



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HİPOTİROİDİ TANILI ERİŞKİN HASTALARDA
DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Gökhan Kaya

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/ 2024



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY DR. SADI KONUK
EğTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
HİPOTİROİDİ TANILI ERİşKİN HASTALARDA
DEPRESYON SIKLIğI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Gökhan Kaya

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem Polat

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/ 2024

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam s¼recinde baőından sonuna her detayda benden bilgi ve tecr¼belerini esirgemeyen saygıdeğer hocam, tez danıőmanım Doç. Dr. ¼zlem Polat'a,

Uzmanlık eğitimimin baőından itibaren her konuda tecr¼besine danıőabildięim değerli hocam Prof. Dr. Sadık Sami Hatipoğlu'na,

Yaşam ¼yk¼m¼n baőından itibaren beni hiçbir zaman yalnız hissetirmeyen bug¼nlere gelmemde en b¼y¼k pay sahibi olan sırtımı dayayabileceğim ınarlarım babam Hasan Kaya, annem Elif Kaya, ağabeyim Mehmet Kaya ve ablam Funda Semerci'ye

Desteğini her an hissettiğim kıymetli eşim Elif Naz Kaya' ya ve d¼nyamın en tatlı meyveleri, g¼z bebeklerim Hasan Berat Kaya ve G¼ke Ecem Kaya'ya teőekk¼rlerimi sunarım.

Dr. G¼khan KAYA

İstanbul - 2024

BEYAN

“Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hipotiroidi tanılı erişkin hastalarda depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasında elde edilmeyen bilgilere ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, belirtilen kaynakların hepsini kaynaklar başlığı altına eklediğimi, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim

Gökhan KAYA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TİROİD BEZİ.....	3
2.1.1. Hipotiroidi	3
2.1.1.1. Hipotiroidinin belirtileri.....	4
2.1.1.2. Hipotiroidi nedenleri	4
2.1.1.3. Hashimoto tiroiditi.....	5
2.1.1.4. Hipotiroidi tedavisi	5
2.2. DEPRESYON	5
2.2.1. Depresyonun epidemiyolojisi.....	6
2.2.2. Depresyonun patofizyolojisi	7
2.2.3 Depresyon tanısı.....	8
2.2.4. Depresyon tedavisi	9
2.2.5. Beck depresyon ölçeği	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	12
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	12
3.3. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	12
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	13
3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ	13
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA	29
5.1 Araştırmanın Kısıtlılıkları	32

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
7. KAYNAKLAR	34



KISALTMALAR

- AİR** : Advers ilaç reaksiyonları
HPA : Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
TRH : Tirotropin salgılatıcı hormon
TSH : Tiroid Stimulan Hormon
T4 : Tiroksin



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri	14
Tablo 2: Hastaların tiroid hastalıkları ile ilgili özellikleri	15
Tablo 3: Hastaların tanı alma zamanına göre takiplerinin oranları.....	16
Tablo 4: Hastaların takiplerine nerde devam ettiklerine göre tedavi düzeni.....	17
Tablo 5: Hastaların takiplerine nerede devam ettiklerine göre TSH değerleri	17
Tablo 6: Hastaların TSH değerlerine göre takiplerinin düzeni	18
Tablo 7: Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları yüzdesi	18
Tablo 8: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçeği ortalama puanları.....	19
Tablo 9: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları	21
Tablo 10: Hastaların sigara ve alkol Kullanımına göre Beck depresyon ölçek puan grupları	22
Tablo 11: Hastaların tanı alma zamanına göre Beck depresyon ölçek puanı.....	23
Tablo 12: Hastaların tedavilerinin düzenine göre Beck depresyon ölçek puanı	23
Tablo 13: Hastaların eşlik eden hastalık olması durumuna göre Beck depresyon ölçek puanı	24
Tablo 14: Hastaların takip düzenine göre TSH değerleri.....	24
Tablo 15: Hastaların takiplerine nerde devam ettiklerine göre TSH Değerleri	25
Tablo 16: Hastaların tanı ve takip durumlarına göre Beck depresyon ölçek puan grupları	26
Tablo 17: Hastaların TSH değerlerine göre Beck depresyon ölçeği ortalama puanları	27
Tablo 18: Hastaların TSH Değerlerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları...28	

