



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ADANA İLİ HAVUTLU BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ
KADINLARDAKİ DEPRESİF BELİRTİLERİN SIKLIĞI
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Esra GÜNDÜZ

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ**

ADANA-2012

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında bana yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Necdet AYTAÇ'a, asistanlık eğitimim boyunca eğitim ve öğretimime katkıda bulunan, bana yol gösteren ve destekleyen, her zaman asistanlarının yanında olup onları destekleyen Sn. Prof. Dr. Muhsin AKBABA'ya, eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Ç.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri; Prof. Dr. Gülseren AĞRIDAĞ, Prof. Dr. Elçin YOLDAŞCAN, Doç. Dr. Ferdi TANIR, Yrd. Doç. Dr. Önder KARAÖMERLİOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Hakan DEMİRHİNDİ, Yrd. Doç. Dr. Ertan KARA'ya, tezimin hazırlanması aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a,

Tüm çalışma arkadaşlarıma, eğitimim süresince ve hayatımın her aşamasında desteklerini benden esirgemeyen sevgili annem, babam ve kardeşlerime, her zaman desteğiyle yanımda olan, özellikle asistanlığım ve tez dönemindeki stresli günlerimde beni yalnız bırakmayan sevgili eşim Murat'a, sabırları ve anlayışları için çok sevgili çocuklarım Barış ve Çağan'a

TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Esra GÜNDÜZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar LİSTESİ	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	VII
KISALTMALAR LİSTESİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kadın Sağlığı	5
2.1.1. Kadın Sağlığı Belirleyicileri	7
2.2. Kadın Ruh Sağlığı	9
2.3. Ruhsal Hastalıklarda Cinsiyet Farklılığı	10
2.4. Depresyon	12
2.4.1. Depresyon Tanımı	13
2.4.2. Depresyonun Tarihçesi	14
2.4.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	14
2.4.3.1. Sıklık ve Yaygınlık	15
2.4.4. Etiyoloji	16
2.4.4.1. Biyolojik Etkenler	16
2.4.4.1.1. Biyokimyasal Nedenler	16
2.4.4.1.2. Nöroendokrin Değişiklikler	17
2.4.4.1.3. Beyinde Yapısal Bozukluklar	17
2.4.4.1.4. Uyku Bozuklukları	17
2.4.4.1.5. Biyolojik Beden Saati (Sirkadiyen Ritm)	17
2.4.4.1.6. Genetik Yatkınlık	18
2.4.4.2. Psikolojik Etkenler	18
2.4.4.2.1. Yaşam Olayları	18
2.4.4.2.2. Premorbid Kişilik	18
2.4.4.2.3. Psikoanalitik Kuram	19
2.4.4.2.4. Benlik (Ego Psikolojisi)	19
2.4.4.2.5. Bilişsel (Kognitif) Kuram	19
2.4.4.2.6. Davranışçı Kuram	20
2.4.5. Depresyon Risk Faktörleri	20
2.4.5.1. Cinsiyet	20
2.4.5.2. Yaş	20
2.4.5.3. Irk ve Etnik Gruplar	21
2.4.5.4. Medeni Durum	21
2.4.5.5. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler	21
2.4.5.6. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları	22
2.4.5.6. Hastalık Öncesi Kişilik Tipi ve Özellikleri	22
2.4.5.7. Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres Etkenleri	23
2.4.5.8. Sosyo-Ekonomik Düzey (SED)	23
2.4.5.9. İş Durumu	24

	Sayfa
2.4.5.10. Puerperal Etkenler	24
2.4.5.11. İnatçı ve Tekrarlayan Depresyonda Yüksek Derecede Risk Faktörleri	24
2.4.5.12. Diğer Risk Etkenleri	25
2.4.6. Depresyonun Kliniği	25
2.4.6.1. Duygulanım Bozukluğu	25
2.4.6.2. Bilişsel Bozukluklar	26
2.4.6.3. Davranış Bozukluğu	26
2.4.6.4. Bedensel Belirtiler	27
2.4.6.5. Yaşa Özgü Bulgular	27
2.4.7. Depresyonda Tanı	27
2.4.7.1. Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları (DSM ve ICD)	28
2.4.7.2. Depresyonda Tanı Ölçütleri	30
2.4.8. Depresyonda Ayırıcı Tanı	31
2.4.8.1. Tıbbi Hastalıklar	31
2.4.8.2. Diğer Ruhsal Durumlar	32
2.4.9. Majör Depresyonun Gidişi	34
2.4.10. Depresyon Tedavisi	35
2.4.10.1. Genel İlkeler	35
2.4.10.1.1. Farmakoterapi	35
2.4.10.1.2. Psikoterapötik Yaklaşım	36
2.4.10.1.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT)	37
2.5. Kadın Ruh Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Dünyada ve Ülkemizde Yapılan Çalışmalar	37
3. GEREÇ ve YÖNTEM	40
3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri	40
3.2. Araştırma Hipotezi	40
3.3. Araştırmanın Tipi	41
3.4. Araştırmanın Evreni	41
3.5. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi	41
3.6. Araştırmanın Uygulanması	42
3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	42
3.8. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler	42
3.8.1. Anket Formu	44
3.8.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	44
3.8.2.1. BDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Güvenirliği	45
3.8.2.2. BDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliliği	45
3.9. Verilerin Analizi	46
3.10. Araştırmanın Kısıtlılığı	46
3.11. Araştırma Desteği	46
4. BULGULAR	47
4.1. Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	47
4.2. Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Sosyo-Ekonomik Özellikleri	49
4.3. Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Doğurganlık Özellikleri	51
4.4. Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Evlilik ve Aile İçi İlişkilerinin Özellikleri	53

	Sayfa
4.5. Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıları Depresyon Açısından Etkileyebilecek Diğer Faktörler	58
4.5.1. Katılımcıları Depresyon Açısından Etkileyebilecek Yaşam Olaylarının Dağılımı	61
4.6. Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Sosyo-Kültürel Faaliyet Gösterme Durumlarının Dağılımı	62
4.7. Katılımcıların Sigara/ Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı	65
4.8. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği Değerlendirmesi Bilgilerinin Dağılımı	66
4.8.1. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisinin Bilgileri	68
4.8.2. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerle İlişkisinin Bilgileri	70
4.8.3. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Doğurganlık Özellikleri İlişkisinin Bilgileri	74
4.8.4. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi Bilgileri	76
4.8.5. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Depresyon Açısından Riskli Diğer Faktörlere Göre Değerlendirilmesi Bilgileri	83
4.8.6. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Kültürel Faaliyetlere Göre Değerlendirilmesi Bilgileri	87
4.8.7. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sigara/Alkol Kullanma Durumuna Göre Değerlendirilmesi Bilgileri	93
4.8.8. Katılımcılarda Depresif Belirtileri Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Logistik Regresyon Analiz Sonuçları	94
5. TARTIŞMA	96
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	123
KAYNAKLAR	125
EKLER	139
ÖZGEÇMİŞ	149

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 1.	Kadın Sağlığı Belirleyicileri	7
Tablo 2.	Depresyonda Cinsiyet Farkını Açıklayan Risk Faktörleri	12
Tablo 3.	Duygu Durum Bozukluklarının Güncel Sınıflandırılması	29
Tablo 4.	Major Depresif Epizod İçin DSM-IV Tam Ölçütleri	30
Tablo 5.	Antidepresan İlaçların Sınıflaması	36
Tablo 6.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	48
Tablo 7.	Katılımcıların Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı	50
Tablo 8.	Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı	52
Tablo 9.	Katılımcıların Evlilik ve Aile İçi İlişki Bilgilerinin Dağılımı	55
Tablo 10.	Katılımcıların Depresyon Açısından Etkileyebilecek Faktörlerin Dağılımı	59
Tablo 11.	Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde En Çok Etkileyen Üç Yaşam Olayının Dağılımı	62
Tablo 12.	Katılımcıların Sosyo-Kültürel Faaliyetlerinin Dağılımı-1	64
Tablo 13.	Katılımcıların Sosyo-Kültürel Faaliyetlerinin Dağılımı-2	65
Tablo 14.	Katılımcıların Sigara/ Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı	66
Tablo 15.	Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine Göre Aldıkları Puan Değerlendirilmesi Bilgilerinin Dağılımı	67
Tablo 16.	Katılımcıların BDÖ Değerlendirme Sonuçlarının Dağılımı	67
Tablo 17.	Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi	69
Tablo 18.	Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerle İlişkisi	72
Tablo 19.	Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Doğurganlık Özellikleriyle İlişkisi	75
Tablo 20.	Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi	78
Tablo 21.	Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Depresyon Açısından Riskli Diğer Faktörlere Göre Değerlendirilmesi	85
Tablo 22.	Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Kültürel Faaliyetlere Göre Değerlendirilmesi	90
Tablo 23.	Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sigara/Alkol Kullanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi	94
Tablo 24.	Depresyon Düzeyini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Saptanmasında Kullanılan Logistik Regresyon Analiz Sonuçları	95

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No		Sayfa No
Şekil 1.	Kadının Yaşam Boyu Sağlık Bakımı İhtiyaçları	6
Şekil 2.	Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına Göre Cinsiyete Göre Ruhsal Bozukluk Yaygınlık Oranları	11

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AP	: Aile Planlaması
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
BDI	: Beck Depression Inventory
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CIDI	: Composite International Diagnostic Interview
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DIS	: Diagnostic Interview Schedule
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DM	: Diabetes Mellitus
DOB	: Doğum Öncesi Bakım
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUK	: Disfonksiyonel Uterin Kanama
ECA	: Epidemiyolojik Alan Çalışması
EEG	: Electroensefalografi
EKT	: Elektro-Konvulsif Terapi
ES	: Emekli Sandığı
ETF	: Ev Halkı Tespit Fişi
GIS	: Gastrointestinal Sistem
5 HIAA	: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit
HPA	: Hipotalamik-Pituitar-Adrenal
HVA	: Homovalinik Asit
ICD-10	: International Classification Of Disease
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MMPI-D	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Depresyon Alt Testi
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
NCS	: National Comorbidity Survey (Ulusal Komorbidite Araştırması)
NIMH	: National Institute of Mental Health
PMS	: Premenstruel Sendrom
PTSB	: Post-Traumatik Stres Bozukluğu
REM	: Rapidly Eyes Moment
RIA	: Rahim İçi Araç
SED	: Sosyo-Ekonomik Düzey
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SPECT	: Single-Photon Emission Computed Tomografi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSA	: Trisiklik Antidepresan
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

Amaç: Çalışmamızın amacı Adana ili Havutlu bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda depresif belirti sıklıklarını, kadınların depresif semptom görülme durumları ile sosyodemografik, sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri arasındaki ilişkileri belirlemektir.

Gereç Yöntem: Bu çalışma Havutlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesi içinde 15-49 yaş kadınlarda depresif belirti sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma, basit rastgele yöntemi ile 01.06.2010- 30.12.2010 tarihleri arasında ETF'lerden seçilen 403 kadına araştırmacı tarafından yüz yüze, sosyodemografik, sosyoekonomik ve yaşam olaylarını içeren anket formu ve Beck depresyon ölçeği ile uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların %30,3'ü anlamlı depresif belirtiler gösteriyordu. Bu çalışmanın sonuçlarına göre depresif belirtilerin görülmesi ile sosyodemografik, sosyoekonomik, sosyokültürel özellikler ve depresyona ait risk faktörleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Depresif belirti göstermede kıkare analizinde anlamlı ilişki bulunan değişkenler lojistik regresyon modeli ile incelendiğinde; fiziksel şiddete maruziyet, anne baba baskısı görme, anne baba ilgisizliği, bakmak zorunda olduğu kronik hasta varlığı, medeni durumun dul ve boşanmış olması, eşiyle cinsellik dışı ilişkisinin kötü olması depresif belirti düzeyini arttıran anlamlı bağımsız değişkenler olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçlarına göre eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sosyo kültürel etkinliklere katılımın az olması, aile ve evlilik ilişkilerinin sorunlu olması, kadınlarda depresif belirtilerin artmasına neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: 15-49 yaş kadın, depresif belirtiler, etkili faktörler

ABSTRACT

Prevalence of Depressive Symptoms in Women Between Ages 15-49 in The Province of Adana Havutlu and Effecting Factors

Purpose: The aim of our study was to determine the frequency of depressive symptoms and also was to determine relationships among characteristics of socio-demographic, socioeconomic and socio-cultural with symptoms of depression in women aged 15-49 living in the province of Adana Havutlu.

Materials and Methods: This study was planned to determine the factors affecting the frequency of depressive symptoms in women 15-49 years of age at Havutlu Family Health Center. This study was cross-sectional, descriptive study. Study was performed face to face by the researcher with a simple method of randomly in 403 women selected from ETF. Beck Depression Inventory and questionnaire including socio-demographic and socio-economic, life events was applied to participants between 06.01.2010-12.30.2010.

Results: The proportion of women indicating significant depressive symptoms was 30.3 % in this study. Chi-square analysis of variables that significantly correlated with depressive symptoms were evaluated with logistic regression model. Physical violence, pressure and lack of interest of parents in adolescence, chronic patient care requirement, being widowed or divorced, non-sexual relationship with her husband to be bad that increase the level of depressive symptoms was determined to be significant independent variables.

Conclusion: According to the results of this study, low education and socio-economic level, less participation in social and cultural activities, family and marital relations to be problematic leads to an increase in depressive symptoms in women.

Key Words: Women aged 15-49, depressive symptoms and effective factors.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Bütün dünyada yaşanan sosyal, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle sağlık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır. Sağlıklı doğmak ve sağlıklı yaşamak tüm bireyler için bir haktır. Kişinin kendi ihtiyaçları ile çevresi arasında uyumlu ilişkiler kurması ve sürdürmesi ise ancak sağlıklı bir benlik kavramıyla mümkündür. Sağlık, değişik otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanımlama çağdaş sağlık anlayışının ruh sağlığına verdiği önemi gösterir.¹

Günümüzde ruhsal ve fiziksel hastalıkların çoğunun biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kombinasyonu olduğu bilinmektedir. Ruhsal sorun ve davranış bozuklukları, tüm ülkelerde tüm yaş gruplarını etkileyen ve kişilerin olduğu gibi ailelerin ve toplumların da acı çekmesine neden olan hastalıklardır.²

İkinci dünya savaşı yılları “anksiyete” ve “ öfke” çağı olarak nitelendirilirken, zamanımız “depresyon çağı” olarak adlandırılmaktadır. Psikiyatrinin “soğuk algınlığı” olarak nitelendirilen depresyon, unipolar(tek uçlu) ve bipolar (iki uçlu) duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, duygulanım bozuklukları dışında bir çok psikiyatrik ve tıbbi durumun sonucu olarak da görülmektedir.³

Depresyon, önemli ölçüde tedavi edilebilir bir ruh sağlığı sorunu olmasına rağmen, yalnızca ülkemizde değil bütün dünyada, hastalarda yeterli tedavi arama eğiliminin olmayışı, bir çok insanın hayatını mutsuz duygu, düşünce ve deneyimlerle doldurmasına yol açmaktadır. Bu durum kişinin yaşamı algılamasında, sahip olduğu duygular, değerler ve çevreye bakış açısında değişikliklere neden olmaktadır.³

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Major depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde % 5 – 12, kadınlarda % 10 – 25 olarak bulunmuştur.⁴

Bazı ruhsal bozuklukların kadınlarda, erkeklerden daha yüksek sıklıkta görüldüğü ve psikiyatri polikliniklerine daha çok başvurdıkları bilinmektedir. Toplumun kadına verdiği değer, aile içi aşırı sorumluluk, edilgenlik gibi özellikler sadece bozukluk düzeyinde değil, belirti düzeyinde de görülmektedir. Bu açıdan

kadınların ruhsal bozukluklar ve belirtiler yönünden bir risk grubu oluşturabileceği düşünülmektedir.⁵

Davranışçı ve feminist teorilere göre de, kadınların ruhsal durumu erkeklere göre olaylardan daha fazla etkilenebilir özelliktedir. Bu durum kadınların bulundukları konumdaki güçsüzlüklerden kaynaklanmaktadır. Sosyal konumlarındaki güçsüzlük kadınların yaşamlarında önemli konularda kontrolü ellerinde daha az tutmaları ve olumsuz olaylarla daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır. Özel yaşamlarındaki sorunlar, iki cinsiyet arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır. Kadın erkekten daha az para kazanmasına rağmen, yaşamdaki sorumlulukları erkekten daha fazladır. Ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklüklerinin bakımı genellikle kadının sorumluluğu olarak algılanmakta, bu durum gittikçe artan bir stres oluşturmakta, artan iş yükü ve genel stres, kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere yol açmaktadır.⁶

Türkiye’de ruhsal sorun ve bozuklukların yaygınlığı ve bu yaygınlığı belirleyen etkenlere ilişkin bilgiler oldukça kısıtlıdır. Türkiye nüfusunu temsil eden bir örnekleme yapılmış ilk epidemiyolojik çalışma, 1995 – 1996’ da yapılan “ Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre ruhsal rahatsızlıkların hemen her türü (alkol bağımlılığı hariç) kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık bulunmuştur.⁷

Ruh sağlıklarını tehdit edebilecek pek çok risk faktörü ile karşı karşıya kalan kadınların, karşılaştıkları olayları ele alış biçimine ilişkin çalışmalar oldukça az sayıdadır. Bu çalışmaların az olması, kadınların ruh sağlığını değerlendirmenin ve yardım gereksinimini belirlemenin gerekli ve anlamlı olduğu düşüncesini doğurmaktadır. Ülkemiz gerçekleri, düşük sosyoekonomik düzeyde bulunma, olumsuz koşullarda yaşama, ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar, öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkar, fedakar ve pasif olma gibi toplum öğretilerinin kadınların mutsuz, doyumsuz, ümitsiz, çaresiz, kendini değersiz görme gibi duygular yaşamalarına neden olabilmektedir.⁸

Kadınlar tüm yaşam evrelerinin farklı gelişimsel süreçlerinde kadın cinsiyetine özgü biyolojik ve psikolojik deneyimler yaşarlar. Hormonal, intrapsişik ve çevresel etkileşimler olağan psikolojik duyuları şekillendirdiği gibi, bazı psikiyatrik hastalıklara da yatkınlık yaratabilmektedir.⁹

Kadınlarda depresyon üzerine yapılan araştırmalarda odaklanan diğer konular ergenlik dönemi ve üreme ile ilgili olaylardır. Sorumluluklar ve beklentiler dramatik olarak değişmeye başladığı zaman, kadınlarda depresyon insidansı ergenlik döneminde yüksek düzeyde görülmeye başlamaktadır. Ergenin bu dönemde yaşadıkları, kişilik kazanma, cinsiyetin ön plana çıkması, ilk defa aileden ayrılma ve tek başına karar verme, diğer fiziksel, entellektüel ve hormonal değişikliklerdir. Bu değişiklikler, genellikle erkekler ve kadınlar için farklıdır ve kadınlarda depresyon ile daha sıkı ilişkilidir.¹⁰

Kadınların üreme ile ilgili olayları, menstruel siklus, hamilelik, hamilelik sonrası dönem, çocuk sahibi olamama ve menopoz dönemidir. Bu olaylar bazı kadınların duygu durumlarında dalgalanmalara yol açmaktadır.¹⁰

Bugün Türkiye nüfusunun % 25'ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır.¹¹ Bu kadınlar giderek artan düzeyde ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmakta ve bu durum kadınların yaşama bakış açılarını olumsuz yönde değiştirmektedir. Bu değişim öncelikle kendi içlerinde, bunun yansıması olarak aile ve toplum içindeki dinamikleri etkilemektedir. Toplum içindeki etkinliği tartışılmayan kadınların aile içi, toplum ve iş çevresindeki ruhsal yapıları her zaman dikkat çekmiştir.¹²

Toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığı, dağılımı, nedenleri, risk gruplarının saptanması gibi konular koruyucu ruh sağlığı içinde değerlendirilip ülkenin ruh sağlığı politikasının belirlenmesi için gereklidir. Bunları sağlayacak en iyi çalışmalar saha çalışmalarıdır.¹³

Akdeniz bölgesinin doğusunda bulunan Adana ilinde, geleneksel aile yapısı yaygın olarak görülmektedir. Bu bölgedeki kadınlar benzer sosyo-ekonomik ve kültürel düzeye, benzer sosyal imkanlara ve sosyal desteğe sahiptir. Bu kadınların çalışma hayatına katılma şekilleri de benzerdir. Adana'da kadınların ruh sağlığına ilişkin yapılabilecek çalışmalara temel oluşturması açısından bölgede yaşayan kadınların depresif belirti durumlarının saptanması yararlı olacak ve bu kadınların yaşadıkları ruhsal sorunlarını erken dönemde belirleyerek erken dönemde müdahale yapılmasını mümkün kılacaktır.

Çalışmamızın amacı, Adana ili Havutlu bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda, depresif belirti sıklıklarını, kadınların depresif belirti görülme durumları ile sosyodemografik, sosyoekonomik, sosyokültürel, aile ve evlilik özellikleri arasındaki

ilişkileri belirlemektir. Kadın ruh sağığını etkileyen sosyokültürel faktörlerin tanımlanması ve düzeltilmesi belli bazı ruh hastalıklarından primer koruma olanağını da yaratacaktır. Ayrıca elde edilecek sonuçlar doğrutusunda depresif belirti görölme oranı yüksek olan kadınların danışmanlık ve tedavi hizmeti alabilmeleri için onları yönlendirmeyi amaçladık. Elde edilen sonuçlar doğrutusunda birinci basamak sağık hizmetlerinde ruh sağığı hizmetlerinin yeri ve önemini belirtmek, koruyucu ruh sağığı hizmetlerinin etkinleştirilmesini hedefledik. Çalışmamızın bu yönde uygun girişimlerin pekiştirilmesini sağlayacağı kanaatindeyiz.

2. GENEL BİLGİLER

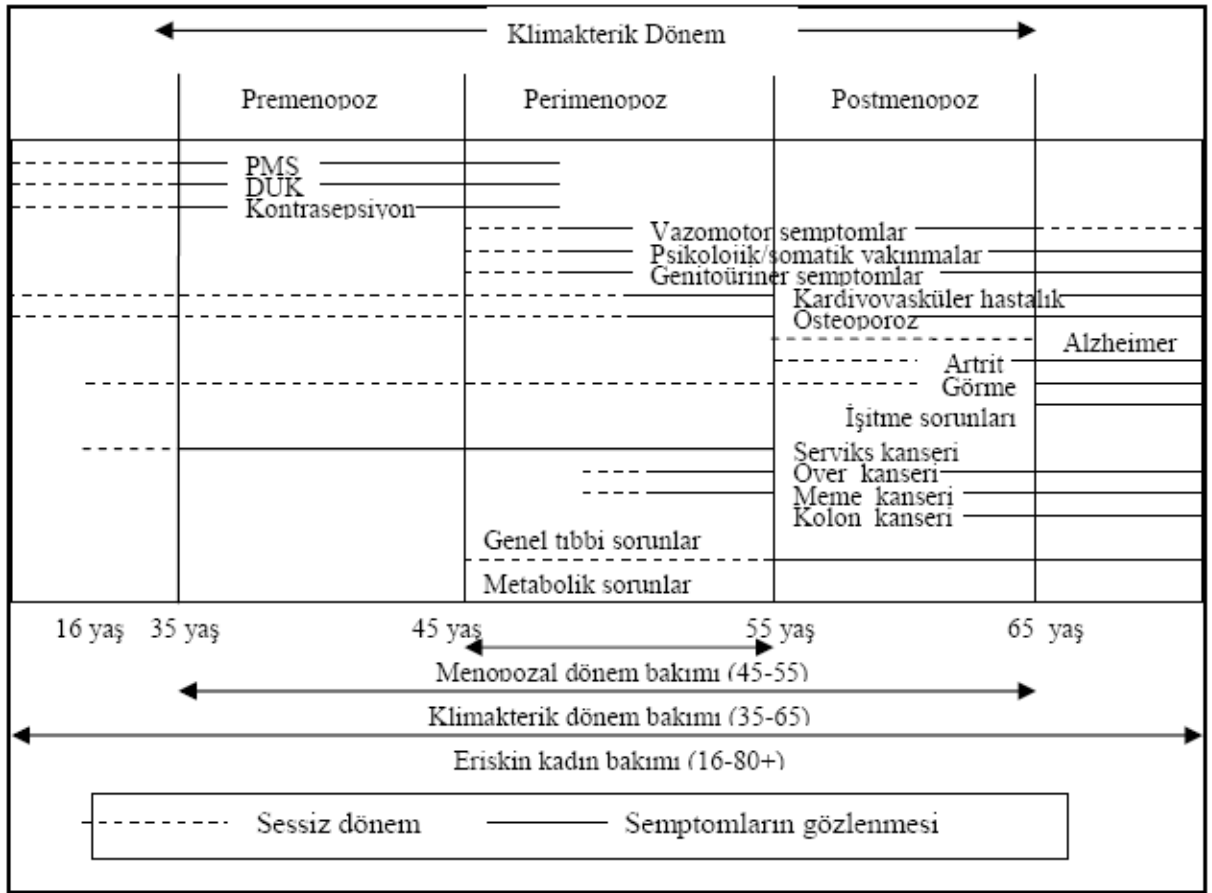
2.1. Kadın Sağlığı

Sağlık, varoluşun göreceli bir durumu olup çok boyutlu ve kişiye özgüdür.⁹ Kadın sağlığı, toplumların sosyal, siyasal, ekonomik, teknolojik gelişmişlik düzeyi ile yakından ilgilidir.¹¹ Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri, belirgin farklılık gösterir.¹⁴ Kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmalarının temelini oluşturmaktadır. Kadın fizyolojisine bağlı olarak ortaya çıkan gebelik, doğum, menopoz gibi süreçler ve bu süreçlerin kendine özgü sorunları ve hastalıkları, kadın ve erkeğin sağlık gereksinimdeki farkların sebepleri olarak sayılabilir.¹⁵

Kadınların doğumda beklenen yaşam süresi daha fazladır. Kadınlar daha uzun yaşadıkça, bu daha uzun yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla oranda hastalık, sakatlık ve stres yaşadığı pek çok toplumda mevcut olan bir gerçektir ve bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır. Bu faktörler şöyle açıklanabilir: İlk olarak; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha yüksek morbidite oranlarının bir nedenidir. Sağlığın bozulması her iki cinsiyet için de yaşlanma sürecinin bir parçasıdır. Kadınlar hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. İkincisi; kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıkları, erkeklerden daha yüksektir. Yaşam süreci boyunca hem kadın hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından risk taşımaktadır. Ancak kadının ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde kadınlar üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşarlar ve bu duyarlılık üreme çağlarını oluşturan 15 – 49 yaş aralığında daha da artar. Üçüncüsü ise; kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği “toplumsal cinsiyet” rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuzluklar mevcuttur. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde “kadın” cinsiyeti yönünden olumsuzlukların boyutu daha da büyüktür.^{14,16}

Kadınların bazı hastalık ve durumlar için yaşa göre değişken risk grubunda olmaları da kadınlara özgü sağlık sorunlarının ayrıca ele alınması ve özgün yaklaşımlar getirilmesini gerektirir. Yetişkin kadın sağlığında yaklaşım iki temele dayanır.

Bunlardan biri kronik hastalıklarla ilişkili olayların çocukluk çağında gelişmeye başlaması, diğeri ise bu hastalıklardan birincil koruma için müdahalelerin menopoza önce yapılmasının gerekliliğidir (Şekil 1). Yaşa ve topluma göre girişimler farklılık gösterse de hedef sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıktan korunmadır.¹⁵



Şekil 1. Kadının Yaşam Boyu Sağlık Bakımı İhtiyaçları.¹⁵

PMS: Premenstruel sendrom; DUK: Disfonksiyonel uterin kanama

2.1.1. Kadın Sağlığı Belirleyicileri

Sağlık durumu biyolojik, sosyal ve kültürel faktörlerle sıkı ilişki içindedir. Bu faktörler kadınları ve erkekleri farklı etkiler. Kadının üreme fonksiyonu, düşük sosyoekonomik statü, korunmasız cinsel ilişki sonucu istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), kadınlara erkeklere göre ek riskler yükler. Biyolojik ve sosyal faktörlerin kadınların sağlığı üzerinde yaşam boyunca birikici bir etkisi vardır. Bu nedenle kadınlar, tüm yaşamları boyunca sağlıklarını bozabilecek nedenler açısından değerlendirilmelidir.¹⁷ Kadın sağlığı, aile ve toplumdan kaynaklanan psikososyal faktörlerden, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin durumu gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Tablo 1’de kadın sağlığı belirleyicileri özet olarak görülmektedir.¹⁶

Tablo 1. Kadın Sağlığı Belirleyicileri¹⁶

Kadın Sağlığının Belirleyicisi Olan Faktörler	
Ailede ve Toplumda Kadının Yeri: • Eğitim, meslek, gelir, sosyal ve yasal özerklik • Toplumda ailenin yeri • Aile geliri, bulunulan yer, ailedeki diğer bireylerin eğitimi ve meslekleri. • Toplam ekonomik düzey • Toplumun mevcut kaynakları Kadının Sağlık Durumu: • Beslenme durumu • Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon) • Geçmişte gebelik komplikasyonları ile öyküsü • Doğurganlık • Gebelikteki yaşı, gebelik sayısı • Evlilik durumu	Sağlık Hizmetleri İle İlgili Faktörler: • Sağlık hizmetlerinin varlığı, hizmetlerin yeri, temel sağlık hizmetlerinin (TSH), aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetler dahil veriliyor olması. • Bu hizmetlerin yaygınlığı ve ulaşılabilirliği. • TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin niteliği ve kabul edilebilirliği. • TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin kullanımı.

Bugün Türkiye'nin nüfusun % 25'ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Bu yaş grubu, kadınların doğurgan çağları olması nedeniyle, sağlıklarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en çok tehdit altında bulunduğu dönemdir.^{18,19} Kadınların, 25 yaşından sonraki yaşlarda yaklaşık % 31'inin çalışmakta olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de kadınların halen erken yaşlarda çocuk doğurma eğiliminde oldukları görülmektedir. Türkiye'de doğumların % 70'i 30 yaşından önce meydana gelmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. TNSA-2008'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir.²⁰ Doğurganlığın yüksek ve temel DOB'ın (Doğum Öncesi Bakım) kötü olduğu ülkelerde kadın sağlığı risk altındadır.¹⁷

Kadın sağlığı, doğrudan kendisi için olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Doğurganlık hızı ve DOB alma durumu ile bebek ölüm hızı arasında doğrudan bir ilişki vardır.²⁰ Kadının toplum içindeki statüsünü belirleyen eğitimi, ekonomik koşulları, toplumsal cinsiyeti, toplumsal alışkanlıklar, davranışlar ve sosyokültürel gelenekler gibi unsurlar da kadının genel sağlık durumu ile yakından ilişkilidir.²¹ Örneğin doğurganlık çağına giren kadınlar arasında öğrenim düzeyi açısından sürekli bir artış olmasına rağmen halen üreme çağındaki kadınların %18,0'ının hiç eğitimi yoktur ya da ilköğretim birinci kademeyi tamamlamamışlardır. Diğer taraftan, her beş kadından biri (% 21) en az lise mezunudur. Bu yüzdeler, daha önceki araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, günümüzde doğurganlık çağındaki kadınların çok daha eğitilmiş oldukları görülmektedir.²⁰ Kadınlar erkeklere göre eğitim imkanlarından yeterince yararlanamamaktadır. Bunun sonucu olarak iş gücüne ve siyasal yaşama katılımları azalmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar diğerlerine göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadırlar, çünkü ya sağlık hizmetlerinin yararını, kendilerine neler kazandırabileceğini algılayamamakta ya korkmaktadır ya da karar verme özgürlükleri kısıtlıdır.²¹ Kadınların eğitim düzeyi arttıkça; evlenme yaşı ve doğurganlık ileri yaşlara kaymakta, isteğe bağlı düşük sayısı azalmakta, kadınlar kendi sağlıklarını ve çocuklarının sağlıklarını korumada daha bilinçli davranmaktadır.¹¹

Kadının bireysel ve toplumsal işlevlerini, aile ve iş yaşamına ilişkin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi için yeterli imkanlara sahip olması gerekmektedir. Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için de

öncelikle sağlıklı nesillere gereksinim vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi; kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilecek bir fenomendir. Bu fenomenin gerçekleşmesinin ön koşulu ise; öncelikle kadının kendi sağlığı üzerinde söz sahibi olmasıdır.¹¹

2.2. Kadın Ruh Sağlığı

Ruhsal sağlık problemlerinin yetişkin bireylerdeki boyutunu ölçebilmek oldukça zordur. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Dünyada yaşayan insanların % 25'i, hayatlarının bir bölümünde, ruhsal hastalıklarla karşılaşmaktadırlar. DSÖ 2000 yılı raporuna göre dünyada en fazla hastalık yükü getiren 10 hastalığın 4'ünü ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır.²² ABD'de yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışması, nüfusun neredeyse yarısının hayatları boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirdiğini ortaya koymaktadır.²³ Gelişmiş ülkelerde 15-44 yaş grubundaki kadınlarda da toplam hastalık yükü içerisinde, depresyon ve diğer nöro-psikiyatrik durumların yükü % 12 olarak hesaplanmıştır.¹⁷ Dünya Sağlık Örgütü'ne göre küresel düzeyde hastalık yükünün % 12,3'ünü ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır. Türkiye'de de saha araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığını % 20 dolayında işaret etmektedir.²⁴ Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığı % 17,2'dir. Bunu en çok % 10-12 oranında anksiyete bozuklukları ve depresyon oluşturmaktadır. Kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranını erkeklerden iki kat daha fazladır. Eğitim, medeni durum gibi değişkenler ruhsal hastalık yaygınlığını etkilemektedir. Aynı zamanda kadınlar erkeklere nazaran iki kat daha çok sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır.⁷

Toplumda yapılmış yaygın ruh sağlığı, davranış ve sosyal problemlere ilişkin araştırmalarda; yaygın olan anksiyete, depresyon, ev içi şiddet etkileri, cinsel şiddet etkileri ve artmış madde kullanım hızı gibi spesifik ruh sağlığı bozukluklarının erkeklerden daha çok kadınları olumsuz etkiledikleri bulunmuştur.²⁵ Bunun nedeninin ise kadınların hassaslıklarının, incinebilirliklerinin, toplum içindeki rolleri, işleri ve evlilikleri ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁹

Ruh sağlığını genel sağlıktan ayırmak mümkün değildir. İşsizlik, yaşam pahalılığı, göçler, ait olunan toplumsal kökten kopma, çarpık kentleşme gibi etmenler sonucu pek çok insan ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Ancak kadınların psikososyal ve ruhsal sağlık problemleri, nedenleri, sonuçları ve bu sorunların cinsiyetle olan ilişkisi toplum sağlığında ayrı bir önem taşımaktadır ve kadınlara verilecek ruh sağlığı hizmetleri üzerinde özellikle durulması gerekmektedir. Ruh sağlığı kadınlar için temel sağlık problemi olmaya devam etmekte ve çoğunda ihmal edilmektedir.⁹

2.3. Ruhsal Hastalıklarda Cinsiyet Farklılığı

Genetik, biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin karışımına ek olarak toplumsal cinsiyetin, kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları üzerinde hayati rol oynadığı gösterilmiştir.⁸ Batılı toplumlarda 1973 yılında yapılan bir araştırmada, kadınların erkeklerden daha fazla emosyonel problemlerinin olduğu saptanmıştır. Avustralya'da 1983'te 357.000 kadına karşılık, 197.000 erkeğin ruhsal sağlık problemi olduğu bildirilmiştir. Russo'nun 1990 yılında yaptığı epidemiyolojik çalışmada major depresyon, agorafobi ve basit fobi, distimi, obsessif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozuklukları ve panik bozukluk kadınlarda erkeklerden daha çok görülmüştür. Manik epizod ve kognitif bozukluklarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.⁹

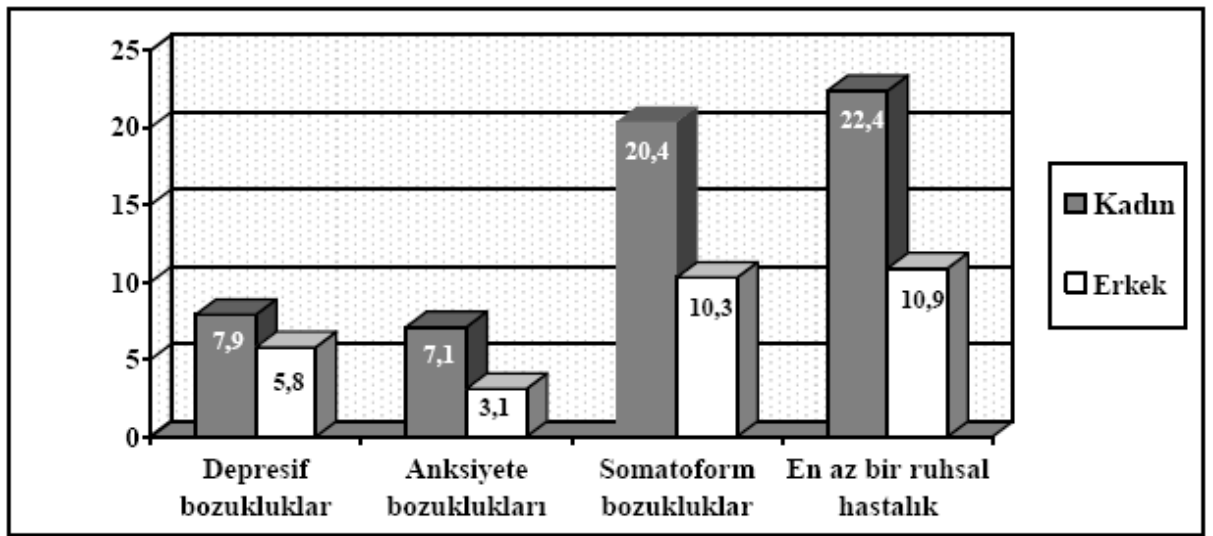
Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılındaki raporunda da depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına ilişkin durumların görülme sıklığı, kadınlarda daha fazla iken; madde kullanımı ve anti-sosyal davranışların erkeklerde daha yaygın olarak görüldüğü; intihar sonucu ölüm oranı erkeklerde daha yüksek iken, intihar girişiminde bulunmanın kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.³ Nitekim, major depresif bozukluk, kadınlarda yaklaşık iki kat daha sık görülmektedir.²⁶

Ulusal Komorbidite Araştırması da (National Comorbidity Survey, NCS) hayat boyu ruhsal hastalık risklerinin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir; major depresyon riski % 21-24 ve % 12-15, yaygın anksiyete riski % 6,6 ve % 3,6, agorafobi riski % 9,0 ve % 3,6; basit fobi riski % 15,7 ve % 6,7, sosyal fobi % 15,5 ve % 11,1'dir.^{23,26}

Yapılan araştırmalarda eksen II kişilik bozuklukları içerisinde histrionik ve borderline kişilik bozuklukları ile travma sonrası stres bozukluğunun da kadınlarda daha sık görüldüğünü göstermiştir. Nöropsikotik özürüllüğün % 31'i erkeklerde alkol ve madde bağımlılığına bağlı iken, bu oran kadınlarda % 7'dir.^{8,23} Ayrıca evli kadınlar evli erkeklerden daha çok ruhsal sorun yaşamakta; ancak bekarlar arasında erkeklerin ruh sağlığı sorunları daha fazla olmaktadır.⁹ Ayrancı ve Yenilmez²⁷ tarafından Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, sağlık ocaklarına bir kez başvuran psikiyatrik hastalarda başvuru oranının kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir. En sık görülen tanılar ise depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak saptanmıştır. Birçok ortamda bu durum, bu sorunlara sahip kadınların bakım ve hizmetlere ulaşmada daha fazla zorluk çektiği anlamına gelir, çünkü bu hizmetler erkeklere yönelme eğilimindedir.⁸

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Bazı hastalarda ise hastalık dönemleri yılın belirli mevsimlerinde izlenmekte olup, bunlara mevsimsel özellik gösteren depresyon denmektedir.²⁸

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık ruhsal bozuklukların görülme sıklığını % 17,2 saptanmıştır ve bunların kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Şekil 2).⁷



Şekil 2. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına Göre Cinsiyete Göre Ruhsal Bozukluk Yaygınlık Oranları⁷

Tablo 2. Depresyonda Cinsiyet Farkını Açıklayan Risk Faktörleri ²⁹

Çocukluk çağında aile ortamı ve olumsuz deneyimler	Kadınlar cinsel istismar açısından daha fazla risk altındadırlar ve çocukluk çağındaki olumsuz yaşam deneyimlerine daha duyarlıdırlar.
Önceki depresyon ve anksiyete bozuklukları	Kadınlarda, depresyon ve anksiyete bozuklukları için risk daha erken yaşlarda başlar.
Sosyal roller ve kültürel değerler	Seçim hakkının olmaması, rol yüklülüğü ve zorlayıcı toplumsal rollerle ilişkili rol sınırlılığı kadınların depresif bozukluk açısından daha riskli olmasına neden olur.
Olumsuz yaşam olayları	Kadınlar daha fazla olumsuz olayla karşılaşmazlar ancak olumsuz olayların niteliği, sosyal ortamlarına bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.
İncinebilirlik ve baş etme mekanizmaları	Depresif tabloda olan kişilerde kişisel tutum ve baş etme mekanizmaları açısından cinsiyete özgü farklılık saptanmamıştır.
Gonadal hormonlar	Çevresel etkenlere göre daha az olmakla birlikte etkisi vardır.
Adrenal eksen ve tiroid eksen	Adrenal eksenle ilgili çelişen sonuçlar vardır. Tiroid ekseninin sınırlı rolü vardır.
Nörotransmitter sistemleri	Etkilerinin cinsiyetler açısından farkı belirsizdir.

