
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Huta, V., & Ayearst, L. E. (2012). Examination of the trait facets of the five-factor model in discriminating specific mood and anxiety disorders. *Psychiatry Res*, *199*(2), 131-139. doi:10.1016/j.psychres.2012.04.027
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, *154*(10), 1384-1390. doi:10.1176/ajp.154.10.1384
- Rosa, T. S., Moraes, A. B., & Santos Filha, V. A. (2016). The institutionalized elderly: sociodemographic and clinical-functional profiles related to dizziness. *Braz J Otorhinolaryngol*, *82*(2), 159-169. doi:10.1016/j.bjorl.2014.12.014
- Sakagami, M., Kitahara, T., Okayasu, T., Yamashita, A., Hasukawa, A., Ota, I., vd. (2016). Negative prognostic factors for psychological conditions in patients with audiovestibular diseases. *Auris Nasus Larynx*, *43*(6), 632-636. doi:10.1016/j.anl.2016.02.006
- Schmid, G., Henningsen, P., Dieterich, M., Sattel, H., & Lahmann, C. (2011). Psychotherapy in dizziness: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, *82*(6), 601-606. doi:10.1136/jnnp.2010.237388

- Shah, A. A., & Han, J. Y. (2015). Anxiety. *Continuum (Minneap Minn)*, 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 772-782. doi:10.1212/01.CON.0000466665.12779.dc
- Sloane, P. D., Hartman, M., & Mitchell, C. M. (1994). Psychological factors associated with chronic dizziness in patients aged 60 and older. *J Am Geriatr Soc*, 42(8), 847-852.
- Smith, K. (2014). Mental health: a world of depression. *Nature*, 515(7526), 181. doi:10.1038/515180a
- Staab, J. P. (2016). Chapter 24 - Functional and psychiatric vestibular disorders. In J. M. Furman & T. Lempert (Eds.), *Handb Clin Neurol* (Vol. 137, pp. 341-351): Elsevier.
- Staab, J. P., Balaban, C. D., & Furman, J. M. (2013). Threat assessment and locomotion: clinical applications of an integrated model of anxiety and postural control. *Semin Neurol*, 33(3), 297-306. doi:10.1055/s-0033-1356462
- Staab, J. P., & Ruckenstein, M. J. (2003). Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. *Laryngoscope*, 113(10), 1714-1718.
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., vd. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med*, 15(1), 143. doi:10.1186/s12916-017-0889-2
- Strupp, M., & Brandt, T. (2009). Current Treatment of Vestibular, Ocular Motor Disorders and Nystagmus. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 2(4), 223-239. doi:10.1177/1756285609103120
- Tschan, R., Best, C., Beutel, M. E., Knebel, A., Wiltink, J., Dieterich, M., vd. (2011). Patients' psychological well-being and resilient coping protect from secondary somatoform vertigo and dizziness (SVD) 1 year after vestibular disease. *J Neurol*, 258(1), 104-112. doi:10.1007/s00415-010-5697-y
- Türkyılmaz, M. D., DüNDAR, S., & AKSOY, S. (2013). Baş dönmesi şikayeti olan bireylerde baş dönmesi süreğenliği ile depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 104.
- Ulusoy, M., Hisli Şahin, N., & Erkmen, H. (1998). *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory psychometric properties* (Vol. 12).
- Üstün, T. B. (2000). Cross-national epidemiology of depression and gender. *J Gend Specif Med*, 3(2), 54-58.