ÖZET

Amaç: Hipotiroidi dolaşımında tiroid hormonlarının yetersizliği ile oluşan, metabolizmanın yavaşladığı buna bağlı olarak kişide; yorgunluk, halsizlik, libido düşüklüğü, kolay kilo alımı gibi depresyona benzer semptomlar oluşturabilen bir hastalıktır. Yaptığımız bu çalışmanın amacı; hipotiroidi hastalarında depresyon sıklığını ve etki eden faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmamız, 01.03.2024-01.09.2024 tarihleri arasında İstanbul ili Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliğine başvuran hipotiroidi tanılı erişkin hastalarla, araştırmacı tarafından hazırlanmış 20 soruluk sosyodemografik anket ve 21 soruluk Beck depresyon ölçeği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 136 hasta katılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 136 hastanın %91,2'si (N=124) kadın, %8,8'i (N=12) erkekti. 17 puan ve üzeri depresyon açısından anlamlı kabul edilen Beck depresyon ölçeğinden alınan toplam puanlara göre, hastaların %70,6'sının 0-16 puan grubunda (N=96) yer aldığı, %29,4'ünün 17 puan ve üstü grubunda (N=40) yer aldığı tespit edildi. Cinsiyete göre Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları incelendiğinde, kadınların %31,5'inin (N=39), erkeklerin %8,3'ünün (N=1) 17 puan ve üstü grubunda yer aldığı belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşadığı ortam, TSH seviyesi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Beck depresyon ölçeğinden alınan ortalama puan değerlerine göre kadın olma, sigara içme ve alkol kullanma ile depresyon arasında anlamlı ilişki tespit edildi.

Sonuç: Çalışmaya katılan hipotiroidi hastalarının depresyon oranının genel popülasyondaki depresyon oranından yüksek olduğu, kadın olmanın, sigara içmenin ve alkol kullanmanın depresyonla ilişkili olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Hipotiroidi, depresyon, aile hekimliği

ABSTRACT

Objective: Hypothyroidism is a condition caused by insufficient levels of thyroid hormones in circulation, leading to a slowed metabolism. This results in symptoms resembling depression, such as fatigue, weakness, reduced libido, and easy weight gain. The aim of this study is to determine the prevalence of depression and the influencing factors in patients with hypothyroidism.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between March 1, 2024, and September 1, 2024, at the Family Medicine Outpatient Clinic of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital in Istanbul. The study involved adult patients diagnosed with hypothyroidism. Data were collected using a 20-item sociodemographic questionnaire prepared by the researchers and the 21-item Beck Depression Inventory. A total of 136 patients participated in the study. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics 20, and a p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: Of the 136 patients who participated in the study, 91.2% (N=124) were female, and 8.8% (N=12) were male. According to the total scores obtained from the Beck Depression Inventory, where a score of 17 or higher is considered significant for depression, 70.6% of patients (N=96) were in the 0–16 score group, while 29.4% (N=40) were in the 17 or higher score group. When the Beck Depression Inventory scores were analyzed by gender, it was found that 31.5% of women (N=39) and 8.3% of men (N=1) scored 17 or higher. No significant relationship was found between depression and educational level, income level, living environment, or TSH levels among the participants. However, a significant relationship was identified between depression and being female, smoking, and alcohol consumption based on the average scores from the Beck Depression Inventory.

Conclusion: The prevalence of depression in hypothyroid patients participating in this study was higher than that in the general population. Being

female, smoking, and alcohol consumption were found to be associated with depression.

Keywords: Hypothyroidism, depression, family medicine



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipotiroidi, tiroid bezinin dolaşıma yeterli miktarda tiroid hormonu salgılayamamasıyla oluşan, kişide; yorgunluk, halsizlik, kolay kilo alımı ,libido düşüklüğü ,depresif ruh hali gibi depresyonla benzer semptomlar oluşturabilen bir hastalıktır.