2.4. Depresyon

Depresyon; yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir.³⁰

2.4.1. Depresyon Tanımı

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır.³¹

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa, hayatın her döneminde olabilir. Bebeklikte, hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak anaklitik depresyon, ergen dönemde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık dönemlerinde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez.³² Duygulanım bozukluklarının kategorize edilmesi, klinik olarak ikiye ayrılır; depresyon sendromları (bipolar ve unipolar depresif bozukluklar) ve depresif belirtiler. Depresif sendrom; disforik(huzursuzluk, tedirginlik) duygudurum veya ilgi-zevk kaybı, uyku, apati bozuklukları, enerji kaybı, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yoğun suçluluk duygusu, kendine güvensizlik, konsantrasyon azlığı gibi semptomlarla görülen majör klinik tablodur. Depresif belirtiler; sıklıkla depresyonun özelliklerine eşlik eden disfori varlığını gösterir fakat klinik olarak depresyon sendromunun kriterlerini karşılamaz. Klinik olarak depresyon sendromu klinik görüşmeciler tarafından yapılırken, semptomlar sıklıkla kendini değerlendirme anketleri ile yapılır.³³

Depresyonun çeşitli tipleri ve nedenleri vardır. Bunlar temelde biyolojik, psikolojik ya da her ikisinin birlikte olduğu bir nedenle olabilir. İnsanın biyopsikososyal bir bütün olduğu göz önüne alındığında böyle olması kaçınılmazdır. Aynı zamanda varoluşsal bir varlık olan insanda varoluşsal sorunların yaşamının anlamını sorgulayışında ortaya çıkan depresyon da görülebilmektedir.³² Depresyonun en kötü sonucu intihardır. Orta ve ileri derecede depresyonlu hastaların en az % 75'inde intihar düşüncesine rastlanır. Ciddi depresyonlarda herhangi bir anda intihar riski % 11-17

arasındadır.³⁴ Alkol/ilâç kullanımı ve psikoz ile birlikte görülen depresyon, intiharların en az % 60'ından sorumludur.³

2.4.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahid'de ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlamak mümkündür. Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan Hippokrates'dır. Hippokrates bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için "melaine chole" olarak adlandırmıştır. Galen'e göre melankoli "korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret" ile kendini göstermektedir.³⁶ Efes'li hekim Soranus'un ruh hastalıklarının kurumsal tedavisinde hastalara tiyatro oyunları izlettiği, oyunlarda rol almalarını istediği ve melankolide komedi, manide trajediyi tercih ettiği bilinmektedir.³⁷ Tamamıyla duygudurum bozukluklarına ayrılmış ilk İngilizce metin, R.Burton'un 1621'de yayınlanan "Melankolinin Anatomisi" adlı eseridir. 'Nedensiz' melankolilerin yanı sıra; hipokondriyazis, yas ve aşk melankolileri gibi çok çeşitli nedensel kategoriler de sınıflamış ve hemen bütün öncülleri gibi Burton da erkeklerde daha sık görüldüğünü bildirmiştir.³⁷ Mani P. Pinel (1745-1826), melankoli ise J.E. Esquirol (1772-1840) tarafından incelenmiş ve ayrıntılarıyla tanımlanmıştır.³⁷ 17. yüzyıl Fransa'sındaki kartezyen düşünce zihni bedenden kavramsal olarak ayırmakla, hekimlere somatik alanda otonomi sağlamış, kilisenin müdahalesinden özgür kılmıştır. Dikotomik yaklaşım, Kraepelin'in deskriptif gözlemleri ve tanısal kategorizasyonunda meyvesini vermiş, ancak biyolojik indirgemecilikle de sınırlanmıştır. 20. yüzyılın başında İsviçre'li A. Meyer, psike ve soma arasındaki ayrımı köprüleştirmek amacıyla "psikobiyoloji" terimini getirmiş, biyografi ve psikososyal nedenlere dikkat sarfetmiştir. Melankoli terimi yerine, biyolojik çağrışımları olmadığı için "depresyon" "pressed down" (aşağı bastırılmış) terimini tercih etmiştir.³⁶

2.4.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Psikiyatrik epidemiyolojinin bir çalışma alanı olarak depresyonun epidemiyolojisi, depresif bozuklukların bir toplumdaki sıklığını (incidence), yaygınlığını (prevalence), gelecekte toplumun ne kadarının bu bozukluğa yakalanabileceğini, bozukluğun klinik özelliklerinin dağılımını, risk etkenlerinin neler

olduğunu ve bunların epidemiyolojik oranlara etkilerini araştırır. Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalar, sağladıkları verilerle ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunur, aynı zamanda etiyolojiyle ilgili ipuçları da verir. Bu araştırmalar depresyonun klinik belirtileriyle ilgili bilgilerimizi artırır, tanı koydurucu bilgiler sağlar. Bu bilgiler salt hasta grupları ve risk gruplarıyla yapılan çalışmaların istatistiksel verileriyle elde edilebilir. Bu nedenle depresyonun epidemiyolojik değişkenleri etiyolojik ve risk etkenleriyle yakından ilgili, hatta iç içedir. Epidemiyolojik çalışmaların en önemli özelliklerinden biri, toplum düzeyinde alan çalışmaları olmalarıdır.³⁸

2.4.3.1. Sıklık ve Yaygınlık

Tek uçlu ve iki uçlu depresif bozukluklar, toplumda ve klinik örnekleme en sık görülen psikiyatrik hastalıklardır. Bunların sık görülme oranları ve çeşitli komplikasyonlarına (özkıym, madde kötüye kullanımı vb.) ek olarak günlük işlevsellik üzerine olumsuz etkileri de belirgindir. Bu olumsuz etkiler pek çok kronik hastalık kadar ya da daha fazladır.³⁶ Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan iki epidemiyolojik çalışma, 1991'deki Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) ve Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS)'dir.³⁹ 2001 ve 2002 yılları boyunca NCS belirli bir yerde ikamet eden 9900 olguda daha tekrarlanmıştır (NCS-R).⁴⁰ Buna ek olarak son dönemlerde birçok ülkeyi kapsayan çok merkezli epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Weissman ve arkadaşları tarafından, majör depresyon ve bipolar bozuklukla ilgili, toplam 10 ülkede, benzer yöntemlerle yapılmış epidemiyolojik çalışmayı birleştirdikleri, yaklaşık 38.000 kişi ile yapılmış bir çalışma yayımlanmıştır.⁴¹ ECA çalışması, majör depresif bozukluğun yaşam boyu ve yıllık yaygınlığını sırasıyla % 4,9 ve % 2,7 olarak bildirmiştir. NCS'de, metodolojiye bağlı bir farklılık nedeniyle yaşam boyu, yıllık ve nokta yaygınlık oranları daha yüksek olarak bildirilmiştir (% 17,1, % 10,3, % 4,9). NCS-R'de ise yaşam boyu ve yıllık yaygınlık oranları sırasıyla % 16,2 ve % 6,6'dır.^{39,40,42} Weissman'ın yapmış olduğu çalışmada, majör depresyon için yaşam boyu yaygınlık oranları merkezler arası belirgin farklılıklar göstermektedir. Tayvan'da % 1,5 olan bu değer, Beyrut'da % 19,0'dur. Yıllık yaygınlık ise Tayvan'da % 0,8 iken, Yeni Zelanda'da % 5,8'dir. Merkezler arasında değişmeyen tek şey ise kadınların depresyon

oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğudur. Merkezler arasındaki oranların bu derece farklı olmasını, yazarlar kültürel farklılıklara veya hastalığın ifade edilmesinin farklı risk faktörleri tarafından etkilenmesine bağlamışlardır.⁴¹ Mathers ve Loncar'ın, 2006'da Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı olarak, mortalite ve hastalık yükü tahminleri ile ilgili yapmış oldukları çalışmaya göre, 2030'da hastalıklı geçen yıl sayısı açısından üç hastalık için karamsar bir tablo olduğu bildirilmiştir: HIV/AIDS, unipolar depresif bozukluk ve iskemik kalp hastalığı.⁴³

Hastalanma riski üzerinde az durulan bir orandır. Major depresyon aile çalışmalarında, hastaların birinci derecedeki akrabalarında depresyona yakalanma riski kadınlarda % 18,0 oranında bulunmuştur.⁴⁴ Kişinin biyolojik ailesinde depresyon geçirmiş diğer kişilerin bulunması, hastalık riskini 1,5–3 kat arttırmaktadır.⁴⁵

Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı belirlemek için ülke genelini temsil eden tek çalışma Dünya Sağlık Örgütü'nün projesi kapsamında 1995-1996 yılları arasında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasıdır. 18 yaş ve üstü 7479 kişi ile CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ile yapılan görüşmeler sonucunda, son 12 aydaki tanılar göz önüne alındığında görüşülen kişilerin % 17,2'sinde en az bir ruhsal hastalık tanısı konulmuştur.⁴⁶

2.4.4. Etiyoloji

2.4.4.1. Biyolojik Etkenler

2.4.4.1.1. Biyokimyasal Nedenler

Depresyonda genel olarak norepinefrin, dopamin ve serotonin düzeyinde düşmeden bahsedilmektedir. Yapılan çalışmalarda, beyin omurilik sıvısı, plazma ve idrarda norepinefrin yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksi fenilglükol (MHPG), dopamin yıkım ürünü olan homovalinik asit (HVA), 5-hidroksitriptofan 2 yıkım ürünü olan 5-hidroksi indol asetik asit (5 HIAA) düzeylerindeki değişiklikler gösterilebilmektedir. Son yıllarda nörotransmitter düzeylerindeki değişikliklerden çok sinaptaki reseptörlerin etkinliğinden ve reseptör duyarlılığındaki değişikliklerden söz edilmektedir.³²

2.4.4.1.2. Nöroendokrin Değişiklikler

Duygudurum bozukluklarında hipotalamus-hipofiz-tiroid ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aksındaki patolojilerden bahsedilmektedir. Depresyonda hipofizden aşırı ACTH salınımı, adrenal bezin ACTH'ya aşırı duyarlılığı nedeniyle adrenal kortizol salgılamasında aşırı artış olduğu düşünülmektedir. Kortizol salınımı normal kişilerde sirkadiyen ritm gösterir. Sabah saatlerinde artar, akşama doğru azalır. Depresyonlu olgularda ise akşam saatlerinde artış gözlenir.⁴⁷ Bu noktada araştırılan konu; kişilerin strese girdikleri için mi hipofiz aşırı ACTH salmakta yoksa kişilerde depresyon olduğu için mi hipofiz bezi aşırı ACTH salarak kortizol düzeyini yükseltmektedir.³² Depresyonlu olgularda akşam saatlerinde kortizol düzeylerindeki artışı deksametazon supresyon testi ile gösterilebilir. Depresyonlu olgularda % 50 dolayında nonsupresyon görülmektedir.³² Diğer önemli değişiklik, tiroid eksenindeki değişikliklerdir. Özellikle dirençli depresyonda subklinik hipotiroidi gözlenebilir. Depresyonda TRH'ya TSH yanıtında azalma, T4 düzeyinde yükselme görülebilir. Bu nedenle depresyonlu hastalarda tiroid hormonları, TSH, tiroid antikorları, gerekirse TRH stimülasyon testleri yapılmalıdır.⁴

2.4.4.1.3. Beyinde Yapısal Bozukluklar

Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında (BBT; MRI; SPECT) majör depresyonda frontal lopta ve kaudat çekirdekte küçülme, frontal kortikal kan akımında azalma, bipolar depresyonda ventriküllerde genişleme görülmektedir.³²

2.4.4.1.4. Uyku Bozuklukları

Majör depresyonda uyku EEG'sinde bazı değişiklikler gözlenmektedir. REM latansında kısalma, uyku başlangıcında REM yoğunluğunda artış, ilk REM periyodunun uzaması, uyku başlangıcının gecikmesi ve delta uykusunun azalması gibi değişiklikler görülür. Özellikle REM latansındaki kısalma depresyona yatkınlık göstergesi olarak ele alınmaktadır.

2.4.4.1.5. Biyolojik Beden Saati (Sirkadiyen Ritm)

Duygudurum bozuklukları ile biyolojik beden saati arasında ilişki kurulmaktadır. Duygudurum bozukluklarının mevsimsel değişiklikler göstermesi, döngüsel oluşu, uyku

bozukluklarının bulunuşu, biyolojik beden saatini düzenleyen melatonindeki değişikliklerin gösterilmesi bu varsayımı desteklemektedir.⁴⁷

2.4.4.1.6. Genetik Yatkınlık

Genetik yatkınlık duygudurum bozukluklarında çok belirgin olarak gözlenmektedir. Doğrudan geçişin olası kanıtları bulunmaktadır. Ancak bu, doğrudan geçiş olarak değerlendirilmemekte ve kişiler de genetik özelliklere eklenen çeşitli stres verici yaşam olayları, başka biyolojik ya da psikodinamik etkenlerle birlikte hastalığın ortaya çıktığı belirtilmektedir. Majör depresyonu olan kişilerin yakınlarında depresyon görülme riski normal kontrol grubuna göre 2-3 kat fazla iken bipolar bozuklukta ise 8-18 kat fazladır.³²

2.4.4.2. Psikolojik Etkenler

Depresyonu sadece biyolojik nedenlerle açıklamak olanaksızdır. Sadece biyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan depresyonlar olmasına karşın birçok nedenle (psiko-sosyal) depresyonlar da olabilmektedir. Çeşitli yaşam olayları, yakın bir kişinin ölümü, ekonomik durumun kötüleşmesi, kişinin sosyal statüsünün etkileyen olaylar depresyona neden olabilmektedir.⁴⁷

2.4.4.2.1. Yaşam Olayları

Yaşam olayları ve çevresel stres etkenlerinin duygudurum bozukluklarında özellikle ilk atakta etkili oldukları nörotransmitter düzeyinde değişiklikler ile daha sonraki ataklara neden oldukları düşünülmektedir. Ayrıca erken yaştaki kayıp ve ayrılıklarının reseptör düzeyinde değişiklikler yaptığı ve ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturduğundan bahsedilmektedir.⁴⁷

2.4.4.2.2. Premorbid Kişilik

Hastalık öncesi kesin bir kişilik belirlenmemesine rağmen, oral bağımlı, obsesif kompulsif ve histriyonik kişilik özelliği olanlarda depresyona eğilim olduğu düşünülmektedir.⁴⁷

2.4.4.2.3. Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik kurama göre depresyonda bir sevgi nesnesi kaybı söz konusudur.⁴⁷ Depresyonun psikodinamik açıdan nedenine bakıldığında depresyonlu hastanın kişilik özelliğinde bazı temel özellikler vardır.³²

- Oral dönemde saplanma ve buna bağlı olarak bağımlılık duygularının güçlü oluşu, sevgi açlığı ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlılık.
- Sevgi nesnelerine (yakın olduğu insanlara) karşı bilinçli sevginin yanı sıra bilinç dışı kin ve düşmanlık duygularının bulunması.
- Kolay cezalandıran, affetmeyen, güçlü, baskıcı süper ego.
- Öfke, kin, nefret gibi saldırganlık dürtüleri ile ilgili duyguların dışa vurulmasında büyük güçlük ve bu duyguların bireyin kendisine yöneltmesine eğilim.
- Sevgi onaylanma, beğenilme ve terk edilmeme için bireyin aşırı özverici olarak kendisini fazla yüklemesi, titiz, mükemmeliyetçi olması.

Bu kişilik yapısındaki insan, sevgi nesnesini yitirdiğinde ikili duygular içinde olduğu bu kişiye karşı bilinç dışı nefret ve düşmanlık duyguları egoyu sıkıştırır. Baskıcı süper ego yüzünden saldırgan duygularını dışa vuramayan birey bu duygularını kendisine yöneltir. Yani saldırgan dürtüler, süperego ve ego arasında çatışma yaşanmakta, kişinin benlik saygısı düşmekte, değersiz bir yaratık olarak kendisini algılamakta, suçlamakta, bir hiç olduğunu düşünmekte, giderek yaşamaya layık olmayan biri olarak ciddi bir depresyon tablosu oluşturmaktadır.³²

2.4.4.2.4. Benlik (Ego Psikolojisi)

Bu kurama göre, benliğin üç alanda özsever amaçları vardır. Bunlar değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün olmak, iyi ve seven olmaktır. Bu istekler gerçekleşmezse benlik, kaygı ve çatışmaya girer. Bu özsever engelleme sonucunda özsaygı düşer ve depresyon gelişir.⁴⁷

2.4.4.2.5. Bilişsel (Kognitif) Kuram

Çocukluk çağında yaşanan deneyimler erişkin yaşamda kendine ve dünyaya bakışı ve davranışları biçimlendirir. Bunlar dünyaya, kendini ve geleceğe olumsuz

bakarlar, bunun sonucunda depresyon gelişir.⁴⁷ Son yıllarda depresyonun temel olarak duygulanımla ilgili olmayıp düşünsel bir bozukluk olduğunu ileri süren görüşler de önemsenmektedir. Bu varsayıma göre kişi kendisi, dünya ve gelecekle ilgili olumsuz kötümser düşünceler taşımakta ve her türlü yaşam olayını kafasındaki o şemaya göre olumsuz olarak yorumlamakta, bu olumsuzluğu bütün yaşama genelleyerek tümünden kötümser bir bakış oluşturmaktadır. Her şeyi bu bakış açısıyla yorumlayan kişide giderek depresyon ortaya çıkmaktadır. Yani düşünce birincil, duygulanım ikincildir.⁴⁷

2.4.4.2.6. Davranışçı Kuram

Erken yaşam dönemindeki deneyimlerle kişiler çeşitli davranış biçimlerini öğrenirler ve kendi yaşamlarında uygularlar. Bu kurama göre depresyon bir öğrenilmiş çaresizlik durumudur.⁴⁷

2.4.5. Depresyon Risk Faktörleri

2.4.5.1. Cinsiyet

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009'da cinsiyet ve mental bozukluklarla ilgili yapmış olduğu uluslararası sağkalım çalışmasının sonuçlarına göre, araştırmanın yapıldığı tüm ülkelerde tutarlı bir şekilde majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk açısından kadınların yaşam boyu riski anlamlı derecede yüksektir, kadın/erkek risk oranları ülkelere göre 1.3-2.6 arasında değişkenlik göstermektedir.⁴⁸ Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyet göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır.⁴

2.4.5.2. Yaş

Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur. Depresyonun sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçimindedir.^{50,51} Ancak depresyon yaygınlığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark kalmadığı da belirtilmektedir.^{51,52} Son yıllardaki çalışma sonuçları ve görüşler, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının gençler arasında giderek arttığı yönündedir.^{53, 54, 55} Bunun nedeni daha çok alkol ve diğer maddelerin kullanılmasındaki artışa bağlanmaktadır.

Depresyonun sıklığının ve yaygınlığının en geniş aralıkta 20-50 yaşları arasında pik yaptığı, ortalama başlangıç yaşının 20'li yaşların ortası (27 yaş) olduğu belirtilmektedir.^{44, 54, 56, 57} Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. Jorm' un 2000 yılında ki bir çalışmasına göre, daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır.⁴⁹

2.4.5.3. Irk ve Etnik Gruplar

Loosen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada: majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıkların da daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri sürenlerin yanında, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiğini ileri sürenler de olmuştur.⁴⁹

2.4.5.4. Medeni Durum

Çalışma sonuçları depresyonun medeni duruma göre dağılımında farklılıklar göstermektedir. Birçok çalışmada depresyonun ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur.^{52, 58, 59, 60} Depresyonun bekarlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğü de ileri sürülmektedir.⁴⁴ Evlilik ilişkilerinin kötü olması depresyon riskini arttırmaktadır.^{44, 54} Yalnız yaşayanlarda, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Brown ve Moran'ın 1997 yılında yaptığı çalışmalarında eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre değişim göstermektedir.⁴⁹

2.4.5.5. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler

Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde % 11, kadınlarda % 18 düzeyindedir.⁴⁹ Leonhard, bipolar grupta unipolara göre daha fazla genetik yüklülük olduğuna değinmiş ve çeşitli

çalışmalarda bipolar gruptaki hastaların ailelerinde hipomani, unipolar hastaların ailelerinde ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir.^{54, 61}

2.4.5.6. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları

Bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve süreklilik gösteren sevgi ve duygular beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşı anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda depresyon gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Spitz yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlamış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların, ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkat çekmiştir.⁴⁹ Çocukluk dönemi yaşantıları:

1. Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimiyle ilişkili bulunmuştur.
2. Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir.
3. Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. 1994'te Bifulco'nun, 1990'da Haris'in yaptıkları çalışmalarda aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür. Birmaher ve arkadaşlarının 1996'da ki çalışmasında çocukluk dönemlerindeki kötüye kullanımlarının hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) eksenin işlevlerini etkileyebileceği yani kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) uyarma testinde daha yüksek derecede ACTH yanıtlarının alındığını ileri sürmektedirler.⁴⁹

2.4.5.6. Hastalık Öncesi Kişilik Tipi ve Özellikleri

Depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için kişinin depresyon epizodu öncesindeki (premorbid) kişilik yapısı incelenmelidir. Birçok çalışma bazı kişilik özelliklerinin depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar obsesif, oral-bağımlı, histriyonik kişilik özellikleri ile içe dönüklük ve nörotisizm özellikleridir.^{54, 62,}

⁶³ Depresyona eğilimli kişilerin öz güvenlerinin (selfesteem) düşük, üstbenliklerinin

güçlü, kişilerarası ilişkilerinde bağımlı, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkilerinde yetersiz oldukları bulunmuştur.⁴⁴

2.4.5.7. Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres Etkenleri

Olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Bir çok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir. Çünkü negatif olaylar daha çok “afektif diatez”e sahip bireyler üzerinde etkili olmaktadır.⁴⁹ Paykel’in 1971, 1994 ve 1997’de ki çalışmalarında bu konuyla ilgili bir diğer hususa dikkat çekilmiştir. Yaşanan olayların kendisinden çok, o olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak 1997’de Brown ve arkadaşları etkileri uzun süre devam eden yaşam olaylarının depresyon oluşturmadaki rolünü vurgulamış, kısa süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığını ileri sürmüşlerdir.⁴⁹

2.4.5.8. Sosyo-Ekonomik Düzey (SED)

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışılan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür. Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir.⁶⁴ 1950’li ve 1960’lı yıllarda değişmez olarak depresyon sıklığı ve yaygınlığı düşük sosyoekonomik düzeydekilerde daha yüksek oranda bulunmuştur.⁶⁵ Sonraki çalışmalarda bulunan sonuçlar çelişkilidir. Depresyon yaygınlığının düşük SED’dekilerde daha yüksek olduğunu belirten yayınlar^{66, 57, 67} olduğu gibi, depresyon yaygınlığının SED’le ilişkisi olmadığını belirten yayınlar da vardır.^{54, 68}

Ülkemizde depresyon en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde bulunmuştur.^{69,70} 2007’de yapılan 7 senelik longitudinal toplum çalışmasında, düşük sosyoekonomik düzey ile depresyon prevalansı arasında bir ilişki olduğu ve depresyonun, epizodun başlamasından çok sürmesine etki ettiği bildirilmiştir. Bu çalışmada, maddi sorunlar, yoksulluk gibi zorlukların depresif belirtilerin ortaya çıkış riskini ve sıklıkla majör

depresyonun ortaya çıkış riskini arttırdığı, birlikte yaşanan partnerle yaşamayı bırakmanın depresyon riskini arttırdığı, işsizlik durumundaki değişikliğin depresyon riskine etkisinin olmadığı, düzelen koşulların, kötüleşen koşullara göre, depresyon riski üzerine olan etkisinin daha küçük olduğu sonuçları elde edilmiştir.⁷¹ Ülkemizdeki çalışmalarda öğrenim görmeyenlerde depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur.^{69,70} Kırsal kesimde doğup yaşamının da bir risk etkeni olabileceği belirtilmektedir.⁵⁴ Oysa ülkemizde ilde yaşayanlarda depresyon daha yüksek oranda bulunmuştur.⁷⁰

2.4.5.9. İş Durumu

Bu alandaki çalışmalar işsizlik ya da iş kaybının depresyon için bir risk etkeni olduğunu göstermektedir.^{58,72} Fransız Elektrik ve Gaz Ulusal Şirketi'nde çalışanlar arasında Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ile yapılan bir çalışmada (Chevalier ve ark. 1996) bir yıllık yaygınlık kadınlarda % 17.9, erkeklerde % 7.6 oranında bulunmuştur.⁷³ Bir başka çalışma, uygun olmayan iş koşullarının da risk etkeni olduğunu göstermiştir.⁷⁴

2.4.5.10. Puerperal Etkenler

Kadınlarda puerperal dönem, özellikle doğum sonrası dönem depresyonun yaygınlığı açısından çok araştırılmıştır. Doğum sonrası dönemde depresyonun yaygınlığının %10-20 arasında olduğu belirtilmektedir.⁷⁴ Doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığının yüksek bulunması, bu dönemde önemli hormonal ve mood değişikliklerinin yaygın olmasına, rol değişikliklerine, ruhsal-toplumsal stresörlerdeki artışa bağlanmaktadır.⁷⁵ Bir çalışmada düşük yapanlar arasında depresif belirtiler kontrol grubundaki kadınlardan 3 kat daha çok bulunmuştur.⁷⁶

2.4.5.11. İnatçı ve Tekrarlayan Depresyonda Yüksek Derecede Risk Faktörleri

Distimi Öyküsü: MDB olan hastaların % 10-25'inde önceden distimik bozukluk saptanmıştır. Bu durum “çifte depresyon” olarak tanımlanmaktadır.⁷⁷

Eşlik eden tıbbi ve psikiatrik hastalıklar: Çeşitli çalışmalar birçok bedensel hastalığın depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar arasında virütik hastalıklar (influenza, AIDS), endokrin hastalıklar (diabet, guatr), nörolojik hastalıklar

(epilepsi, migren, inme, parkinsonizm, Alzheimer), ameliyatlar (histerektomi, transplantasyon, sterilizasyon), romatoid artrit, kanser, alkol ve diğer madde bağımlılıkları sayılabilir.^{52, 78, 79, 80, 81} Diyabet, myokard enfarktüsü, kanser, inme gibi kronik hastalıkları olan kişilerin % 25'inde depresyon gelişmektedir. Major depresyon tanısı konan hastaların % 5'inde önceden başka bir tıbbi hastalık görülmektedir.⁷⁷ Hipotiroidili hastaların % 50'sinde depresyon mevcuttur. Hipertroidi tanısı alan hastalarda prodromal dönemde % 14'ünde depresif semptomatoloji, hipertroidi seyir sırasında % 23 oranında major depresyon bildirilmektedir.⁸² Klinik ve epidemiyolojik çalışmalara göre depresif bozukluklar anksiyete arasında % 30 ile % 80 arasında komorbidite görülmektedir.⁸³ MDB olan hastaların % 80 ile % 90'ında anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, Post-Travmatik Stres Bozukluğu, sosyal fobi, generalize anksiyete bozukluğu) görülmektedir.⁷⁷ Özellikle Post-Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) olan kişilerin % 40'ında depresyon görülmektedir.⁸⁴ Somatizasyon tanılı yani sorunlarını bedenselleştiren hastalarda eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların başında depresyon gelmektedir.⁸⁵

2.4.5.12. Diğer Risk Etkenleri

Üzerinde daha az durulan risk etkenleri şunlardır:

- a. **Göç:** Göçmen kadınlarda risk yüksektir.⁸⁶
- b. **Aşırı duygu dışı vurumu (expressed emotion):** Annelerin aşırı duygu dışı vurumu çocuklarda depresyon riskini 3 kat arttırmaktadır.⁸⁷
- c. **Evsiz olma:** Evsizlerde depresyon riski daha yüksektir.⁸⁸
- d. **Doğum sırası:** Ailenin birinci çocuğu daha yüksek risk taşır.⁸⁹
- e. **Aile yapısı:** Ülkemizdeki bir çalışmada⁹⁰ en yüksek depresyon oranı çekirdek ailelerdekiyle, bir diğerinde⁶⁹ geniş ailelerdekiyle bulunmuştur.⁷⁴

2.4.6. Depresyonun Kliniği

2.4.6.1. Duygulanım Bozukluğu

Depresif duygu durum depresyonun temel özelliğidir. Hemen her hastada izlenir ve olmaması durumunda depresyon tanısından uzaklaşılır. Çökkün duygudurum: yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral

bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir. Hastaların büyük bir kısmı kendilerini sabahları daha kötü hissederler. İlgi azlığı ve anhedoni: hasta daha önce işine ve çevresine gösterdiği ilgiyi gösteremez. Daha önce yapmaktan zevk aldığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir.^{91, 92}

2.4.6.2. Bilişsel Bozukluklar

Düşünce süreci ve akışında bozukluklar: sözel anlatımda zorlanma, yavaşlama ve hiç konuşmamaya (mutizm) kadar gidebilir. Düşünce içeriğinde bozulmalar: Suçluluk ve değersizlik düşünceleri, pişmanlık duyguları, kendini eleştirme şeklinde olabilir. Suçluluk düşünceleri sanrı düzeyinde olabilir. Hipokondriyak uğraşlar yaklaşık ¼' ünde görülebilir. Özellikle hipokondriyak uğraşlar yaşlı hastalarda ön plandadır. Bu nedenle depresyon fark edilmeyebilir. Hipokondriyak uğraşların olması hastalığın gidişi ve sonucu için de olumsuz bir göstergedir. Obsesif uğraşlar, intihar düşünceleri olabilir.

a. Konsantrasyon güçlüğü: Psikomotor yavaşlamanın bir parçası olarak da konsantrasyon güçlüğü olabilir.

b. Dikkat bozukluğu: Gerek istemli gerek istemsiz (spontan) dikkat azalır.

c. Bellek bozukluğu: Unutkanlık en sık görülen belirtilerden biridir. Bellek daha çok öznel olarak bozulur. Unutkanlık hastaların dikkatini ve düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştıramaması ile ilgilidir. Ağır seyreden depresyonlarda ve yaşlılarda izlenen depresyonlarda bilişsel bozukluklar (psödodemans) demans ile karıştırılabilir. İkisi arasındaki fark depresyondaki hastanın unutkanlığından ızdırap duyup yakınması iken demans hastasının bunu geçiştirmeye çalışması ve öyküler uydurarak (konfobulasyon) bu konuları kapatmaya çalışmasıdır.

d. Algı Bozukluğu: Nadiren varsanı ve yanılsama gibi yaşantılar izlenir. Algısal bozukluğun içeriği çoğunlukla depresif duygu durum ile uyumludur.^{91,92,28}.

2.4.6.3. Davranış Bozukluğu

Psikomotor yavaşlama (retardasyon); Genç hastalarda yaşlılara oranla daha sık görülür. Psikotik ve melankolik tip depresyonlarda, bipolar bozukluğun depresyonunda daha sık görülür. Çoğunlukla toplumsal geri çekilme ile birlikte görülür. Hastanın kamburu çıkmış bir biçimde oturduğu gözlenir. Psikomotor Hareketlilik (ajitasyon):

Ajitasyon hastanın yaşadığı sıkıntı ve bunaltı duygusunun (anksiyetenin) motor davranışlarla dışa vurumudur. Kadınlarda erkeklerden, yaşlılarda gençlerden daha sık görülür.^{91,92,28}

2.4.6.4. Bedensel Belirtiler

Enerji azalması: Yorgunluk, bitkinlik sık görülür.

İştah azalması ve kilo kaybı veya iştahta artış ve kilo alımı

Cinsel istek kaybı: Depresyonun başlangıç aşamasında ortaya çıkar ve tedaviyle en geç düzelmelerden biridir. Cinsel ilgide azalma, ereksiyon zorluğu, ejakülasyonun gerçekleşmemesi veya empotans olabilir.

Uyku düzensizlikleri: % 90 hastada uyku sorunu vardır. Çoğunlukla uykuya dalma bozulmuştur. Gece uykusunun sürekliliği de bozulur. Hastaların bir kısmında alışlagelmiş uyanma saatlerinden 2-3 saat önce uyanırlar. Yaş ilerledikçe uyku düzensizliği sıklığı artar. Hastaların küçük bir kısmında (% 20) ise aşırı uyuma görülür.^{91,92,28}

2.4.6.5. Yaşa Özgü Bulgular

Depresyon değişik yaşalarda farklı şekillerde görülebilir:

-Puberte öncesi; somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanırlar, kaygı bozuklukları ve fobiler.

-Ergenlik; madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz temizlik.

-Yaşlılık; bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödemans ya da depresyonun defans sendromu, apati).⁹³

2.4.7. Depresyonda Tanı

Tanı konulması için depresif duygudurumu ya da ilgi azlığı ve alışagelmiş etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması zorunludur. Bunlara ek olarak umutsuzluk, kötümser düşünceler, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, suçluluk düşünceleri, yineleyici ölüm düşünceleri, konsantrasyon

güçlüğü ve karar verme zorluğu, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı belirtilerinden bir kısmının varlığı gerekmektedir.⁹⁴

2.4.7.1. Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları (DSM ve ICD)

Depresif bozukluklar (major depresif bozukluk, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk), daha önce geçirilmiş bir manik, karma ya da hipomanik atak olduğuna ilişkin bir öykünün olmaması ile bipolar bozukluklardan ayrılır. Bipolar bozukluklarda (bipolar I, bipolar II, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk) manik dönemler ya da hipomanik dönemler vardır ya da daha önce geçirilmiş olduklarına ilişkin bir öykü alınır, bunların yanı sıra depresif dönemler de bulunur.^{91,92,94}

Tablo 3. Duygu Durum Bozukluklarının Güncel Sınıflandırılması

Duygu durum bozukluklarının güncel sınıflandırılması	
DSM-IV sınıflandırması	ICD-10 sınıflandırması
Major depresif bozukluk Tek atak Tekrarlayan (rekürren) atak Şiddeti; hafif, orta, ağır (psikotik özelliği olan-olmayan), remisyonda (kısmi-tam) Eğer varsa kronik, atipik, melankolik ve postpartum başlangıç belirtili Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk: Premenstrüel disforik bozukluk Minör depresif bozukluk Rekürren kısa depresif bozukluk Postpsikotik depresif bozukluk Psikotik bozukluklarla birlikte aktif evrede görülen major depresif epizod Distimik bozukluk Varsa belirtiler: Erken/geç başlangıçlı Atipik özellikler gösteren	Depresif Atak Hafif depresif atak; somatik sendrom eşlik eden/etmeyen Orta şiddette atak; somatik sendrom eşlik eden/etmeyen Şiddetli depresif atak; psikotik özellikler gösteren/göstermeyen Tekrarlayan (rekürren) depresif bozukluk Şimdiki depresif atak; hafif, orta, şiddetli, şiddetli ve psikotik belirtilerle birlikte Başka duygudurum bozuklukları Başka tek duygudurum bozukluğu Karma affektif bozukluk Başka duygudurumu bozukluğu Rekürren kısa depresif bozukluk Başka sınıflandırılmış/belirlenmiş duygu durumu bozukluğu İnatçı duygudurum bozukluğu Siklotimi Distimi Diğer inatçı duygudurum bozuklukla Belirlenmemiş inatçı duygudurum bozukluğu
Bipolar I ve Bipolar II bozukluğu Şimdiki ya da en son epizod: hipomanik, manik, depresif, karma Başka türlü adlandırılmayan Bipolar bozukluk Başka türlü adlandırılmayan duygu durumu bozukluğu Genel tıbbi duruma veya madde kullanımına bağlı duygu durumu bozukluğu Siklotimi	Bipolar affektif bozukluk Şimdiki durumda; Hipomanik, manik, depresif, karma Başka Bipolar affektif bozuklukla Belirlenmemiş bipolar affektif bozuklukla Belirlenmemiş duygudurum bozukluğu Siklotimi ICD sınıflandırmasında daha yukarıdaki inatçı duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır.

Tablo 3’de DSM-IV TR ve ICD-10 tanı sistemlerine göre depresif bozuklukların sınıflandırılmaları karşılaştırılmıştır. DSM major depresif bozukluk terimini tercih ederken, ICD-10’da depresif nöbet (atak) terimi kullanılmıştır. Gidiş ve

şiddet belirleyicileri her iki sistemde benzerdir. ICD depresyona özgü ilgi azalması, anhedoni, iştah azalması, uyku düzensizliği, sabah saatlerinde belirtilerin ağırlaşması, belirgin psikomotor yavaşlama gibi belirtilerin varlığını " somatik sendrom" olarak tanımlamakta ve şiddet belirleyicisi ile birlikte bedensel belirtilerin var olduğu, bedensel belirtilerin var olmadığı tip olarak ayrı kodlar vermektedir. DSM-IV'de atağın kronik seyirli, melankolik, atipik, postpartum başlangıçlı özellikleri kodsuz olarak belirtilir.^{95,96}

2.4.7.2. Depresyonda Tanı Ölçütleri

Tablo 4. Major Depresif Epizod İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri⁴

A.İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin olması: semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir. Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olamayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.
1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin: kendisini üzgün boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin: ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.
2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)
3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin: ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere ya da hemen hergün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması)
4. Hemen hergün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.
5. Hemen hergün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir.)
6. Hemen hergün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
7. Hemen hergün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması

Tablo 4. Major Depresif Epizod İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri ⁴ Devamı

8. Hemen hergün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir.)
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.
B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin: kötüye kullanılabilen bir ilaç) sonucu değildir.
E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.
.

2.4.8. Depresyonda Ayırıcı Tanı

2.4.8.1. Tıbbi Hastalıklar

Pek çok tıbbi durum depresyon benzeri tablolarla gidebilir. Bu nedenle iyi bir öykü, fizik bakı ve gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Ayrıntılı bir öykü bize yol gösterici olabilir. Örneğin aşırı kilo kaybı ya da alımı, çarpıntı, terleme öyküsü varsa tiroid işlevleri değerlendirilmelidir. Hastanın sürekli kullandığı ilaçlar önemlidir. Sadece sürekli kullanılan ilaçlara bağlı olarak depresyon tablosu gelişmiş olabilir. Depresyon ayırıcı tanısında akla gelen bozukluklar:

A. Nörolojik hastalıklar: Serebrovasküler hastalıklar, demans, Parkinson hastalığı, epilepsi, tümör (özellikle frontal lop tümörleri), enfeksiyon vb.

B. Endokrin hastalıklar: Adrenal bozuklukları (addison, cushing), tiroid hastalıkları (hipotiroidi), paratiroid hastalıkları (hipo-hiper), vb.

C. Enfeksiyon ve enflamatuvar hastalıkları: Viral pnömoni (özellikle yaşlı hastalarda), Enfeksiyözmononükleozis (özellikle genç hastalarda), romatoid artrit, SLE, tuberküloz, viral hepatit, AIDS, vb.

D. Diğerleri: Neoplastik hastalıklar (özellikle pankreas ve GIS kanserleri), kardiyopulmoner hastalıklar, üremi, postoperatif durumlar, vitamin eksiklikleri (vit B₁₂, tiamin, niasin), vb.

E. Kullanılan ilaçlar: Özellikle uzun süreli bazı ilaç kullanımlarında ikincil olarak depresyon görülebilir. Bunlar; antineoplastik ilaçlar (Vincristin, bleomisin), antihipertansif ve kardiyak ilaçlar (propranolol, reserpin, lidokain, digital), steroidler ve oral kontraseptifler, analjezikler (Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar), antibakteriyel ilaçlar (streptomisin, dapson, sülfanamid, tetrasiklin, griseofulvin, metranidazol), simetidin, disülfiram, siproheptadin, salbutamol gibi ilaçlardır.