- van Vugt, V. A., van der Wouden, J. C., Bosmans, J. E., Smalbrugge, M., van Diest, W., Essery, R., vd. (2017). Guided and unguided internet-based vestibular rehabilitation versus usual care for dizzy adults of 50 years and older: a protocol for a three-armed randomised trial. *BMJ Open*, 7(1), e015479. doi:10.1136/bmjopen-2016-015479
- Viana, M. C., & Andrade, L. H. (2012). Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 249-260. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.001>
- Waters, A. M., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2012). The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: parental anxious rearing as a mediator. *J Anxiety Disord*, 26(7), 737-745. doi:10.1016/j.janxdis.2012.06.002
- Weidt, S., Bruehl, A. B., Moergeli, H., Straumann, D., Hegemann, S., Buchi, S., vd. (2014). Graphic representation of the burden of suffering in dizziness patients. *Health Qual Life Outcomes*, 12, 184. doi:10.1186/s12955-014-0184-2
- WHO. (2013). Depression. Retrieved 19.01.2018 20:15, from WHO (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>,
- Wiltink, J., Tschan, R., Michal, M., Subic-Wrana, C., Eckhardt-Henn, A., Dieterich, M., vd. (2009). Dizziness: anxiety, health care utilization and health behavior--results from a representative German community survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(5), 417-424. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.09.012
- Wipperman, J. (2014). Dizziness and vertigo. *Prim Care*, 41(1), 115-131. doi:10.1016/j.pop.2013.10.004
- Witthauer, C., Ajdacic-Gross, V., Meyer, A. H., Vollenweider, P., Waeber, G., Preisig, M., vd. (2016). Associations of specific phobia and its subtypes with physical diseases: an adult community study. *BMC Psychiatry*, 16, 155. doi:10.1186/s12888-016-0863-0
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*, 27(2), 190-211. doi:10.1002/da.20653

- Yanik, B., Külçü, D. G., Kurtais, Y., Boynukalin, S., Kurtarah, H., & Gökmen, D. (2008). The reliability and validity of the Vertigo Symptom Scale and the Vertigo Dizziness Imbalance Questionnaires in a Turkish patient population with benign paroxysmal positional vertigo. *Journal of Vestibular Research*, *18*(2, 3), 159-170.
- Yardley, L., Masson, E., Verschuur, C., Haacke, N., & Luxon, L. (1992). Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients: development of the vertigo symptom scale. *J Psychosom Res*, *36*(8), 731-741.
- Yuan, Q., Yu, L., Shi, D., Ke, X., & Zhang, H. (2015). Anxiety and depression among patients with different types of vestibular peripheral vertigo. *Medicine (Baltimore)*, *94*(5), e453. doi:10.1097/md.0000000000000453
- Zhai, F., Wang, J., Zhang, Y., & Dai, C. F. (2016). Quantitative Analysis of Psychiatric Disorders in Intractable Peripheral Vertiginous Patients: A Prospective Study. *Otol Neurotol*, *37*(5), 539-544. doi:10.1097/mao.0000000000001002

8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu çalışma Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans tez çalışması olarak Prof. Dr. Şükrü Uğuz ve Dr. Fatma Üstün tarafından yürütülmektedir.

Vertigolu hastaların yaşadığı kaygıyı araştırmayı amaçlamaktayız. 5 tane ölçek kullanılacaktır, 30 dakika ile 45 dakika arasında değişmektedir.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Çalışmaya katılmamanız tedavi sürecinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Ek bilgi talebiniz olursa aşağıda yazan telefon ve e-mail adresinden ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE KLİNİK GÖRÜŞME VE PSİKOLOJİK TESTLERİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.

HASTANIN ADI SOYADI:

TARİH:

İMZASI:

Dr.Fatma Üstün

Tel: 0322 4541515

e-mail: fatmaustun02@gmail.com

Ek 2. Ölçekler

Vertigo Semptom Skalası(VSS) (kısa formu)

VERTIGO SEMPTOM SKALASI (VSS) (kısa form)

Baş dönmenizle ilgi yaşadığınız sıkıntıları öğrenmek istiyoruz. Son bir ayda aşağıda yer alan şikâyetleri hissetme sıklığına göre uygun seçeneği işaretleyiniz.

1) 20 dakikadan daha az olmak üzere siz veya çevrenizdekiler etrafınızda dönüyormuş gibi hissediyor musunuz?