Tiroid fonksiyon bozukluklarının psikiyatrik hastalıkların oluşumuna neden olduğunu gösteren epidemiyolojik veriler, tiroid hormonlarının depresyonun patogeneze katılımının kanıtıdır.(1) Duygusal bozuklukları olan hastaların %1-4'ünde hipotiroidizm ,%4-40'ında subklinik hipotiroidizm vardır. Hipotiroidizm ve depresyon arasında yaygın bir ilişki vardır. Hipotiroidizm ve depresyon arasındaki ilişki ilk olarak 1825'te Parry tarafından tanımlanmıştır. Seagull, 1873'te miksödem ve psikoz arasında bir ilişki bulmuştur. "Miksödem deliliği" terimi, hipotiroidi hastalarındaki zihinsel durum değişikliklerini anlatmak için 1949'da Asher tarafından ortaya çıkarılmıştır. (2) Nörobiyolojik araştırmalar beyindeki tiroid hormonlarının bazı mekanizmalarını ortaya çıkarmış ve ruh haliyle etkileşim için olası açıklamalar sağlamıştır. (3) Son araştırmalara göre; beyindeki metabolik anormallikler, bozuk nörotransmisyon, davranış ve bilişle sonuçlanarak depresyonun etiolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. (2) Depresyon hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenini inhibe eder. Hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenini, depresyonla bağlantılı olan aminojik sistemlerle etkileşime girer. (2) Depresyondaki kişilerin büyük çoğunluğunda hipotiroidi görülmesinde anormal T4/T3 oranları yükselmiş ters T3(rT3) seviyeleri, tirotropin salgılatıcı hormon (TRH)'ye karşı bozulmuş tiroid stimulan hormon(TSH) yanıtları ve antitiroid antikörlerinin varlığının depresyondaki kişilerde genel popülasyona göre daha sık olduğu bildirilmektedir.(1) Depresyonda oluşan glikoz metabolizmasındaki değişikliklerin levotiroksine veya T3 kullanılarak klinik olarak etkili ek tedavi ile normalleştirildiği bulunduğundan, depresyonun nedenlerinden birinin beyindeki tiroid hormonlarının metabolik etkilerinin zayıflaması olması mümkündür.(1)

Depresyon, hipotiroidizmi olan kadınlarda en sık bildirilen psikiyatrik hastalıktır. (4) Subklinik ve belirgin hipotiroidili hastalarda kontrol grubuyla

kıyaslandığında depresyon riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. (4) 12135 kişiyi kapsayan yakın tarihli bir meta-analiz, subklinik hipotiroidisi olan kişilerin ötiroid kontrollere göre depresyon riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. (4) Hipotiroidizm ile psikiyatrik semptomlar arasındaki yakın ilişki kapsamlı araştırmaların konusu olmuştur. Kanıtlar, tiroid fonksiyonu ile anksiyete, depresyon, bipolar bozukluk ve şizofreni dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıklar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. (5)

Kaynak taramalarından da anlaşıldığı üzere hipotiroidi hastalığı ile depresyon arasındaki ilişki, üzerinde pek çok araştırma yapılmış bir konudur. Bu çalışmada daha önce hipotiroidi tanısı almış erişkin bireylere uygulanan 20 soruluk sosyodemografik anket ve Beck Depresyon Ölçeği sonucunda; hipotiroidi hastalarında depresyon sıklığını, genel popülasyonda görülen depresyon sıklığından farkını ve depresyon oluşumuna etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TİROID BEZİ