2.4.8.2. Diğer Ruhsal Durumlar

A. Distimi: Distimik bozuklukta görülen belirtilerin çoğu depresyon ile karışabilir. Örneğin disforik duygudurum, uyku bozuklukları, yorgunluk, önceden zevk alınan etkinliklerden hoşlanmama intihar düşünceleri her ikisinde de vardır. Distimide depresif belirtiler en az iki yıldır mevcuttur, fakat major depresyondaki kadar şiddetli değildir.⁹⁷

B. Siklotimi: Siklotimik bozukluk depresif ve hipomanik duygudurum belirtileri ile en az iki yıl süren kronik bir hastalıktır. Belirtiler major depresyon ve manideki kadar şiddetli değildir. Psikotik özellikler görülmez.⁹⁷

C. Kişilik Bozuklukları: Kişilik bozuklukları kronik, sabit, uyum bozucu ve hayat boyu devam eden davranış kalıplarını içerir. Çocukluk veya ergenlik çağında başlayıp erişkinlikte devam eder. Antisosyal, histriyonik vb. bazı kişilik bozukluklarında depresif duygudurum izlenebilir. Ancak depresif belirtiler klinik tabloda önde gelen belirti değildir.⁹⁷

D. Demans: Demansta depresif belirtiler ve anksiyete sıklıkla birlikte dir. Sinsi ve yavaş seyirli bir hastalıktır. Artan bellek bozukluğu, apati, idrar ve gaita kontrolünün bozulması depresyon ile ayırıcı tanıda önemlidir.⁹⁷

E. Şizofreni: Şizofrenide depresyon sıklıkla semptom görünümündedir ve hastaların % 25'inde görülmektedir.⁹⁸ Şizofrenik bozuklukta, ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durum ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel hallusinyasyonlar, bizar ve uygunsuz duygudurum, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıcın geç erişkinlik veya orta yaşta olması belirgindir.⁹⁹

F. Yeme bozuklukları: Anoreksiya nervozada sıklıkla depresyon belirtileri görülür. İştah ve uyku bozuklukları depresyona benzemekle beraber, klinik tabloda önde gelmez. Atipik depresyonda iştah artışı ve aşırı yeme görülebilir. Bu durum bulimiya ile karışabilir. Kişiler aşırı yeme davranışından sonra depresif bir duygudurum içine girerler.⁹⁷

G. Anksiyete bozuklukları: Kronik anksiyete olgularına ikincil olarak sıklıkla depresyon görülür. Depresyonda hastalığın fiziksel ve psikolojik belirtileri anksiyete nedenidir. Ayrıntılı öykü alma ile depresyon veya anksiyetenin hangisinin önce başladığı öğrenilebilir. Anksiyetede ilgi kaybı, elem, halsizlik suçluluk duygusu, benlik saygısında azalma ve intihar yoktur.⁹⁷ Anksiyetede sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi fiziksel belirtiler uykuya dalmada zorluk, yaygın özgül fobiler vardır.⁹⁹

H. Somatoform bozukluklar: 30 yaşından önce başlayan, yıllarca süren, bedensel bir hastalığa bağlanmayan, yineleyen ve sık sık değişen bedensel belirtiler vardır.⁹⁷

I. Depresif Duygudurum ile Birlikte Uyum bozuklukları: İş kaybı veya diğer parasal sorunlar, fiziksel hastalıklar, doğal afetler gibi stres etkenlerine yanıt olarak depresif duygudurum ile birlikte uyum bozukluğu gelişebilir. Oluşan yanıt işlevselliği bozacak ölçüdedir. Depresif belirtiler major depresyon ölçütlerine uyacak şiddette ve sürede değildir. Uyum bozukluğunda belirtiler stres etkeninin ardından üç ay içinde ortaya çıkar ve stres etkeninin ortadan kalkması ile kaybolur.⁹⁷

J. Madde Kullanımına Bağlı Depresyon: Kronik madde kullanımı öyküsünün olması, depresif duygudurumun daha sonra gelmesi, uyum bozucu davranışların olması ayırıcı tanıda önemlidir.⁹⁷

K. Yas: Önemli ve sevilen yakın bir kişinin ölümü ile ortaya çıkan yas belirtileri depresyona çok benzer. Birkaç haftadan birkaç aya dek sürebilir. Yasta bireyin kendisine saygı ve bağımlılığı kaybolmaz. Kişi kendini derin bir yitim içinde görse bile kendi değerini küçülmüş yitirmiş hissetmez. Uzadığı takdirde bir depresyon düşünülebilir.⁹⁷

2.4.9. Majör Depresyonun Gidişi

Bugüne kadarki kanıtlar depresyonun erken erişkinlik (30 yaşına kadar) ya da göreceli olarak ergenlik gibi erken yaşlarda başlayabileceğini ileri sürmektedir.¹⁰⁰ Ayrıca bazı kanıtlar, birincil anksiyete ve depresyon gibi altta yatan hastalıkların, majör depresyon riskinde belirgin artışa neden olabileceğini göstermektedir.¹⁰¹ NCS çalışmasında majör depresyon olgularının çoğunda (% 72.3), bozukluğun yineleyici olduğunu telkin eder tarzda birden fazla dönemin olduğu bildirilmiştir.¹⁰² İleriye dönük çalışmalardan elde edilen veriler genellikle yüksek yinleme riskini teyid etmesinin yanı sıra gidişi etkileyen etmenler hakkında da ipuçları sağlar. Murphy ve arkadaşları, majör depresyonun yaygınlığı üzerine 40 yıllık ileriye dönük bir çalışma yaptıkları Kanada örneğinde, depresyonun anksiyete bozukluklarıyla kıyaslandığında daha büyük oranda kronikleşme ve yinleme gösterdiğini bulmuşlardır.¹⁰³

İsviçre’de genç erişkinlerle yapılan 15 senelik bir ileriye dönük çalışmanın izlem döneminde, anksiyete ve depresyonun aynı anda ortaya çıkışına metodolojik olarak tek başına depresyon ve anksiyeteden daha stabil biçimde rastlandığı ve bu örüntünün eşik altı veya eşik düzeydeki bozukluklar için de benzer olduğu yönünde veriler elde edilmiştir.¹⁰⁴

Kısacası, araştırmalar majör depresyonun toplumdaki seyir ve sonlanımının heterojen olduğunu göstermiştir. Kanıtlar, depresyonun yaşam boyu gidişi için başlangıç yaşı, aile öyküsü, anksiyete bozukluğu gibi bazı anahtar belirleyiciler olabileceğine işaret etmektedir.¹⁰⁵

Duygudurum bozukluğu olan kişiler, intihar davranışı için yüksek risk taşırlar. İntihar davranışlarının yaklaşık % 60’ını duygudurum bozukluklarının oluşturduğu bildirilmiştir.^{106,107} Yaşam boyu intihar sonucu ölenlerin oranı, bipolar bozukluk için % 20, majör depresif bozukluk için % 15, şizofreni için % 10, alkol bağımlılığı için % 18 ve sınır ve antisosyal kişilik bozukluğu için % 5-10 arasındadır.¹⁰⁸ Araştırmalar, intihar girişimlerinin çoğunun (% 70) kişisel irade ve entelektüel otonomiden çok depresif bilişsel bozunmanın ve gerçekçi muhakemenin olanaksız olduğu klinik olarak belirgin ve şiddetli depresyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir.¹⁰⁹ Goodwill ve Jamison yeterli tedavi edilmemiş depresyonların % 20-25’inin intihar girişimi ile sonlandığını bildirmişlerdir.¹¹⁰ Akiskal ve Khuri, prensip olarak, depresyon gibi altta

yatan bir hastalığın, uygun şekilde tedavi edildiğinde intihar girişimlerinin önlenebileceğini bildirmişlerdir.¹¹¹

2.4.10. Depresyon Tedavisi

2.4.10.1. Genel İlkeler

Günümüzde çok sayıda etkin klinik müdahaleler olmasına karşın, tanı almayan, tedavi edilmeyen veya yetersiz tedavi alan depresif bozukluklar, büyük ölçüde insan ve ekonomi kaybı oluşturmaktadır.³²

Depresyon tedavisinde çok yönlü yaklaşım temeldir. Farmakoterapi, psikoterapi ile bütünleştirilmelidir.³ İlaç tedavisi belirtilere iyi gelirken psikoterapi doğrudan kişiler arası ilişkilere ve sosyal uyuma etkilidir. İki yaklaşımın farklı zamanlarda etkinleştirilmesi ve diğerinin yerine tedaviyi sürdürmesi beklenebilir. İlaçlar kısa sürede etkili olabilir, psikoterapi ise daha uzun sürede etki gösterir.³²

2.4.10.1.1. Farmakoterapi

Farmakoterapide antidepresanlar kullanılmakta ve depresif hastanın bir ay içinde iyileşme şansını hemen hemen ikiye katlamaktadır. Etki mekanizması, sinaptaki nörotransmitterlerin etkilerini değiştirmek şeklindedir.¹¹² Hemen bütün antidepresif ilaçların önemli bir özelliği etkinliğin 1-3 hafta içinde başlamasıdır. Bu süre içinde, uykuda, iştahta, duygudurum ve toplumsal etkinliklerde düzelme başlar. Antidepresan tedavide doz ve yeterli süre çok önemlidir. Etkin olup olmadığına karar verirken 4-6 haftalık süre zorunludur. Bu süre içinde olumlu yanıt alınamadıysa aynı ilaçta ısrar edilmemeli, başka gruptan bir ilaç ya da etki düzeneği gösteren ilaç seçilmelidir. Depresif belirtiler kontrol altına alındıktan sonra ilk atakta en az 6 ay, 2 veya daha fazla atak geçirenlerde en az 12 ay koruyucu tedavi nüks olasılığını azaltma açısından gereklidir.¹¹³ Antidepresan ilaç seçerken ilaçla ilgili göz önüne alınması gereken özellikler etkinlik, yan etki profili ve ilacın güvenirliliğidir. SSRI ve ikili etki gösteren (serotonin-noradrenalin) antidepresan ilaçlar, TSA ve MAOI'lerine göre daha iyi yan etki profiline sahiptir ve birçok olguda etkinlik açısından bu ilaçlarla karşılaştırılabilir düzeydedir. Yan etki profili, klinik etkinlik, uzun süre kullanımda güvenilirlik gibi ölçütler gözönüne alındığında TSA ilaçlar öncelikle seçilmemeli, dirençli olgularda ek ilaç olarak veya tek başlarına kullanılmalıdırlar. İki nörotransmitter üzerinden etki eden

antidepresan ilaçların etkinliğinin daha iyi olduğu konusunda gözlemler olmakla birlikte bu konu kesinleşmemiştir. Tianeptin, mirtazapin, moklobemid gibi ilaçların cinsel işlev bozukluğu açısından daha güvenilir olduğu unutulmamalıdır.¹¹³

Tablo 5. Antidepresan İlaçların Sınıflaması (Türkiye'de olan ilaçlara yer verilmiştir)¹¹³

1- Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) Seçici ve geri dönüşlü monoaminoksidaz inhibitörleri Moklobemid
2- Trisiklik antidepresanlar Opipramol, İmipramin, Klomipramin, Amitriptilin
3- Seçici Serotonin Geri alım inhibitörleri Sertralin, Fluoksetin, Paroksetin, Fluvoksamin, Sitalopram, Essitalopram
4- Alfa 2 adrenoreseptör antagonistleri Mianserin, Mirtazapin
5- Seçici Noradrenerjik Geri alım inhibitörleri Reboksetin, Maprotilin
6- Noradrenalin ve Dopamin Geri alım inhibitörleri Bupropion
7- Serotonerjik ve Noradrenalin Geri alım inhibitörleri Venlafaksin, Milnasipran, Duloksetin
8- Serotonerjik ilaçlar Nefazodon, Tianeptin, Trazodon,

2.4.10.1.2. Psikoterapötik Yaklaşım

Psikoterapi, terapistin hastadan eşduyumlu (empatik olarak) bilgi edindiği, hastanın güvenini kazandığı, destekleyici bir ilişki olup depresyon tedavisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Psikoterapinin amacı biliş, davranış, duygulanım gibi depresyondaki özgül belirtilerin düzeltilmesidir. Genel olarak kısa süreli ve depresif durumu düzeltici, hastanın kişiliğini değiştirmeyen tedavilerdir. Psikoterapötik yaklaşım⁵

- Antidepresan ilaçlara az ya da hiç yanıt alınmadığında,
- İlk yıl içinde yeni atak geçirilmesini engellemek amacıyla profilaktik amaçla,
- Tıbbi kontrendikasyon nedeni ile antidepresan ilaç alınmadığı durumlarda,
- İlaç tedavisine ek olarak uygulandığında yarar sağlamaktadır.

Bu bağlamda, hasta-hekim ilişkilerini düzelterek hastaların ilaç almalarını artırabilir, moral sağlayabilir, evlilik-ebeveyn ilişkilerinde, iş vb. konularda depresyon nedeniyle bozulmuş ilişkilerin düzelmesinde yararı olabilir.³²

Depresyonlu hastanın özel durumuna göre çeşitli psikoterapi yöntemleri uygulanabilmektedir;

- Psikoanalitik psikoterapi
- Destekleyici psikoterapi
- Bilişsel terapi
- Davranış terapisi
- İnterpersonel terapi
- Aile terapisi

Psikoanalitik yaklaşımda hastanın eşi, yakınları ile yapılan görüşmeler, onların hastaya bakışlarını olumlu yönde etkilemektedir.^{32,97}

2.4.10.1.3. Elektro-Konvulsif Terapi (EKT)

EKT uygulamaları psikiyatrist, anestezi uzmanı, dahiliye uzmanı, kardiyolog ve özel eğitim görmüş hemşire içeren bir ekip çalışmasıdır.³ Etki mekanizması, elektrikle konvulziyon oluşturmaya dayanır. EKT'nin temel kullanım alanı melankolik majör depresyondur. Kalp hastalığı olan kişiler, uzun süre tedavi edilmemiş, dehidratasyonlu, zayıflamış-bitkin, intihar düşüncesi yoğun hastalar öncelikli endikasyona sahiptir. EKT'ye yönelik mesleki ve sosyal tutum, etkinliği ve güvenliğine dair açık avantajlarına rağmen, bu tedavinin “son çözüm” olarak düşünülmesidir.³

2.5. Kadın Ruh Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Dünyada ve Ülkemizde Yapılan Çalışmalar

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır. Dünya Sağlık Örgütü Atlas Projesi, ülkelerdeki ruh sağlığı sistemlerinin mevcut durumunu değerlendirmek amacıyla 2000-2001 yıllarında yürütülmüştür. Bu projenin sonuçlarına göre, ülkelerin % 41'inde ruh sağlığı politikası yoktur, % 41'inde ciddi ruhsal sorunlara birinci basamakta tedavi

verilmemektedir. Ruh sağlığı politikası mevcut olan ülkelerin % 87'sinde birinci basamak düzeyinde ruh sağlığı hizmetleri mevcuttur, ciddi ruhsal hastalık tedavisini bu düzeyde veren ülkelerin oranı ise % 59'dur.²⁴ Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri sadece tedavi edici hekimlik boyutunda yürütülmektedir. Dolayısıyla koruyucu ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Ruh sağlığı alanında yapılacak çalışmalar da diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2020 yılına kadar halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır. Anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, uyku düzensizliği ve somatizasyonun % 20 azalması, intihar girişimlerinin artışının önlenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla, birinci basamakta çalışan hekimlerin psikiyatrik bozuklukları ayırt etmede eğitimi ve desteklenmesi, ebe ve hemşirelerin eğitimi, toplumun ruh sağlığının genel sağlığının bir parçası olarak algılaması ve ekinilmemesi gerektiği bilincinin yaygınlaşması amaçlar arasındadır. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Toplum Ruh Sağlığını Korumaya Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi Projesi de 2001 yılında başlatılmıştır ve ülke genelinde ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesini amaçlamıştır. Ayrıca bir diğer proje olan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Ruhsal Bozuklukların Tanı, Tedavi, İzlem ve Rehabilitasyonu Projesi özellikle kronik psikotik hastaların toplum içinde bakım, tedavi ve rehabilitasyona geçişini amaçlamaktadır.²⁴ Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal bozukluk konusunda eğitilmelerini ve ikinci basamağa sevk edilen hasta sayısını azaltmayı amaçlayan Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Hizmetlerine entegrasyonu programı da 2003 yılında başlatılmıştır. Bu konuda üniversitelerin ve DSÖ'nün işbirliği ile araştırmalar ve projeler uygulanmıştır. Bunların başında "Türkiye Ruh Sağlığı Araştırması" yer almaktadır.¹¹⁴ Dünya Sağlık rgt Avrupa Bölgesi tarafından 2001 yılında hazırlanan Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı, uluslar arası platformda toplumsal cinsiyet bakış açısıyla gerçekleştirilen kadın sağlığı çalışmalarında gelinecek noktayı ve ileriye yönelik hedefleri göstermesi açısından önemli bir çalışmadır. Avrupa Bölgesi Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı toplumsal cinsiyet ve sağlık ilişkisini belirleyen temel faktörün kadının toplum içindeki ikincil statüsü olduğunu ve toplumun sağlığını iyileştirmek için geliştirilen tüm politikaların bu gerçeği dikkate alması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu eylem planının hedefleri arasında 2020 yılı itibariyle

insanların psiko-sosyal iyilik halinin geliştirilmesi, ruh sağlığı sorunları olanlar için erişilebilir, ucuz, daha kapsamlı ve iyi hizmetlerin sunulması yer almaktadır. Ayrıca kadının ruh sağlığının iyileştirilmesinde öncelikle yapılması gerekenin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tanınması ve önlenmesine yönelik önlemlerin uygulanması olduğu belirtilmiştir. Bu alanda yürütölen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için ise, sağlık personeline kadının ruh sağlığına etki eden faktörleri de içine alan eğitimlerin verilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur.¹

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Araştırma Adana ili, Yüreğir ilçesi sınırları içerisinde bulunan Havutlu mahallesinde yapılmıştır. Havutlu beldesinin 2009 Mart'ta yapılan seçimler öncesinde belde belediyeliği iptal edilmiş, Adana Büyükşehir Yüreğir ilçe belediyesine bağlı mahalle olmuştur. Havutlu mahallesi Seyhan nehrinin doğusunda, Ceyhan nehrinin batısında, Adana ilinin ve Yüreğir ilçesinin güneyinde kurulmuş verimli topraklara sahip bölgedir. Havutlu mahallesi şehir merkezine 7 km, Karataş ilçesine 35 km uzaklıktadır. Yüzölçümü 2163 hektardır. Bölgede yazlar sıcak ve kurak, kışları ılık ve yağışlı olan Akdeniz iklimi hakimdir. Bölgenin %80'nı arap ırkından olan halk oluşturmaktadır. Bölge halkının %15-20'sini dışarıdan göçle gelenler oluşturmakta olup (özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu) ekonomik durumları yerli halka göre daha kötüdür. Havutlu mahallesi halkı daha çok tarım, narenciye bahçeciliği ve hayvancılıkla geçimini sağlamaktadır. Bölge nüfusuna bağlı Haziran 2008 Ev Halkı Tespit Fişleri (ETF) sonuçlarına göre 15-49 yaş kadın nüfusu 1204'dür. Havutlu mahallesinde 2 İlköğretim okulu, 1 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. 1981-2008 yılları arasında sağlık ocağı olarak hizmet veren merkez, 2008 Mayıs ayında sağlıkta dönüşüm projesi çerçevesinde Havutlu Aile Sağlığı Merkezi olarak hizmetine başlamıştır.

3.2. Araştırma Hipotezi

Bu çalışmanın amacı, 15-49 yaş kadın nüfusunda depresyon belirtileri görülme sıklığını ve bu sıklığı etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışmamızda kadınların anlamlı depresif belirtilerinin düzeyini belirlerken en azından bir takım objektif psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyacımız olduğunu düşündük. Depresyonda sendromal aktiviteyi değerlendirmek için üzerinde geniş bir uzlaşa olan Beck Depresyon Envanterini kullanmak istedik.

Çalışmamızın alt varsayımları şunlardır:

- 1- Kadınların sosyo demografik ve ekonomik özellikleri ile depresif belirtileri arasında ilişki vardır.
- 2- Kadınların evlilik ve aile içi ilişkileri ile depresif belirtileri arasında ilişki vardır.
- 3- Sosyo-kültürel etkinlikler ile depresif belirti arasında ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Havutlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesi içinde 15-49 yaş kadınlarda depresif belirti sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Havutlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlar oluşturmaktadır. 2008 Haziran ETF kayıtlarına göre bölgedeki 15-49 yaş kadın nüfusu 1204'dür.

3.5. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi

Dünya Sağlık Örgütü 2001 Ruh Sağlığı Raporuna göre farklı tanı metodlarıyla 14 farklı yerde yapılan çalışmalara göre birinci basamak merkezlerindeki major psikiyatrik hastalıkların prevalansı %24'tür.² Önceden yapılmış toplum tabanlı çalışmalarda depresif belirti prevalence'sı %10- %25 arasında değişmektedir.⁴ Ruhsal hastalıkların Türkiye genelindeki prevalansı %17,2 dir.⁷ Türkiye prevalence'sı göz önünde bulundurularak örnek büyüklüğü; %95 güvenirlilik ve %3 hata ile 403 olarak hesaplandı. Havutlu bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda depresif belirti ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla evrenden seçilecek örnek büyüklüğü aşağıdaki şekilde hesaplandı.

Evrendeki kişi sayısı bilindiğinden

N (Evrendeki kişi sayısı) = 1204

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} = \frac{1204 \times (1,96)^2 \times 0,17 \times 0,83}{0,03^2 \times (1204-1) + (1,96)^2 \times 0,17 \times 0,83} = 403 \text{ kişi}$$

t (1- α)(%95 güven düzeyinde t tablosunda en büyük serbestlik derecesi için bulunan değer) = 1,96

p (Depresyon prevalence'sı) = 0,17

q (incelenen olayın meydana gelmeme olasılığı) (1-p) = 0,83

d (hata) = 0,03

Yukardaki formülde hesaplanan 403 kişi örnek büyüklüğü olarak saptandı ve yanıtlanmama olasılığı göz önünde bulundurularak %10 (n=48) yedek denek eklendi. Basit rastgele yöntemi ile ETF'lerinden seçilen kadınlara araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulandı. Ankete katılan kişilerden yazılı aydınlatılmış onam formu alındı.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce aynı bölgede oturan ve örnekleme girmemiş olan 15-49 yaş arasındaki 10 kadın ile görüşülerek ön uygulama yapıldı ve çalışmayan sorular çıkarıldı. Daha sonra araştırmaya alınan 403 kadın Ev Halkı Tespit Fişlerinden (ETF) seçildikten sonra araştırmacı tarafından adresleri bulundu. Görüşmelerde veri toplanırken her kadına bir anket formu ve DSM IV kriterlerine göre geliştirilen bir depresyon ölçeği uygulanmıştır. Ortalama haftada üç gün adresleri ve isimleri tek tek belirlenen kişiler araştırmacı tarafından evlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşmelerle sosyodemografik, sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri içeren anket araştırmacı tarafından, Beck depresyon anketi ise katılımcı tarafından dolduruldu. Okuma yazma bilmeyen 6 katılımcının Beck ölçeği araştırmacı tarafından okunarak dolduruldu. Katılımcıların kimlik bilgileri toplanmadı. Çalışmanın veri toplama aşaması 01.06.2010- 30.12.2010'da yürütüldü.

3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

Beck depresyon ölçeği puanına göre 17 puan altı=normal ve 17 ve üzeri puan=tıbbi destek almayı gerektiren durum olarak gruplandırılmıştır ve bağımlı değişken ikili-dikotom değişken olarak analiz edilmiştir.

3.8. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

1.Sosyo Demografik Faktörler

- yaş,
- doğum yeri,
- medeni durum,
- eğitim durumu,
- aile yapısı,

2.Sosyoekonomik Faktörler

- meslek,
- sosyal güvence varlığı ve tipi,
- iş durumu,
- çalışma saatleri,
- eş mesleği,
- eş eğitim durumu,
- eşin çalışma durumu,
- evin düzenli aylık geliri,
- net aylık gelir,
- kira durumu,
- otomobil sahibi olma durumu,

3.Doğurganlık Özellikleri

- menstruasyon durumu,
- adet düzensizliği,
- aile planlaması yöntem kullanımı,
- gebe kalma durumu,
- çocuk sahibi olma durumu,
- sahip olunan çocuk sayısı,
- ölü doğum/kürtaj/düşük sayısı,

4.Evlilik ve Aile İçi İlişki

- ilk evlenme yaşı,
- evlilik yılı,
- evlilik süresi,
- evlenme biçimi,
- evlilik sayısı,
- evliliğin resmiyet durumu,
- eş ile akrabalık durumu,
- eşin ev içinde sorumluluk alma durumu,
- annelik sorumluluğu,
- eş ile olan cinsellik ve cinsellik dışı ilişkiden memnuniyet durumu,
- karar verme sürecine katılım,
- aile ile ilgili önemli kararları kim verir,
- ailede sözel ve fiziksel şiddet durumu,
- baskıcı anne/babaya sahip olma durumu,
- anne/baba ilgisizliği görme durumu,
- üvey anne/baba varlığı,
- boşanma sorunu yaşama,

5.Depresyon Açısından Riskli Diğer Faktörler

- soy geçmişinde kronik hastalık varlığı,
- ailede bakım gerektirecek kronik hastalığı olma durumu,
- ailedeki kronik hastaya bakmak zorunda olma durumu,
- çocukların tanı almış hastalık bilgisi,
- önceden geçirdiği önemli hastalık,
- devamlı kullandığı ilaç varlığı,
- ailelerinde psikiyatrik hastalığı olanlar,
- önceden depresyon hikayesi,
- önceden depresyon tedavisi alma durumu,
- son bir yılda yaşanmış önemli sorun varlığı,
- 15 yaşından önce anne/baba ölümü yaşama durumu,
- eş/çocuk kaybı,
- yakın arkadaş ölümü /ayrılığı,
- önceden intihar girişiminde bulunma durumu,
- ders problemi, öğretmen / arkadaş problemi,
- kişilik özelliği.

6. Sosyo Kültürel Özellikler

- boş zamanlarda faaliyet gösterme durumu,
- sosyal çevreye katılım,
- sıkıntı paylaşacak kişi varlığı,
- yalnızlıkla baş etme yolları, arkadaşlarıyla okul dışında görüşme,

7. Sigara/Alkol Alışkanlığı

- sigara kullanma durumu/ kullanma süresi,
- alkol kullanma durumu,

3.8.1. Anket Formu

Demografik bilgiler, sosyokültürel ve ekonomik durum, kadınların üreme fonksiyonlarına ilişkin bilgiler, kronik hastalıklar ve depresyon açısından risk faktörleri ile ilgili sorunların yer aldığı 76 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır.(EK1)

3.8.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK2)

Özgün adı Beck Depression Inventory (BDI) olan ruh sağlığı taramalarında veya depresyon ile ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Beck ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilmiş olan, depresyon belirtilerinin derecesinin belirlenmesini amaçlayan, 15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilen, yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve hasta tarafından doldurulur.¹¹⁵ Depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Depresyon tanısı koymak için kullanılmaz. Önemli bir özelliği ise depresyon ile diğer psikopatolojik durumları ayırt edebilmesidir. Yapılan çalışmalar, BDÖ'nin depresif hastalar ile normal kişileri ayırabildiğini göstermiştir. Ancak depresyonun alt gruplarını ayırt edişi hakkında yeterli kanıt yoktur.¹¹⁵ BDÖ, psikoterapi sırasında klinik gözlemler doğrultusunda belirlenen 21 depresif belirti kategorisini kapsamaktadır. Bunlar; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, hayattan zevk alamama, suçluluk duygusu, cezalandırma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, karasızlık, bedensel imgenin çarpıtılması, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybıdır.¹¹⁶ BDÖ'de her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli'nin yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir.^{117,118}

Puanların Derecelendirmesi;

0 - 9 puan: Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler

10 - 16 puan: Hafif Düzeyde Depresif Belirti

17 - 29 puan: Orta Düzeyde Depresif Belirti

30 - 63 puan: Şiddetli Düzeyde Depresif Belirti

17 ve üzeri uzun süreli puanlama tıbbi destek alınmasını gerektirir.¹¹⁷

3.8.2.1. BDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Güvenirliği

BDÖ'nin 1978 tarihli versiyonu N. Hisli tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Envanterin Türkçe ve İngilizce formları her iki dili de iyi bilen 5 kız öğrenciye uygulanmıştır. 28 kişilik bir gruba testin önce Türkçe, bir hafta sonra da İngilizce formu verilmiş, diğer 30 kişilik gruba bu işlemin tersi yapılmıştır. İki form arasındaki korelasyon katsayıları 0,81 ve 0,73 olarak bulunmuş. Türkçe formun, İngilizce formu ile iyi bir uyuma içinde olduğuna karar verilmiştir. Türkçe versiyonun güvenilirliğinde iki yarım test güvenilirlik katsayı 259 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada 0,74 olarak bulunmuştur.^{115, 118}

Yapılan bir çalışmada BDE Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısını 0,87 bulunmuş ve BDE üzerine yapılan başka bir çalışmada da BDE ve MMPI-D skalası (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Depresyon alt testi) arasındaki korelasyonu 0,63 olarak saptanmıştır.¹¹⁹

Güvenilirlik çalışmasında , Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde, $r = 0,74$ olarak belirlenmiştir.^{117,118}

3.8.2.2. BDÖ'nin Türkçe Versiyonunun Geçerliliği

BDE'nin geçerliliği ölçütler açısından incelenmiştir. Ölçeğin, depresif ve normal deneklere uygulanması sonucu elde edilen puan ortalamaları arasındaki fark t-testi ile analiz edilmiş ve iki grubun ortalaması arasında 0,001 düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır.¹¹⁹ Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği ile her zaman geçerlilik katsayısı 0,72'dir. Bu bulgular Beck depresyon ölçeğinin depresyonu anksiyeteden ayırabildiğini göstermektedir.¹¹⁸

3.9.Verilerin Analizi

Katılımcılara anket uygulanırken sorulan çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistik analizler için yeniden gruplandırıldı (eğitim ve eş eğitim grupları, çalışma ve eş çalışma grupları sosyal güvenceleri, gelir düzeyleri, sigara kullanımları, kişilik tarifleri, sosyokültürel faaliyetler).

İstatistiksel analiz olarak verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare testi ve depresif durumu etkileyen bağımsız faktörlerin saptanması amacıyla Logistik regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma veya medyan(min-max), sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bu incelemeler Epi- info 6 ve SPSS (ver 11.5, Chicago) programı kullanılarak yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılığı

Depresif bozukluk tanısı psikiyatrik görüşme yapılarak konması gereken bir tanıdır. Beck depresyon ölçeği depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan bir ölçektir ve yapılan klinik çalışmalarda kesme puanının 17 olarak kabul edilir. Çalışmamızda BDÖ'den 17 puan altına anlamlı depresif belirtisi olmayanlar, 17 ve üzeri puanlar için anlamlı depresif belirtisi olan şeklinde gruplara ayırarak değerlendirmemizi yaptık.

3.11. Araştırma Desteği

Çukurova Üniversitesi Araştırma proje fonundan TF2009LTP53 nolu araştırmamıza destek sağlanmıştır. Bu şekilde veri toplama, değerlendirme ve yazım aşamasına kullanılan araç ve gereç temin edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 403 katılımcıya ait verilerin analizi yapıldı.

4.1.Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların yaşları ortalama $32,95 \pm 9,72$, ortanca 33 (minimum15, maximum 49) olarak bulundu. Araştırmaya katılan katılımcıların doğum yerlerine bakıldığında 351' inin (% 87,2) Havutlu, 12' sinin (% 3,0) Karataş, 23' ünün (% 5,7) Seyhan, 11' inin (% 2,7) Yüreğir, 3 kişinin İskenderun ve birer kişinin de Niğde, İstanbul ve Ceyhan idi.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; 124' ü (% 30,8) hiç evlenmemiş, 261' i (% 64,8) evli , 8' i (% 1,9) dul, 10' u (% 2,5) da eşinden boşanmış idi. Araştırmaya katılan kadınların 6'sı(% 1,4) okur yazar değilken, 20'si (% 5,0) okur yazar, 145'i (% 36,0) ilkokul, 105'i (% 26,1) ortaokul, 112'si (% 27,8) lise ve sadece 15'i (% 3,7) üniversite mezunu idi.

Katılımcıların aile tipleri değerlendirildiğinde; 350'si (% 86,8) çekirdek aile, 24'ü (% 6,0) parçalanmış aile, 22'si (% 5,5) geniş aile, 5'i (% 1,2) tek başına, 2'si (% 0,5) de yeniden kurulmuş aileye sahip idi. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n= 403)

Sosyodemografik Özellikler		Sayı	%
Yaş Grup	15-19	46	11,4
	20-24	46	11,4
	25-29	59	14,6
	30-34	67	16,6
	35-39	68	17,0
	40-44	55	13,6
	45-49	62	15,4
Doğum Yeri	Havutlu	351	87,2
	Karataş	12	3,0
	Seyhan	23	5,7
	Yüreğir	11	2,7
	İskenderun	3	0,7
	*Diğer	3	0,7
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	124	30,8
	Evli	261	64,8
	Boşanmış	10	2,5
	Dul	8	1,9
Eğitim	Okur-yazar değil	6	1,4
	Okur-yazar	20	5,0
	İlkokul	145	36,0
	Ortaokul	105	26,1
	Lise	112	27,8
	Üniversite	15	3,7
Aile Tipi	Çekirdek Aile	350	86,8
	Geniş	22	5,5
	Parçalanmış	24	6,0
	Yeniden Kurulmuş	2	0,5
	Tek Başına	5	1,2
Toplam		403	100,0

* İstanbul, Niğde, Ceyhan

4.2. Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Sosyo-Ekonomik Özellikleri

Katılımcıların sosyal güvenceleri sorgulandığında; 33'ünün (% 8,2) herhangi bir sosyal güvencesi yok iken, 270'nin (% 67,1) SSK, 59'unun (% 14,6) Bağ-Kur, 29'unun (% 6,9) Yeşil kart, 13'ünün (% 3,2) de Emekli Sandığına bağlı güvenceleri var idi.

Katılımcıların meslek bilgileri sorgulandığında 325'i (% 80,7) ev hanımı, 24'ü (% 6,0) işçi, 9'u (% 2,2) memur, 7'i (% 1,7) serbest ve 7'i (% 1,7) de diğer meslek sahibi idiler. Araştırmaya katılan ve öğrenci olmayan kadınların herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı sorgulandığında; 331'i (% 89,0) ise herhangi bir işte çalışmıyordu, kadınlardan sadece 41'i (% 11,0) çalışıyordu. Katılımcılar arasında emekli olan hiç yoktu. Çalışanlardan 12'si (% 29,4) hizmet işçisi, 9'u (% 1,9) serbest çalışan, 9'u (% 21,9) büro veya eğitim hizmetlerinde, 9'u (% 21,9) satışla ilgili işlerde, 2'si (% 4,9) da üretim işçisi olarak çalışmaktaydı. Tüm katılımcılardan 41 çalışanın 5'i (% 12,1) kendi işyerinde, 15'i (% 36,6) birinin yanında, 12'i (% 29,4) özel sektörde, 9'u (% 21,9) da devlette çalışıyordu. Çalışan 41 katılımcının çalışma saatleri incelendiğinde; 31'i (% 75,6) normal mesai ile, 4'ü (% 9,8) fazla mesai ile, 3'ü (% 7,3) vardiyalı, 3'ünün (% 7,3) de mesai saatleri değişken idi.

Görüşülen evli kadınların eşlerinin eğitim durumları sorgulandığında, 8'i (% 3,1) okur yazar, 112'i (% 42,9) ilkokul, 89'i (% 34,1) ortaokul, 41'i (% 15,7) lise, 11'i (% 4,2) üniversite mezunu idi. Evli ve dul olan katılımcıların eş meslekleri ise; 59'u (% 22,6) işçi, 27'i (% 10,3) memur, 134'ü (% 51,4) serbest, 30'u (% 11,5) emekli ve 11'i (% 4,2) işsiz idi. Evli olan 261 katılımcıdan sadece 49'nun (% 18,8) eşi emekli olduğu için veya işsiz olduğu için çalışmıyor idi.

Katılımcıların 353'ünün (% 87,6) düzenli aylık gelirleri vardı. Aylık gelirlerinin ortalama miktarı sorulduğunda 12'nin (% 3,0) hiç geliri yok iken 35'nin (% 8,7) aylık ortalama geliri 500 TL'nin atındaydı. 237'nin (% 58,9) geliri 500-1000 TL arasında idi. Görüşülen kadınların 330'u (% 81,9) kendilerine ait evde, 43'ü (% 10,7) akrabalarının evinde kira ödemedi, 30'u (% 7,4) ise kira ödeyerek oturmakta idi. Katılımcılardan sadece 5'inin (% 1,2) ev içinde banyosu bulunmuyordu. Otomobili olmayanların sayısı 255 (% 63,3) idi. Katılımcıların sosyoekonomik bilgileri tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyoekonomik Özellikler		Sayı	%
Sosyal Güvence (n=403)	Yok	33	8,2
	SSK	270	67,1
	Bağ-Kur	59	14,6
	Yeşil Kart	28	6,9
	Emekli Sandığı	13	3,2
Meslek (n=403)	Öğrenci	31	7,7
	Ev hanımı	325	80,7
	İşçi	24	6,0
	Memur	9	2,2
	Serbest	7	1,7
	*Diğer	7	1,7
Çalışma Durumları (n=372)	Çalışmayanlar	331	89,0
	Çalışanlar	41	11,0
Çalıştıkları iş türleri (n=41)	Hizmet işçileri	12	29,4
	Serbest çalışanlar	9	21,9
	Büro ve eğitim hizmetlerinde çalışanlar	9	21,9
	Satışla ilgili işlerde çalışanlar	9	21,9
	Üretim işçisi	2	4,9
Çalışanlar nerede çalışıyor(n=41)	Kendi işyerinde	5	12,1
	Birinin yanında	15	36,6
	Özel sektörde	12	29,4
	Devlette	9	21,9
Çalışma saatleri (n=41)	Normal mesai	31	75,6
	Fazla mesai	4	9,8
	Vardialı	3	7,3
	Değişiyor	3	7,3
Eş Eğitim (evli olanlar) (n=261)	Okur yazar	8	3,1
	İlkokul	112	42,9
	Ortaokul	89	34,1
	Lise	41	15,7
	Üniversite	11	4,2
Eş Meslek (evli olanlar) (n=261)	İşsiz	11	4,2
	İşçi	59	22,6
	Memur	27	10,3
	Serbest	134	51,4
	Emekli	30	11,5
Eş Çalışma Durumu (evli olanlar)(n=261)	Çalışıyor	212	81,2
	Çalışmıyor/Emekli	49	18,8
Düzenli Gelir Durumu (n=403)	Var	353	87,6
	Yok	50	12,4

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı Devamı

Sosyoekonomik Özellikler Devamı		Sayı	%
Evin Aylık Net Gelir Ortalaması (n=403)	hiç gelir yok	12	3,0
	500 altı	35	8,7
	500-1000	237	58,9
	1000-1500	77	19,1
	1500-2000	32	7,9
	2000-2500	3	0,7
	2500-3000	6	1,5
	3000-3500	1	0,2
Kira Durumu (n=403)	Kendi Evleri	330	81,9
	Akrabaların Evi	43	10,7
	Kira Ödüyor	30	7,4
Otomobil (n=403)	Var	148	36,7
	Yok	255	63,3

* Turizmci, Tiyatrocu, labratuar mezunu, işletme mezunu, eczacı

4.3.Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Doğurganlık Özellikleri

Araştırma grubunun ilk menstruasyon yaş ortalaması $13,02 \pm 1,02$, ortancası 13 (minimum 10, maximum 16) idi. Araştırmaya katılan 403 katılımcıdan sadece 344'i (% 85,4) menstruasyon görmekteydi. Anket uygulaması sırasında kadınlardan 85'i (% 21,1) premenstrüel dönemdeydi. Menstruasyon düzensizliği olan 64 (% 15,9) katılımcı var idi.

Araştırma grubundaki 403 katılımcıdan sadece 263'ü (% 65,3) en az bir kez gebe kalmıştı. Katılımcılardan 261'i (% 64,8) gebelik sonucunda canlı çocuk sahibi olmuş, gebeliği olup henüz canlı çocuk sahibi olmayan iki kadından birinin ilk hamileliği olup henüz doğum yapmamış, diğeri ise ilk gebeliğinden düşük yapmış ve çocuk sahibi olamamıştı.

Katılımcıların ortalama canlı doğum sayıları $1,46 \pm 1,36$, ortancası 2(minimum 0, maximum 6) idi. Çocuk sahib i olan 261 katılımcıdan 55'i (% 13,6) bir, 123'ü (% 30,5) iki, 58'i (% 14,4) üç , 15'i(%3,7) dört, 8'i(2,0) beş, 2'i(%0,5) altı çocuk sahibiydi. Evli, boşanmış ve dul olan 279 katılımcının 68'i(% 24,4) en az bir kez düşük, 32'i (% 11,5) kürtaj, 4'ü de (% 1,4) ölü doğum yapmış idi.

Halen evli olan 261 katılımcının % 46'sı aile planlaması yöntemi kullanmakta idi. Bunlardan % 60,8'i etkin yöntem kullanırken, % 39,2'u etkin olmayan yöntem kullanmakta idi. Etkin yöntemlerden en fazla kullanılan % 38,3 ile RIA iken etkin olmayan yöntemlerden ise tamamı geri çekme idi. Evli katılımcıların % 54'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmıyor idi. Katılımcıların doğurganlık bilgileri Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri		Sayı	%
Menstruasyon Durumu (n=403)	Menstruasyon Görüyor	344	85,4
	Hamile/Menstruasyon Görmüyor	59	14,6
Son Menstruasyon Tarihi (n=403)	Menstruasyon Görmüyor	46	11,4
	Premenstruasyon	85	21,1
	Menstruasyon	76	18,9
	Postmenstruasyon	183	45,4
	Hamile	13	3,2
Menstruasyon Düzensizliği (n=403)	Var	64	15,9
	Yok	339	84,1
En Az Bir Kez Gebe Kalma Durumu (n=403)	Var	263	65,3
	Yok	140	34,7
Çocuk Varlığı (n=403)	Var	261	64,8
	Yok	142	35,2
Çocuk Sayısı (n=279)	0	18	6,4
	1-2	178	63,8
	3-4	73	26,2
	5-6	10	3,6
Düşük (n=279)	Var	68	24,4
	Yok	211	75,6

Tablo 8. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı Devamı

Doğurganlık Özelliklerin Devamı		Sayı	%
Ölü Doğum (n=279)	Var	4	1,4
	Yok	275	98,6
Kürtaj (n=279)	Var	32	11,5
	Yok	247	88,5
Aile Planlaması Yöntemleri (n=261)	Etkin Yöntemler		
	RIA	28	10,7
	Hap	25	9,6
	Tüp Ligasyonu	7	2,7
	Kondom	13	5,0
	Etkin Yöntem Toplam	73	28,0
	Etkin Olmayan Yöntemler		
	Geri Çekme	47	18,0
	Yöntem Kullanmayanlar	141	54,0

4.4.Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Evlilik ve Aile İçi İlişkilerinin Özellikleri

Evli, boşanmış veya dul olan 279 katılımcının (% 69,2) ilk evlilik yaş ortalaması $14,12 \pm 9,96$, ortalanca 18 (minimum 14, maximum 46) idi. Daha önce başından evlilik geçmiş olan 279 katılımcıdan 45'i (% 16,1) 18 yaş altında evlenmiş, 197'i (% 70,6) 18 yaş ve/veya 24 yaş arasında, 37'i (% 13,3) 25 yaş veya üstünde evlenmiş idi.