- (0) Hiçbir zaman
 (1) Çok seyrek
 (2) Çoğu zaman
 (3) Sık sık (her hafta)
 (4) Çok sık (çoğu günler)

2) Aniden sıcakbasması veya üşüme hissediyor musunuz?

- (0) Hiçbir zaman
 (1) Çok seyrek
 (2) Çoğu zaman
 (3) Sık sık (her hafta)
 (4) Çok sık (çoğu günler)

3) Mide bulantısı, kusma

- (0) Hiçbir zaman
 (1) Çok seyrek
 (2) Çoğu zaman
 (3) Sık sık (her hafta)
 (4) Çok sık (çoğu günler)

4) 20 dakikadan daha fazla olmak üzere siz veya çevrenizdekiler etrafınızda dönüyormuş gibi hissediyor musunuz?

- (0) Hiçbir zaman
 (1) Çok seyrek
 (2) Çoğu zaman
 (3) Sık sık (her hafta)
 (4) Çok sık (çoğu günler)

5) Kalp çarpıntısı

- (0) Hiçbir zaman
 (1) Çok seyrek
 (2) Çoğu zaman
 (3) Sık sık (her hafta)
 (4) Çok sık (çoğu günler)

6) Tüm gün süren başta sersemlik hali, ayaklarınız yerden kesiliyormuş gibi hissediyor musunuz?

- (0) Hiçbir zaman
 (1) Çok seyrek
 (2) Çoğu zaman
 (3) Sık sık (her hafta)
 (4) Çok sık (çoğu günler)

7) Baş ağrısı, başta basınç hissi

- (0) Hiçbir zaman
 (1) Çok seyrek
 (2) Çoğu zaman
 (3) Sık sık (her hafta)
 (4) Çok sık (çoğu günler)

8) Destek olmadan ayakta duramama, yürüyememe bir tarafa sallanma

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

9) Nefes almakta zorluk, nefes darlığı

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

10) 20 dakikadan fazla süren dengesizlik hissetme

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

11) Aşırı terleme

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

12) Bayılacakmış gibi hissetme

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

13) 20 dakikadan daha az süren dengesizlik hissetme

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

14) Göğüs ağrısı

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

15) 20 dakikadan daha az süren başta sersemlik, ayaklarım yerden kesiliyormuş gibi hissetme

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok seyrek
- (2) Çoğu zaman
- (3) Sık sık (her hafta)
- (4) Çok sık (çoğu günler)

STAI-I (Durumluluk Kaygı Ölçeği)

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

STAI-II (Süreklilik Kaygı Ölçeği)

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL. GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki **KUTUCUĞU** işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek hakkında karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 - (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 - (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime çok kızıyorum.
 - (3) Kendimden nefret ediyorum.
- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 - (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 - (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

(0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

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

(0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

- (1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
- (2) Şimdi hep sinirliyim.
- (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

(0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

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

(0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

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

(0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

- (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

- (1) Birşeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor.
- (2) Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.
- (3) Hiçbir şey yapamıyorum.

(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

- (1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

- (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

(0) İştahım her zamanki gibi

- (1) İştahım eskisi kadar iyi değil
 - (2) İştahım çok azaldı.
 - (3) Artık hiç iştahım yok.
-

- (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
- (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
- (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
- (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

- (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
- (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

- (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
- (1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
- (2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
- (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

- (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 - (1) Cezalandırılabilirliğimi seziyorum.
 - (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
-