Tiroid glandı, trakeanın önünde sol ve sağ loblar, istmus ve kimi zaman da tiroglossal duktusun bir artığı olan piramidal lobdan meydana gelen 15- 20 gram ağırlığında bir bezdir. Tiroid bezi tiroid hormonlarının (T3 ve T4) üretildiği, depolandığı ve salgılandığı yerdir. T3 ve T4 dolaşımında proteinlere bağlı olarak bulunurlar. Düşük miktardaki serbest halleri ise biyolojik açıdan etkin olan halleridir. (sT4, sT3). Vücuttaki tiroid hormonlarının seviyesi hipofiz bezinden salgılanan Tiroid Stimülan Hormon tarafından düzenlenir.(6) Tiroid hormonlarının yeterli miktarlarda üretimi için yeterli iyota ihtiyaç vardır. İyot, tiroid bezi içerisinde bazı aşamalardan sonra T4 ve T3'ün yapısına katılır. (6)

Dolaşımında bulunan tiroid hormon seviyesi hipotalamus-hipofiz- tiroid aksı vasıtasıyla düzenlenir. Normal şartlarda dış etkenlere (düşük miktardaki tiroid hormonları metabolik ihtiyaç, stres durumu) yanıt olarak hipotalamustan tirotropin salıverici hormon salgılanır. Artmış veya azalmış metabolik ihtiyaç bu sistemin asıl düzenleyicisidir. TRH hipofiz glandını tiroid uyarıcı hormonu salgılaması için uyarır. TSH ise, tiroid bezini T4, T3 sentezlemesi ve depo halde bulunan tiroid hormonlarının dolaşıma salgılanmasının sağlanması için uyarır. Dolaşımında görülen tiroksinin (T4) bütünü tiroid glandı kaynaklıdır. (7)

Vücut dengesinin devam ettirilebilmesi için tiroid hormonlarının kanda belirli değerlerde bulunması gereklidir. Bu hemostazın sürdürülebilmesi için gerekli olan aralığa ötiroidi denir. Tiroid hormonlarının kanda normal sınırlarda kabul edilen seviyelerden yüksek olması hipertiroidi olarak adlandırılırken; bu seviyelerin altında olması hipotirodi olarak adlandırılır.(7)

2.1.1. Hipotiroidi

Tiroid hormonu birçok dokunun normal gelişimi için gereklidir ve insan vücudundaki hemen hemen tüm hücrelerin ve organların metabolizmasını düzenler. Hipotiroidizm, Tiroid hormonlarının eksikliği ile seyreden sık görülen bir rahatsızlıktır. Pirimer hipotiroidi de tiroid stimülan hormon düzeyi referans aralığının üzerinde iken tiroksin referans aralığının altındadır. Referans aralığı istatistiksel

olarak popülasyonlarda ölçülen dolaşımdaki tiroid hormonu değerlerinin 2,5. ve 97,5. yüzdalık dilimleri ile tanımlanır ötiroid olarak ifade edilir. Subklinik hipotiroidizmde TSH seviyeleri yükselmiştir ancak sT4 seviyeleri hala referans aralığındadır. Tedavi edilmemiş hipotiroidizm, özellikle aşikar hipotiroidizm hem kısa hem de uzun vadede çoklu organ sistemleri üzerinde ciddi olumsuz etkilere neden olabilir. (8)

2.1.1.1. Hipotiroidinin belirtileri:

Hipotiroidi tüm yaş gruplarından insanları etkiler ancak kadınlarda ve yaşlılarda daha sık bulunur. Hipotiroidizmin belirtileri fark edilmeyebilir, spesifik olmayabilir ve başka hastalıklara benzeyebilir, bu da bazı durumlarda tanı koyulmasını zorlaştırır.(9) Subklinik hipotiroidisi olan birçok hasta asemptomatiktir, subklinik hipotiroidizmdeki semptom genişliği hakkında geniş bir popülasyonun dahil edilerek yapılan bir araştırmada, ötiroid kişilerle kıyaslandığında tiroid hastalığıyla ilişkili semptomların benzer oranlarda olduğu gösterildi. (10) Hipotiroidide sık görülen belirtiler arasında kilo alımı, yorgunluk, kabızlık soğuğa karşı artan hassasiyet ve cilt kuruluğu bulunur. Bu durumlar sıklıkla vücuttaki azalmış metabolizma hızının sonucudur. Kilo alımı; yağ yakma oranındaki düşüş nedeniyle, soğuğa karşı artan hassasiyet; vücudun ısı üretimindeki azalma nedeniyle nedeniyle oluşur.(9)