Araştırmaya katılan evli, dul veya boşanmış olan 279 katılımcıdan 216'ı (% 77,5) görücü usulüyle, 54' ü (% 19,3) anlaşarak, 9' u (% 3,2) kaçarak evlenmiş idi.

Evli, dul veya boşanmış olan 279 katılımcının eşleriyle olan akrabalık durumları sorgulandığında; 201'inin (% 72,0) akraba olmadığı, 34'ünün (% 12,2) birinci derece, 33'nün (% 11,9) ikinci derece, 11'inin de (% 3,9) üçüncü dereceden akraba idi.

Evli veya dul olan 269 katılımcıdan 261'i (% 97,0) resmi + dini nikahla, 8'i (% 3,0) sadece dini nikahla evli idi. Evli olan 261 katılımcının 81'inin (% 31,0) evlilik yılı 10 yıl veya daha az, 180'inin (% 69,0) 10 yıldan daha fazla idi.

Evli, dul veya boşanmış olan 279 katılımcıdan 267'sinin (% 95,7) hem kendisinin hem eşinin ilk evlilikleri, 10 katılımcının (% 3,6) eşinin ikinci eşi olduğu, iki katılımcının ise kendisinin ikinci, eşinin ilk evliliği idi.

Evli olan 261 katılımcıya göre eşlerinin ev içi sorumlulukları yerine getirme durumları sorgulandığında; evin geçimini sadece 19 (% 7,3) katılımcının eşi sağlamıyordu. Evli ve çocuk sahibi olan 244 katılımcıya eşlerinin iyi bir baba olup olmadığı sorulduğunda; 211'i (% 86,5) iyi bir baba olduğunu düşünürken, 33'ü (% 13,5) iyi bir baba olduğunu düşünmüyordu. Katılımcılardan 50'sinin (% 19,2) eşi anlayışlı değildi. Katılımcılardan sadece 48'nin (% 18,4) eşi ev işlerine yardımcı oluyordu.

Anne olan 261 katılımcıdan bir tanesinin çocukları öldüğü için anne katılımcı sayısı 260 olarak kabul edilmiştir. Görüşülen 260 katılımcıya çocuklarının maddi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliği sorgulandığında; 162'i (% 62,3) kısmen, 76'ı (% 29,2) tamamen karşıladığını, 22'i (% 8,5) de karşılayamadığını düşünmekte idi. Katılımcıların çocuklarının manevi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliği sorgulandığında ise; 219'u (% 84,2) yeteri kadar, 37'si (% 14,2) kısmen yeterli olduğunu düşünür iken, 4'ü (% 1,6) de ise kendisini yetersiz bulmaktadır.

403 katılımcıya aile içi karar verme sürecine katılım durumları sorgulandığında; sadece 117'i (% 29,0) karar verme sürecinde söz sahibi değil idi. Aile ile ilgili önemli kararları kimin verdiği sorgulandığında; 225'i (% 55,8) kendisinin ve eşinin, 96'ı (% 23,8) aile büyüklerinin, 36'ı (% 8,9) hep beraber, 25'i (% 6,2) kendisinin, 20'i (% 5,0) sadece eşinin, bir kişi de aile büyüğü ve eşinin ortak karar veriyor idi.

Araştırmaya katılan 261 evli kadının eşleriyle olan cinsellik dışı ilişkilerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda; sadece 26'ı (% 10,0) çok iyi olduğunu düşünürken, 113'ü (% 43,3) iyi, 67'i (% 25,7) orta, 44'ü (% 16,8) kötü, 11'i (% 4,2) ise çok kötü olduğunu düşünmekte idi. Evli olan katılımcıların eşleriyle olan cinsel hayattan memnuniyet durumları sorulduğunda; 26'ı (% 10,0) memnun olduğunu ifade ederken, 80'i (% 30,6) genellikle memnun, 79'u (% 30,2) orta derecede memnun,

61'i (% 23,4) genellikle memnun olmadığını, 15'i (% 5,8) de hiç memnun olmadığını düşünmekte idi.

Katılımcıların arasından başından en az bir kez evlilik geçirmiş olanlara evliliklerinde ciddi sorun yaşama durumları sorgulandığında; 244'ü(% 87,5) sorun yaşamamış iken, 23'ü(% 8,2) ciddi sorunlar yaşayıp boşanmamış, 10 'u(% 3,6) sorun yaşayıp boşanmış ve 2'i(% 0,7) de ilk evliliğinde sorun yaşamış ve boşanmış idi.

403 katılımcıdan sadece 17'i (% 4,2) hem fiziksel hem sözel şiddet görmekte iken, 25'i (% 6,2) de sözel olarak aşağılama ve hakaretlere maruz kalmakta idi.

Katılımcılara çocukluk veya ergenlik döneminde anne-baba baskısı yaşayıp yaşamadıkları sorgulandığında; 278'i (% 69,0) baskı yaşamamış, 125'i (% 31,0) baskı yaşamış idi. Katılımcılara çocukluk veya ergenlik döneminde anne-baba ilgisizliği yaşayıp yaşamadığını sorguladığımızda da; 93'ü (% 23,1) ilgisizlik yaşamış idi. Katılımcılardan üvey anne/babası olan sadece 25 (% 6,0) kişi idi. Katılımcıların evlilik ve aile içi ilişkilerin bilgileri Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların Evlilik ve Aile İçi İlişki Bilgilerinin Dağılımı

Evlilik ve Aile Bilgileri		Sayı	%
İlk Evlilik Yaşı (evli, dul ve boşanmışlar) (n=279)	18 < evlenenler	45	16,1
	18 ≥24 yaş arası evlenenler	197	70,6
	25 ≥ evlenenler	37	13,3
Evlenme Biçimi (evli, dul ve boşanmışlar) (n=279)	Görücü Usulü	216	77,5
	Anlaşarak	54	19,3
	Kaçarak	9	3,2
Eş akrabalık (evli, dul ve boşanmışlar) (n=279)	Akraba değil	201	72,0
	1.derece	34	12,2
	2.derece	33	11,9
	3.derece	11	3,9
Eş resmiyeti (evli ve dul olanlar) (n=269)	Resmi +Dini nikah	261	97,0
	Dini nikah	8	3,0

Tablo 9. Katılımcıların Evlilik ve Aile İçi İlişki Bilgilerinin Dağılımının Devamı 1

Evlilik ve Aile Bilgilerinin Devamı		Sayı	%
Evlilik süresi (evli olanlar) (n=261)	10 ≤ evli	81	31,0
	10 > evli	180	69,0
Evlilik Sayısı (evli, dul ve boşanmışlar) (n=279)	İlk evlilik	267	95,7
	Kendisinin ilk, Eşinin İkinci Evliliği	10	3,6
	Kendisinin ikinci, Eşinin birinci	2	0,7
Eşin Evin Geçimini Sağlama Durumu (n=261)	Evet	242	92,7
	Hayır	19	7,3
Anlayışlı bir eş (n=261)	Evet	211	80,8
	Hayır	50	19,2
Eşin Ev işlerine Yardımcı Olma Durumu (n=261)	Evet	48	18,4
	Hayır	213	81,6
İyi Bir Baba (Evli ve çocuk sahibi olan) (n=244)	Evet	211	86,5
	Hayır	33	13,5
Katılımcıların Çocuklarının Maddi İhtiyacını Karşılama Durumları (n=260)	Kısmen	162	62,3
	Tamamen	76	29,2
	Yetersiz	22	8,5
Katılımcıların Çocuklarının Manevi İhtiyacını Karşılama Durumları (n=260)	Kısmen	37	14,2
	Tamamen	219	84,2
	Yetersiz	4	1,6
Katılımcıların Karar verme Sürecine Katılım Durumları (n=403)	Evet	286	71,0
	Hayır	117	29,0
Aile ile ilgili önemli kararları kim verir(n=403)	Eş	20	5,0
	Kendisi	25	6,2
	Eş ve Kendisi	225	55,8
	Aile Büyüğü	96	23,8
	Aile Büyüğü	96	23,8
	Hep beraber	36	8,9
	Aile büyüğü ve eş	1	0,3

Tablo 9. Katılımcıların Evlilik ve Aile İçi İlişki Bilgilerinin Dağılımının Devamı 2

Evlilik ve Aile Bilgilerinin Devamı		Sayı	%
Eşleri İle Olan Cinsellik Dışındaki İlişki Memnuniyet Durumu (n=261)	Çok İyi	26	10,0
	İyi	113	43,3
	Orta	67	25,7
	Kötü	44	16,8
	Çok Kötü	11	4,2
Eşleri İle Olan Cinsel Hayatlarından Memnuniyet Durumu (n=261)	Memnunum	26	10,0
	Genellikle Memnunum	80	30,6
	Orta Derecede Memnunum	79	30,2
	Genellikle Memnun Değilim	61	23,4
	Hiç Memnun Değilim	15	5,8
Evliliklerinde Ciddi Sorun Yaşama Durumları (n=279)	Sorun Yaşamayan	244	87,5
	Sorun Yaşamış, Boşanmamış	23	8,2
	Sorun yaşamış, Boşanmış	10	3,6
	İlk evliliğinden boşanmış	2	0,7
Katılımcıların Fiziksel ve Sözel Şiddet Görme Durumları (n=403)	Var	17	4,2
	Yok	386	95,8
Sözel Şiddet (n=403)	Var	25	6,2
	Yok	378	93,8
Ergenlik/Çocuklukta Anne-Baba Baskısı Yaşama Durumları (n=403)	Var	125	31,0
	Yok	278	69,0
Ergenlik/Çocuklukta Anne-Baba İlgisizliği Yaşama Durumları (n=403)	Var	93	23,1
	Yok	310	76,9
Üvey Anne-Baba Sahibi Olma Durumları (n=403)	Var	25	6,2
	Yok	378	93,8

4.5.Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıları Depresyon Açısından Etkileyebilecek Diğer Faktörler

Araştırmamıza dahil olan kadınların % 42,9’unda soy geçmişlerinde belirgin bir hastalık yok iken, katılımcıların soy geçmişlerinde görülen kronik hastalık dağılımları ise; 111’inde (% 27,5) DM, 69’unda (% 17,1) kardiyovasküler sistem hastalığı, 30’unda (% 7,4) kanser, 11’inde (% 2,7) kan hastalığı, 2’inde (% 0,5) solunum sistemi hastalığı, 2’inde (% 0,5) böbrek hastalığı, 2’inde (% 0,5) karaciğer hastalığı, bir kişinin soyunda nörolojik hastalık, bir kişi de endokrinolojik hastalık var idi.

Katılımcıların ailelerinde takip ve/veya bakım gerektiren bir hastalığı olan yakınlarının dağılımı incelendiğinde 345’inde (% 89,8) herhangi bir hastalık yok iken sadece 39’unda (% 10,2) bakım gerektirecek hastalık var idi. Hastalığı olan yakınlarına bakmak zorunda olanların dağılımı ise 28 (% 7,3) idi.

Anne olan 261 katılımcıdan 236’sının (% 90,4) çocuğunda tanı almış herhangi bir hastalık yok idi. Katılımcılardan çocuklarında tanı almış hastalığı olanlardan en çok 7 (% 2,7) ile kan hastalığı idi.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların depresyon dışındaki hastalık bilgileri sorgulandığında; 333’ünün (% 82,6) tanı almış herhangi bir hastalığı yok idi. Tanı alınmış hastalıklar içinde de en fazla 17’si (% 3,9) kardiyovasküler sistem hastalıkları idi.

Katılımcıların devamlı kullandıkları ilaç bilgileri ise ; 336’ı (% 83,4) sürekli ilaçn kullanmıyordu. 10’u (% 2,5) antihipertansif, 10’u (% 2,5) bronkodilatatör, 9’u (% 2,2) migren, 8’i (% 2,0) proton pompa inhibitörleri, 7’si (% 1,7) antidiyabetik, 7’i (% 1,7) lipit düşürücü ve 5’i (% 1,2) troid hormonu, 2’si (% 0,5) antiaritmik ve 5 kişi de çeşitli ilaçları devamlı olarak kullanmakta idi.

403 katılımcıdan ailelerinde psikiyatrik hastalığı olanların sayısı 56 (% 13,9) idi.

403 katılımcıdan 45’i (% 11,2) önceden depresyon geçirmiş idi. Önceden depresyon geçirenlerin 4’ü (% 8,8) halen tedavi olur iken, 16’sı (% 35,6) depresyon geçirmiş ama tedavi olmamış, 25’i (% 55,6) ise depresyon tedavisi olmuş idi.

Katılımcılara ergenlik döneminde anne-baba ayrılığı/kaybı yaşama durumu sorgulandığında sadece 73’ü (% 18,1) anne-baba ayrılığı veya kaybı yaşamıştı.

Katılımcılara 15 yaşından sonra eş, çocuk kaybı ile yakın arkadaş veya sevgili ayrılığı/ölümü sorgulandığında; başından evlilik geçmiş 279 katılımcıdan 8'nin (% 2,9) eşini kaybettiği, çocuk sahibi olan 261 katılımcıdan 20'sinin (% 7,7) çocuk kaybı olmuştu. 403 katılımcıdan yakın arkadaş ayrılığı/ölümünü 51'i (% 12,7) yaşamış idi.

Öğrenci olan 31 katılımcının 23'ü (% 74,2) derslerle ilgili sorunu yok iken, 8'i (% 25,8) ders sorunu var idi. Öğretmen/arkadaş sorunu olan sadece 4 (% 12,9) kişide idi.

Katılımcılar arasından şimdiye kadar intihar girişiminde bulunanların sayısı 5 (% 1,2) idi.

Katılımcılara kendi kişiliklerini tarif etmelerini istediğimizde; 177'si (% 44,0) sessiz sakın/içe dönük, 161'i (% 39,9) neşeli/normal/dışa dönük, 65'i (% 16,1) sinirli/değişken olduğunu düşünüyor idi. Katılımcıları depresyon açısından etkileyebilecek diğer faktörlerin bilgileri Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıları Depresyon Açısından Etkileyebilecek Faktörlerin Dağılımı

Depresyon İçin Riskli Durumlar		Sayı	%
Soy Geçmişlerinde Görülen Kronik Hastalık Dağılımı (n=403)	Hastalık Yok	173	42,9
	DM	111	27,5
	Kardiyovasküler sistem hastalığı	69	17,1
	Kanser	30	7,4
	Kan Hastalığı	11	2,7
	Solunum Sistemi Hastalığı	2	0,5
	Böbrek Hastalığı	2	0,5
	Karaciğer Hastalığı	2	0,5
	Nörolojik Hastalık	1	0,3
	Endokrinolojik Hastalık	1	0,3
	Kanser + DM	1	0,3
Ailelerinde Bakım Gerektiren Kronik Hastalığı Olan (n=403)	Var	40	9,9
	Yok	363	90,1
Kronik Hastaya Bakmak Zorunda Olanlar (n=403)	Evet	28	6,9
	Hayır	375	93,1

Tablo 10. Katılımcıları Depresyon Açısından Etkileyebilecek Faktörlerin Dağılımı Devamı 1

Depresyon İçin Riskli Durumlar		Sayı	%
Anne Olan Katılımcıların Çocuklarının Hastalık ve Özürlülük Durumları (n=261)	Tanı almış hastalığı olmayan	236	90,4
	Solunum Sistemi Hastalığı	3	1,1
	Kan Hastalığı	7	2,7
	Nörolojik Hastalık	6	2,3
	Kanser	2	0,8
	*Diğer	7	2,7
Katılımcıların depresyon dışında tanı aldığı önemli hastalık (n=403)	Tanı Aldığı Hastalık Yok	333	82,6
	Kardiyovasküler sistem hastalıkları	17	4,2
	Santral Sinir Sistemi hastalıkları	9	2,2
	DM veya İnsülin direnci olanlar	9	2,2
	Gastrointestinal sistem hastalıkları	9	2,2
	Solunum sistemi hastalıkları	10	2,5
	Endokrinolojik hastalıklar	6	1,5
	Romatolojik hastalıklar	2	0,5
	Karaciğer hastalıkları	2	0,5
	Enfeksiyöz hastalıklar	2	0,5
	Kanser	1	0,2
	Kadın hastalıkları	3	0,7
Katılımcıların devamlı kullandıkları ilaç bilgileri (n=403)	İlaç kullanmayanlar	336	83,5
	Antihipertansif	10	2,5
	Bronkodilatatör	10	2,5
	Analjezik(Migren Tedv)	9	2,2
	Proton pompa inhibitörleri	8	2,0
	Antidiyabetik	7	1,7
	Hiperlipidemi düşürücü	7	1,7
	Troide ilaçları	5	1,2
	Antidepresan	4	1,0
	Antiaritmik	2	0,5
	*Diğer ilaçlar	5	1,2
Katılımcıların Ailelerinde Psikiyatrik Hastalığı Olanlar (n=403)	Var	56	13,9
	Yok	347	86,1
Katılımcıların Önceden Depresyon Geçirme Durumları (n=403)	Var	45	11,2
	Yok	358	88,8
Katılımcılardan Depresyon Geçirenlerin Tedavi Olma Durumları (n=45)	Halen depresyon tedavisi oluyor	4	8,8
	Önceden depresyon tedavisi olmuş	25	55,6
	Depresyon geçirmiş ama tedavi olmamış	16	35,6

Tablo 10. Katılımcıları Depresyon Açısından Etkileyebilecek Faktörlerin Dağılımı Devamı 2

Depresyon İçin Riskli Durumlar Devamı		Sayı	%
15 Yaşından Önce Anne-Baba Ayrılığı/Kaybı (n=403)	Var	73	18,1
	Yok	330	81,9
Eş kaybı (n=279)	Var	8	2,9
	Yok	271	97,1
Çocuk Kaybı (n=261)	Var	20	7,7
	Yok	241	92,3
Yakın Arkadaş Ayrılığı/Ölümü (N=403)	Var	51	12,7
	Yok	352	87,3
Öğrenci Olanlardan Ders Sorunu Yaşanlar (n=31)	Var	8	25,8
	Yok	23	74,2
Öğrenci Olanlardan Öğretmen/Arkadaş Sorunu Yaşayanlar (n=31)	Var	4	12,9
	Yok	27	87,1
Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunma Durumu (n=403)	Var	5	1,2
	Yok	398	98,8
Kendi Kişilik Tarifinin Dağılımı (n=403)	Neşeli, Normal, Dışa Dönük	161	39,9
	Sessiz-sakin, içe dönük	177	44,0
	Sinirli, Değişken	65	16,1

***Deri, Göz, Tip 1 DM, Kardiovasküler, Endokrin sistem Hastalığı, İşitme Engelli, Görme Engelli**

4.5.1.Katılımcıları Depresyon Açısından Etkileyebilecek Yaşam Olaylarının Dağılımı

Katılımcılardan 152'si (% 37,7) son bir yıl içinde herhangi üzücü bir olay yaşamamış iken 116'sı (% 28,8) bir, 62'si (% 15,4) iki, 73'ü (% 18,1) üç kendilerini etkileyen yaşam olayı ile karşılaşmış idi. Katılımcıların son bir yıl içinde kendisini üzüntüye, strese sokan üç yaşam olayının nedenleri sorgulandığında; 116'sı (% 9,6)

parasal sorunlar, 84'ü (% 6,9) işsizlik, 54'ü (% 4,4) yakın kaybı, 53'ü (% 4,3) sağlık sorunu, 42'si (% 3,5) aile içi geçimsizlik, 28'i (% 2,3) sosyal ilişkilerde sorunlar yaşamış idi. Katılımcıları son bir yıl içinde en çok etkileyen üç yaşam olayının dağılımı tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcıları Son Bir Yıl İçinde En Çok Etkileyen Üç Yaşam Olayının Dağılımı (n=403)

En Çok Üzüldükleri Yaşam Olayları	1. üzücü olay		2. üzücü olay		3. üzücü olay	
	Sayı	% *	Sayı	% *	Sayı	% *
Herhangi bir olay yok	152	37,7	268	66,5	330	81,9
Parasal Sorunlar	99	24,6	16	4,0	1	0,2
Yakın kayıp	43	10,7	9	2,2	2	0,5
Sağlık Sorunu	20	5,0	24	6,0	9	2,2
Aile İçi Geçimsizlik	19	4,7	19	4,7	4	0,9
Sosyal ilişkiler	14	3,5	9	2,2	5	1,2
İşsizlik	20	5,0	24	6,0	40	9,9
Eğitim Sorunu	7	1,7	6	1,5	1	0,2
Yalnızlık	9	2,2	3	0,7	1	0,2
Sosyal Değişim	6	1,5	8	2,0	4	1,0
Çocuk Sorunu	9	2,2	4	1,0	5	1,2
Ayrılık	3	0,7	11	2,7	0	0,0
İş ile İlgili Sorunlar	1	0,2	2	0,5	2	0,5
Kaza	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Toplam	403	100,0	403	100,0	403	100,0

*Kolon Yüzdesi

4.6.Araştırmaya Dahil Olan Katılımcıların Sosyo-Kültürel Faaliyet Gösterme Durumlarının Dağılımı

Katılımcıların boş zamanlarda en çok yaptıkları etkinlikler ise; %79,4 (320) ile televizyon izlemek ilk sırayı alır iken, %73,7'si (297) evde oturmak, %65,8'i (265) akraba ziyareti, %61,8'i(249) komşuya gitmek, %33,0'i(133) radyo dinlemek, %22,3'ü (90) kitap okumak, %14,9'u (60) gazete okumak, %7,2'si(29) el işi yapmak ve sadece %6'sı da (24) spor yapmayı boş zaman etkinliği olarak değerlendiriyor idi.

Katılımcıların en çok izledikleri televizyon programları ise; 294'ü (% 73,0) dizileri, 235'i (% 58,3) haberleri, 199'u (% 49,4) türk filmi, 183'ü (% 45,4) sağlık

programları, 174'ü (% 43,2) magazin, 124'ü (% 30,8) müzik, 90'ı (% 22,3) belgesel, 64'ü (% 15,9) yabancı film idi.

Katılımcıların en çok dinledikleri müzik türleri ise; 239'u (% 59,3) popüler, 221'i (% 54,8) arabesk, 209'u (% 51,9) sanat, 202'si (% 50,1) ile halk müziği idi.

Katılımcıların son bir ay içinde en çok gittikleri yerler ise; % 74,9 ile akraba ziyareti, % 68,2 ile arkadaş ziyareti ve % 49,1 sıklıkla ise düğün ve denize gitme etkinliğinde bulunmuşlardı. Katılımcıların en az yaptıkları faaliyetler ise; % 4 ile tiyatro, % 6,5 ile konser, % 8,2 ile sinemaya gitmek idi.

Katılımcıların günde ortalama televizyon izleme saatleri ise 2'si (% 0,5) ile hiç izlemiyor iken, 89'u (% 22,1) dört saat ve üstü izler iken, 224'ü (% 55,6) iki-üç saat, 50'si (% 12,4) bir saatten az, 38'i (% 9,4) de bir saat kadar televizyon izliyor idi.

Katılımcılara kendilerini yalnız hissettiklerinde, bu duyguyu gidermek için neler yaptıklarını sorduğumuzda; 157'si (% 39,0) içe kapandığını, 68'i (% 16,9) dışarı çıktığını, 59'u (% 14,6) yakını ile dertleştiğini, 46'sı (% 11,4) müzik dinlediğini, 39'u (%9,7) televizyon seyrettiğini, 16'sı (% 4,0) iş yaptığını, 14'ü (% 3,5) kitap okuduğunu, ve 4'ü (% 1,0) de yalnızlık hissetmediğini ifade etti.

Bir sıkıntısı olduğunda katılımcılardan 168'i (% 41,7) eşi ile, 56'sı (% 13,9) anne-babası ile, 53'ü (% 13,2) bir arkadaşı ile, 51'i (% 12,7) kardeşi ile, 20'si (% 5,0) çocuğu ile, 7'si (% 1,7) komşusu ile, 1'i (% 0,2) öğretmeni ile sıkıntısını paylaşıyor iken 47'si de (% 11,7) hiç kimseyle paylaşmıyordu.

Öğrenci olan katılımcılardan okul arkadaşlarıyla ders dışı zamanlarda sadece 8'i (% 25,8) görüşmüyor idi. Katılımcıların sosyokültürel faaliyetlerinin bilgileri Tablo 12 ve 13'de sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların Sosyo-Kültürel Faaliyetlerinin Dağılımı-1 (n=403)

Sosyokültürel Faaliyet-1	Evet		Hayır	
Boş zamanlarda Yaptıkları Faaliyetler	Sayı	%	Sayı	%
Evde oturmak	297	73,7	106	26,3
Akraba ziyareti	265	65,8	138	34,2
Komşuya gitmek	249	61,8	154	38,2
Televizyon İzlemek	320	79,4	83	20,6
Kitap Okumak	90	22,3	313	77,7
Gazete Okumak	60	14,9	343	85,1
El işi Yapmak	29	7,2	374	92,8
Spor Yapmak	24	6,0	379	94,0
Radyo Dinlemek	133	33,0	270	67,0
İzledikleri Televizyon Programları				
Haberler	235	58,3	168	41,7
Sağlık Programlar	183	45,4	220	54,6
Diziler	294	73,0	109	27,0
Türk Filmi	199	49,4	204	50,6
Yabancı Film	64	15,9	339	84,1
Magazin	174	43,2	229	56,8
Müzik	124	30,8	279	69,2
Belgesel	90	22,3	313	77,7
En Çok Dinledikleri Müzik Türleri				
Popüler	239	59,3	164	40,7
Rock	32	7,9	371	92,1
Sanat	209	51,9	194	48,1
Halk	202	50,1	201	49,9
Arabesk	221	54,8	182	45,2
Yabancı	185	45,9	218	54,1
Son Bir Ayda Gittikleri Yerler				
Piknik	143	35,5	260	64,5
Deniz	198	49,1	205	50,9
Yayla	122	30,3	281	69,7
Akraba Ziyareti	302	74,9	101	25,1
Arkadaş Ziyareti	275	68,2	128	31,8
Düğün	198	49,1	205	50,9
Çay Bahçesi	79	19,6	324	80,4
Tiyatro	16	4,0	387	96,0
Sinema	33	8,2	370	91,8
Konser	26	6,5	377	93,5
Lokanta	88	21,8	315	78,2

Tablo 13. Katılımcıların Sosyo-Kültürel Faaliyetlerinin Dağılımı-2 (n=403)

Sosyokültürel Faaliyet-2		Sayı	%
Televizyon İzleme Saati	Hiç İzlemiyor	2	0,5
	Bir Saatten az	50	12,4
	Bir Saat	38	9,4
	İki-Üç Saat	224	55,6
	Dört Saat ve üstü	89	22,1
Yalnızlık Duygusu İle Baş Etme Yolları	İçe Kapanmak(ağlamak, düşünmek vb)	157	39,0
	Dışarı Çıkmak	68	16,9
	Yakını İle Dertleşme	59	14,6
	Müzik Dinlemek	46	11,4
	TV Seyretmek	39	9,7
	İş Yapmak	16	4,0
	Kitap Okumak	14	3,5
	Yalnızlık Hissetmez	4	1,0
Sıkıntılarını Paylaştıkları Kişiler	Eş	168	41,7
	Anne-Baba	56	13,9
	Arkadaş	53	13,2
	Kardeş	51	12,7
	Hiç kimseyle	47	11,7
	Çocuklar	20	5,0
	Komşu	7	1,7
	Öğretmen	1	0,2
Öğrenci Olanların Okul Arkadaşlarıyla Okul Dışında Görüşme Durumları(n=31)	Evet	23	74,2
	Hayır	8	25,8

4.7. Katılımcıların Sigara/ Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı

Araştırma grubundaki kadınların 284'ü (% 70,5) sigara kullanmaz iken, 66'sı (% 16,3) günde 1-10 adet, 26'sı (% 6,5) 10-20 adet, 23'ü (% 5,7) 20-30 adet ve 4'ü (% 1,0) de 30-40 adet sigara kullanıyor idi. Katılımcıların sigara kullanma süresi ise % 6,9'u 1-5 yıl, % 9,9'u 5-10 yıl, % 7,2'si 10-15 yıl, % 4,5'i 15-20 yıl, % 1'i ise 4 yıldır sigara kullanıyor idi.

Katılımcıların alkol tüketme sıklıklarını sorduğumuzda; 382'si (% 94,8) alkol tüketmezken, 15'i (% 3,7) ara sıra ve sadece 6'sı (% 1,5) sıklıkla alkol tüketiyordu. Katılımcıların sigara/ alkol kullanma durumları Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların Sigara/Alkol Kullanma Durumlarının dağılımı (n=403)

Sigara/Alkol Kullanma Durumları		Sayı	%
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	284	70,5
	1-10 adet/gün	66	16,3
	10-20 adet/gün	26	6,5
	20-30 adet/gün	23	5,7
	30-40 adet/gün	4	1,0
Sigara Yıl	Sigara Kullanmıyor	284	70,5
	1-5 Yıl	28	6,9
	5-10 Yıl	40	9,9
	10-15 Yıl	29	7,2
	15-20 Yıl	18	4,5
	20-25 Yıl	4	1,0
Alkol Kullanma	Kullanmıyor	382	94,8
	Ara sıra kullanıyor	15	3,7
	Sıklıkla Kullanıyor	6	1,5

4.8. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği Değerlendirmesi Bilgilerinin Dağılımı

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $10,94 \pm 11,45$, ortancası 8 (minimum 0, maximum 63) idi. Katılımcılardan Beck depresyon ölçeği 17 ve üstünde puan alanlar 122 (% 30,3) kişi idi. Katılımcılara daha detaylı Beck puan sınıflandırması yaparsak, aldıkları puanlar; 0-9 puan minimal düzeyde depresif belirtisi olan 217 (% 53,8) , 10-16 puan hafif düzeyde depresif belirtisi olan 64 (% 15,9), 17-29 puan orta düzeyde depresif belirtisi olan 92 (% 22,8), 30-63 puan şiddetli düzeyde depresif belirtisi olan 30 (% 7,5) katılımcı idi.

Tüm katılımcıların aldıkları BDÖ puanına göre sinirlilik 0,71 ortalama puan ile en fazla görülen, kilo kaybı ise 0,27 ortalama puan ile en az görülen belirti idi.

17 puan ve üstü alan katılımcılarda en fazla görülen birinci belirti hayattan zevk alamama, ikinci belirti suçluluk duygusu, üçüncü belirti uyku bozukluğu idi. En az görülen belirti ise kilo kaybı idi.

Katılımcıların Beck depresyon ölçeğine göre aldıkları puan değerlendirilmesi bilgilerinin dağılımı Tablo 15 ve 16 'da sunulmuştur.

Tablo 15. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine Göre Aldıkları Puan Değerlendirilmesi Bilgilerinin Dağılımı (n=403)

	Beck Puan		Sayı	%
Beck puanlarının Sınıflandırılması	0 – 9 puan	Minimal Düzeyde Depresif Belirtiler	217	53,8
	10 -16 puan	Hafif Düzeyde Depresif Belirti	64	15,9
	17 – 29 puan	Orta Düzeyde Depresif Belirti	92	22,8
	30 – 63 puan	Şiddetli Düzeyde Depresif Belirti	30	7,5
Beck Depresyon Ölçeği		< 17 puan	281	69,7
		≥ 17 puan	122	30,3
Toplam			403	100,0

Tablo 16. Katılımcıların BDÖ Değerlendirme Sonuçlarının Dağılımı (n=403)

Beck	0 puan n(%)	1 puan n(%)	2 puan n(%)	3 puan n(%)	Ort.	S.Sapma
Kederli Duygudurum	234(58,1)	135(33,5)	15(3,7)	19(4,7)	0,55	0,778
Karamsarlık	293(72,7)	79(19,6)	19(4,7)	12(3,0)	0,37	0,713
Başarısızlık duyumu	275(68,2)	82(20,3)	41(10,2)	5(1,2)	0,44	0,725
Hayattan zevk alamama	196(48,6)	152(37,7)	36(8,9)	19(4,7)	0,69	0,821
Suçluluk Duygusu	210(52,1)	161(40,0)	22(5,5)	10(2,5)	0,58	0,708
Cezalandırma Duyumu	260(64,5)	93(23,1)	20(5,0)	30(7,4)	0,55	0,891
Kendinden Hoşnutsuzluk	290(72,0)	82(20,3)	18(4,5)	13(3,2)	0,38	0,722
Kendini Suçlama	215(53,3)	136(33,7)	27(6,7)	25(6,2)	0,65	0,856
İntihar İstekleri	309(76,7)	70(17,4)	19(4,7)	5(1,2)	0,30	0,617
Ağlama Nöbetleri	245(60,8)	83(20,6)	33(8,2)	42(10,4)	0,68	1,004
Sinirlilik	225(55,8)	100(24,8)	47(11,7)	31(7,7)	0,71	0,949
Sosyal Geri Çekilme	217(53,8)	134(33,3)	25(6,2)	27(6,7)	0,65	0,867
Kararsızlık	233(57,8)	106(26,3)	43(10,7)	21(5,2)	0,63	0,871
Beden İmgesinin Çarpıtılması	287(71,2)	82(20,3)	20(5,0)	14(3,5)	0,40	0,741
Çalışabilirliğin Ketlenmesi	267(66,3)	79(19,6)	44(10,9)	13(3,2)	0,51	0,814
Uyku Bozukluğu	228(56,6)	122(30,3)	27(6,7)	26(6,5)	0,63	0,869
Yorgunluk-Bitkinlik	226(58,9)	104(27,1)	37(9,6)	17(4,4)	0,59	0,828
İştah Azalması	284(70,5)	83(20,6)	24(6,0)	12(3,0)	0,41	0,736
Kilo Kaybı	321(79,7)	59(14,6)	18(4,5)	5(1,2)	0,27	0,602
Somatik Yakınmalar	291(72,2)	74(18,4)	24(6,0)	14(3,5)	0,40	0,755
Cinsel Dürtü Kaybı	271(67,2)	90(22,3)	21(5,2)	21(5,2)	0,48	0,817

4.8.1. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisinin Bilgileri

Depresif belirti görülme sıklığının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde: Yaş gruplarına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,619$). 19 yaş ve altında depresif belirti sıklığı %39,1, 20 yaş ve üzerinde belirti sıklığı % 29,1 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmedi ($p=0,165$).

Medeni durumlarına göre dul ve boşanmışlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: dul ve boşanmışlarda % 72,2, bekarlarda % 30,6, evlilerde ise % 27,2'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak belirgin derecede anlamlı idi ($p=0,0001$).

Doğum yerlerine göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,565$).

Eğitim düzeylerine göre eğitim seviyesi yükseldikçe depresif belirti görülme oranı azalıyordu. Buna göre eğitimsiz olanlarda belirti görülme oranı en yüksek bulundu: eğitimsizlerde % 50,0, ilkokul mezunlarında % 37,9, ortaokul mezunlarında % 28,6, lise ve üzeri mezunlarda ise % 18,9 idi. Aradaki fark anlamlı bulundu ($p = 0,001$).

Evde yaşayan kişilere göre depresif belirti görülme oranı en fazla tek başına yaşayanlarda görülmüştür. Tek başına yaşayanlarda % 80,0, parçalanmış ailesi olanlarda % 54,2, yeniden kurulmuş ailesi olanlarda % 50,0, geniş ailede yaşayanlarda % 40,9 ve en az da çekirdek aile şeklinde yaşayanlarda % 27,1 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,004$). Katılımcıların depresif belirti görülme oranlarının sosyodemografik özelliklerle ilişkisi Tablo 17'de gösterilmektedir.

Tablo 17. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi (n=403)

Sosyodemografik özelliklere Göre Depresif Belirtiler							
	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ<17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Yaş grup							
15-19	28	60,9	18	39,1	46	11,4	X ² =4,426 SD= 6 p =0,619
20-24	33	71,7	13	28,3	46	11,4	
25-29	44	74,6	15	25,4	59	14,6	
30-34	50	74,6	17	25,4	67	16,6	
35-39	44	64,7	24	35,3	68	17,0	
40-44	37	67,3	18	32,7	55	13,6	
45-49	45	72,6	17	27,4	62	15,4	
Yaş							
15-19	28	60,9	18	39,1	46	11,4	X ² =1,930 SD= 1 p =0,165
20≥	253	70,9	104	29,1	357	88,6	
Medeni Durum							
Evli	190	72,8	71	27,2	261	64,8	X ² =16,179 SD=2 p=0,0001
Bekar	86	69,4	38	30,6	124	30,8	
Dul ve boşanmış	5	27,8	13	72,2	18	4,4	
Doğum Yeri							
Havutlu	248	70,7	103	29,3	351	87,1	X ² =1,143 SD=2 p = 0,565
Adana	29	63,0	17	37,0	46	11,4	
Adana dışı	4	66,7	2	33,3	6	1,5	
Eğitim							
Eğitimsiz	13	50,0	13	50,0	26	6,4	X ² =16,751 SD=3 p = 0,001
İlkokul	90	62,1	55	37,9	145	36,0	
Ortaokul	75	71,4	30	28,6	105	26,1	
Lise+	103	81,1	24	18,9	127	31,5	
Evde Kimlerle Yaşıyor							
Çekirdek	255	72,9	95	27,1	350	86,8	X ² =15,521 SD=4 p = 0,004
Geniş	13	59,1	9	40,9	22	5,5	
Yeniden Kurulmuş	1	50,0	1	50,0	2	0,5	
Parçalanmış	11	45,8	13	54,2	24	6,0	
Tek Başına	1	20,0	4	80,0	5	1,2	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

4.8.2.Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerle İlişkisinin Bilgileri

Sosyal güvence durumlarına göre sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart sahibi olanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: sosyal güvencesi olmayanlarda % 45,5 iken yeşil kartı olanlarda % 42,9, SGK'lı olanlarda ise % 27,8'dir. ($p=0,035$).

Katılımcıların meslek sahibi olmalarına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,236$). Katılımcıların çalışıp çalışmamalarına göre de anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,257$).

Çalışan 41 katılımcının çalıştıkları iş türlerine göre depresif belirtilerinin değerlendirmesinde anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,749$). Çalıştıkları yere göre değerlendirdiğimizde kendi işyerinde ve devlette çalışanlarda depresif belirtisi olan yok idi, fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmedi ($p=0,113$).

Eşin eğitim düzeyine göre ilkokul ve altı düzeyinde okuyanların eşlerinde depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: ilkokul ve altında % 36,7, ortaokulda % 25,8, lise ve üzeri okuyanlarda % 7,7'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$).

Eşin mesleğine göre eşi işsiz olan ve serbest meslek sahibi olanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: eşi memur olanların hepsinde de depresif belirti yok iken, eşi işsiz olanlarda % 63,6, eşi serbest olanlarda % 32,1, eşi işçi olanlarda % 28,8, eşi emekli olanlarda ise % 13,3'dur. Aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$).

Eş çalışma durumuna göre eşi herhangi bir işte çalışmayanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: Eşi çalışmayanlarda % 54,2, eşi çalışıyor veya emekli olmasına rağmen çalışanlarda % 25,9, eşi emekli olup çalışmayanlarda da % 12,0'dir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur($p=0,003$).

Eve giren net gelire göre aylık 500TL'nin altında eve gelir girenlerde depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: 500TL ve altı geliri olanlarda % 53,2, 500-1000TL arası geliri olanlarda % 31,6, 1000-1500TL geliri olanlarda % 18,2, aylık 1500TL ve üzeri geliri olanlarda da %19,0'dur. Aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p=0,0001$).

Evlerine her ay düzenli gelir girmesine göre düzenli geliri olmayanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: Düzenli geliri olmayanlarda % 52,0, düzenli geliri olanlarda % 27,2'dir. Aradaki fark ileri derecede anlamlıdır ($p = 0,0001$).

Otomobil sahibi olmalarına göre ise otomobili olmayanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: Otomobili olmayanlarda % 34,9, arabası olanlarda %22,3'dür. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0,008$).