Ek 3. Etik Kurul Kararı

T.C. CAG ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ/ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA İZİN/ETİK KURULU İZİN/TALEP FORMU VE ONAY TUTANAK FORMU ÖĞRENCİ BÜÇÜKLERİ	
T.C. NOŞU	22262021148
ADI VE SOYADI	Fatma Uzun
ÖĞRENCİ NO	201810044
TEL. NO' LARI	5057916498
E - MAİL ADRESLERİ	fatmauzun20@gmail.com
ANA BİLİM DALI	Psikoloji
PROGRAM ADI	Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
BİLİM DALININ ADI	Psikoloji
HANGİ AŞAMADA OLDUĞU (DERGİ / TEZ)	Tez
İSTENİLE BULUNDUĞU DÖNEM VE DÖNEMİN KAYITLARI YAPILAN YIL	2017 / Bahar - DÖNEM KAYITLARI YENİLEDİM
ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
TEZİN KONUSU	Veritgeli hastalarda anksiyete depresyon düzeyi ölçümü
TEZİN AMACI	Çalışmada veritgeli hastaların anksiyete depresyon düzeyi değerlendirilmek istenmiştir.
TEZİN TÜRKÇE ÖZETİ	<p>Baş dönmesi sık karşılaşılan bir sendromdur. Veritge ise bir hastanın sendrom ya da çevresinin hareket ettiği algıdır.</p> <p>Baş dönmesi denge sistemine etki eden birçok farklı nedenle ortaya çıkabilen bir belirtidir. Veritge ise baş dönmesinin özel bir şeklidir ya "perçektirine karşı geyekle herhangi bir hareket olmadı" halden hastanın hareket hissi" olarak tanımlanabilir.</p> <p>Veritgeli sistemi ile anksiyete arasında bir ilişki olduğu daha öncelerde yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. (Balaban, C. D. & Theper, J. F. (2001). Neurological basis for balance- anxiety link. Journal of Anxiety Disorders, 15, 53- 78.)</p> <p>Veritgeli sendromları ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasında bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. (Best vd. (2008) Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular veritge syndromes. Results of a prospective longitudinal study over one year.</p>

Ek 4. Ölçek İzni

Re: vertigo semptom skalası



burcu.celebi
17.06.2017 17:45



Kime tolna S'N

Kullanılmıyor Dr. Feriye İnanım
Cahar alim mada beşerite dınam
Şeyhülislam
Dr. Burcu Çelebi

17.06.2017 17:45 burcu.celebi@icloud.com gönderildi

Merhaba Burcu Hocam,

Telefonda da bahsettiğim gibi Çeş Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisiyim.

"Vertigolu Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Ölçülmesi" konulu tez çalışmam için geçerlik güvenirlik izni yapmış olduğunuz Vertigo Semptom Skalası kısa formunu kullanmak istiyorum.

Bilginiz dahilinde kullanabilir miyim?

Ek 5. Etik Kurul İzni**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Toplantı Sayısı	Tarih
65	2 Haziran 2017

KARAR NO 28- Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü'nde, Prof. Dr. Şükrü Uğuz yönetiminde, Fatma Üstün tarafından yürütülmesi öngörülen, "Vertigolu Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Ölçümü" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Ek 6. Hastane Çalışma İzni

ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

14/06/2017

Merkezimizde çalışmakta olan Dr.Fatma ÜSTÜN'ün 'Vertigolu hastalarda anksiyete depresyon düzeyi ölçümü' adlı tez çalışması için' Vertigo Semptom Skalası ,STAI- I ve II , Beck Anksiyete Ölçeği , Beck Depresyon Ölçeği Bilgilendirme formları' kullanarak anket uygulaması uygundur.

Saygılarımla

Doç. Dr. Yücel AKBAŞ

Mesul Müdür

Doç. Dr. Yücel AKBAŞ
Mesul Müdür



9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad- Soyad : Fatma ÜSTÜN
Doğum Tarihi / Yeri : 22.07.1979 / Almanya
e-mail : fatmaustun02@gmail.com

AKADEMİK EĞİTİM

Yüksek lisans : 2011- 2016 Çağ Üniversitesi Psikoloji
Ana Bilim Dalı
Üniversite : 1996-2003 Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi
Lise : 1989-1996 Kırıkhan Anadolu Lisesi

MESLEKİ DENEYİM

2004-2007 Niğde Ulukışla 1 No'lu ASH
2008-2018 Galleria KBB Merkezi