Oturdukları evin kira olma durumuna göre akrabalarının evinde kira vermeden oturanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: Kendi evinde oturanlarda % 28,2, akrabalarının evinde kira ödemedi oturanlarda % 51,2, kira ödeyerek oturanlarda % 23,3'dür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,006$). Katılımcıların depresif belirti görülme oranlarının sosyoekonomik özelliklerle ilişkisi Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerle İlişkisi (n=403)

Sosyoekonomik Özelliklere Göre Depresif Belirtiler							
	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Sosyal Güvence							X²=6,713 SD=2 p = 0,035
Yok	18	54,5	15	45,5	33	8,2	
SGK	247	72,2	95	27,8	342	84,9	
Yeşil Kart	16	57,1	12	42,9	28	6,9	
Meslek							X²=2,885 SD=2 p = 0,236
Öğrenci	19	61,3	12	38,7	31	7,7	
Ev Hanımı	225	69,2	100	30,8	325	80,6	
Meslek Sahibi	37	78,7	10	21,3	47	11,7	
Çalışma Durumu (n=372)							X²=1,284 SD=1 p = 0,257
Çalışıyor	32	78,0	9	22,0	41	11,0	
Çalışmıyor	230	69,5	101	30,5	331	89,0	
Çalışanların Çalıştıkları İş Türleri (n=41)							X²=1,926 SD=4 p = 0,749
Büro ve eğitim	7	77,8	2	22,2	9	22,0	
Satışla ilgili	6	66,7	3	33,3	9	22,0	
Serbest Meslek	8	89,9	1	11,1	9	22,0	
Hizmet İşçisi	9	75,0	3	25,0	12	29,3	
Üretim İşçisi	2	6,3	0	0,0	2	4,7	
Nerede Çalışıyorlar (n=41)							X²=5,979 SD=3 p = 0,113
Kendi işyerinde	5	100,0	0	0,0	5	12,2	
Birinin yanında	10	66,7	5	33,3	15	36,6	
Devlette	9	100,0	0	0,0	9	22,0	
Özel Sektörde	8	66,7	4	33,3	12	29,3	
Eş Eğitim (n=261)							X²=15,506 SD= 2 p =0,0001
İlkokul ve altı	76	63,3	44	36,7	120	46,0	
Ortaokul	66	74,2	23	25,8	89	34,1	
Lise+	48	92,3	4	7,7	52	19,9	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 18. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerle İlişkisi (n=403) Devamı

Sosyoekonomik Özelliklere Göre Depresif Belirtiler Devamı							
	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Eş Meslek(n=261)							X ² =22,070 SD=4 p=0,0001
İşsiz	4	36,4	7	63,6	11	4,2	
İşçi	42	71,2	17	28,8	59	22,6	
Memur	27	100,0	0	0,0	27	10,3	
Serbest	91	67,9	43	32,1	134	51,3	
Emekli	26	86,7	4	13,3	30	11,5	
Eş Çalışma Durumu (n=261)							X ² =11,899 SD=2 p=0,003
Çalışıyor/emekli	157	74,1	55	25,9	212	81,2	
Çalışmıyor	11	45,8	13	54,2	24	9,2	
Emekli	22	88,0	3	12,0	25	9,6	
Eve Giren Net Gelir (n=403)							X ² =19,747 SD= 3 p =0,0001
0<500	22	46,8	25	53,2	47	11,7	
500-1000	162	68,4	75	31,6	237	58,9	
1000-1500	63	81,8	14	18,2	77	19,1	
1500 +	34	81,0	8	19,0	42	10,3	
Düzenli Gelir (n=403)							X ² =12,766 SD= 1 p =0,0001
Var	257	72,8	96	27,2	353	87,6	
Yok	24	48,0	26	52,0	50	12,4	
Otomobil Sahibi (n=403)							X ² =7,049 SD=1 p=0,008
Evet	115	77,7	33	22,3	148	36,7	
Hayır	166	65,1	89	34,9	255	63,3	
Oturdukları Ev (n=403)							X ² =10,258 SD= 2 p =0,006
Kendi Evleri	237	71,8	93	28,2	330	81,9	
Akrabalarının Evi	21	48,8	22	51,2	43	10,7	
Kira Ödüyor	23	76,7	7	23,3	30	7,4	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

4.8.3.Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Doğurganlık Özellikleri ile İlişkisinin Bilgileri

Adet görme durumuna göre depresif belirti değerlendirmede anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,204$). Adet düzensizliği durumuna göre düzensizlik olanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: Düzensizlik olanlarda % 43,8 iken adeti düzenli görenlerde % 27,7'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,011$). Son adet görme gününe göre menstruasyon dönemi ile depresif belirti karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($p =0,591$).

Gebe kalma durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p =0,931$). Çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,823$). Çocuk sayısına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,899$). Düşük yapanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,284$). Kürtaj olma durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,503$). Aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,421$). Katılımcıların depresif belirti görülme oranlarının doğurganlık özellikleriyle ilişkisi Tablo 19 'da sunulmuştur.

Tablo 19. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Doğurganlık Özellikleri ile İlişkisi

Doğurganlık Özellikleri			Gruplar						
			Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ< 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
Adet görme (n=403)			Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Evet			244	70,9	100	29,1	344	85,4	
Hayır			37	62,7	22	37,3	59	14,6	X ² =1,611 SD=1 p = 0,204
Adet düzensizliği (n=403)			245	72,3	94	27,7	339	84,1	X ² =6,547 SD=1 p=0,011
Yok			36	56,3	28	43,8	64	15,9	
Var									
Son adet görme günü (n=403)									X ² =2,805 SD= 4 p =0,591
Menopoz/adet görmüyor			28	60,9	18	39,1	46	114	
Premenstruasyon			63	74,1	22	25,9	85	21,1	
Menstruasyon			55	72,4	21	27,6	76	18,9	
Postmenstruasyon			126	68,9	57	31,1	183	45,4	
Hamile			9	69,2	4	30,8	13	3,2	
Gebe Kalma (n=403)									X ² =0,008 SD= 1 p =0,931
Hayır			98	70,0	42	30,0	140	34,7	
Evet			183	69,6	80	30,4	263	65,3	
Çocuk Sahibi Olma (n=403)									X ² =0,500 SD=1 p=0,823
Hayır			100	70,4	42	29,6	142	35,2	
Evet			181	69,3	80	30,7	261	64,8	
Çocuk Sayısı (n=261)									X ² =0,016 SD=1 p=0,899
1-2 Çocuk			123	69,1	55	30,9	178	68,1	
3-6 Çocuk			58	69,9	25	30,1	83	31,8	
Düşük Yapma (n=279)									X ² =1,149 SD=1 p = 0,284
Hayır			151	71,6	60	28,4	211	83,1	
Evet			44	64,7	24	35,3	68	16,9	
Kürtaj (n=279)									X ² =0,448 SD=1 p = 0,503
Hayır			171	69,2	76	30,8	247	88,5	
Evet			24	75,0	8	25,0	32	11,5	
Aile Planlaması (n=261)									X ² =1,728 SD=2 p = 0,421
Hayır			105	74,5	36	25,5	141	54,0	
Güvenli olan			49	67,1	24	32,9	73	28,0	
Güvenli olmayan			36	76,6	11	23,4	47	18,0	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

4.8.4.Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi Bilgileri

Katılımcıların ilk evlenme yaşına göre anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p = 0,846$).

Katılımcıların evlilik sürelerine göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = 0,772$). Katılımcıların evliliklerinin resmiyet durumuna göre depresif belirti görülme oranı sadece dini nikahı olanlarda ileri derecede yüksek bulunmuştur: sadece dini nikahı olanlarda % 75,0, hem dini hem resmi nikahı olanlarda ise % 27,2'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p = 0,003$).

Katılımcıların eşleri ile akrabalık durumuna göre depresif belirti görülme oranı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,317$).

Katılımcıların evlenme biçimlerine göre depresif belirti görülme oranı en yüksek kaçarak evlenenlerde, en az görücü usulü ile evlenenlerde bulunmuştur: kaçarak evlenenlerde % 77,8, anlaşılarak evlenenlerde % 35,2, görücü usulü ile evlenenlerde % 26,9'dur. Aradaki fark anlamlıdır ($p = 0,003$). Evlilik sayılarına göre depresif belirti görülme oranı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,090$).

Katılımcıların evde bulunan kişilere göre aile tipi ile depresif belirti görülme oranı tek başına yaşayanlarda oldukça yüksek bulunmuştur: tek başına yaşayanlarda % 80,0, parçalanmış ailesi olanlarda % 54,2, yeniden kurulmuş ailesi olanlarda % 50,0, geniş ailesi olanlarda % 40,9, çekirdek ailede yaşayanlarda ise % 27,1'dir. Aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p = 0,004$).

Eşin evin geçimini sağlama durumuna göre depresif belirti görülme oranı evin geçimini sağlamayanlarda daha yüksek bulunmuştur: Evin geçimini sağlamayanlarda % 68,4, evin geçimini sağlayanlarda % 24,0'dır. Aradaki fark ileri derecede anlamlıdır ($p = 0,0001$).

Eşin iyi bir baba olup olmadığını düşünme durumuna göre depresif belirti görülme oranı hayır diyenlerde daha yüksek oranda bulunmuştur: Hayır diyenlerde % 63,6, evet diyenlerde % 21,8'dir. Aradaki fark ileri derecede anlamlıdır ($p = 0,0001$). Eşlerinin anlayışlı olup olmamasına göre depresif belirti görülme oranı eşi anlayışlı olmayanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: anlayışlı olmayanlarda % 68,0, anlayışlı olanlarda ise % 17,5'dir. Aradaki fark ileri derecede anlamlıdır ($p = 0,0001$). Eşlerinin ev işlerine yardımcı olmasına göre depresif belirti görülme oranı ev işlerine

yardımcı olanlarda daha düşük saptanmıştır: ev işlerine yardımcı olanlarda % 12,5, olmayanlarda % 30,5'dir. Aradaki fark anlamlıdır ($p = 0,011$).

Katılımcıların çocuklarının maddi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliğine göre depresif belirti görülme oranı karşılayamayanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: Karşılayamayanlarda % 63,6, kısmen karşılayanlarda % 28,4, karşılayabilenlerde % 25,0'dır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,002$). Katılımcıların çocuklarının manevi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliğine göre depresif belirti görülme oranı çocuklarının manevi ihtiyaçlarını karşılamadığını düşünenlerin tamamında yüksek oranda bulunmuştur: manevi ihtiyaçlarını karşılamadığını düşünenlerde % 100,0, kısmen karşıladığını düşünenlerde % 40,5, karşıladığını düşünenlerde % 27,4'dür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,003$).

Eş ile olan cinsel ilişkiden memnuniyetlerine göre depresif belirti görülme oranı hiç memnun olmayanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: hiç memnun olmayanlarda % 66,7 iken genellikle memnun olmayanlarda % 52,5, orta derecede memnun olanlarda % 22,8, genellikle memnun olanlarda % 13,8, sürekli memnun olanların tamamında % 0,0'dır. Aradaki fark istatistiksel olarak belirgin derecede anlamlı idi ($p = 0,0001$). Eş ile olan cinsellik dışı ilişkiden memnuniyetlerine göre depresif belirti görülme oranı çok kötü olanlar ve kötü olanlarda daha yüksek bulunmuştur: çok kötü % 81,8, kötü % 63,6, orta % 32,8, iyi % 10,6 ve çok iyi olanlarda da % 0,0 idi. Aradaki farkın istatistiksel olarak belirgin derecede anlamlı olduğu görüldü ($p = 0,0001$).

Ev ile ilgili karar verme süreçlerine katılımlarına göre depresif belirti görülme oranı katılmayanlarda daha yüksek bulunmuştur: katılmayanlarda % 41,0, katılanlarda % 25,9'dur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p = 0,003$). Aile ile ilgili önemli kararları kimin verdiğine göre depresif belirti görülme oranı tek başına eşinin verdiği kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Eşin kararları verdiği kadınlarda % 75,0, tek başına kendileri karar verenlerde % 56,0, aile büyükleri karar verenlerde % 34,4, hep beraber ailece karar verenlerde % 27,8, eşi ve kendisi beraber karar verenlerde % 22,2'dir. Aradaki fark belirgin derecede anlamlı idi ($p=0,0001$).

Kadınların fiziksel ve sözel şiddet görme durumlarına göre depresif belirti görülme oranı şiddet görenlerde daha yüksek oranda bulunmuştur: şiddet görenlerde % 88,2 iken şiddet görmeyenlerde % 27,7'dir. Aradaki fark ileri derecede anlamlıdır ($p=0,0001$). Kadınların sadece sözel şiddet görme durumlarına göre depresif belirti

görülme oranı şiddet görenlerde daha yüksek oranda bulunmuştur: şiddet görenlerde % 76,0 iken şiddet görmeyenlerde % 27,2'dir. Aradaki fark belirgin derecede anlamlıdır (p=0,0001).

Çocuklukta / ergenlikte anne-baba baskısı yaşamalarına göre depresif belirti görülme oranı baskı yaşayanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: baskı görenlerde % 38,4, baskı görmeyenlerde % 26,6'dır. Aradaki fark anlamlıdır (p =0,017).

Çocuklukta / ergenlikte anne-baba ilgisizliği yaşamalarına göre depresif belirti görülme oranı ilgisizlik yaşayanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: ilgisizlik yaşayanlarda % 73,1, ilgisizlik yaşamayanlarda % 17,4'dür. Aradaki fark belirgin derecede anlamlıdır. (p =0,0001).

15 yaşından önce üvey anne/babası olanlarda depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: üvey anne/babası olanlarda % 36,0, olmayanlarda % 29,9'dur. Aradaki fark anlamlı değildir (p =0,520).

Evli olan katılımcıların evliliklerinde sorun yaşamalarına göre depresif belirti görülme oranı sorun yaşayıp boşanmış olanlarda en yüksek oranda bulunmuştur: sorun yaşamış ve boşanmışlarda % 70,0, sorun yaşamış fakat boşanmamışlarda % 65,2, ilk evliliğinden boşanmışlarda % 50,0, sorun yaşamamışlarda % 25,0'dir. Aradaki fark ileri derecede anlamlı idi (p =0,0001). Katılımcıların depresif belirti görülme oranlarının evlilik ve aile içi ilişkilerle değerlendirilmesi Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi

	Gruplar						
Evlilik ve Aile Bilgileri	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ< 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
İlk Evlenme Yaşı (n=279)							X²=0,038 SD= 1 p =0,846
< 18	32	71,1	13	28,9	45	16,1	
≥ 18	163	69,7	71	30,3	234	83,9	
Evlilik Süresi (n=261)							X²=0,084 SD=1 p=0,772
≤ 10 yıl	58	71,6	23	28,4	81	31,0	
> 10 yıl	132	73,3	48	26,7	180	69,0	

Tablo 20. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi Devamı 1

Evlilik ve Aile ilişkilerine Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Evlilik ve Aile Bilgileri Devamı	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Evlilik							
Resmiyet(n=279)							X²=8,679
Resmi+Dini	190	72,8	71	27,2	261	97,0	SD=1
Dini	2	25,0	6	75,0	8	3,0	p =0,003
Eş Akrabalık (n=279)							X²=3,531
Yok	136	67,7	65	32,3	201	72,1	SD=3
1.Derece	23	67,6	11	32,4	34	12,2	p = 0,317
2.Derece	27	81,8	6	18,2	33	11,8	
3.Derece	9	81,8	2	18,2	11	3,9	
Evlenme Biçimleri(n=279)							X²=11,469
Görücü Usulü	158	73,1	58	26,9	216	77,4	SD=2
Kendi İsteği	35	64,8	19	35,2	54	19,4	p = 0,003
Kaçarak	2	22,2	7	77,8	9	3,2	
Evlilik Sayısı (n=279)							
Eşinin ve kendisinin ilk evliliği	190	71,2	77	28,8	267	95,7	X²=4,827
Eşinin ikinci kendisinin ilk evliliği	4	40,0	6	60,0	10	3,6	SD=2
Kendisinin ikinci, eşinin ilk evliliği	1	50,0	1	50,0	2	0,7	p = 0,090

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 20. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi Devamı 2

Evlilik ve Aile ilişkilerine Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Evlilik ve Aile İçi İlişkiler Devamı	Anlamli Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ< 17)		Anlamli Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlilik Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Evde Kimlerle Yaşıyor(n=403)							X²=15,521 SD=4 p = 0,004
Çekirdek	255	72,9	95	27,1	350	86,8	
Geniş	13	59,1	9	40,9	22	5,5	
Yeniden Kurulmuş	1	50,0	1	50,0	2	0,5	
Parçalanmış	11	45,8	13	54,2	24	6,0	
Tek Başına	1	20,0	4	80,0	5	1,2	
Eşin Ev Geçimini Sağlama Durumu (n=261)							X²=17,580 SD=1 p = 0,0001
Evet	184	76,0	58	24,0	242	92,7	
Hayır	6	31,6	13	68,4	19	7,3	
İyi Bir Baba (n=261)							X²=25,345 SD=2 p = 0,0001
Evet	165	78,2	46	21,8	211	80,9	
Hayır	12	36,4	21	63,6	33	12,6	
Çocuk Yok	13	76,5	4	23,5	17	6,5	
Anlayışlı bir eş (n=261)							X²=51,982 SD=1 p = 0,0001
Evet	174	82,5	37	17,5	211	80,8	
Hayır	16	32,0	34	68,0	50	19,2	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 20. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi Devamı 3

Evlilik ve Aile ilişkilerine Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Evlilik ve Aile İçi İlişkiler Devamı	Anlamli Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ< 17)		Anlamli Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Ev İşlerine Yardımcı Olma(n=261)							X²=6,421 SD=1 p = 0,011
Evet	42	87,5	6	12,5	48	18,4	
Hayır	148	69,5	65	30,5	213	81,6	
Çocuklarının Maddi İhtiyaçlarını Karşılatabilme (n=403)							X²=15,053 SD= 3 p =0,002
Kısmen	116	71,6	46	28,4	162	62,1	
Evet	57	75,0	19	25,0	76	29,1	
Hayır	8	36,4	14	63,6	22	8,4	
Çocukları Ölmüş	0	0,0	1	1,3	1	0,4	
Çocuklarının Manevi İhtiyaçlarını Karşılatabilme (n=261)							X²=14,106 SD=3 p=0,003
Kısmen	22	59,5	15	40,5	37	14,2	
Evet	159	72,6	60	27,4	219	83,9	
Hayır	0	0,0	4	100,0	4	1,5	
Çocukları Ölmüş	0	0,0	1	1,3	1	0,4	
Eş ile olan cinsel ilişkiden memnuniyet (n=261)							X²=49,251 SD=4 p = 0,0001
Hiç memnun değilim	5	33,3	10	66,7	15	5,8	
Genellikle Memnun Değilim	29	47,5	32	52,5	61	23,4	
Orta Derecede Memnunum	61	77,2	18	22,8	79	30,2	
Genellikle Memnunum	69	86,3	11	13,8	80	30,6	
Memnunum	26	100,0	0	0,0	26	10,0	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 20. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İçi İlişkilerle Değerlendirilmesi Devamı 4

Evlilik ve Aile ilişkilerine Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Evlilik Ve Aile İçi İlişkiler Devamı	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Eş ile olan cinsellik dışı ilişkiden memnuniyet (n=261)							X²=72,544 SD=4 p = 0,0001
Çok Kötü	2	18,2	9	81,8	11	4,2	
Kötü	16	36,4	28	63,6	44	16,8	
Orta	45	67,2	22	32,8	67	25,7	
İyi	101	89,4	12	10,6	113	43,3	
Çok İyi	26	100,0	0	0,0	26	10,0	
Ev ile İlgili Karar verme sürecine katılım (n=403)							X²=9,030 SD= 1 p =0,003
Katılmıyorum	69	59,0	48	41,0	117	29,0	
Katılıyorum	212	71,2	74	25,9	286	71,0	
Aile ile ilgili önemli kararları kim verir (n=403)							X²=35,008 SD=5 p=0,0001
Eşim	5	25,0	15	75,0	20	5,0	
Ben	11	44,0	14	56,0	25	6,2	
Eşim ve ben	175	77,8	50	22,2	225	55,8	
Aile büyükleri	63	65,6	33	34,4	96	23,8	
Aile büyükleri ve eşim	1	100,0	0	0,0	1	0,2	
Hep beraber	26	72,2	10	27,8	36	8,9	
Fiziksel+Sözel Şiddet (n=403)							X²=28,249 SD= 1 p =0,0001
Var	2	11,8	15	88,2	17	4,2	
Yok	279	72,3	107	27,7	386	95,8	X²=26,402 SD= 1 p =0,0001
Sözel Şiddet (n=403)							
Var	6	24,0	19	76,0	25	6,2	X²=5,670 SD= 1 p =0,017
Yok	275	72,8	103	27,2	378	93,8	
Çocuklukta / Ergenlikte Anne-Baba Baskısı (n=403)							X²=105,142 SD= 1 p =0,0001
Var	77	61,6	48	38,4	125	31,1	
Yok	204	73,4	74	26,6	278	69,0	
Çocuklukta / Ergenlikte Anne/Baba İlgisizliği Yaşayan (n=403)							
Var	25	26,9	68	73,1	93	23,1	
Yok	256	82,6	54	17,4	310	76,9	

Tablo 20. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Evlilik ve Aile İlişkilerle Değerlendirilmesi Devamı 5

Evlilik ve Aile ilişkilerine Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Evlilik Ve Aile İçi İlişkiler Devamı	Anlamli Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamli Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
15 Yaşından Önce Üvey Anne/Babası Olan (n=403)							X ² =0,414 SD= 1 p =0,520
Var Yok	16 265	64,0 70,1	9 113	36,0 29,9	25 378	6,2 93,8	
Evliliklerinde Ciddi Sorun (n=279)							X ² =24,437 SD= 3 p =0,0001
Sorun Yaşamamış	183	75,0	61	25,0	244	87,5	
Sorun Yaşamış ve boşanmış	3	30,0	7	70,0	10	3,6	
Sorun Yaşamış fakat boşanmamış	8	34,8	15	65,2	23	8,2	
İlk Evliliğinden Boşanmış	1	50,0	1	50,0	2	0,7	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

4.8.5. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Depresyon Açısından Riskli Diğer Faktörlere Göre Değerlendirilmesi Bilgileri

Soy geçmişlerinde kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,460). Ailesinde bakım gereken kronik hastalığı olan kişi varlığına göre depresif belirti görülme oranı hastası olanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: hastası olanlarda % 52,5, hastası olmayanlarda % 27,8'dir. Aradaki fark anlamlıdır (p =0,001). Ailesindeki hastaya bakmak zorunda olmalarına göre depresif belirti görülme oranı bakmak zorunda olanlarda daha yüksek bulunmuştur: hastaya bakmak zorunda olanlarda % 53,6, hastaya bakma zorunluluğu olmayanlarda % 28,5'dir. Aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p =0,005). Çocuklarında tanı almış kronik hastalık bulunma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p =0,128). Katılımcıların kendilerinin tanı konulmuş kronik hastalıklarının olmasına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p =0,421).

Katılımcıların devamlı olarak ilaç kullanma zorunda olmalarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,429$). Katılımcıların yakın akrabalarında ruhsal hastalık bulunma durumlarına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,114$). Katılımcıların önceden depresyon geçirme durumlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,064$). Önceden depresyon tedavisi alma durumlarına göre depresif belirti görülme oranı depresyon geçirmesine rağmen tedavi olmamışlarda daha yüksek bulunmuştur: Depresyon geçirmiş fakat tedavi olmamışlarda % 68,8, önceden depresyon tedavisi olmuşlarda % 32,0, önceden depresyon geçirmemişlerde % 28,8, halen depresyon tedavisi alanlarda % 0,0'dır. Aradaki fark anlamlıdır ($p =0,004$).

15 yaşından önce anne/baba ayrılığı veya kaybı olanlara göre depresif belirti görülmede anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,097$). Eş kaybı yaşama durumlarına göre depresyon semptom görülmesi kaybı olanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: eş kaybı yaşamışlarda % 75,0, eş kaybı yaşamayanlarda % 27,2'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p =0,003$).

Çocuk kaybı yaşama durumlarına göre depresif belirti görülme oranı çocuğunu kaybetmiş olanlarda daha yüksek bulunmuştur: çocuk kaybı olanlarda %55,0, çocuk kaybı yaşamamışlarda % 28,6'dır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,0149$). Yakın arkadaş kaybı veya ayrılığı yaşamış olma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p =0,426$).

Öğrenci olanların ders sorunu yaşama durumlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,447$). Öğrenci olanların öğretmen veya arkadaş sorunu yaşama durumlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,619$).

Daha önce intihar girişiminde bulunma durumuna göre depresif belirti görülme oranı intihar girişiminde bulunanların tamamında yüksek oranda bulunmuştur: intihar girişimi olanlarda % 100,0 iken intihar girişimi bulunmayanlarda % 29,4'dür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p =0,001$).

Kişiliklerine göre depresif belirti görülme oranı sinirli ve değişken olanlarda daha yüksek bulunmuştur: sinirli ve değişkenlerde % 50,8, sessiz ve içe dönüklerde % 33,9, dışa dönük ve neşeli olanlarda % 18,0'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,0001$). Katılımcıların depresif belirti görülme oranlarının depresyon açısından riskli diğer faktörlere göre değerlendirilmesi bilgileri Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Depresyon Açısından Riskli Diğer Faktörlere Göre Değerlendirilmesi

Depresyon Açısından Riskli Faktörlere Göre Depresif Belirtiler							
Soy geçmişlerinde Kronik Hastalık (n=403)	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Var	157	68,3	73	31,7	230	57,1	X ² =0,546 SD= 1 p =0,460
Yok	124	71,7	49	28,3	173	42,9	
Ailesinde Bakım Gereken Hastalığı Olan(n=403)							X ² =10,394 SD= 1 p =0,001
Var	19	47,5	21	52,5	40	9,9	
Yok	262	72,2	101	27,8	363	90,1	
Hastaya Bakmak Zorunda Olan (n=403)							X ² =7,738 SD= 1 p =0,005
Evet	13	46,4	15	53,6	28	6,9	
Hayır	268	71,5	107	28,5	375	93,1	
Çocuklarında Hastalık Varlığı (n=261)							X ² =2,318 SD= 1 p =0,128
Var	14	56,0	11	44,0	25	9,6	
Yok	167	70,8	69	29,2	236	90,4	
Katılımcıların Kronik Hastalığı (n=403)							X ² =0,646 SD= 1 p =0,421
Var	46	65,7	24	34,3	70	17,4	
Yok	235	70,6	98	29,4	333	82,6	
Katılımcıların Devamlı İlaç Kullanımı (n=403)							X ² =0,626 SD= 1 p =0,429
Evet	44	65,7	23	34,3	67	16,6	
Hayır	237	70,5	99	29,5	336	83,4	
Ailelerinde Psikiyatrik Hastalığı Olan (n=403)							X ² =2,503 SD= 1 p =0,114
Var	34	60,7	22	39,3	56	13,6	
Yok	247	71,2	100	28,8	347	86,1	
Önceden Depresyon Geçirme (n=403)							X ² =3,427 SD= 1 p =0,064
Var	26	57,8	19	42,2	45	11,2	
Yok	255	71,2	103	28,8	358	88,8	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 21. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Depresyon Açısından Riskli Diğer Faktörlere Göre Değerlendirilmesi Devamı 1

Depresyon Açısından Riskli Faktörlere Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Depresyon İçin Riskli Faktörler Devamı	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar		Toplam		Anlamlılık Değeri
	(BDÖ < 17)		(BDÖ ≥ 17)				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Depresyon Tedavisi Alma (n=403)							X²=13,377 SD= 3 p =0,004
Önceden Depresyonu Olmamış	255	71,2	103	28,8	358	88,8	
Depresyon Geçirmiş fakat Tedavi Olmamış	5	31,3	11	68,8	16	4,0	
Önceden Depresyon Tedavisi Olmuş	17	68,0	8	32,0	25	6,1	
Halen Depresyon Tedavisi Alıyor	4	100,0	0	0,0	4	1,0	
15 Yaşından Önce Anne/Baba Ayrılığı/Kaybı Olan (n=403)							X²=2,759 SD= 1 p =0,097
Evet	45	61,6	28	38,4	73	18,1	
Hayır	236	71,5	94	28,5	330	81,9	
Eş Kaybı (n=279)							X²=8,679 SD= 1 p =0,003
Var	2	25,0	6	75,0	8	3,0	
Yok	190	72,8	71	27,2	261	97,0	
Çocuk Kaybı (n=261)							X²=6,041 SD= 1 p =0,014
Var	9	45,0	11	55,0	20	7,7	
Yok	172	71,4	69	28,6	241	92,3	
Yakın Arkadaş Kaybı/Ayrılığı (n=403)							X²=0,633 SD= 1 p =0,426
Var	38	74,5	13	25,5	51	12,7	
Yok	243	69,0	109	31,0	352	87,3	
Öğrenci Olanların Ders Sorunu Yaşama Durumları (n=31)							X²=0,579 SD= 1 p =0,447
Evet	4	50,0	4	50,0	8	25,8	
Hayır	15	65,2	8	34,8	23	74,2	
Öğrenci Olanların Öğretmen/Arkadaş Sorunu Yaşama (n=31)							X²=0,247 SD= 1 p =0,619
Var	2	50,0	2	50,0	4	12,9	
Yok	17	63,0	10	37,0	27	87,1	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 21. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Depresyon Açısından Riskli Diğer Faktörlere Göre Değerlendirilmesi Devamı 2

Depresyon Açısından Riskli Faktörlere Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Depresyon İçin Riskli Faktörler Devamı	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar		Toplam		Anlamlılık Değeri
	(BDÖ< 17)		(BDÖ ≥ 17)				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Daha Önce İntihar Girişimi (n=403)							X²=11,661 SD= 1 p =0,001
Var	0	0,0	5	100,0	5	1,2	
Yok	281	70,6	117	29,4	398	98,8	
Kişilik(n=403)							X²=25,504 SD= 2 p =0,0001
Sessiz Sakin/İçe Dönük	117	66,1	60	33,9	177	44,0	
Dışa Dönük/Neşeli/Normal	132	82,0	29	18,0	161	39,9	
Sinirli/Değişken	32	49,2	33	50,8	65	16,1	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

4.8.6.Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Kültürel Faaliyetlere Göre Değerlendirilmesi Bilgileri

Katılımcıların boş zamanlarında en çok yaptıkları faaliyetlerden evde oturmalarına göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,051). Akraba ziyareti yapma durumlarına göre depresif belirti görülme oranı akraba ziyareti yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur: ziyaret yapmayanlarda % 43,5, ziyaret yapanlarda % 27,6'dır. Aradaki fark belirgin derecede anlamlıdır (p=0,0001). Komşularına gitmelerine göre depresif belirti görülme oranı gitmeyenlerde daha yüksek oranda bulunmuştur: komşularına gitmeyenlerde % 39,6, komşularına gidenlerde % 24,5'dir. Aradaki fark anlamlıdır (p=0,001). Televizyon izleme durumlarına göre depresif belirti görülme oranı televizyon izlemeyenlerde daha yüksek oranda görülmektedir. Televizyon izlemeyenlerde % 49,4, izleyenlerde % 25,3'dür. Aradaki fark belirgin derecede anlamlıdır (p=0,0001). Kitap okuma alışkanlıklarına göre depresif belirti görülme oranı kitap okumayanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: okumayanlarda % 33,9, okuyanlarda % 17,8'dir. Aradaki fark anlamlıdır (p=0,003). Gazete okuma alışkanlıklarına göre anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,205). El işi yapma alışkanlıklarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır(p=0,455). Spor

yapma alışkanlıklarının olmasına göre depresif belirti görülme oranı spor yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur: spor yapmayanlarda % 31,7, spor yapanlarda % 8,3'dür. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0,016$). Radyo dinleme alışkanlıklarına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,094$). Katılımcıların televizyonda en çok izledikleri programlara göre depresif belirti görülme oranı haberleri izlemeyenlerde daha yüksek bulunmuştur: haberleri izlemeyenlerde % 44,0, izleyenlerde % 20,4'tür ve aradaki fark anlamlıdır ($p=0,0001$). Sağlık programları izlemeyenlerde depresif belirti görülme oranı daha yüksek bulunmuştur: izlemeyenlerde % 39,5, izleyenlerde % 19,1'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$). Dizi izleme ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,625$). Türk film izlemeye göre depresif belirti, izlemeyenlerde % 36,3, izleyenlerde % 24,1'dir ve aradaki fark anlamlıdır ($p=0,008$). Yabancı film izlemeye göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,317$). Magazin izlemeye göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,205$). Müzik dinlemeye göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,129$). Belgesel izlemeyenlerde depresif belirti görülme oranı daha yüksek (% 33,9) bulunmuştur ($p=0,003$). En çok dinledikleri müzik türlerine göre depresif belirti görülme oranı; popüler müzik dinlemeyenlerde % 37,2 idi ve arada anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,012$). Türk sanat müziği dinlemeyenlerde ise depresif belirti görülme oranı % 39,2 idi ve arada anlamlı bir ilişki var idi ($p=0,0001$). Rock, arabesk, halk ve yabancı müzik dinlemekle depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki yok idi ($p>0,05$).

Katılımcıları son bir ayda katıldıkları sosyal etkinlik sayılarına göre depresif belirtilerini değerlendirdiğimizde çok düşük sosyal etkinlikte bulunma durumunda (% 50,0) ile en yüksek oranda görülürken , düşük sosyal etkinlikte % 39,1 ile ikinci sırada, orta sosyal etkinlikte % 24,7, yüksek sosyal etkinlikte % 23,5, çok yüksek sosyal etkinlikte ise % 22,8 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak etkinliğe az katılanlarda anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Kültürel etkinliklere katılmaya göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,900$).

Günde ortalama televizyon izleme saatlerine göre depresif belirti görülme oranı 6 saatten fazla izleyenlerde % 58,8, 1 saatten az izleyenlerde % 48,1 iken 2-3 saat

izleyenlerde % 23,7 ile en az bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,001$).

Yalnızlık duygusu ile baş etme yollarına göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,11$).

Sorunlarını paylaştıkları kişi varlığına göre depresif belirti görülmesi oranı en fazla hiç kimseyle paylaşmayanlarda, en az ise eşi ile paylaşanlarda bulunmuştur: hiç kimseyle % 53,2, eş ile % 17,3'dür. Aradaki fark belirgin derecede anlamlıdır ($p=0,0001$).

Okul arkadaşlarıyla ders dışı zamanlarda görüşmeye göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,109$).

Sigara tüketimine göre depresif belirti görülme oranı günde 21-40 adet tüketenlerde en yüksek bulunmuştur: Günde 21-40 adet tüketenlerde % 70,4, hiç kullanmayanlarda % 27,8, 1-20 adet kullananlarda % 26,1'dir. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0,0001$). Sigara tüketim yılına göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,157$).

Alkol kullanım durumuna göre depresif belirti görülmesi sıklıkla kullananlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: sıklıkla kullananda % 83,3, ara sıra kullananda % 40,0, hiç kullanmayanlarda % 29,1'dir. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0,011$). Katılımcıların depresif belirti görülme oranlarının sosyokültürel faaliyetlere göre değerlendirilmesi bilgileri Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 22. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Kültürel Faaliyetlere Göre Değerlendirilmesi (n=403)

En Çok Gösterdikleri Faaliyetler	Gruplar						
	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ< 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	% *	Sayı	% **	Sayı	% **	
Evde Oturma							
Evet	215	72,4	82	27,6	297	73,7	X ² =3,795 SD= 1 p =0,051
Hayır	66	62,3	40	37,7	106	26,3	
Akraba Ziyareti							
Evet	203	76,6	62	23,4	265	65,8	X ² =17,337 SD= 1 p =0,0001
Hayır	78	56,5	60	43,5	138	34,2	
Komşuya Gitmek							
Evet	188	75,5	61	24,5	249	61,8	X ² =10,295 SD=1 p=0,001
Hayır	93	60,4	61	39,6	154	38,2	
Televizyon İzlemek							
Evet	239	74,7	81	25,3	320	79,4	X ² =18,112 SD=1 p=0,0001
Hayır	42	50,6	41	49,4	83	20,6	
Kitap Okumak							
Evet	74	82,2	16	17,8	90	22,3	X ² =8,571 SD= 1 p =0,003
Hayır	207	66,1	106	33,9	313	77,7	
Gazete Okumak							
Evet	46	76,7	14	23,3	60	14,9	X ² =1,608 SD= 1 p =0,205
Hayır	235	68,5	108	31,5	343	85,1	
El İşi Yapmak							
Evet	22	75,9	7	24,1	29	7,2	X ² =0,557 SD= 1 p =0,455
Hayır	259	69,3	115	30,7	374	92,8	
Spor Yapmak							
Evet	22	91,7	2	8,3	24	6,0	X ² =5,819 SD= 1 p =0,016
Hayır	259	68,3	120	31,7	379	94,0	
Radyo Dinlemek							
Evet	100	75,2	33	24,8	133	33,0	X ² =2,805 SD= 1 p =0,094
Hayır	181	67,0	89	33,0	270	67,0	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 22. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Kültürel Faaliyetlere Göre Değerlendirilmesi (n=403) Devamı 1

Sosyokültürel Faaliyetlere Göre Depresif Belirtiler Devamı								
En Çok İzledikleri Televizyon programları	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ< 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri	
	Sayı	% *	Sayı	%*	Sayı	%**		
Haberler							X ² =25,897 SD= 1 p =0,0001	
Evet	187	79,6	48	20,4	235	58,3		
Hayır	94	56,0	74	44,0	168	41,7		
Sağlık Programları							X ² =19,734 SD= 1 p =0,0001	
Evet	148	80,9	35	19,1	183	45,4		
Hayır	133	60,3	87	39,5	220	54,6		
Dizi							X ² =0,239 SD=1 p=0,625	
Evet	207	70,4	87	29,6	294	73,0		
Hayır	74	67,9	35	32,1	109	27,0		
Türk Filmi							X ² =7,049 SD=1 p=0,008	
Evet	151	75,9	48	24,1	199	49,4		
Hayır	130	63,7	74	36,3	204	50,6		
Yabancı Film							X ² =1,002 SD= 1 p =0,317	
Evet	48	75,0	16	25,0	64	15,9		
Hayır	233	68,7	106	31,3	339	84,1		
Magazin							X ² =1,608 SD= 1 p =0,205	
Evet	46	76,7	14	23,3	60	14,9		
Hayır	235	68,5	108	31,5	343	85,1		
Müzik							X ² =2,304 SD= 1 p =0,129	
Evet	80	64,5	44	35,5	124	30,8		
Hayır	201	72,0	78	28,0	279	69,2		
Belgesel							X ² =8,571 SD= 1 p =0,003	
Evet	74	82,2	16	17,8	90	22,3		
Hayır	207	66,1	106	33,9	313	77,7		
En Çok Dinledikleri Müzik Türleri								
Popüler							X ² =6,277 SD= 1 p =0,012	
Evet	178	74,5	48	20,4	239	59,3		
Hayır	103	62,8	61	37,2	164	40,7		
Rock Müzik							X ² =0,016 SD= 1 p =0,900	
Evet	22	68,8	10	31,3	32	7,9		
Hayır	259	69,8	112	30,2	371	92,1		
Sanat Müzik							X ² =14,045 SD=1 p=0,0001	
Evet	163	78,0	46	22,0	209	51,9		
Hayır	118	60,8	76	39,2	194	48,1		
Halk Müzik							X ² =2,405 SD=1 p=0,121	
Evet	148	73,3	54	26,7	202	50,1		
Hayır	133	66,2	68	33,8	201	49,9		

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 22. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Kültürel Faaliyetlere Göre Değerlendirilmesi (n=403) Devamı 2

Sosyokültürel Faaliyetlere Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Sosyokültürel Faaliyetler Devam	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Arabesk Müzik							X ² =1,233 SD=1 p=0,267
Evet	149	67,4	72	32,6	221	54,8	
Hayır	132	72,5	50	27,5	182	45,2	
Yabancı Müzik							X ² =1,186 SD=1 p=0,276
Evet	134	72,4	51	27,6	185	45,9	
Hayır	147	67,4	71	32,6	218	54,1	
Sosyal Etkinliğe Katılma							X ² =19,931 SD= 4 p =0,001
Çok Düşük (1Etkinlik)	31	50,0	31	50,0	62	15,4	
Düşük (2Etkinlik)	42	60,9	27	39,1	69	17,1	
Orta (3Etkinlik)	58	75,3	19	24,7	77	19,1	
Yüksek (4Etkinlik)	62	76,5	19	23,5	81	20,1	
Çok Yüksek (5Etkinlik)	88	77,2	26	22,8	114	28,3	
Kültürel Etkinlik (n=403)							X ² =0,016 SD= 1 p =0,900
Evet	22	68,8	10	31,3	32	7,9	
Hayır	259	69,8	112	30,2	371	92,1	
Günde Ortalama Televizyon İzleme Saati(n=403)							X ² =19,334 SD= 4 p =0,001
1 Saatten az	27	51,9	25	48,1	52	12,9	
1 Saat	25	65,8	13	34,2	38	9,4	
2-3 Saat	171	76,3	53	23,7	224	55,6	
4-5 Saat	51	70,8	21	29,2	72	17,9	
6 Saatten fazla	7	41,2	10	58,8	17	4,2	
Yalnızlık Duygusu İle Baş Etme Yolları (n=403)							X ² =11,220 SD= 3 p =0,11
İçe Kapanmak	105	66,9	52	33,1	157	39,0	
Dışarı Çıkmak	58	85,3	10	14,7	68	16,9	
Yakını İle Dertleşme	43	72,9	16	27,1	59	14,6	
TV/Kitap/Müzik/iş/ Yalnızlık Hissetmez	75	63,0	44	37,0	119	29,5	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

Tablo 22. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sosyo-Kültürel Faaliyetlere Göre Değerlendirilmesi (n=403) Devamı 3

Sosyokültürel Faaliyetlere Göre Depresif Belirtiler Devamı							
Sosyokültürel Faaliyetler Devam	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Sorunlarını Paylaştıkları Kişi(n=403=							X²=28,367 SD= 3 p =0,0001
Eş	139	82,7	29	17,3	168	41,7	
Anne/Baba/Kardeş/Çocuk	82	64,6	45	35,4	127	31,5	
Komşu/Öğretmen/Arkadaş	38	62,3	23	37,7	61	15,1	
Hiç Kimse	22	46,8	25	53,2	47	11,7	
Okul Arkadaşlarıyla Ders Dışı Görüşme (n=31)							X²=2,572 SD= 1 p =0,109
Evet	16	69,6	7	30,4	23	74,2	
Hayır	3	37,5	5	62,5	8	25,8	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

4.8.7.Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sigara/Alkol Kullanma Durumuna Göre Değerlendirilmesi Bilgileri

Sigara tüketimine göre depresif belirti görülme oranı günde 21-40 adet tüketenlerde en yüksek bulunmuştur: Günde 21-40 adet tüketenlerde % 70,4, hiç kullanmayanlarda % 27,8, 1-20 adet kullananlarda % 26,1'dir. Aradaki fark anlamlıdır (p =0,0001). Sigara tüketim yılına göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p =0,157).

Alkol kullanım durumuna göre depresif belirti görülmesi sıklıkla kullananlarda daha yüksek oranda bulunmuştur: sıklıkla kullananda % 83,3, ara sıra kullananda % 40,0, hiç kullanmayanlarda % 29,1'dir. Aradaki fark anlamlıdır (p=0,011).

Katılımcıların depresif belirti görülme oranlarının sigara/alkol kullanma durumuna göre değerlendirilmesi bilgileri Tablo 23’de sunulmuştur.

Tablo 23. Katılımcıların Depresif Belirti Görülme Oranlarının Sigara/Alkol Kullanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi (n=403)

Sigara/Alkol Kullanıma Durumuna Göre Depresif Belirtiler							
Sigara Tüketimi	Anlamlı Depresif Belirtisi Olmayanlar (BDÖ < 17)		Anlamlı Depresif Belirtisi Olanlar (BDÖ ≥ 17)		Toplam		Anlamlılık Değeri
	Sayı	% *	Sayı	%*	Sayı	%**	
Kullanmıyor	205	72,2	79	27,8	284	70,5	X²=22,141 SD= 2 p =0,0001
1-20 Adet/Gün	68	73,9	24	26,1	92	22,8	
21-40 Adet/Gün	8	29,6	19	70,4	27	6,7	
Sigara Tüketim Yılı							X²=3,707 SD= 2 p =0,157
Kullanmıyor	205	72,2	79	27,8	284	70,5	
1-10 Yıl	41	60,3	27	39,7	68	16,9	
11+ Yıl	35	68,6	16	31,4	51	12,6	
Alkol Kullanma							X²=8,942 SD= 2 p =0,011
Hayır	271	70,9	111	29,1	382	94,8	
Ara sıra	9	60,0	6	40,0	15	3,7	
Sıklıkla	1	16,7	5	83,3	6	1,5	

* Satır Yüzdesi, ** Sütun Yüzdesi

4.8.8.Katılımcılarda Depresif Belirtileri Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Logistik Regresyon Analiz Sonuçları

Kikare analizinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenleri logistik regresyonla değerlendirdiğimizde; fiziksel şiddete maruziyet (OR:12,01 %95 GA: 2,00-71,97 p:0,007), ergenlikte anne/baba baskısı görme (OR:1,88 %95 GA: 1,04-3,40 p:0,037), ergenlikte anne/baba ilgisizliği yaşama (OR:13,34 %95 GA: 7,07-25,16 p:0,000), bakmak zorunda olduğu kronik hasta varlığı (OR:3,35 %95 GA: 1,39-8,12 p:0,007), medeni durumun dul ve boşanmış olması (OR:7,71 %95 GA: 1,97-30,18 p:0,003), evli olanlarda eşi ile cinsellik dışı ilişkinin kötü olması (OR:11,78 %95 GA: 3,81-36,47 p:0,000) depresif belirtilerin düzeyini arttıran, öne çıkan anlamlı bağımsız değişkenler

olduğu belirlenmiştir. Depresif belirtileri etkileyen bağımsız değişkenlerin saptanması amacıyla gerçekleştirilen logistik regresyon analiz sonuçları Tablo 24’ de sunulmuştur.

Tablo 24. Depresyon Düzeyini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Saptanmasında Kullanılan Logistik Regresyon Analiz Sonuçları

	B	df	OR	%95 GA	p
Gelir		2			0,296
Yüksek gelir			Ref.		
Orta gelir düzeyi	0,34	1	1,41	0,43-4,58	0,570
Düşük gelir düzeyi	0,74	1	2,10	0,72-6,11	0,174
Aile kararına katılmama	0,32	1	1,38	0,64-2,99	0,414
Fiziksel Şiddete maruziyet	2,49	1	12,01	2,00-71,97	0,007
Anne baba baskısı görme	0,63	1	1,88	1,04-3,40	0,037
Anne Baba ilgisizliği	2,59	1	13,34	7,07-25,16	0,000
Bakmak zorunda olduğu kronik hasta varlığı	1,21	1	3,35	1,39-8,12	0,007
Öncesinde depresyon	0,12	1	1,13	0,47-2,74	0,787
Ailede ruhsal hastalık	0,26	1	1,30	0,58-2,93	0,529
Son Bir Ayda Etkinlik		2		-	0,463
Yüksek			Ref.		
Orta	0,17	1	1,19	0,57-2,49	0,643
Düşük	0,48	1	1,62	0,75-3,46	0,218
Medeni durum		2			0,003
Evli			Ref.		
Bekar	-0,13	1	0,88	0,38-2,02	0,763
Dul ve boşanmış	2,04	1	7,71	1,97-30,18	0,003
Lise ve üzeri		3	Ref		0,555
İlkokul altı	0,86	1	2,36	0,72-7,71	0,154
İlkokul	0,33	1	1,39	0,65-3,00	0,395
Ortaokul	0,29	1	1,34	0,57-3,18	0,505
Yaşgrup (18 üstü)	0,01	1	1,01	0,37-2,82	0,978
Eş ile cinsellik dışı ilişki iyi		2	Ref		
Orta	0,94	1	2,56	0,91-7,22	0,75
Kötü	2,46	1	11,78	3,81- 36,47	0,000

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Adana İli Havutlu Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların depresif belirtilerinin sıklığını saptamak, buna neden olan etkenleri araştırmak amaçlandı.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 (TNSA-2008), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün her beş yılda bir yapmakta olduğu demografik araştırmalar olup, ulusal düzeyde sürekli ve nitelikli bilgi sağlayan bu araştırmalar, nüfus ve üreme sağlığı alanlarında çok sayıda göstergenin ülke çapında üretildiği tek kaynaktır. TNSA 2008'e göre 15-49 yaş grubu kadınların % 32'sinin 30 yaşından küçük, % 37'si 30-39, % 31'i 40-49 yaş grubundadır.²⁰ Bizim çalışmamızda ise; kadınların % 37,4'ü 30 yaşından küçük, % 33,6'ı 30-39, % 29,0'ı ise 40-49 yaş grubundadır. Çalışmamızdaki kadınların yaş ortalaması ise $32,95 \pm 9,72$, kadınların yaş ortancası 33'dür. Benzer çalışmalarda aynı yaş grubunda Öktem'in¹²⁰ yaptığı çalışmada kadınların ortalama yaşları 32,73, Şimşek ve arkadaşlarının¹²¹ yaptığı çalışmada da 33,3 idi. Bu durumda yaş ölçütü dikkate alındığında, çalışma grubumuz ile diğer çalışmalar ve Türkiye kadın nüfusu arasında paralellik olduğu söylenebilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarında evliliğini sürdürenlerin oranı % 94,5, evlenmiş kadınlar arasında dul, boşanmış ve ayrı yaşıyor olanların oranı % 5,5 olarak bildirilmiştir.²⁰ Bizim çalışmamızda ise araştırmaya katılan kadınların % 64,8'i evli, % 30,8'i bekar, % 4,4'ü dul veya boşanmıştı. Altinel'in¹²² 15-49 yaş kadınlarda yaptığı bir araştırmada ise; % 33,3'u bekar, % 58,5'i evli, % 8,2'si boşanmış veya dul olarak bulundu. Çalışmamızda boşananların oranının düşük oluşu Türk kültüründe evliliğin bozulmasının nadir olduğunu gösterse de evli kadınların oranı Türkiye ortalamasından (% 94,5) düşüktü.²⁰ Ancak bu durumun, TNSA 2008'de evlenmiş kadın örnekleminin seçilmiş olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Kadının statüsünü, yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu etkileyen bir diğer unsur da eğitimidir. TNSA 2008'e göre kadınların %18'inin hiç okula gitmemiş veya ilköğretim birinci kademeyi tamamlamamış, kadınların yarısından fazlası (% 52) sadece ilköğretim birinci kademe düzeyinde eğitim almış ve her beş kadından birinin (% 21) en az lise mezunu olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, son yıllarda sosyo-ekonomik dönüşümün de etkisi ile eğitimin yaygınlaştığını ve doğurganlık çağına giren kadınlar

arasında öğrenim düzeyi açısından sürekli bir artış olduğunu göstermektedir.²⁰ Bizim araştırmamızdaki kadınlarda eğitimsiz olma % 6,4, ilkokul mezunu olma % 36,0, ortaokul mezunu olma % 26,1, lise mezunu olma % 27,8 ve üniversite mezunu olanların oranı ise sadece %3,7'dir. Bizim çalışmamızdaki okuma oranı TNSA 2008 verilerine göre daha yüksek idi. Araştırmamızdaki katılımcılardan evli olanların eşlerinin eğitim düzeyi ise; % 3,1'i okur-yazar, % 42,9'u ilkokul, % 34,1'i ortaokul, % 15,7'si lise, % 4,2'si de üniversite mezunu idi. Erkeklerin eğitim düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların aile tipleri değerlendirildiğinde; % 86,8'i çekirdek aile, % 6,0'sı parçalanmış aile, , % 5,5'i geniş aile, % 1,2'si tek başına, % 0,5'i de yeniden kurulmuş aileye sahip idi. Edirne'de aynı yaş grubunda yapılmış bir çalışmada kadınların %3,1'i yalnız, % 22,5'i geniş aile şeklinde yaşıyordu.¹²² Ankara'daki, Eskişehir'deki, Edirne'deki başka çalışmalarda da katılımcıların çoğu (% 86,7, % 86, % 83,5) çekirdek aile şeklinde yaşadıkları saptanmış olup bizim bulgularımızla uyumluydu.^{123, 124, 125} TNSA 2008'e göre kadınların % 16'sı herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almazken, % 48'i SSK, % 14'ü Yeşil Kart kapsamı içindedir.²⁰ Bizim çalışmamızda ise; katılımcıların sosyal güvenceleri sorgulandığında; % 8,2'nin herhangi bir sosyal güvencesi yok iken, % 67,1'i SSK, % 14,6'ı Bağ-Kur, % 6,9'u Yeşil kart, % 3,2'i de Emekli Sandığına bağlı güvenceleri var idi. Çalışma grubumuzdaki kadınlar, TNSA 2008'e göre daha fazla oranda sosyal güvenceye sahip idiler. Bu durum çalışma yaptığımız bölgede tarımcılığın yoğun olarak yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

TNSA 2008'e göre araştırma sırasında kadınların % 31'i çalışmakta idi. TNSA'a göre çalışan kadınların üçte biri ücretsiz aile işçisi iken, % 17'si kendi hesabına çalışmakta, % 39'u işçi, % 10'u devlet memuru ve % 2'i de işverendir.²⁰ Bizim araştırmamızda ise katılımcıların % 80,7'si ev hanımı, % 6,0'sı işçi, % 2,2'i memur, % 1,7'si serbest ve % 1,7'si de diğer meslek sahibi idiler. Araştırdığımız kadınlardan sadece % 11,0'i çalışmakta idi. Araştırma grubumuzdaki kadınların çalışma oranları TNSA 2008 verilerinin üçte biri kadardı. Bizim çalışmamızda katılımcılar arasında emekli olan hiç yoktu ve çalışan kadınların % 29,4'ü hizmet işçisi, % 21,9'u serbest çalışan, % 21,9'u büro veya eğitim hizmetlerinde, % 21,9'u satışla ilgili işlerde, % 4,9'u da üretim işçisi olarak çalışmaktaydı. Edirne'de yapılan bir çalışmada en fazla katılımcının olduğu meslek grupları büro ve eğitim hizmetleri ilgili işlerde (% 17,0)

çalışanlar olduğu saptanmıştır.¹²² Bizim çalışmamızdaki çalışan kadınların % 75,6'sı normal mesai ile, % 9,8'i fazla mesai ile çalışmakta idi. Katılımcı eşlerinin ise; % 18,8'i eşi emekli olduğu için veya işsiz olduğu için herhangi bir işte çalışmıyordu. Aynı zamanda katılımcı eşlerinin % 22,6'sı işçi, % 10,3'ü memur, %51,4'ü serbest, % 11,5'i emekli ve sadece % 4,2'si işsiz idi. Zorba'nın ¹²⁶ Adana Solaklı'da yaptığı çalışmada katılımcıların % 20,6'sının eşinin emeklilik veya işsizlik nedeniyle çalışmadığı saptanmış, bizim sonuçlarımız da Zorba'nın çalışmasıyla yakın bölgede yapıldığı için benzerlik göstermekte idi.

Temmuz 2007 tarihlerine ait sendikaların yaptığı yoksulluk sınırı açıklaması ise dört kişilik bir aile için 2026,87 TL'dir (127). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2009 Yoksulluk Çalışması sonuçlarında dört kişilik hanenin aylık yoksulluk sınırı 825 TL olarak tahmin edilmiştir.¹²⁸ Bizim çalışmamızda, katılımcılar arasından aylık geliri 500'ün altında olanların oranı % 11,7 iken aylık geliri 500-1000 TL olanların oranı % 58,9, 1000-1500 TL olanların oranı % 19,1, 1500'ün üzeri aylık geliri olanlar ise % 10,3 idi. Katılımcılardan arabası olmayanların oranı % 63,3 idi. Araştırmaya katılanların çoğunluğunun gelir düzeyinin düşük olması, katılımcıların çoğunluğunun ev hanımı olmasından ve aylık gelirin olmamasından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü. Araştırmamızda saptanan gelir miktarları hem TÜİK hem de sendikalar tarafından belirtilen yoksulluk sınırının altında olup araştırma grubunun gelir düzeyinin kötülüğünün açık göstergesidir.

Zorba'nın¹²⁶ Adana Solaklı'da yapmış olduğu çalışmada; katılımcıların % 76,6'sı kendilerine ait evde, % 10,7'si kiralık evde oturduğu, % 0,3'ü lojmanda ve % 12,4'ü ise akrabalık ilişkileri sayesinde ücret ödemedi oturduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise; kadınların % 81,9'u kendilerine ait evde, % 10,7'si akrabalarının evinde kira ödemedi, % 7,4'ü ise kira ödeyerek oturmakta idi ve sonuçlarımız Zorba ile uyumluluk göstermekteydi.

Araştırmaya katılan kadınların % 85,4'ü menstruasyon gördüğünü ve % 15,9'u adet düzensizliği yaşadığını belirtmiştir. Anket uygulaması sırasında görüşülen kadınların % 21,1'nin premenstruel dönemde olduğu saptanmıştır. İzmir'de ⁷⁷ aynı yaş grubunda yapılmış bir çalışmada kadınların % 14,8'inin menstruasyon görmediği, % 18,2'sinin premenstruasyonda, % 27,6'sının da adet düzensizliği olduğu saptanmış olup bulguları bizim sonuçlarımızla uyumlu idi. Bizim çalışmamızda kadınların

% 65,3'ü en az bir kez gebe kalmış, % 13,6'sının bir, % 30,5'nin iki, % 14,4'nün üç , % 3,7'sinin dört, % 2,5'inin de beş veya altı çocuk sahibi idi. % 24,4'ü en az bir kez düşük, % 11,5'i kürtaj, % 1,4'ü ölü doğum yapmış idi. TNSA'ya göre Türkiye'de toplam doğurganlık hızı 1978 yılında 4,33 iken yıllara göre azalma göstererek 2003 yılında 2,61'e, 2008 yılında 2,16'ya düşmüştür.²⁰ Zorba'nın¹²⁶ yaptığı çalışmada doğurganlık hızı 4,01 saptanmış, bizim çalışmamızda ise doğurganlık hızı 1,46 olarak bulunmuş bu farklılığın sebebi Zorba'nın çalışma yaptığı yerin Güneydoğu Anadolu bölgesinden çok fazla göç alan bir bölgesi olması sayılabilir. Çalışmamızda doğurganlık hızının TNSA 2008'e göre düşük olmasının nedeni, TNSA kırsal ve kentsel tüm ülkeyi kapsarken bizim çalışma bölgemizin yarı kırsal alanı temsil etmesi olabilir. Ayrıca çalışmamızdaki kadınların eğitim seviyelerinin de TNSA 2008'e göre daha yüksek olması, bilinçli olarak doğurganlığın daha düşük düzeyde kalmasına yol açmış olabilir.

TNSA 2008'de AP kullanım oranları bölgelere göre farklılık göstermektedir; güneyde % 70,4, Güneydoğu Anadolu bölgesinde % 57,8 olarak bildirilmiştir . TNSA 2008'e göre güneyde AP yöntemi kullananların % 45,8'i modern, % 24,6'sı geleneksel yöntemler iken, bu oranlar Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise % 37,9 modern, % 19,9 geleneksel yöntemler idi.²⁰ Zorba'nın çalışmasında kadınların % 58,3 'ü AP kullanıyor, bunların da % 37,4 modern, % 20,9 geleneksel yöntemler olarak öğrenilmiştir.¹²⁶ Bizim çalışmamızda ise halen evli olan kadınların % 46,0' ı AP yöntemi kullanmaktadır. Bunlardan % 60,8'i etkin yöntem kullanırken, % 39,2'i etkin olmayan yöntem kullanmaktadır. Etkin yöntemlerden en fazla kullanılan % 38,3 ile RIA iken etkin olmayan yöntemlerden ise % 18,0 ile geri çekme idi. Bizim çalışmamızdaki evli olan kadınların AP kullanma oranlarının düşük oluşunun sebebi kullanmayanların % 9,2'inin hamile, % 23,4'ünün menopoz veya adet görmüyor ve AP konusunda yapılan eğitimin eksik olmasından kaynaklanıyor olabilir.

İlk evlenme yaşı kadının gebelik riski altına girmesini ifade etmesi nedeniyle önemli bir demografik göstergedir. TNSA 2008 raporu ilk evlenme yaş ortancasının 20,8 olduğunu yani kadınların yarısının bu yaştan önce evlendiğini göstermektedir.²⁰ Edirne'de yapılan bir çalışmada, katılımcıların ilk evlilik yaş ortalaması 20,3 iken Eskişehir'deki ve Bursa'daki çalışmalarda da ilk evlilik yaş ortalamaları 20,2 ve 19 bulunmuştur.^{122, 124, 129} Biz çalışmamızda ilk evlilik yaş ortalamasını 14,12, ortancasını

18,0 olarak belirledik. Kadınların % 16,1'inin 18 yaşın altında, % 70,6'sının 18-24 yaş arasında, % 13,3'ünün de 25 yaş veya üstünde evlenmiş oldukları saptandı.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 2002 sonuçlarına göreyse ortalama evlenme yaşı 22 saptanmış olup bizim çalışmamızdaki sonuçların benzer olmadığı görülmektedir.¹³⁰ Bizim çalışmamızda evlenme yaşının düşük olmasının sebeplerinden biri evlilik yaşamış olan kadınların % 50,5'nin eğitiminin ilkökul ve altı düzeyde olmasından kaynaklanabileceği gibi çalışma yaptığımız bölgenin yarı kırsal kesim oluşu ve akraba evliliğinin yaygın olmasından ötürü de olabilir.

Araştırmaya katılan evli, dul veya boşanmış olan katılımcıların % 77,5'i görücü usulüyle, % 19,3'ü anlaşılarak, % 3,2'i ise kaçarak evlenmiş idi. İzmir'de aynı yaş grubunda yapılmış bir çalışmada anlaşılarak evlenme % 40,0 bulunmuştur.⁷⁷ Bu farkın batı bölgesinin kendine özgü sosyokültürel yapısından dolayı kaynaklandığı düşünülebilir.

Edirne'de yapılan bir çalışmada kadınların % 5,3'ünün resmi nikahı yokken Bursa'da bir bölgedeki 15 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan çalışmada bu oran % 1,0 ile daha düşük bulunmuştur.¹²⁹ Bizim çalışmamızda ise katılımcıların sadece % 3,0'ının resmi nikahı yoktu. Kadınların çoğunun resmi nikahının olması kadınların çağdaş yaşama ve medeni hukuka adaptasyonunun bir göstergesi olabilir.

TNSA-98'e göre birinci derece akraba evliliği sıklığının Batı Anadolu Bölgesi'nde % 9,6; Güney Anadolu Bölgesi'nde % 21,1; İç Anadolu Bölgesi'nde % 14,4; Kuzey Anadolu Bölgesi'nde % 10,4 ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde % 25,7 olduğu görülmektedir.¹³¹ Katılımcıların eşleri ile olan akrabalık durumları ise; % 72,0'si akraba değil iken % 12,2'si birinci derece, % 11,9'u ikinci derece, % 3,9'u üçüncü dereceden akraba idi. Gündüz ve arkadaşlarının Havutlu'da yaptığı çalışmaya göre akraba evliliği % 29,1'dir.¹³² Bizim sonuçlarımızın Havutlu'da daha önce yapılmış olan çalışma ile uyumlu olduğunu ve bu bölgede akraba evliliğinin yaygın olduğunu söyleyebiliriz.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada katılımcıların evlilik bilgileri ; % 95,1'i bir kez, % 4,9'u iki kez evlilik geçirmiştir. Evliliklerin % 59,6'sı anlaşılarak, % 40,4'ü görücü usulü ile olmuştur.¹³³ Bizim çalışmamızda % 95,7'inin hem kendisinin hem eşinin ilk evlilikleri, % 3,6'sının eşinin ikinci eşi, iki katılımcının ise kendisinin ikinci, eşinin ilk evliliği idi. Bizim sonuçlarımızın İstanbul'da yapılan çalışma ile uyumlu

olduğu görüldü. Evli olan katılımcıların % 31,0'inin evlilik yılı 10 yıl veya daha az idi. İzmir'de aynı yaş grubunda yapılmış bir çalışmada % 44,7'si 10 yıldan daha az süredir evli olarak saptanmıştır.⁷⁷

Anne olan katılımcıların çocuklarının maddi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliği sorgulandığında; % 62,3'i kısmen, % 29,2'i tamamen karşıladığını, % 8,5'u da karşılayamadığını düşünmekte idi. Katılımcıların çocuklarının manevi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliği sorgulandığında ise; % 84,2'si yeteri kadar, % 14,2'si kısmen yeterli olduğunu düşünür iken, % 1,6'sı ise kendisini yetersiz bulmaktadır. İzmir'de yapılmış benzer bir çalışmada kadınların % 24,3'ü annelik sorumluluklarını tam olarak yerine getirdiğine inanmaktadır.⁷⁷ İzmir'de yapılan çalışmaya göre anne olan katılımcıların kendilerini yetersiz bulma durumları daha az oranda olduğu görülmektedir.

Edirne'de aynı yaş grubunda yapılmış bir çalışmada katılımcıların % 59,8'i kendisi aile kararlarına katılıyordu.¹²² Bursa'daki çalışmada da aile kararlarına katılanların en çok boşanmış veya dul olanlardı.¹²⁹ Bizim çalışmamızda ise kadınlardan sadece % 29,0'u karar verme sürecinde söz sahibi değil idi. Bizim çalışmamızda karar verme sürecine katılmamaya medeni durum açısından bakıldığında bekarların % 71,8'i, evlilerin % 9,2'si, eşinden boşanmışların da % 40,0'ı katılmıyordu. Aile ilgili önemli kararları % 55,8'inde kendisi ve eşi, % 6,2'si tek kendisi, % 8,9'u da hep beraber kararları almakta idiler.

Araştırmamızda evli olan kadınların eşleri ile olan cinsellik dışı ilişki değerlendirildiğinde; % 10,0'u çok iyi, % 43,3'ü iyi, % 21,0'i kötü veya çok kötü olduğunu düşünüyordu. Kadınların eşleri ile olan cinsel hayattan memnuniyet durumları değerlendirildiğinde, % 40,6'ı memnun veya genellikle memnun, % 29,4'ü ise genellikle veya hiç memnun değil idi. Yapılmış benzer bir çalışmada evli olan katılımcıların çoğu eşleriyle olan cinsellik dışındaki ve cinsel ilişkilerini "iyi" olarak tanımlamıştı.¹²² Benzer çalışmalardaki¹²⁴ gibi bizim çalışmamızda da eşiyle ilişkileri iyi olan kadınlar, cinsel hayatından da daha memnundu.

Tüm dünyada erkeklerden fiziksel şiddet gören kadınların tahmini oranının % 25-50 olduğu rapor edilmiştir.¹³⁴ Bu sonuçlarla kadına yönelik şiddetin gelişmiş ülkelerde de gelişmekte olan ülkelere nazaran daha düşük oranda olmasına rağmen yinede oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Ülkemizde, gelişmiş ve gelişmekte olan

diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da kadınların daha çok kendi eşleri tarafından şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır.^{135,136}

Bizim çalışmamızda katılımcılardan % 4,2'si hem fiziksel hem sözel şiddet görmekte iken, % 6,2 de sözel olarak aşağılanma ve hakaretlere maruz kalmakta idi. Türkiye'de Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı araştırmada; eşlerinin kendilerini dövdüğünü söyleyen kadınların oranı % 29,6, sözel hakarete bulunduğunu belirtenlerin oranı ise % 47,3'tür.¹³⁷ Altinel'in¹²² yapmış olduğu çalışmada % 11,9, Karabilgin'in⁷⁷ yaptığı benzer çalışmada ise % 15,1 katılımcı fiziksel şiddet yaşamakta idi. Savaş'ın Adana Doğankent Sağlık Araştırma bölgesindeki çalışmasında % 23,8 katılımcı sürekli olarak fiziksel şiddet görmekte idi.¹³⁸ Bizim çalışma bölgemizdeki kadınların şiddet görme oranı diğer çalışmalara göre oldukça düşük olduğu saptandı. Katılımcıların aile içi şiddetten söz etmemeyi veya sınırlı bilgi vermeyi tercih etmiş olabileceği düşünüldü.

Katılımcılardan çocukluk veya ergenlik döneminde anne-baba baskısını % 31,0, anne-baba ilgisizliğini % 23,1 katılımcı yaşamış idi. Katılımcılardan % 6,0'sının üvey anne-babası olmuş idi.

Karabilgin'in⁷⁷ yaptığı çalışmada kadınların % 25'i baskın ebeveyn, % 9,9'u üvey ebeveyne sahip oldukları saptandı. Bizim çalışmamız İzmir'deki sonuçlarla paralellik göstermekte idi.

Katılımcıların soy geçmişlerinde % 42,9'unda belirgin bir hastalık yokken, en çok görülen kronik hastalıklar ise; % 27,5 DM, % 17,1 kardiyovasküler sistem hastalıkları ve % 7,4 kanserlerdir. Kadınların ailelerinde bakıma muhtaç hastalığı olanların oranı ise % 10,2 idi ve % 7,3 kadın hasta yakınına bakmakla yükümlü idi. Anne olan katılımcıların sadece % 9,6'sının çocuğunda tanı konulmuş kronik hastalık olup bu hastalıkların da % 28,0'i kan hastalığı (orak hücreli anemi) idi. Benzer çalışmalarda; % 11,9'nun ailesinde bakım gerektiren bir hastalık veya özürlülüğü olan kişiler mevcut iken bu kadınların % 8,2'si yakınlarına bakmak zorunda idi.¹²² Bu bulgular bizim çalışmamızla paralellik gösteriyordu. Araştırma grubundaki kadınların sadece % 13,9'unun yakın akrabalarında psikiyatrik hastalık tanısı almışlar var idi. Benzer çalışmalarda bu oran; (122) % 11,7 ve (139) % 17,5 idi. Bu oranlar bizim sonuçlarımıza benzerdi.

Katılımcıların % 17,4'ünün depresyon dışında tanı aldığı kronik hastalığı vardı ve bu hastalıklardan ise % 24,3 ile en fazla görülen kardiyovasküler sistem hastalıkları,

% 14,3 ile solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır. Katılımcılardan % 16,6'sı devamlı olarak ilaç kullanmak zorunda idi ve bu ilaçlardan ise en fazla antihipertansif ile bronkodilatatörler ayrıca migren ve proton pompa inhibitörleri kullanılmaktaydı. Benzer çalışmalarda;⁷⁷ kadınlarda önceden önemli bir hastalık geçirme oranı % 25,4 ve hastalıklardan da en fazla tanı konulan kardiyovasküler hastalıklar olduğu tespit edilmiş olup bizim çalışmamızla sonuçlar uyumlu idi. Manisa'da aynı yaş grubu kadınlarda yapılmış bir çalışmada kadınların % 20,0'si sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik bir hastalığı olduğunu belirtmişlerdir¹⁴⁰. Katılımcıların % 11,2'sinin önceden depresyon geçirme hikayesi vardı ve bunların % 35,6'sı tedavi olmamıştı. İzmir'de yapılmış bir çalışmada kadınların % 23,7'sinin depresyon geçirmiş, % 15,1'i tedavi olmuştu. Bu bulgular bizim bulgularımızla uyumlu bulunamadı.

Ergenlik döneminde % 18,1 katılımcı anne-baba ayrılığı veya kaybı yaşamıştı. Ağargün ve arkadaşlarının¹⁴¹ yaptığı bir çalışmada depresyonlu hastaların % 19'unda 15 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşadığı saptanmıştır. Bizim sonuçlarımız Ağargün'ün bulgularıyla uyumlu idi.

Katılımcılara 15 yaşından sonra eş, çocuk kaybı ile yakın arkadaş veya sevgili ayrılığı/ölümü sorgulandığında; başından evlilik geçmiş olan kadınların % 2,9'u eşini kaybetmiş, % 7,7'si de çocuğunu kaybetmişti. % 12,7 kadın yakın arkadaş ayrılığı/ölümü yaşamıştı. Yapılmış benzer bir çalışmada¹²² ise; % 13,3 katılımcı 15 yaşından sonra eş, çocuk ve/veya arkadaş kaybı yaşamıştı. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu değildi. Çalışmamızda öğrenci olan katılımcıların % 74,2'inin derslerle ilgili sorunu yok iken, % 25,8'nin ders sorunu, % 12,9 'u öğretmen/arkadaş sorunu yaşıyordu. Okul arkadaşlarıyla ders dışı zamanlarda % 25,8'i görüşmüyordu. Çalışmamızda katılımcıların % 1,2'si intihar girişiminde bulunmuştu. Manisa'da aynı yaş grubunda yapılmış bir çalışmada intihar girişimi % 2,7 olarak bulunmuştur.¹⁴⁰ Manisa'daki sonuçların bizim bulgumuza göre biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubumuzdaki kadınların % 44,0'ü sessiz sakın/içe dönük, % 39,9'u neşeli/normal /dışa dönük, % 16,1'i sinirli/değişken olarak kendini tanımlamıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların % 52,2'i içedönük, % 47,8'i dışadönük olduğunu düşünmüşlerdi.¹⁴² Yaşam olayları ve çevresel stres etkenlerinin duygudurum bozukluklarında özellikle ilk atakta etkili oldukları nörotransmitter düzeyinde değişiklikler ile daha sonraki ataklara neden oldukları düşünülmektedir.⁴⁷

Katılımcılarımızdan % 37,7'si son bir yıl içinde herhangi üzücü bir olay yaşamamış iken kadınları son bir yıl içinde en çok üzen olaylar arasında en fazla parasal sorunlar yer alırken, daha sonra sırasıyla işsizlik, yakın kaybı, sağlık sorunu, aile içi geçimsizlik, sosyal ilişkilerde bozulma, sosyal değişim yaşama, çocuk sorunu, yakınından ayrılma duygusu yaşama, eğitim sorunu, yalnızlık, iş ile ilgili sorunlar ve kazalar yer almakta idi. En fazla etkileyen olaylar sıralamasında para ve işsizlik sorunlarının olması kadınların ekonomik özgürlüğünün yetersiz olması, ülkenin işsizlik oranındaki yüksekliğin bir göstergesi olabilir. Benzer çalışmalarda^{122,77} benzer sonuçların olması ülkemizin ekonomik gerçekliğinin ortaya konulması olarak değerlendirilebilir. Çin'de stresli yaşam olaylarının sıklığının araştırıldığı bir çalışmada da en şiddetli faktörler eş ölümü ve yakın bir aile bireyinin ölümü olarak belirlenmiştir¹⁴³.

Katılımcıların boş zamanlarda en çok yaptıkları etkinliklerden televizyon izlemek ilk sırayı alır iken daha sonra sırasıyla evde oturmak, akraba ziyareti, komşuya gitmek, radyo dinlemek, kitap okumak, gazete okumak, el işi yapmak ve spor yapmak geliyordu. Kadınların % 55,6'sı günde iki-üç saat kadar televizyon izlemeye zaman ayırırken, % 22,1'i dört saat ve üzeri televizyon karşısında zaman geçiriyordu. Kadınların televizyonda en çok izledikleri programların başında da diziler gelirken, belgesel ve yabancı film izlemek en az tercih edilen programlardı. Kadınların en çok dinledikleri müzik türlerinin başında pop müzik vardı. Kadınların son bir ay içinde gittikleri yerlerin başında akraba ve arkadaş ziyaret etmek gelirken tiyatro, sinema, konferans, konser gibi kültürel etkinlikte bulunanların sayısı çok azdı. Bunun da sebebinin kadınların eğitim düzeyinin ve ekonomik düzeyinin düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Yalnızlık farklı yazarlar tarafından değişik şekillerde tanımlanmaktadır Hepsinin ortak olan yanı yalnızlık duygusunun insana acı verdiğidir. Yalnızlığı insan ilişkileri bazında algılamakta ve kişinin gerçekte var olan ilişkilerinin bu konudaki beklentilerini karşılayamadığından kaynaklanan bir duygu olarak tanımlamaktadırlar.¹⁴⁴ Çalışmamızda katılımcıların yalnızlık duygusu ile baş etmede başvurdukları yolların başında içe kapanmak (ağlamak düşünmek vb.) (% 39,0) gelirken, daha sonra sırasıyla dışarı çıkmak (% 16,9), yakını ile dertleşmek (% 14,6), müzik dinlemek (% 11,4), televizyon seyretmek (% 9,7), iş yapmak (% 4,0), kitap okumak (% 3,5) vardı ve %1,0 kadın da yalnızlık hissetmiyordu. Çalışmamızda katılımcıların % 11,7'si

sıkıntısını hiç kimseyle paylaşmazken, % 41,7'si eşiyle, % 13,9'u anne-babasıyla, % 13,2'si bir arkadaşıyla, % 12,7'si kardeşiyle, % 5,0'i çocuğuyla, % 1,7'si komşusuyla sıkıntılarını paylaştıkları tesbit edildi. Edirne'de yapılmış çalışmada kadınların sorunlarını paylaşmakta en çok tercih ettikleri arkadaşlar (% 55,6), eş (% 38,6) iken, % 5,1'i sorunlarını kimseyle paylaşmadıkları bildirilmiştir.¹²² Edirne'deki çalışmaya göre bizim çalışmamızda kadınların sıkıntısını kimseyle paylaşmama oranı daha yüksek iken arkadaşla sıkıntı paylaşım oranı çok daha azdı. Bu durum çalışma yaptığımız bölgenin kapalı bir toplum olması ve içe kapanık insanların daha fazla olmasından ileri geliyor olabilir.

TNSA 2008 verilerine göre kadınların % 22,0'si halen sigara kullanmaktadır. Kentsel alanlarda yaşayanlarda sigara içme oranı daha yüksektir. Yüksek refah düzeyinde sigara kullanım oranı daha fazladır.²⁰ Bizim araştırma grubumuzdaki kadınların % 29,5'i sigara kullanıyordu. Kullananların % 16,3'ü günde 1-10 adet, % 6,5'i 10-20 adet, % 5,7'si 20-30 adet ve % 1,0'i de 30-40 adet sigara tüketiyor idi. Bizim çalışmamızda kadınların sigara kullanım oranı Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür. Araştırma grubumuzdaki kadınların % 94,8'i alkol tüketmezken, % 3,7'si ara sıra ve % 1,5'i sıklıkla alkol alıyordu. Benzer bir çalışmada kadınların % 68,4'ünün alkol kullanmadığı, % 25,2'sinin sosyal içici olduğu ve % 6,4'ünün ise düzenli alkol kullandığı belirtilmiştir.¹²² Yapılmış başka bir çalışmada da 15-49 yaş kadınların %1,1'inin alkol kullandığı tesbit edilmiştir.¹⁴² Bizim çalışmamızda alkol kullanım oranı Altınel'in¹²² çalışmasından çok düşük, Karabilgin'in⁷⁷ çalışmasından ise yüksek olduğu belirlenmiş olup bu durum bizim çalışma yaptığımız yerleşim yerinin özelliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalaması $10,94 \pm 11,45$, ortancası 8 (minimum 0, maximum 63) idi. Katılımcılardan beck depresyon ölçeğinde 17 ve üstünde puan alan % 30,3 kadın vardı. Katılımcıların BDÖ puanlarının sınıflandırmasında, % 53,8'i (0-9 puan) minimal düzeyde depresif belirti, % 15,9'u (10-16 puan) hafif düzeyde depresif belirti, % 22,8'i (17-29 puan) orta düzeyde depresif belirti, % 7,5'u (30-63 puan) şiddetli düzeyde depresif belirtiye sahip idi. Katılımcıların aldıkları BDÖ puanına göre sinirlilik 0,71 ortalama puan ile en fazla görülen, kilo kaybı ise 0,27 ortalama puan ile en az görülen belirti idi. 17 puan ve üstü alan katılımcılarda

en fazla görülen birinci belirti hayattan zevk alamama, ikinci belirti suçluluk duygusu, üçüncü belirti uyku bozukluğu idi. En az görülen belirti ise kilo kaybı idi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun (% 10.4) depresyon olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmanın Ankara-Gölbaşı verileri ise % 17.6 oranında ruhsal bozukluk tanısı, % 11.6 oranında depresyon tanısı konduğunu göstermektedir. Ulusal çapta bir örnek alınarak yapılmış tek çalışma olması nedeniyle önem taşıyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır.⁷⁰ Depresyon önemli düzeyde iş-güç ve yeti yitimine yol açtığı için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. Ülkemizde yapılan saha araştırmalarında psikiyatrik düzeyde yardım gerektiren ruhsal bozukluklar arasında depresif tipte olanların en fazla olduğu saptanmıştır.¹⁴⁵ Depresif bozuklukların insidans hızı yüksektir. Depresyon insidansı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık % 10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık % 15 olarak bulunmuştur.¹⁴⁶ Çoğu epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, depresif belirtiler ve depresyonun, toplumda kadınlar arasında daha yüksek olduğunu göstermektedir. Angst ve arkadaşlarının, altı Avrupa ülkesinde, kırk binin üzerinde kadında yaptığı saha çalışmasında kadınlarda depresif belirtilerin oranı % 22,4 olarak saptanmıştır.¹⁴⁷ Yapılan başka bir depresyon prevalans çalışmasında da kadınlarda depresif belirtilerin görülme oranı % 20 olarak bulunmuştur.¹⁴⁸ Aslında şiddetli depresif belirtilerin kadınlarda daha düşük olduğu, orta düzeyde depresif belirtilerin ise daha belirgin olduğu bildirilmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada ise kadınlarda şiddetli depresif belirti görülme oranı % 8 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada şiddetli olmayan depresif belirtilerin oranının % 29 olduğu saptanmıştır.¹⁴⁹ Türkiye’de yapılan çeşitli saha çalışmalarında da 15-49 yaş kadınların depresif belirti gösterme sıklığı araştırılmıştır. İzmir Balatçık bölgesinde yapılan bir çalışmada, kadınların % 51,3’ünde depresif belirtiler saptanmışken Adana Karataş bölgesinde yapılan başka bir çalışmada ise % 12,5 olarak belirlenmiştir. Yine aynı konuda yapılan diğer çalışmalar Adana Doğankent bölgesinde ve Trabzon ilinde gerçekleştirilmiştir. 15-49 yaş kadınlarda depresif belirti sıklığı Adana Doğankent bölgesinde % 22,8 iken Trabzon ilinde % 32,9 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise, Beck depresyon ölçeği kullanılarak ve 17

cut off değeri göz önüne alınarak, olguların % 30,3'nün depresif belirti gösterdiği saptanmıştır. Bu olguların % 7,5'i şiddetli ve % 22,8'i orta düzeyde depresif belirtiler göstermektedir.

Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur. Depresyonun sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçimindedir.^{50, 51} Ancak depresyon yaygınlığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark kalmadığı da belirtilmektedir.^{51, 52}

Marco ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 18-25 yaş (% 17,2) ve 26-35 yaş gruplarında (% 11,3) en yüksek depresyon prevalansı saptanmış ve yaş-depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.⁸² Bizim çalışmamızda da, depresif belirti gösteren bütün kadınlar göz önüne alındığında, 20-24 yaş grubunda en düşük (% 10,7) ve 35-39 yaş grubunda da en yüksek (% 19,7) depresif belirti görüldüğü belirlendi. Biz de yaş ile depresif belirti arasında anlamlı bir ilişki saptayamadık. Çalışmamızda depresyon ile doğum yeri ve yaşanan yer arasında anlamlı ilişki bulunmaması literatürdeki bilgileri desteklemektedir.¹⁵⁰ Türkiye'de bölgesel farklılıklar olsa da dul veya boşanmış olmak kadının statüsünü belirleyici etkenlerde rol oynayabilmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunda kadınlarda depresif bozukluklarda dul veya boşanmış kadınların en yüksek riske sahip oldukları saptanmıştır.^{60, 67, 151, 152}

Depresyon en çok boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülür. Depresyonun mu boşanmaya sebep olduğu yoksa yalnız yaşamanın mı depresyonu ortaya çıkardığı tartışmalıdır. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururlar. Sırasıyla, evli kadınlar; yalnız yaşayan ve dul kadınlar; yalnız, dul, boşanmış erkekler; ayrılmış veya boşanmış kadınlar artan oranda risk içersindedirler. Fakat bir başka araştırma yalnız erkeklerin ve evli kadınların en büyük risk grubunu oluşturduğunu ileri sürmüştür.¹⁵³

Bekarlarda ruhsal bozuklukların az görülmesinin nedeni, hem evlilik çatışmaları hem de eşten ayrılma ya da eş kaybının bu grubun yaşamamış olmasına bağlanabilir. Dul olmak ile ortaya çıkan bazı sorunlar ise özellikle toplumumuzda belirgindir. Ekonomik güçlükler, kayıp ve yalnızlık duygusu, eş desteğinin eksikliği, özellikle genç yaşta dul kalma ile başlayan evlenme yönündeki toplum baskıları bunun nedenleri olabilir.¹²²

Balatçık bölgesinde yapılan bir çalışmada, medeni durum ile depresif belirti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.¹⁴² Bizim çalışmamızda ise araştırmaya katılan kadınların % 64,8'i evli, % 30,8'i bekar, % 4,4'ü dul veya boşanmıştı. Depresif semptom görülme oranı evlilerde % 27,2, bekarlarda % 30, 6 iken dul ve boşanmış olanlarında % 72,2 idi. Bu bulgular, medeni durum ile depresif belirtiler görülmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, özellikle dul ve boşanmış olanlarda istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Çalışmamızda depresyon ile doğum yeri ve yaşanan yer arasında anlamlı ilişki bulunmaması literatürdeki bilgileri desteklemektedir.¹⁵⁰

Aile tipi depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada çekirdek ailede yaşayanlarda geniş ailelere göre daha fazla depresif belirti görüldüğü bildirilmiştir.¹⁵⁴ Bizim çalışmamızda da, depresif belirti görülme oranı en fazla tek başına yaşayanlarda (% 80,0) görülürken en az oran ise çekirdek ailede yaşayanlarda (% 27,1) saptandı. Bunun nedeni ise çekirdek ailede eşler birbirlerine daha çok ilgi gösteriyor ve sorunlarını paylaşıyor olabilir. Çalışmamızda, aile tipinin, kadınlarda depresif belirtilerin görülme oranı üzerine etkili olduğu belirlendi.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada sadece sağlık güvencesi sağlayan, ancak emeklilik ve diğer sosyal güvencelere katkısı olmayan yeşil karta sahip olma oranının araştırma grubunda % 42,6 olması, % 5,6'sının ise hiçbir sosyal güvencesi bulunmaması bu kadınların yaşamsal zorluklarının göstergelerinden biri olduğunu bildirmektedir.²⁰ Bizim çalışmamızda depresif belirti görülme oranı sosyal güvencesi olmayan kadınlarda % 45,5, yeşil karta sahip olanlarda % 42,9, SGK'lı olanlarda % 27,8 idi. Depresif belirti görülmesi SGK'lı olanlarda anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar sosyal güvencenin depresif belirti görülmesi açısından önemli olduğuna işaret etmektedir.

Bir işte çalışma ya da eve gelir getirme, özellikle gelir üzerinde söz sahibi olduğu durumlar, kadınların statülerinin ve ruh sağlıklarının iyileşmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir. Fakat ülkemizde ekonomik özgürlüğü olan kadın sayısının daha az olması, iş sahası kısıtlılığı ve çalışan kadınların ev kadınlığı rolünü de beraber üstlenmeleri nedeniyle artan iş sorumluluğu depresyona eğilimi arttırmaktadır.¹²⁴ Deveci ve arkadaşlarının Elazığ il merkezinde yaptıkları bir çalışmada evli kadınların çalışma oranı % 19,7 olarak bildirilmiştir.¹⁵⁵ Aradaki fark anlamlı olmamakla beraber

bizim çalışmamızda kadınların % 80,6'sı ev hanımıydı ve bunların % 30,8'inde depresif belirtiler var iken katılımcıların % 7,7'si öğrenciydi ve % 38,7'sinde depresif belirti vardı. Katılımcıların % 11,7'si meslek sahibiydi ve bunların da % 21,3'ünde depresif belirtiler vardı. Çalışan kadınlar arasından, kendi iş yerinde çalışanlar ile devlet kurumunda çalışanlar da depresif belirtiler yoktu. Ancak oranlar arasındaki fark anlamlı değildi.

Bizim çalışmamızda kadınların % 11,0'ının kendilerine ait aylık geliri vardı, çalışmayan kadınlarda depresif semptom görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen kadınların bir işte çalışmalarına göre depresif belirti göstermesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2009 Yoksulluk Çalışması sonuçlarında dört kişilik hanenin aylık yoksulluk sınırı 825 TL olarak tahmin edilmiştir.¹²⁸ Ülkemizde depresyon en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde bulunmuştur.^{69,90} Lorient ve arkadaşları, düşük sosyoekonomik durumun depresyon için başlatıcı değil ancak süregelenliği kolaylaştırıcı etkisinin olduğunu öne sürmüşlerdir.⁷¹ Çalışma grubumuzdaki kadınların evlerine net olarak giren aylık gelir 500 TL'nin altında olanlarda depresif semptom görülme oranı % 53,2 idi. Aylık geliri 1000-1500 arasında olanlarda ise % 18,2 idi. Aylık gelir arttıkça depresif belirtilerin görülme oranının azaldığı saptandı ve eve giren net gelir ile depresif belirti arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görüldü. Bu sonuçların literatür bilgisi ile uyumlu olduğu belirlendi.^{69,70} Literatür bilgileri, ruhsal bozukluklarının düşük eğitim ve gelir düzeylerine sahip, işsiz kadınlarda yoğunlaştığını göstermektedir.¹⁵⁶ Düşük eğitim alanlar arasında daha yüksek depresif bozukluk oranları bulan çalışmaların yanı sıra^{157,158, 159} bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da vardır.¹⁶⁰ Warren, yüksek eğitimin, artan bilgi ve yeteneklerin sorunlarla başa çıkma yeteneğinin arttırarak aynı zamanda yeterlilik ve kontrol duygularını da geliştirmesi ile depresif bozukluk oranını düşürebileceğini belirtmiştir.¹⁶¹ Ayrıca kadınların artan eğitim düzeyleri ile birlikte görülen çalışma oranında, kazanılan ekonomik bağımsızlıkta, aile içi söz hakkında ve kendine güvende artma, çocuk sayısında azalma bu sonucu etkileyebilir. Ancak eğitim düzeyi bir ara değişkendir; yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey gibi diğer değişkenlere bağlı olduğu için gerçek bir risk etkeni olarak değerlendirilmemelidir.¹⁴² Yapılan bir çalışmada psikiyatrik görüşme yapılan kadınların % 81,9'unun meslek sahibi olmadığı ve % 85,3'ünün çalışmadığı

bulunmuştur. Çetin ve arkadaşları tarafından Trabzon'da yapılan bu çalışmada depresyon prevalansı % 42.9 ile en yüksek düzeyde ev hanımlarında tespit edilmiştir.¹⁵⁰ Çetin ve arkadaşları tarafından Trabzon ilinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en sık okur yazar olmayan popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı bulunmuştur.¹⁵⁰ Bizim araştırmamıza göre depresif belirtiler eğitimsiz olanların % 50,0'sinde görülürken, ilkokul mezunu olanların % 37,9'unda, ortaokul mezunu olanların % 28,6'sında, lise ve üzeri olanların ise % 18, 9'unda görülmektedir. Bu sonuçlara göre, bizim çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça depresif belirti görülme oranının azaldığı belirlendi . Bizim çalışmamızda evli olanların, eşinin öğrenim durumu ilkokul ve altı olanlarda depresif belirti % 36,7 iken, eşi ortaokul mezunu olanlarda % 25,8, lise ve üzeri mezunu olanlarda % 7,7 olarak belirlendi. Bu oranlar arasındaki fark anlamlıydı. Bu veriler, eşin eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda depresif belirtilerin azaldığını göstermektedir. Eşin eğitim düzeyi arttıkça kadını anlaması ve değer vermesi artmakta ve bu durumun da kadının ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

İnandı'nın çalışmasında ev kadınlarında özellikle eşleri işsiz olan kadınlarda depresyon oranı oldukça fazla tespit edilmiştir.¹⁶² Aydın¹⁶³ ve Tokuç¹⁶⁴ da yaptıkları çalışmalarda eş işsizliğini depresyon için risk faktörü olarak saptamışlardır. Düşük ekonomik statüdeki kadınlarda kötü yaşam koşullarının depresyon riskini artırdığı saptanmıştır. Fakirlik depresyon için kronik stresör faktör olarak belirlenmiştir. Özellikle ekonomik gelirleri eş çalışmasına bağlı olan kadınlardaki düşük gelir düzeyinin neden olduğu kötü yaşam koşulları depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır. Eşi çalışmayan kadınlarda depresif belirti oranı % 54,2 idi. Bu oran, eşi çalışan ve emekli olanlarla karşılaştırıldığında anlamlıydı. Akrabalarının evinde kira ödemeden oturanlarda depresif belirti görülme oranı % 51,2 ile en yüksekti. Bunun da nedeni, kadınların yakınları ile ilişkilerinde daha hassas olmaları olabileceği gibi ekonomik yetersizlikten dolayı kira ömeden oturma kadınlarda ruhsal sıkıntı yaratıyor olabilir.

Katılımcılardan kendilerine ait otomobil olmayanlarda depresif semptom görülme oranı daha yüksek oranda bulunmuştur: Otomobili olmayanlarda % 34,9, otomobili olanlarda % 22,3 idi. Çalışmamızda, otomobil sahibi olanlarda depresif semptomların görülme oranının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlendi. Otomobil sahibi

olmak ekonomik düzeyin daha iyi olmasını gerektirdiğinden, depresif belirtilerde bu anlamlı azalmanın nedeni olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların % 85,4'ü menstruasyon gördüğünü ve % 15,9'u adet düzensizliği yaşadığını belirtmiştir. Anket uygulaması sırasında görüşülen kadınların % 21,1'nin premenstrüel dönemde olduğu saptanmıştır. Menstruasyon düzensizliği olan 64 (% 15,9) katılımcı var idi.

Kadın ruh sağlığı için çok önemli iki bozukluk olan, depresyon ve premenstrüel sendrom arasında ilişki kuran çalışmalar, premenstrüel sendromun depresyon için bir risk olabileceğini ortaya koymaktadır. Endicott ve arkadaşları tarafından premenstrüel sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada majör duygulanım bozukluk prevalansı % 60 olarak bulunurken, Dejong ve arkadaşları majör depresyon prevalansını % 30 olarak bildirmiştir.¹⁶⁵ Bizim çalışmamızda anket uygulaması sırasında premenstrüel dönemdeki kadınların % 25,9'unda depresif semptomlar var iken, % 75,1'inde de depresif semptomlara saptanmamıştır. Bu sonuçlara göre depresif belirti ile premenstrüel sendrom arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Depresif belirtilerin kadınlardaki riski, küçük çocuk sahibi anneler arasında daha yüksektir ve evdeki çocuk sayısı ile artmaktadır.³ İzmir'de yapılan bir çalışmada çocuk varlığı ve sahip olunan çocuk sayısı ile depresif belirti ve depresyon görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.¹⁴² Çalışmamıza katılan ve başından evlilik geçmiş kadınlardan % 65,3'ü en az bir kez gebe kalmış, % 64,8'i çocuk sahibi, çocuk sahibi olanların da % 31,8'i üç veya daha fazla çocuğa sahipti idi. Edirne'de yapılan bir çalışmada katılımcıların ortalama çocuk sayısı 1,6, Şanlıurfa'daki çalışmada ise bu sayı 3,4 ile daha yüksek saptanmıştır.¹²¹ Bizim çalışmamızda kadınların ortalama çocuk sayıları 1,4 idi ve Edirne'de yapılmış çalışmaya benzerdi. Başından gebelik geçmiş kadınlarda depresif belirti görülme oranı % 30,4, çocuk doğurmamışlarda % 29,6, çocuk sayısı 1-2 olanlarda % 30,9, 3-6 çocuk sahibi olanlarda ise % 30,1 idi. Gebe kalma, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı ile depresif belirti arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

İzmirde yapılan bir çalışmada düşük ve küretaj ile depresif belirti arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Çalışmamıza katılan ve başından evlilik geçmiş kadınlardan %16,9'u en az bir kez düşük yapmış, % 11,5'i küretaj olmuştu. Düşük yapanlarda

depresif belirti görülme oranı % 35,3 küretaj olanlarda % 25,0 idi. Bu sonuçlara göre depresif belirti ile düşük, küretaj arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.¹⁴²

TNSA 2008 verilerine göre 15-49 yaş evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma yaygınlığı (halen yöntem kullanan 15-49 yaşlarındaki evli kadınların yüzdesi) % 73'dür. Evli kadınların % 46'sı modern yöntem kullanırken % 27'si geleneksel yöntemleri kullanmaktadır.²⁰ Bizim çalışma grubumuzun sonuçları TNSA sonuçlarından oldukça düşük oranda aile planlaması yöntemlerine başvuruyordu. Çalışmamızda halen evli olan kadınların % 54'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmıyorken, % 28'i modern aile planlaması yöntemi, % 18'i ise geleneksel yöntemlere başvuruyordu. Aile planlaması yöntemlerine göre depresif belirti görülme oranı yöntem kullanmayanlarda % 25,5, modern (etkin) yöntem kullananlarda % 32,9, geleneksel (etkin olmayan) yöntem kullananlarda % 23,4 idi. Bu sonuçlara göre aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile depresif belirti arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Evliliğin erkekler için depresyondan koruyucu olabileceği bilgisi, evliliğin kadınlar için depresojenik olduğu şeklinde de yorumlanabilmekle birlikte, evlilikten çok toplumsal rollerin kadınlarda depresyon riskini arttırdığı görüşü daha fazla kabul görmüştür. Evli kadınların, ev kadını olarak ücret almadan ev düzeni ve çocuk bakımı gibi işleri tam zamanlı olarak yapıyor oluşu, ev kadını olarak bir kimliğinin olmayışı, engelleyici birçok bileşenle yaşama zorunluluğu ve çağdaş toplumlarda çalışmayan kadınların değersizleştirilişi depresyona zemin hazırlayıcı etkenler olabilir.²⁹ Weissmann ve arkadaşlarının yapmış oldukları epidemiyolojik çalışmada, ayrılmış veya boşanmış kişilerde depresyon oranlarının evli kişilere göre 2-4 kat daha fazla olduğu, erkeklerde bu farkın çok daha belirgin olduğu bildirilmiştir.⁴¹ Bizim çalışmamızda kadınların eğitim düzeylerinin düşük olmasından dolayı erken yaşta evlenenlerin oranı daha fazla idi. İlk evlenme yaşlarına göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Eskişehir'de yapılan bir çalışmada kadınların evlilik süresi ile depresif bozukluklar arasında önemli istatistiksel bir ilişki bulunmadı.¹²⁴ Bizim çalışmamızda evli olan kadınların % 69,0'ı 10 yılın üzerinde evli idi ve depresif belirti görülme oranı 10 yıl ve altı evli olanlarda % 28,4, 10 yılın üzeri evli olanlarda ise % 26,7 idi. Bulunan bu

sonuçlara göre kadınların evlilik sürelerine göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı.

Resmi nikahı olmayan kadınlarda depresif belirti görülme oranı anlamlı bir şekilde yüksekti. Kadınların resmi nikah durumunun depresif belirti görülmesi üzerinde etkili olduğu saptandı.

Kadınların özellikle erken yaşta, görücü usulüyle evlenmiş olması, destek sistemlerinin zayıf ve bir çoğunun eşinin eğitim düzeyinin düşük olması, ekonomik yönden tam bağımlı, eşi tarafından desteğe, korunmaya ihtiyacı olan ev kadınları olması, kentsel olmaktan ziyâde yarı-kırsal sosyokültürel bir yapı içinde olduklarını göstermektedir. Dolayısıyla, bu özelliklerin örselenmeye karşı duyarlılıklarını artırıcı bir işlev gördüğü söylenebilir.¹⁶⁶ İstanbul’da yapılan bir çalışmada katılımcıların % 13,1’inde akraba evliliği olduğu, akraba evliliği ve depresyon görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediği belirtilmiştir.¹³³ Bizim çalışmamızda katılımcıların % 27,9’u eşi ile akraba idi ve eşleri ile akrabalık durumuna göre depresif belirti görülme oranı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Evlilik sayılarına göre eşinin ve kendisinin ilk evliliği olanlarda depresif belirti % 28,8, eşin ikinci kendisinin ilk evliliğinde % 60, eşinin ilk kendisinin ikinci evliliği olanlarda % 50 saptanmasına rağmen evlilik sayısı ile depresif belirti görülme oranı arasındaki fark anlamlı değildi.

Çalışmamızda katılımcıların evlenme biçimlerine göre depresyon görülme oranı en yüksek kaçarak evlenenlerde, en az görücü usulü ile evlenenlerde bulunmuştur. Kaçarak evlenenlerde depresif semptomlar % 77,8, anlaşarak evlenenlerde % 35,2, görücü usulü ile evlenenlerde % 26,9’dur. Kaçarak evlenenlerde depresif belirti görülme oranı anlamlı olarak yüksekti. Çalışmamızda evli olan kadınların dörtte birinden fazlasının eşi ile olan akrabalığı ve büyük bir kısmının görücü usulü ile evlenmiş olması toplumun geleneklerine bağlı olduğunun bir göstergesi olabilir.

İstanbul’da yapılan bir çalışmada katılımcıların % 71,6’sı çekirdek aile, % 28,4’ü geniş aile şeklinde yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Aile tipi dağılımı ile depresyon skorlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik bulunamamıştır.¹³³ Parçalanmış aileden geliyor olmak hem intihar için risk etmeni olan major depresyon görülme sıklığını hem de psikososyal stresör etmen olarak intihar riskini arttırmaktadır.¹⁶⁷ Bizim çalışmamızda da katılımcılardan depresif belirti en fazla tek başına yaşayanlarda (% 80,0), en az ise çekirdek ailede (% 27,1) yaşayanlarda

saptanmıştır. Parçalanmış ailede (% 54,2), yeniden kurulmuş ailesi olanlarda ise (% 50,0) oranında depresif belirtiler görülmekte idi ve bulunan farkın anlamlı olduğu saptandı.

Sivas’da yapılan, postnatal depresyon prevalansını araştıran bir çalışmada, eşi çalışmayan ve ev geçimini sağlayamayan kadınlarda depresyon belirtilerinin anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir.¹⁶⁸ Biz de çalışmamızda, eşi evin geçimini sağlamayan kadınlarda depresif belirti görülme oranını % 68,4, sağlayanlarda ise % 24,0 olarak belirledik. Bu bulgulara göre eşi evin geçimini sağlayamayan kadınlarda depresif belirti görülme oranı anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Anne babasını uzak olarak algılayan ergen kızların daha çok psikopatoloji gösterdikleri ve ebeveyn ile destekleyici ilişkilerin ergenin sağlığı için gerekli olduğu, eksiklik durumunda da psikiyatrik rahatsızlıklara açık hale geldikleri ve depresif belirtiler gösterdiği bildirilmektedir.¹⁶⁹ Biz de çalışmamızda eşini iyi bir baba olarak görmeyen kadınlarda depresif belirti görülme oranının anlamlı olarak arttığını belirledik.

Kadının eşiyle iyi bir ilişkisinin olması eşin aynı zamanda anlayışlı olmasını da gerektirir. Manisa’da yapılan çalışmada eşiyle ilişkisi kötü olan kadınlarda depresif belirtilerin görülme oranı oldukça yüksek olarak bulunmuştur.¹⁴⁰ Biz de çalışmamızda eşlerinin anlayışlı olma durumuna göre depresif belirti görülme oranı eşi anlayışlı olmayanlarda (% 68,0) olanlara (% 17,5) göre anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğunu belirledik.

Eşlerinin evle ilgili işlere yardımcı olmasına göre depresif belirti görülme oranı ev işlerine yardımcı olanlarda anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.

Araştırmaya katılan çocuğu olan kadınların ev içinde çocuklarının maddi ve manevi sorumluluklarını karşılayabilmesi depresyon semptomlarını azaltabilmektedir.³ Bizim çalışmamızda da katılımcıların çocuklarının maddi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliğine göre depresif belirti görülme oranı karşılayamayanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Karşılayamayanlarda bu oran % 63,6 iken kısmen karşılayanlarda ise % 28,4 dür. Yine çalışmamızda, katılımcıların çocuklarının manevi ihtiyaçlarını karşılama yeterliliğine göre depresif belirti görülme oranını, çocuklarının manevi ihtiyaçlarını karşılamadığını düşünenlerde anlamlı olarak yüksek oranda olduğu

belirlendi. Manevi ihtiyaçlarını karřılamadığını dűřűnenlerde bu oran % 100,0 iken kısmen karřıladıđını dűřűnenlerde % 40,5 ve karřıladıđını dűřűnenlerde ise % 27,4 idi.

Kadınların eřleriyle olan cinsellik ve cinsellik dıřı iřiřkilerinin olumsuz olması dűřűk benlik saygısına neden olabilir veya dűřűk benlik saygısı olan bir kadın genel iřiřki sorunları ortaya koyabilir. Sonuç olarak zayıflayan iřiřkiler dűřűk benlik saygısı ile iřiřkili olabilir ve ruhsal bozukluk için hazırlayacı bir etken sayılabilir.¹²² Biz de çalıřmamızda kadınların eři ile olan cinsel iřiřkiden memnuniyetlerine gűre depresif belirti gűrűlme oranını hiç memnun olmayanlarda anlamlı olarak daha yűksek oranda bulduk. Bu oranlar hiç memnun olmayanlarda % 66,7 iken genellikle memnun olmayanlarda % 52,5, orta derecede memnun olanlarda % 22,8 ve genellikle memnun olanlarda ise % 13,8 idi. Yine alıřmamızda eři ile olan cinsellik dıřı iřiřkiden memnuniyetlerine gűre depresif belirti gűrűlme oranı ise çok kűtű olanlar ve kűtű olanlarda daha yűksek olarak saptadık. Bu oranlar memnuniyeti çok kűtű olanlarda % 81,8, kűtű olanlarda % 63,6 ve iyi olanlarda ise % 10,6 idi. Bu sonuçlar, kadının eřiyle olan cinsel ya da cinsellik dıřı iřiřkisinde memnuniyet azalmasının depresif belirtilerde artma ve eři ile iřiřkisinde kűtűleřme durumunun vurgulanması gerekliliđini ortaya koymaktadır.

Aile kararlarına katılmak, kiřinin kendine olan gűvenini arttırır, diđer aile bireyleri tarafından űnemsendiđini gűsterir, ancak pek çok sorumlulukları, yűkleri ve stresi arttırır. Sarı ve arkadaşlarının¹²⁹ çalıřmasında da kadınların kararlara katılması ruhsal durum deđiřikliklerini arttırıyordu. Bizim alıřmamızda da ev ile ilgili karar verme sűrelerine katılımlarına gűre depresif belirti gűrűlme oranını katılmayanlarda anlamlı olarak daha yűksek bulduk. Yine bizim çalıřmamızda aile ile ilgili űnemli karar verme durumunda, tek bařına eřlerden herhangi birinin karar vermesinin kadınlarda depresif belirti gűrűlme oranını anlamlı olarak arttırdığını saptadık.

Aile içi řiddete maruz kalan kadınların psikolojik bozukluklar geliřtirme açısından daha bűyűk tehlike altında oldukları bilinmektedir. Aile içi řiddete uđrayan kadınların ilk řok ve inkar dűnemini atlattıktan sonra, řiddete řiddet ile karřılık verme ve daha sonra da depresyon ve kendini suçlama tutumu takındıkları gűzlenmektedir. řiddete maruz kalan kadınlarda; travma sonrası stres bozukluđu, depresyon, intihar giriřimleri, alkol ve ilaç kűtűye kullanımı ve çocuklarına yűnelik saldırgan davranıřlar sık gűrűlen durumlardır.¹⁷⁰ Depresif belirti varlıđı veya depresyona yatkınlık aile içi

şiddeti beraberinde getirebileceği gibi, aile içi şiddete uğrama depresyona yatkınlık yaratabilir. Yapılan bir çalışmada kadınların % 32.9'unun evlilikleri süresince aile içi şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Aile içi şiddete maruz kaldığını ifade eden kadınların % 32.4'ünde depresif belirtiler varken şiddet görmediğini ifade edenlerde bu oran % 6.0 olarak bulunmuştur.¹⁷¹ Bizim çalışmamızda kadınların fiziksel ve sözel şiddet görme durumlarına göre depresif belirti görülme oranının şiddet görenlerde anlamlı olarak daha yüksek oranda saptadık. Yine çalışmamızda kadınların sadece sözel şiddet görme durumlarına göre depresif belirti görülme oranının şiddet görenlerde anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğunu belirledik.

Bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve süreklilik gösteren sevgi ve duygular beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşı anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda depresyon gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Spitz yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlamış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların, ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir.⁴⁹ Gençlik çağında fizyolojik değişikliklerin yanısıra, ruhsal ve toplumsal değişiklikler gençleri zorlamaktadır. Zorlamalar karşısında her gencin tepkisi farklıdır. Bu tepkilerin bir grubunu da depresif belirtiler oluşturur.¹⁷² Anne babasını uzak olarak algılayan ergen kızların daha çok psikopataloji gösterdikleri ve ebeveyn ile destekleyici ilişkilerin ergenin sağlığı için gerekli olduğu, eksiklik durumunda da psikiyatrik rahatsızlıklara açık hale geldikleri ve depresif belirtiler gösterdiği bildirilmektedir. Üvey anne/baba, tek ebeveynli olma, boşanma gibi olumsuz yaşam olayları ile de depresyon arasında ilişki olduğu belirtilmektedir.¹⁶⁹ Biz de çalışmamızda çocuklukta / ergenlikte anne-baba baskısı yaşamalarına göre depresif belirti görülme oranı baskı yaşayanlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda olduğunu belirledik. Yine çocuklukta / ergenlikte anne-baba ilgisizliği yaşamalarına göre depresif belirti görülme oranının da ilgisizlik yaşayanlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu saptandı. Çalışmamızda, 15 yaşından önce üvey anne/babası olanlarda depresif belirtiler görülme oranında yine anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Evlilik problemleri ve depresyon arasındaki pozitif ilişki literatürde en tutarlı bulgulardan biridir¹⁶⁰. Evlilik uyumu bozuk kişilerde, depresyon riskinin yükseldiği

ileri sürülmüştür.¹⁷³ Bazı çalışmalarda¹⁷⁴, deprese hastaların, eşlerinin davranışlarını olumsuz değerlendirdikleri ve özellikle kadınların olumsuz duygulanım gösterdikleri bildirilmiştir. Kadınların eşleri ile olumsuz ilişkisi düşük benlik saygısına neden olabilir veya düşük benlik saygısı olan bir kadın genel ilişki sorunları ortaya koyabilir. Ama sonuç olarak zayıflayan ilişkiler düşük benlik saygısı ile ilişkilidir ve depresif bozukluklar için hazırlayıcı bir durumdur.¹⁷⁵ Araştırmalar evli kadının eşiyle ilişkilerinde olumsuzluk yaşamasının kadında depresif belirtiler görülmesi açısından önemli olduğunu göstermektedir.¹⁴⁰ Boşanma, evlilik problemleri, eş ile uyumsuzluk depresyon için psikososyal risk faktörü olarak saptanmıştır.^{176,177} Çalışmamızda katılımcıların eşiyle sorun yaşamalarına göre depresif belirti görülme oranının, sorun yaşayıp da boşanmış olanlarda anlamlı olarak en yüksek oranda (% 70,0) olduğunu belirledik. Aynı zamanda sorun yaşayıp da boşanmamış olanlarda oran azalmakla birlikte (% 65,2) anlamlı olarak yüksek olduğunu saptadık.

Erken yaştaki kayıp ve ayrılıklarının reseptör düzeyinde değişiklikler yaptığı ve ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturduğundan bahsedilmektedir.⁴⁷ Erken çocukluk dönemindeki anne-baba kaybı ile erişkin dönemdeki depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu ileri sürülmekle beraber böyle bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da vardır.^{151,178} İzmir’de yapılmış bir araştırmada psikiyatrik görüşme yapılan kadınların % 17'sinde eş/çocuk kaybı, % 31.8'inde yakın bir arkadaş kaybı veya ayrılığı yaşandığı bulunmuştur. Kayıp yaşayan kişilerde depresif belirtilere yüksek oranda rastlanmaktadır.¹⁴² Kadın ve erkek dullardan oluşan, 328 kişiyi kapsayan başka bir çalışmada ise yaşanan kayıptan 2 ay sonra % 20 majör depresyon, % 11 depresif belirti; 13 ay sonra % 12 major depresyon, % 10 depresif belirti saptanmıştır. Kayıp sonrası görülen depresyonda, önceden geçirilmiş depresyon öyküsünün önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir ¹⁷⁹. Bazı araştırmalar yüksekokul öğrencilerinde parçalanmış aileden gelenlerde depresif belirtilerin daha yaygın olduğunu göstermektedir.¹⁸⁰ Luecken’in¹⁸¹ çalışmasında, çocukluk çağında ebeveynlerden birinin kaybının, ergenlik ve yetişkinlik döneminde depresyon açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Depresyonun gelişmesi ve sürmesinde aile bütünlüğü önemlidir. Bütünlüğün devamlılığı ruh sağlığı için koruyucu işlev görmektedir.¹⁸² Bizim çalışmamızda 15 yaşından önce anne/baba ayrılığı veya kaybı olanlara göre depresif belirti görülmede anlamlı fark saptanmadı. Ancak eş kaybı yaşama durumlarına göre

depresif belirtilerin, kaybı olanlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğunu belirledik. Ayrıca çocuk kaybı yaşama durumlarına göre depresif belirti görülme oranı çocuğunu kaybetmiş olanlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tesbit edildi. Yakın arkadaş kaybı veya ayrılığı yaşamış olma durumuna göre ise anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde % 11, kadınlarda % 18 düzeyindedir.⁴⁹ Literatürde ailede özellikle birinci dereceden akrabalarda depresyon öyküsü kadında doğum sonrası depresyon için önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir.^{183,184} Soygeçmişte psikiyatrik hastalık bulunması durumuna göre inceleyen bir araştırmada 69 (% 37,7) kadın soygeçmişinde tanısı kesinleşmiş bir psikiyatrik hastalık tariflemektedir. Bu 69 kadından 22 (% 31,9)'sinde depresif belirtiler görülme oranı yüksek olarak bulunmuştur. Soygeçmişte psikiyatrik hastalık bulunması ile depresif belirti görülme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik yoktur.¹³³ Bizim çalışmamızda da ailelerinde psikiyatrik hastalık olan % 13,6 kadın vardı ve bunların da % 39,3'ünde depresif belirtiler fazla idi. Buna göre yakın akrabada psikiyatrik hastalık olması ile depresif belirti görülmesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Depresyonun gelişiminde sorumlu tutulan etkenlerden biri de bedensel hastalıklar ve bunların sağaltımıdır. Levenson ve arkadaşları genel hastanelerde yatan hastaların % 22-33'ünde, ayaktan hastaların ise % 6-20'sinde depresif belirtiler saptamıştır. Klinik bakımdan tanı koyduracak şiddette depresyon, bedensel hastalığı olanların % 15'inde görülmektedir. Bu durum, bedensel hastalığın depresyon için bir neden olmaktan çok, ortaya çıkarıcı bir etken olduğunu göstermektedir.¹⁸⁵ Çalışmamızda katılımcının kendisinde veya çocuklarında tanı konmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre depresif belirtiler açısından anlamlı bir yükseklik saptanmadı.

Birisine bakmakla yükümlü olmak; sorumlulukların, aile içinde kişiye düşen görevlerin ve beraberinde stresin de artmasına neden olmaktadır.⁷⁷ Bizim çalışmamızda da ailesinde bakım gereken kronik hastalığı olan kişi varlığına göre depresif belirtiler görülme oranı hastası olanlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda bulunmuştur. Ayrıca ailesindeki hastaya bakmak zorunda olmalarına göre depresif belirti görülme

oranı bakmak zorunda olanlarda anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu saptadık. Önceden depresyon tedavisi alma durumlarına göre depresif belirti görülme oranı depresyon geçirmesine rağmen tedavi olmamışlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirledik.

Kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, yeti yitimine yol açan bozukluklar depresyon için temel risk etkenleri gibi görünmektedir.¹⁸⁵ Birçok çalışma bazı kişilik özelliklerinin depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar obsesif, oral-bağımlı, histriyonik kişilik özellikleriyle içe dönüklük ve nörotisizm özellikleridir.^{54,62,63} Depresyona eğilimli kişilerin öz güvenlerinin (selfesteem) düşük, üstbenliklerinin güçlü, kişilerarası ilişkilerinde bağımlı, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkilerinde yetersiz oldukları bulunmuştur.⁴⁴ 73 depresif hastanın kişilik özellikleri araştırılmış ve şu özellikler bulunmuştur: Güvensizlik, strese dayanıksızlık, içe dönüklük, girişkenlik kaybı, bağımlılık, obsesiflik, sosyal beceri yetersizliği.⁷⁵ Biz de çalışmamızda kişiliklerine göre depresif belirti görülme oranını sinirli ve değişken olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirledik.

Depresyonda en korkulan komplikasyon intihardır. Yoğun bir ruhsal sıkıntı içinde olan hastalar hayatı yaşamaya değer bulmayabilir, intihar planları yapabilir, hatta intihar etmek tek kurtuluş yolu olarak görülebilir. Depresyon düşünülen her hastada intihar riski mutlaka soruşturulmalı, intihar düşünceleri, tasarımları veya girişimleri varsa tedavi planı ona göre yapılmalıdır. Depresyonda yaşam boyu intihar girişimi oranı % 15'tir. Bu oran normal nüfusa göre 30 kat daha fazladır Erkeklerde ölümle sonuçlanan girişimler daha fazladır. (Kadınlarda intihar girişimi daha fazla) Psikiyatrik rahatsızlıklar, intiharın en sık rastlanan etmenidir. Bu yüzden, psikiyatrik rahatsızlıkları olanlar arasında intihar davranışlarının görülme sıklığının yüksek olduğu konuyla ilgili yapılan bir çok araştırmanın ortak bulgularındandır.¹⁸⁶ Yapılan bir çalışmada daha sonra yapılan psikiyatrik değerlendirmede intihar girişimi grubunda hastaların % 22, 9'unun major depresyon tanısı aldığı görülmüştür.¹⁸⁷ Bizim çalışmamızda daha önce intihar girişiminde bulunma durumuna göre depresif belirti görülme oranı intihar girişiminde bulunanların tamamında anlamlı bir şekilde yüksek oranda bulunmuştur.

Sosyal ve kültürel etkenlerin depresyonun oluş nedenleri yanında, belirti örüntüsünün ve çare arama davranışlarının biçimlenmesinde rol oynadığı kabul

edilmektedir. Sosyal ve kültürel etmenlerin etyolojideki rolünü araştıran çalışmaların nadir olduğu belirtilmektedir.¹⁸⁸ Kadınların sosyal yaşamı değerlendirildiğinde, İzmir’de yapılan bir çalışmada son bir aydır kadınların % 66,8’inin düğüne, % 52,2’sinin akraba ziyaretine ve % 41,4’ünün arkadaş ziyaretine gittiği saptanmıştır. Sosyal aktivitenin daha çok geleneksel ortamlarda gerçekleştirildiği göze çarpmaktadır. Katılımcıların % 28,9’unun sosyal çevreye katılımı iyi düzeydedir. Tiyatro, sinema, gazino gibi aktivitelerin ekonomik sorunlar nedeniyle az gerçekleştirildiği, sergi gibi kültürel aktivitelere yönelimin çok az olduğu görülmektedir. Sosyal çevreye katılım ile depresif belirti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.⁷⁷ Bizim çalışmamızda katılımcıların sosyal yaşamları değerlendirildiğinde, kadınların son bir ayda yaptıkları sosyal etkinlik sayısı arttıkça depresif belirti görülme oranı anlamlı olarak azalıyordu. Son bir ayda kültürel etkinlik sayısına göre kadınların % 92,1’i kültürel etkinlikte bulunmamıştı. Tiyatro, sinema, sergi gibi kültürel etkinlikte bulunma ve depresif belirti görülme oranı arasındaki ilişki anlamlı değildi. Bu durum, araştırma bölgesinde yaşayan kadınların sosyokültürel düzeyi ile ilişkili olabilir.

Kültür-sanat etkinliklerinin hem kadınlar hem erkeklerin beden ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu biliniyor. Buna göre kültürel etkinliklere katılmak bir topluluğun parçası olma hissi veriyor, böylece yalnızlığı ve üzüntüyü yok ediyor; olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaşmak için ortam sağlıyor. Daha da önemlisi sanatın insan beyni ve ruhu üzerindeki uyarıcı etkisi sayesinde problemlere daha farklı bir yönden bakmaya olanak sağlıyor. Yapılmış bir çalışmada kadınların % 37,1’i boş zamanlarını iyi bir şekilde değerlendirmektedir. Bu çalışmada boş zamanı değerlendirme ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.⁷⁷ Bizim çalışmamızda ise katılımcıların boş zamanlarında akraba ziyareti yapmayan, komşusuna gitmeyen, televizyon izlemeyen kitap okumayan, spor yapmayan kadınlarda depresif belirtiler gösterme oranı anlamlı olarak yüksekti. Egzersizle geçirilen zaman, kanda mutluluk hormonu olarak bilinen endorfinin salgılanmasını artırarak kadınlarda öz saygı ve kontrol duygularını güçlendiriyor. Yapılmış bir çalışmada düzenli olarak özellikle takım sporları yapmanın ise depresyon ve problem çözme becerisi üzerine olumlu etkisi olduğu tesbit edilmiştir.¹⁸⁹ Bizim çalışmamızda spor, egzersiz yapma gibi faaliyetlerde bulunma oranı oldukça düşüktü ve spor yapma ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Müzik dinlemek, insanların ruh sağlığı ve depresif belirtileri üzerinde olumlu etkiler gösterebilir.¹⁹⁰ Bizim çalışmamızda özellikle popüler müzik ve Türk sanat müziği dinlemeyenlerde depresif belirti görülme oranı anlamlı olarak yüksek olduğunu saptadık. Yine bizim çalışmamızda televizyonda haber programı, sağlık programları, belgesel ve Türk filmi gibi programları izlemeyenlerde depresif belirtiler anlamlı bir şekilde daha yüksekti. Ortalama televizyon izleme süresi açısından değerlendirildiğinde, günde bir saatden az veya altı saatden fazla televizyon izleyen katılımcılarda depresif semptomlar anlamlı olarak yüksekti.

Depresif hastaların ruhsal durumları ile sosyal yetersizlikleri arasında sınırlı bir bağlantı olmakla birlikte ciddi uyum sorunları mevcuttur. İşte, evde, sosyal alanda problemleri vardır ve sıklıkla sinirlilik, kişiler arası sürtüşme ve zayıf iletişimi içeren tarzda, yakın ilişkileri sürdürmede önemli sorunlara sahiptirler.³ Bizim çalışmamızda katılımcılardan sıkıntılarını eşi ile paylaşanlarda depresif belirti görülmesi en az (% 17,3), sıkıntısını kimseyle paylaşmayanlarda ise en yüksek (% 53,2) oranda depresif belirtiler vardı. Bu sonuçlara göre sıkıntısını paylaşamayan kadınlarda depresif belirtiler görülmesi anlamlı olarak fazlaydı.

Yalnızlık duygusu yaşama ile baş etmede, strese neden olan durumlarla baş etmede bireye özgü nitelikler ön plandadır. Genel olarak araştırmaların sonuçlarına bakıldığında duyguya odaklanma, kaçınma, hayal kurma, destek arama ve yüz yüze gelme türü baş etme stratejileri psikopatolojik belirtilerle pozitif ilişki göstermektedir.¹⁹¹ Ancak bizim çalışmamızda yalnızlık duygusuyla baş etme yollarına göre depresif belirti görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Zayıf ilişkiler, düşük sosyal destek ve yabancılaşma depresif ergenler arasında sıklıkla görülmektedir. Sosyal olarak terk edilmişlik ve diğerleri tarafından anlaşılamama depresif ergenlerin % 95'inde görülmektedir. Depresif ergenlerde düşük okul performansı % 13-73 arasında değişmektedir.¹⁹² Bizim çalışmamızda öğrenci olan katılımcılardan okul arkadaşlarıyla ders dışı zamanlarda görüşmeyenlerin, ders sorunu olanların ve öğretmen / arkadaş sorunu olanların depresif belirtiler görülme oranı yüksek olmasına rağmen istatistiksel önemi yoktu.

Depresyon ve alkol alışkanlığı arasındaki ilişki kadınlarda erkeklerden daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Depresif belirti öyküsü olan kadınlarda alkol alışkanlığı riski, depresif belirti öyküsü olmayan kadınlardakinin 2,6 katıdır.¹⁹³ Karabilgin

tarafından yapılan bir araştırmada, kadınların % 20,3'ü sigara kullanmakta iken, sadece % 1,7'si alkol kullanmakta olduğu bildirilmiştir.⁷⁷ Çalışmasında sigara ve alkol kullanımı ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda ise günde 21-40 adet sigara kullananlarda hiç kullanmayan veya 1-20 adet kullananlara göre depresif belirti görölme oranını anlamlı bir şekilde yüksek olarak saptadık. Fakat sigara tüketim yılı ile depresif belirti arasında anlamlı bir ilişki saptayamadık. Kadınların alkol kullanımına göre sıklıkla alkol alanlarda depresif belirtiler anlamlı bir şekilde yüksekti.

Depresif belirtiler üzerinde etkili olan tüm faktörler değerlendirildiğinde ise, depresif belirti görölmesinin dul ve boşanmış olma ile, fiziksel şiddete maruz kalma ile, ergenlikte ebeveyn baskısı görme ile, ergenlikte ebeveyn ilgisizliği yaşama ile, kronik hastaya bakmak zorunda olma ile, eş ile olan cinsellik dışı ilişkinin kötü olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma sonuçları, Havutlu bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda anlamlı depresif belirti görülme sıklığının % 30,3 olduğunu göstermektedir.

Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik durum açısından; boşanma, eş ölümü, düşük eğitim düzeyi, parçalanmış aile, sosyal güvence yokluğu, eşin düşük eğitim düzeyi, eşin çalışmaması, aylık gelir düzeyinin düşüklüğü, düzenli gelirden yoksun olma, otomobil sahibi olmama ve akraba evinde kira ödemededen oturma durumu ile depresif belirti görülme arasında anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir.

Ayrıca evlilik ve aile içi ilişkiler açısından; resmi nikah olmaması, annelik sorumluluğunu yerine getirmede yetersiz kalma, babalık sorumluluğunu yeterine getirmede yetersiz kalma, eşyle cinsel ya da cinsellik dışı kötü ilişki yaşama, aile ile ilgili önemli karar vermede söz sahibi olmama, fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma, ergenlik döneminde ebeveyn baskısı ve ilgisizliği, evlilikte ciddi sorun yaşama durumu ile depresif belirti görülme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyo-kültürel faktörler açısından; akraba ziyaretinde bulunmama, komşuya gitmeme, televizyon izlememe, kitap okumama, spor yapmama, güncel haberlere ilgi duymama, popüler müzik ve sanat müziği dinlememe, sosyal etkinliğe katılma sayısının az olması, sorunlarını paylaşmama durumu, günde yirmi adetten fazla sigara içme, sık alkol tüketimi, durumu ile depresif belirti görülme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Diğer faktörler açısından ise ailede bakım gerektiren kronik hasta varlığı, kronik hasta bakımı, çocuk kaybı, intihar girişiminde bulunma, sinirli bir kişiliğe sahip olma, menstrüasyon düzensizliği durumu ile depresif belirti görülme arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Depresif belirtiler üzerinde etkili olan tüm faktörler değerlendirildiğinde ise, depresif belirti görülmesinin dul ve boşanmış olma ile, fiziksel şiddete maruz kalma ile, ergenlikte ebeveyn baskısı görme ile, ergenlikte ebeveyn ilgisizliği yaşama ile, kronik hastaya bakmak zorunda olma ile, eş ile olan cinsellik dışı ilişkinin kötü olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Kadınların kendi yaşantılarına yükledikleri anlamlar ve kendi görüşleri, araştırmacılar, sağlık hizmeti sunanlar ve karar vericiler tarafından dikkate alınmalıdır. Bu yapılmadan sunulan hizmet, kadınların önceliklerine ve ihtiyaçlarına cevap veremez.

Koruyucu hekimliğin bir parçası olarak ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve birinci basamağa entegrasyonu sağlanmalıdır. Bu anlamda, birinci basamakta çalışan hekimlerin psikiyatrik bozuklukları ayırt etmede eğitimi ve desteklenmesi, toplumun ruh sağlığının genel sağlığın bir parçası olarak algılanması ve bu bilincin yaygınlaşması sağlanmalıdır.

Daha kesin sonuçların belirlenebilmesi ve vurgulanabilmesi için geniş kapsamlı saha çalışmalarının yapılması uygun olacaktır. Bu alanda yapılacak yeni çalışmalarda genel popülasyonu daha çok temsil eden bir örnekleme çalışılması daha sağlıklı sonuçlar verebilir. Sonuç olarak bu çalışma sosyodemografik özellikler ve psikososyal stres faktörleri ile kadınlardaki anlamlı depresif belirtiler arasındaki ilişki hakkında bilgilerimize katkıda bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. **Akın A, Esin C, Çelik K.** Kadın sağlığı hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı. Akın A (Editör). *Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; **2003**. s.17-32.
2. World Health Organization. *The World Health Report 2001*. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization 1211 Geneva 27, Switzerland, **2001**.
3. **Aşkın R.** *Depresyon El Kitabı*, Konya ,**1999** : 9 – 25 ; 158 – 159
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. Dördüncü baskı (1994). Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1994**.
5. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, **2000**, s.109-110
6. **Nolen-Hoeksema S, Grayson C.** Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Personal Soc Psychol* **1999**; 77:1061-1072.
7. **Erol N, Kılıc C, Ulusoy M, Kecici M, Simsek Z.** *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Eksen Tanıtım Ltd; **2001**.s.34-42.
8. **Turmen T.** Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı. Akın A (Editor). *Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; **2003**. s.3-16.
9. **Sadıkoglu G.** Aile Hekimliğinde kadınların ruh sağlığı. Bilgel N (Editor). *Aile hekimliği'nde*. Bursa, Medikal Tıp Kitapevi; **2006**. s.571-81.
10. NIH 00-4779: Depression: What every women should know? **1995**.
11. **Köşgeroğlu N, Açıkgöz A, Ayrancı U.** Kadın sağlığı. *Sağlık ve Toplum Dergisi* **2004**;14(3):9-13.
12. **Gomel MK.** Nations for mental health, *A Fokus on Women*. Geneva: World Health Organization, **1997**:6-7.
13. **Kayahan B.** On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2003**; 4:208-219 218.
14. **Akın A, Demirel S.** Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2003**;25:73-82.

15. **Notelovitz M.** Optimizing women's health: Adult women's health & Medicine. *Climacteric* **2005**;8:205-9.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Üreme sağlığına giriş katılımcı rehberi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; **2005**.
17. **Tinker A.** Women's health: the unfinished agenda. *Int J of Gynaecol & Obstet* **2000**;70(1):149-58.
18. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. *T.B.M.M. kadının statüsünü araştırma komisyonu raporu*. 2. Baskı. Ankara: Cem Web-Ofset; **2003**.
19. **Mihçioğur S, Akın A.** Dünyada ve Türkiye’de Anne Ölümleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi* **1998**;8 (3-4):37-44.
20. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Ekim **2009**.
21. **Akın A, Mihçioğur S.** Kadın statüsü ve anne ölümleri. Akın A (Editör). *Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; **2003**. s.127-39.
22. DSÖ. *Avrupa bölgesinde ruh sağlığı*. **2007**. <http://undp.un.org.tr/who/WHA/53whamental.htm>.). Erişim Tarihi:10.10.2011.
23. **Roades LA.** Mental health issues for women. In: Bioggio M (Ed.). *Issues in the psychology of women*. Hingham: Kluwer Academic Publishers; **2000**: ch 12,251-70.
24. **Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R.** Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi* **2004**;12(2):63-73.
25. **Yardım N.** Cinsiyet; sağlık ve yoksulluk. *Aktuel Tıp Dergisi* **2001**;6(1):78-82.
26. **Yuksel N.** Duygudurum bozuklukları. Yuksel N (Editor). *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Cizgi Tıp Yayınevi; **2001**. s.208-55.
27. **Ayranç U, Yenilmez C.** Eskisehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2002**;13(2):115-24.
28. **Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği **1997**: 389-428
29. **Piccinelli M, Wilkinson G.** Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* **2000**;177, 486-492.

30. **Marakoğlu K, Çivi S, Şahsıvar Ş, Özdemir S.** Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, **2006**;7:129-134.
31. **Çevik A, Volkan V.** Depresyonun psikosomatik etyolojisi. *Depresyon Monografaları Serisi 3*. **1993**; s:109-122
32. **Alper Y.** *Bütün Yönleriyle Depresyon*, İstanbul, Gendaş A.Ş.; **1999**:19-20.
33. **Hischfeld R., Cross Christine K.** Epidemiology of Affective Disorders: Psychosocial Risk Factors, *Archives of General Psychiatry*, (39); **1982**: 39-46.
34. **Işık E.** Duygulanım Bozuklukları, *Depresyon ve Mani*, İstanbul, Boğaziçi Matbaası, **1991**; 36-37
35. WHO: *The World Health Report 2000*, Health Systems: Improving Performannce; **2000**;170-175
36. **Akiskal HS.** Mood Disoreders: Introduction and overview. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1th ed. Kaplan HI, Sadock BJ. PA: Williams and Wilkins, **1995**;s:1067-1079.
37. **Babaoğlu A.** *Psikiyatri Tarihi*. Okuyan Us Yayın, İstanbul, **2002**;s:56,95.
38. **Doğan O.** Bir psikiyatrik epidemiyoloji alan araştırması örneği: Sivas. Bahar Sempozyumları 2, s.42-44, Antalya, **1998**.
39. **Kessler RC, McGongale KA, Zhao S, ve ark.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* **1994**; 51:8-19.
40. **Kessler RC, Berglund P, Demler O, ve ark.** The epidemiology of major depressive disorder: results from the Naitonal Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* **2003**,289:3095-3105.
41. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, ve ark.** Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder, *JAMA*, **1996**; 276/4: 293-299.
42. **Robins LN, Regier DA (eds).** The Epidemiologic Catchment Area Study *Psychiatric Disorders in America*. New York, NY: The Free Press; **1991**.
43. **Mathers CD, Loncar D.** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, **2006**; e442: 2011-2029.
44. **Rothschild AJ.** Mood disorders. *Harvard Guide to Psychiatry*, Nicholi Jr AM (Ed), 3. baskı, Cambridge, Harvard University Press, s.281-307, **1999**.

45. **Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği **1997**; 389 –428.
46. Sağlık Bakanlığı 2001 Yayınları, *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, Ankara, Eksen Tanıtım Ltd., **1998**.
47. **Özpoyraz N., Tamam L.** Duygudurum Bozuklukları, *Galenos Dergisi*; Ocak ; **1998**.
48. **Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC,** ve ark. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry* **2009**; 66(7): 785-795.
49. **Isık E.** *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 20 -32, **2003**.
50. **Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg** ve ark. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*, **1995**;36 (1-2):65-75.
51. **Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ** et al. Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, **1997**;154(10):1384-1390.
52. **Altamura AC, Carta MG, Carpiniello B** Lifetimen prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). *Eur Neuropsychopharmacol*, **1995**; 5(Suppl):99-102.
53. **Brown DR, Ahmed F, Gary LE** Major depression in a community sample of African Americans. *Am J Psychiatry*, **1995**; 152(3):373-378.
54. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA** *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza, p 125-130, **1995**.
55. **Serfaty E, Andrade J, D'Aquila** Severe depression and risk factors in Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, **1995**, 41(1):35-39.
56. **Tollefson GD** Major depression. *Current Psychiatric Therapy*, Dunner DL (Ed), Philadelphia, WB Saunders Company, **1993**.
57. **Jefferson JW, Greist JH** Mood disorders. *Synopsis of Psychiatry*, RE Hales, SC Yudofsky (Ed), Washington D.C., APA, **1996**.
58. **Anthony JC, Petronis KR** Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology*, **1991**; 2(2):123-132.
59. **Bruce ML, Kim KM** Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *Am J Psychiatry*, **1992**; 149(7):914-917.

60. **Parker G, Hadzi Pavlovic D, Greenwald S** ve ark. Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord*, **1995**; 33(3):173-180.
61. **Aydın H, Bozkurt A, Özgen F.** Duygudurum bozukluklarının genetik yönü. *Depresyon Monografıları Serisi 3/ Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, **1993**;s:25,135-152.
62. **Hecht H, van Calker D, Berger M .** Personality in patients with affective disorders and their relatives. *J Affect Disord*, **1998**; 51(1):33-43.
63. **Gelder M, Gath D, Mayou R.** *Oxford Textbook of Psychiatry*. 2. Baskı, Oxford, Oxford University Pres, **1989**.
64. **Savrun BM,** Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık **1999**, İstanbul, s. 11-17.
65. **Olivier DC, Monson RR** ve ark. Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. *Arch Gen Psychiatry*, **1991**; 48(3): 223-229.
66. **Blazer D, Burchett B, Service C.** ve ark. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, **1991**; 46(6):210-215.
67. **Potter LB, Rogler LH, Moscicki EK.** Depression among Puerto Ricans in New York City: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **1995**; 30(4):185-193.
68. **Duncan-Jones P, Henderson S.** The use of a two-phase design in a prevalence survey. *Soc Psychiatry*, **1978**;13:231-237.
69. **Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C.** ve ark. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Dilek Matbaası, Sivas, **1995**.
70. **Erol N, Kılıç C, Ulusoy M** ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Eksen Tanıtım, Ankara, **1998**.
71. **Lorant V, Croux C, Weich S.** ve ark. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry* **2007**; 190: 293- 298.
72. **Roy A.** A case-control study of social risk factors for depression in American patients. *Can J Psychiatry*, **1997**; 42(3):307-309.
73. **Chevalier A, Bonenfant S, Picot MC** ve ark. Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company. The Anxiety Group. *J Occup Environ Med*, **1996**;38(11):1098-1107.

74. **Doğan O.** *Duygudurum dizisi*, **2000**;1:29-38.
75. **Boyd JH, Weissman MM.** Epidemiology of major affective disorders. *Psychiatry*, R Michels (Ed), 3. Cilt, 13. Bölüm, Philadelphia, JB Lippincott Company, **1989**.
76. **Neugebauer R, Kline J, O'Connor P** ve ark. Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *Am J Obstet Gynecol*, **1992**; 166:104-109.
77. **Karabilgin Ö.** Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Whoqol-Bref Ölçeği İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Doktora Tezi, **2001**.
78. **Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ** ve ark. Depression in survivor of stroke: a community-based study of prevalence, risk factors and consequences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **1998**; 33(10):463-470.
79. **Black SA** Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans. Results from the Hispanic Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly survey. *Diabetes Care*, **1999**;22(1):56-64.
80. **Dew MA, Roth LH, Schulberg HC** Prevalence and predictors of depression and anxiety related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*, **1996**; 18(6 Suppl):48-61.
81. **Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS** ve ark. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, **1997**; 20(1):36-44.
82. **Tezcan E.** Depresyonun ayırıcı tanısı, *Duygudurum Bozuklukları ve Depresyon*;(2); **2000**:77-99.
83. **Liebowitz MR, Quitkin F.** *Focus on Depression*, Temmuz; **1991**:1-5.
84. NIH 00-4501, *Depression Research at the National Institute of Mental Health*, **1999**.
85. **Oğuzhanoglu N.** Tıbbi durumlar ve depresyon, *Duygudurum Bozuklukları ve Depresyon*, (3); **2001**: 116-125.
86. **De Leon Sianta ML.** Correlates of maternal depression among Mexican American migrant farmworker mother. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs*, **1990**;3(1):9-13.
87. **Schwartz CE, Dorer DJ, Beardslee WR** ve ark. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *J Psychiatr Res*, **1990**; 24(3):231-250.
88. **La Gory M, Ritchey FJ, Mullis J** Depression among the homeless. *J Health Soc Behav*, **1990**; 31(1):87-102.

89. **Goncalves EF, Acosta LA, Ledesma JA** Clinical and epidemiological study of depression and aggressiveness in a rural population center. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, **1991**;19:210-219.
90. **Güleç C.** Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **1981**.
91. **Isık E.** *Duygu Durumu Bozuklukları/Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, **2003**.
92. **Kaplan Harold I, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Ed., Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, **2000**.
93. **Kaplan HI, Sadock BJ.** *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, 2th ed, New York, New York University Medical Center press, William and Wilkins, **1995**;s:97-112.
94. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş 4. baskı (DSM-IV-TR)*, APA Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E. **2001**.
95. **Stefanis CN, Stefanis NC.** *Diagnosis of Depressive Disorders*. In Mario Maj Ed., A Review. Evidence and Experience In: Psychiatry Published by John Wiley and Sons Ltd: **1999**:1-52.
96. **Furukawa TA, Anraku K, Hiroe T, Takahashi K.** A polydiagnostic study of depressive disorders according to DSM-IV and 23 classical diagnostic systems. *Psychiatry Clin Neurosci* **1999**; 53(3):387-96.
97. **Yüksel N. I.** *Basamakta Depresyon*, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, **2000**.
98. **Siris G.** Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of "Atypical " Antipsychotic Agents, *American Journal of Psychiatry*; 157; **2000**: 1379-1389.
99. **Çıgırıkçı E.** Kronik hastalığı nedeniyle devamlı takip edilmekte olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri ve annelerin depresyon prevalansı. Bakırköy Dr.Sami Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2007**.
100. **Oldehinkel AJ, Wittchen H-U, Schuster P.** Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med* **1999**; 29: 655-668.
101. **Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H-U, ve ark.** What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depression? *Journal of Clinical Psychiatry* **2004**; 65: 618-626.

102. **Kessler RC, Zhao S, Balzer DG**, ve ark. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders* **1997**; 45: 19-30.
103. **Murphy JM, Alird NM, Monson RR**, ve ark. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry* **2000**; 57: 209-215.
104. **Merikangas KR, Ahang H, Avenevoli S**, ve ark. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *Archives of General Psychiatry* **2003**, 60: 993-1000.
105. **Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A**, ve ark. The Epidemiology of Mood Disorders: In Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (editors). *The American Publishing Textbook of Mood Disorders*, **2006**, 33-55.
106. **Barraclough B, Bunch J, Nelson B**, ve ark. One hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry* **1974**;125: 355-373.
107. **Isometsa E, Henriksson M, Marttunen MJ**, ve ark. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ* **1995**; 310:1366-1367.
108. **Mann J, Currier D**. Understanding and Preventing Suicide: In Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (editors). *The American Psychiatry Publishing Textbook of Mood Disorders*, **2006**; 485-496.
109. **Robins E**. The Final Months- a Study of the Lives of 134 Persons Who Committed Suicide, Oxford University Press, **1986**.
110. **Goodwill FK, Jamison KR**. *Basic Depressive Illness*, Oxford University Press, **1990**.
111. **Khuri R, Akiskal H**. Suicide prevention: the necessity of treating contributory psychiatric disorders. *Psychiatry Clinics of North America*.**1983**;6:193-207.
112. **Dilbaz N**. Yaşam Kalitesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, (5); **1996**: 156-157.
113. **Örsel S**. Depresyonda tedavi: genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*, **2004**;Ek 4:17-24.
114. **Uğurlu M, Soydal T**. Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu: birinci basamakta ruh sağlığı eğitim programı. *Kriz Dergisi* **2004**;12(1):41-5.
115. **Savaşır I, Şahin NH**. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*; 2-3; **1997**:23-33.
116. **McDowall J, Newell C**. *Measuring health a guide to rating scales and questionnaire*. Oxford University Press, Second Edition; **1996**; 242-249.

117. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* **1988**; 6:118-126.
118. **Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* **1989**; 7:3-13.
119. **Bilgin M.** Çalışan – Çalışmayan Kadınlara İlişkin Bazı Değişkenlerin Depresyon Düzeylerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, **1990**.
120. **Ökdem S.** Gecekondu Bölgesinde Yasayan Kadınların Karşılaştıkları Krize Neden Olabilecek Yaşam Olaylarının Saptanması ve Ruhsal Belirtilerinin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; **1997**.
121. **Simsek Z, Ak D, Altındag A, Gunes M.** Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *J Public Health*. In pres, **2008**.
122. **Altınel T,** Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler, Uzmanlık tezi, Edirne, **2008**.
123. **Özgür İ.** Mamak belediye sınırları içinde ruhsal bozuklukların üzerine epidemiyolojik bir çalışma (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; **1998**.
124. **Önen FR, Kaptanoğlu C, Gulten S.** Kadınlarda depresyon yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. *Kriz Dergisi* **1995**;3(1-2):103-17.
125. **Sahin O.** Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmeti Tercihlerine Etki Eden Faktorler ve Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2003**.
126. **Zorba H.** Adana İli Yüreğir İlçesi Solaklı Beldesi'nde Yaşayanların Sağlık, Bilgi, Tutum Ve Davranışlarına Göçün Etkisinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, **2010**.
127. **2007** Yoksulluk Çalışması Sonuçları. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. . <http://www.tuik.go.tr> Erişim tarihi: 06.01.2009.
128. **2009** Yoksulluk Çalışması Sonuçları, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6365>, Erişim Tarihi:01.01.2012.
129. **Sarı HN.** Halk sağlığı eğitim ve araştırma bölgesinde yaşayan 15 yaş ve üstü kadınların statüsü, yaşam kalitesi ve toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili görüşler (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2005**.
130. **DİE,** *Türkiye’de kadın bilgi ağı*. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. **2002**.

131. *Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 1998*. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. Ekim **1999** .
132. **Gündüz E.** ve ark. Havutlu sağlık ocağına başvuran evli ve çocuklu kadınlarda akraba evliliği ve kalıtsal hastalık sıklığı. *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, s602, Ankara 21–25 Ekim, **2008**.
133. **Aydemir N.** T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. Uzmanlık Tezi Aile Hekimliği İstanbul, **2007**.
134. **Meit SS, Fitzpatrick KM, Selby JB.** Domestic violence: intimate partner violence. In: Rakel RE (Ed.). *Textbook of family medicine*. 7th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; **2007**; p.47-67.
135. **Güler N, Tel H, Ozkan Tuncay F.** Kadının aile içinde yaşanan siddete bakışı. *Ç. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* **2005**;27(2):51–6.
136. **Frost M.** Health visitors perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *Journal of Advanced Nursing* **1999**;30(3):589-96.
137. *Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları*. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Ankara. Bizim Büro Basımevi, **2000**, s7-141.
138. **Savaş N.** Doğanşehir sağlık eğitim araştırma bölgesindeki 15-49 yaş kadınların ruh sağlığı ve aile içi şiddete maruz kalma açısından değerlendirilmesi üzerine bir çalışma, Uzmanlık Tezi, Adana, **2003**.
139. **Unal S, Kuey L, Gulec C.** ve ark. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2002**;5:8-15.
140. **Özyurt BC, Deveci A.** Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* **2011**;22(1):10-6.
141. **Ağargün M.Y., Kara H.** Panik bozukluğu olan hastalarda çocukluk dönemi seperasyon öyküsü: depresyon ve normal kontrollerle karşılaştırmalı bir çalışma, *IV. Anadolu Psikiyatri Günleri*; **1995**:237-241.
142. **Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S,** ve ark. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 4:208-219.
143. **Zheng Y, Lin K.** A nationwide study of stressful life events in Mainland China. *Psychosomatic Medicine* **1994**;56(4):296-305.
144. **Peplau LA, Perlman D** Perspectives onloneliness. Loneliness: *A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, LA Peplau, D Perlman (Ed), New York, John Wiley, s. 1-18, **1982**.

145. **Küey L, Üstün TB, Güleç C.** Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim* **1987**; 44:12-16.
146. **Blazer D.** Mood Disorders: Epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore, **1995**.
147. **Angst J, Gamma A, Gastpar M.** ve ark. Gender differences in depression, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **2002**; 252 : 201–209.
148. **Dillard DA, Smith JJ, Ferucci ED.** ve ark. Depression prevalence and associated factors among Alaska Native people: The Alaska education and research toward health (EARTH) study. *J Affect Disord*. **2011**.
149. **Lehtinen V., Joukamaa M.** Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation, *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 89, Issue Supplement s377, pages 7–10, February **1994**.
150. **Çetin İ., Bilici M., Bekaroğlu M.** ve ark. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi, 35. *Ulusal Psikiyatri Kongresi* ve Uluslar arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon, **1999**.
151. **Küey L, Güleç C.** Depresyonun Epidemiyolojisi, *Depresyon Monografıları Serisi*, 2 53-68 Hekimler Yayın Birliği, Ankara **1993**.
152. **Hauenstein EJ.** Young women and depression origin, outcome, and nursing care. *Nursing Clinics of North America*, **1991**; 26(3) 601-612.
153. **Charney E, Weissman M.** Epidemiology of depressive and manic syndromes. In *Depression and Mania*, ed(s) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York, **1988**.
154. **Cimilli C.** Depresyonla ilişkileri bağlamında Türkiye’nin sosyal ve kültürel özellikleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (4); **1997**:292-300.
155. **Deveci SE, Açıık Y, Gülbayrak C.** ve ark. Elazığ il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumları. *Toplum ve Hekim* **2005**; 20(3): 229-234.
156. **Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G.** Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **1998**;33:587-95.
157. **Walters V.** Stress, anxiety and depression women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* , **1993**; 36(4) 393-402.
158. **Hail LA.** Prevalance and correlates of depressive symptoms in mothers of young children. *Public Health Nursing*, **1990**; 7(2) 71-79.

159. **Blazer D, George LK, Landerman R** ve ark. Psychiatric disorders A rural/urban comparison. *Arch Gen Psychiatry*, **1985**;42 651-656.
160. **Bromberger JT Costello EJ**. *Epidemiology of Depression for Clinicians Social Work*, **1992**;37(2) 120-5.
161. **Warren LW, McEachren L**. Psychosocial correlates of depressive symptomatology in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, **1983**; 92(2) 151-60.
162. **İnandı T, Elçi O, Öztürk A** ve ark. Risk factors for depression in postnatal first year, in Turkey. *Int J of Epidemiology*, **2002**; 31: 1201-1207.
163. **Aydın N, İnandı T**. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women Health* **2005**; 41(2): 1-12.
164. **Eküklü G, Tokuç B, Eskiocak M** ve ark. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *J Reprod Med* **2004**; Nov 49(11): 908-914.
165. **Özer H, Kırpınar İ**. Depresif bozukluklu ve kontrol grubu kadınlarda premenstrüel sendrom taraması, *Düşünen Adam*; 10(2); **1997**: 16-19.
166. **Sarımurat N**. Psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlar ve ortak özellikleri, *Nöro Psikiyatri Arşivi* **1993**; 30(2)302-308.
167. **Ekici G, Savaş HA, Çıtak S**. İntihar riskini arttıran psikososyal etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2001**; 2(4): 204-212.
168. **Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA**, ve ark. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri *Ç. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* **2004**;26 (2): 55 – 59.
169. **Bulut I**. Korunmaya muhtaç genç kızların ruh sağlığına etki eden psikolojik faktörler, *Kriz Dergisi* **1996**;3(1-2): 104-113.
170. World Health Organization, *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva **2005**.
171. **Yang MS, Yang MJ, Chang SJ** ve ark. Intimate partner violence and minor psychiatric morbidity of aboriginal taiwanese women. *Public Health Rep*, **2006**;121: 453–459.
172. **Aydin, G, Demir A**. ODTÜ öğrencilerinde depresif belirtilerin yaygınlığı. *İnsan Bilimleri Dergisi* , **1989**; VIII(I), 27-40.
173. **Hirschfeld RMA, Cross CK**. Epidemiology of affective disorders psychosocial risk factors. *Arch Gen Psychiatry*, **1982**;39 35-46.

174. **Nolen-Hoeksama S.** Sex differences in unipolar depression evidence and theory. *Psychol Bull*, **1987**;101;259-282.
175. **Mcmiller PC, Kreitman NB, Ingham JG** ve ark. Self-esteem, life stress and psychiatric disorder *Journal Of Affective Disorders*, **1989**;17 65-75.
176. **Baker J, Mancosa M** ve ark. Treating postpartum depression. *Phys Asist* **2002**; 26: 37- 44.
177. **Patel V, Rodrigues M, De souza N.** Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* **2002**; Jan: 159(1): 43-47.
178. **Sercan M, Yüksel Ş.** Depresif durumların toplumda yaygınlığı ve dağılım özellikleri (epidemiyoloji) *Depresif Hastalıklar*, sf 9 18 Adam E (Ed) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları İstanbul, **1989**.
179. **Zisook S, Paulus M, Schuchter SR.** ve ark. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord* **1997**; 45:85-95.
180. **Kaya M, Genç M, Kaya B.** ve ark. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler, *Türk Psikiyatri Dergisi* **2007**; 18(2):137-146. **Psikiyatr**
181. **Luecken LJ.** Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *J Psychosom Res*, **2000**;49:85-91.
182. **Toros F, Bilgin NG.** Ailede boşanma ve anne-baba ölümünün çocuk üzerindeki etkileri. **38. Ulusal Psikiyatri Kongresi-Ekim 2002, Marmaris, Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı, s.200-201, 2002.**
183. **İnandı T, Buğdaycı R.** Risk factors for depression in the first postnatal year a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **2005**; 40:725-730.
184. **Kuşçu MK, Akman I, Karabekiroğlu A** ve ark. Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: the impact of maternal attachment styles and family support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics&Gynecology*, **2007**; 1-6.
185. **Ünal S, Özcan E.** Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2000**; 1:41-48.
186. **Eskin M, Akoğlu A, Dr. Uygur B.** Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2006**; 17(4):266-275.
187. **Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S.** İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi* **2003**;11(1):13-24.

188. **Cimilli C.** Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*, **2001**; 4: 157-168.
189. **Canan F, Ataoglu A.** Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2010**; 11:38-43.
190. **Maratos A, Crawford MJ, Procter S.** Music therapy for depression: it seems to work, but how? *Br J Psychiatry*. **2011**;199(2):92-3.
191. **Karaca S.** Psikiyatrik Bozukluklarla Başa Çıkma Biçimleri. *IV. Anadolu Psikiyatri Günleri*; **1995**: 58-70.
192. **Chartier GM, Ranieri DJ.** Adolescent depression: Concepts, treatments, prevention. *Advances in Child Behavioral Analysis & Therapy*, Vol 3, **1984**, 153-193.
193. **Dixit A, Crum RM.** Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women, *American Journal of Psychiatry*, 157;2000:751-758.

EKLER

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Adana İli Yüreğir İlçesi Havutlu Bölgesinde, “Adana İli Havutlu Bölgesinde 15 – 49 yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” başlığı altında depresif belirtilere neden olabilecek sosyodemografik , kişisel ve sosyal faktörlerin etkileri ile ilgili bir araştırma yürütmekteyiz.

Bu araştırmamız için size yüz yüze anket tarzında sorular soracağım. Bana verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacaktır. Sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Hiçbir bilimsel yazıda kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Verdiğiniz yanıtlar sonucunda çalışmamızın sonuçları ulusal ve uluslararası kongre ve dergilerde, kitaplarda bilimsel yayın olarak yayınlanacaktır.

Yukarıdaki bilgiler dâhilinde çalışmaya katılmanız için onayınız gerekmektedir.

Katılımcının imzası:

EK-1

ANKET NO:

TARİH:

**HAVUTLU BÖLGESİNDE 15 – 49 YAŞ KADINLARDA DEPRESİF
BELİRTİLERİN SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

- 1.Yaşınız :
2. Doğum yeriniz : (il, ilçe, mahalle, köy)
3. En son gittiğiniz okul hangisidir?
a- Okuma yazma bilmiyor b- Okuma yazma biliyor- okula gitmemiş c- ilkokul
d- ortaokul e- lise f- Üniversite
4. Bu okuldan mezun oldunuz mu? (diploma aldınız mı?)
a- Evet b- Hayır
5. Medeni durumunuz:
a- Bekar b- Evli c- Eşi ölmüş d- Eşinden boşanmış f- Diğer(.....)
6. Kaç yaşında evlendiniz?.....
7. Eşinizle olan beraberliğiniz resmiyet durumu nedir ?
a- Resmi nikah b- İmam nikah c- Nikahsız d- Diğer (.....)
8. Eşinizin ve sizin ilk evliliğiniz mi?
a- Evet b- Hayır c- Diğer(.....)
9. Eşinizle nasıl evlendiniz?
a- Görücü usulü b- Kendi isteği c- Kaçma d- Diğer(.....)
- 10.Eşinizle akraba mısınız?(kaçıncı dereceden)
a- Hayır b- Evet (.....)
- 11.Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz? (.....)
- 12.İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz? (.....)
- 13.Son adet tarihiniz?
a- Adet görmüyor b-Menstruasyon c- Premens d- Premens değil
e- Menopozda f-Hamile
- 14.Son 6 aydır adet düzensizliğiniz var mı?
a- Hayır b- Evet (.....)

- 15.Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
a- Evet (.....) b- Hayır
- 16.Gebe kaldınız mı?
a- Evet b- Hayır
- 17.Gebeliğiniz nasıl sonlandı?
a- Canlı doğum (...) b- Düşük (....) c- Ölü doğum (....)
d- Kürtaj (.....) e-Diğer (.....)
- 18.Çocuklarınızın tanı almış herhangi bir hastalığı var mı?
a- Hayır b- Evet (.....)
- 19.Mesleğiniz nedir? (.....)
- 20.Şu anki iş durumunuz?
a- çalışmıyorum b- çalışıyorum c- Emekli d- Öğrenci
- Çalışıyor ise;
- 21.Ne iş yapıyorsunuz?
- 22.Nerede çalışıyorsunuz?
- 23.Çalışma saatleriniz nasıl ?
a- Vardiyalı b- Normal mesai c- Fazla mesai
d- Hafta sonu e- Diğer(.....)
- Öğrenci ise ;
- 24.Derslerle ilgili probleminiz var mı?
a- Evet b-Hayır
- 25.Öğretmenleriniz veya arkadaşlarınızla ilgili probleminiz var mı ?
a- Evet b- Hayır
- 26.Okul arkadaşlarınızla, ders dışı zamanlarda görüşüyor musunuz ?
a- Evet b- Hayır
- 27.Evli iseniz eşinizin mesleği? (.....)
- 28.Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
a- Okuma yazma bilmiyor b- Okuma yazma biliyor- okula gitmemiş
c- ilkokul d- ortaokul e- lise f- Üniversite
- 29.Eşinizin şu anki çalışma durumu ?
a- Çalışıyor b- Çalışmıyor c- Emekli d- Diğer.....)

30.Ailenizin düzenli bir geliri var mı?

a- Evet b- Hayır

31.Ailenizin net aylık geliri ne kadar ?

a- Hiç Gelir Yok b- 500 TL altı c- 1000-1500 TL arası
d- 1500-2000 TL arası e- 2000-2500 TL arası f- 2500-3000 TL arası
g- 3000 TL üzeri

32.Sosyal güvenceniz var mı?

a-Hayır b- SSK c- Emekli Sandığı d- Bağ- kur
e-Yeşil kart f- Özel Sağlık Sigortası

33.Şu an oturduğunuz ev ;

a- Sizin ailenizin b- akrabalarınızın kira ödemiıyor c- Kira d- Diğer
(.....)

34.Otomobiliniz var mı ?

a- Hayır b- Evet

35.Evinizin içinde tuvalet, banyo, mutfak var mı?

a- var b- yok

36.Boş zamanlarınızda genellikle ne yaparsınız ?

a -Evde oturmak b- Akraba ziyareti c- Komşu ziyareti
d-Televizyon izlemek e- Kitap Okumak f- Gazete okumak
g- Radyo dinlemek h. Diğer(.....)

37.Günde kaç saat televizyon izlersiniz ?

a- 1 saatten az b- 1 saat c- 2-3 saat d- 4-5 saat e- 6 saatten fazla f- Diğer
(.....)

38.Televizyonda hangi programları izliyorsunuz ?

a- Haber b- Pembe dizi c- Spor- magazin d- Belgesel e- Türk filmi
f- Müzik g- Yabancı film h- Hepsi ı- Hiçbiri i- Diğer
(.....)

39.Hangi tür müziği dinlemekten hoşlanırsınız ?

a- Popüler müzik b- Sanat müziği c- Halk müziği d- Arabesk müzik
e- Yabancı müzik f- Klasik müzik g- Hepsi h- Hiçbiri ı- Diğer
(.....)

40.Son bir aydır aşağıdaki yerlere hiç gittiniz mi ?

a- Piknik b- Deniz c- Yayla d- Akraba ziyareti e- Arkadaş ziyareti f- Düğün
g- Çay bahçesi h- Tiyatro ı- Sinema j- Mevlüt k-Sergi l- Konferans
m- Konser n- Lokanta

41.Anne olarak çocuklarınızın maddi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz ?

a- Evet b- Hayır c- Kısmen

42. Anne olarak çocuklarınızın manevi ihtiyaçlarını karşılıyabiliyor musunuz?
a- Evet b- Hayır c- Kısmen
43. Size göre eşiniz evin geçimini sağlıyor mu?
a- Evet b- Hayır
44. Size göre eşiniz iyi bir baba mı?
a- Evet b- Hayır
45. Size göre eşiniz anlayışlı bir eş mi?
a- Evet b- Hayır
46. Eşiniz ev içlerinde size yardımcı olur mu?
a- Evet b- Hayır
47. Eşinizle olan cinsellik dışı ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?
a- çok İyi b- İyi c- Orta d- Kötü e- çok Kötü
48. Eşinizle olan cinsel hayatınızdan memnuniyet durumunuz?
a- Memnunum b- Genellikle Memnunum c- Orta Derecede Memnunum
d- Genellikle Memnun Değilim e- Hiç Memnun Değilim
49. Ev ile ilgili kararlara katılıyor musunuz?
a- Katılıyorum b- Katılmıyorum
50. Aile içinde önemli karaları kim verir ?
a- Eşim b- Ben c- Eşim ve ben d- Aile büyükleri
e- Aile büyükleri ve eşim f- Hep beraber
51. Sigara kullanıyor musunuz ?
a- Hayır b- Evet (Sayı : Süre:)
52. Alkol kullanıyor musunuz?
a- Hayır b- Ara sıra c- Sıklıkla
53. Ailede dayak, hakaret var mı?
a- Evet (Kim Kime uyguluyor ?) b- Hayır
54. Ailede hakaret, aşağılamaya yönelik davranışlar var mı ?
a- Evet (Kim Kime uyguluyor) b- Hayır
55. Evliliğinizle ilgili boşanma, ayrılma gibi sonuçlara varan ciddi problemleriniz oldu mu?
a- Hayır b- Problem oldu fakat boşanmadım c- Problem oldu ve boşandım
d- İlk evliliğimden boşandım

- 56.Çocukluk/Ergenlikte anne- baba baskısı yaşadınız mı?
a- Evet b- Hayır
- 57.15 yaşından önce anne- baba ayrılığı veya ölümü yaşadınız mı?
a- Evet b- Hayır
- 58.Üvey anne veya babanız oldu mu?
a- Evet b- Hayır
- 59.Ergenlik döneminizde anne-baba ilgisizliği yaşadınız mı?
a- Evet b- Hayır
- 60.Anne/baba/akrabalarınız da önceden de görülen bir hastalık var mıydı?
a- Evet () b- Hayır
- 61.Ailenizde bakım gerektiren kronik hastalığı olan var mı?
a- Evet () b- Hayır
- 62.Siz ona bakmak zorunda mısınız?
a- Evet b- Hayır
- 63.Kendi anne-baba tarafınızda depresyon veya başka bir ruhsal hastalık geçiren var mı?
a- Evet () b- Hayır
- 64-Tedavi görüyor mu?
a- Evet b- Hayır
- 65.Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
a- Evet b- Hayır
- 66.Kendinizi yalnız hissettiğinizde ne yaparsınız?
()
67. Son bir yıl içinde sizi en fazla üzüntüye , strese sokan üç yaşam olayı nedir?
()
- 68.Bir sıkıntınız olsa ilk kiminle dertleşir, konuşur veya fikir alırsınız?
a-Eş b-Çocuklar c-Anne-baba d-Kardeşler e-Komşu f. Öğretmen g-Arkadaş
h-Hiç kimse ile konuşmam
- 69.Eş kaybı var mı?
a- Evet () b-Hayır
- 70.Çocuk kaybı var mı?
a- Evet () b-Hayır

71.Yakın bir arkadaş/sevgili ölümü ya da ayrılığı yaşadınız mı?
a- Evet b-Hayır

72.Devamlı kullandığınız ilaç var mı?
a- Evet () b-Hayır

73.Önceden geçirdiğiniz önemli bir hastalığınız var mı?
a-Evet () b-Hayır

74.Önceden depresyon veya başka bir ruhsal hastalık geçirdiniz mi?
a-Evet () b-Hayır

75.Tedavi gördünüz mü?
a-Evet () b-Hayır

76.Kişilik özelliğinizi nasıl tanımlarsınız?
a-Sessiz sakın b-İçe dönük c-Dışa dönük e-Neşeli f-Normal
g-Sinirli h-Değişiyor (Kişi kendisi tanımlayacak)

EK-2

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

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

8. (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(3) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (0) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(1) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(2) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (0) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyorum ve kızıyorum.
(2) Çoğu zaman sinirliyim.
(3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (0) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(1) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(2) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(3) Hiç bir iş yapamıyorum.

16. (0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(1) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (0) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Şu sıralarda neredeyse herşey beni yoruyor.
(3) Öyle yorgunum ki, hiç birşey yapamıyorum.
18. (0) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(3) Artık hiç iştahım yok.
19. (0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
20. (0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(2) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken hiçbir şey yok.
(1) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(2) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(3) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı :Esra GÜNDÜZ

Doğum Tarih ve Yeri :Osmaniye, 1979

Medeni Durumu :Evli, iki çocuk annesi

Adres :Yurt Mah. Süleyman Demirel Blv. 71555 sk. Güneyoba Sitesi A Blok 8/16 Çukurova – ADANA

Telefon :0505 3745244

E.posta :egunduz@cu.edu.tr

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi :Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Varsa Mezuniyet Derecesi :Yok

Görev Yerleri :Adana İmamoğlu 112 Acil,
Osmaniye Hasanbeyli Sağlık Ocağı.

Dernek Üyelikleri :Yok

Alınan Burslar :Yok

Yabancı Dil (ler) :İngilizce