2.1.1.2. Hipotiroidi nedenleri:

Dünya çapında, hipotiroidizmin en sık sebebi hala iyot eksikliğidir. Danimarka'da yapılan büyük bir popülasyonu içeren çalışmada en sık görülen alt tipin otoimmün hipotiroidizm (en sık Hashimoto Tiroiditi,Riedel tiroiditi,tiroid bezinin IgG4 ilişkili hastalığı) olduğu, bunu postpartum ve amiodaron kaynaklı hipotiroidizm izlediği bildirilmiştir. Daha az karşılaşılan sebepler subakut tiroidit, tiroid bezine daha önce radyasyon veya cerrahi müdahale, konjenital hipotiroidizm ve lityumla ilişkili hipotiroididir. Çeşitli immünoterapiler nedeniyle iatrojenik sebepler daha çok görülmeye başlamıştır. Daha az görülen sebepler içinde tiroid hormonu direnci, sekonder veya primer konjenital hipotiroidizm, antitiroid ilaçlarla aşırı tedavi veya kullanılan farklı ilaçların etkileri, guatrojen içeren besinlerin tüketilmesi (vegan beslenme), terapötik veya çevresel ışınlama yer alır .(11,12)

2.1.1.3. Hashimoto tiroiditi; Hashimoto tiroiditi, dünya genelinde sık görülen endokrin hastalıklardan biridir ve nüfusun %1-2'sini etkiler. Kadınlarda erkeklere oranla 10-20 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Çevresel ve genetik faktörlerle ilişkilidir. Patogenezi tam olarak anlaşılmamış otoimmün bir hastalıktır. Otoreaktif T hücreleri ve B lenfositlerinin hastalığın oluşumunda yer aldığı düşünülmektedir. Bu hücreler tiroid peroksidaz ve tiroglobuline karşı otoantikörlerin asıl kaynağıdır. Antitiroid peroksidaz antikörlerinin varlığı Hashimoto tiroiditinin varlığını gösteren klinik bir belirteçtir. Tiroid ultrasonografisi, özellikle dolaşımda otoantikör bulunmayan hastalarda tanıda yardımcı olabilir. Hashimoto tiroiditini düşündüren tiroid görüntüleme değişiklikleri arasında heterojenlik, aşırı vaskülarite, azalmış ekojenite ve küçük kistlerin varlığı bulunur. Hashimoto tiroiditinin tipik belirtileri arasında tiroid parankiminin atrofisi ve fibrozisi bulunur. Hashimoto tiroiditi, hipotiroidi semptomlarına ve antitiroid peroksidaz antikörleri ve/veya antitiroglobulin antikörlerinin dolaşımda tespit edilmesine dair verilere dayanarak tanınır. (13)

2.1.1.4. Hipotiroidi tedavisi:

Hipotiroidi tedavisinde kullanılan ilaç katı formda kullanılan levotiroksindir. Aç karnına kullanılır. Tedavi, hipotiroidinin klinik bulguları ile beraber laboratuvar bulgularının da hipotiroidiyi desteklemesiyle başlanmalıdır. Hipotiroidide, levotiroksin dozu 1.5-1.8 µg/gün olarak başlanır. Koroner arter hastalığı olan kişilerde bu doz başlangıçta 12,5 -25.0 µg'dır ve bu doz kişinin semptomlarına ve ölçülen TSH seviyelerine göre kademeli olarak artırılmalıdır. Tedavinin başarısını izlemede TSH değerleri; tedavi başladıktan 4-12 hafta sonra, daha sonraki dönemde altı ayda bir ve eğer hasta stabilse yıllık olarak ölçülür. (2)

2.2. DEPRESYON

Depresyon, kalıcı bir üzüntü duygusu, günlük işlerini yapmaktan alıkoyan düşkün ruh hali, bilişsel işlev bozukluğu ve daha önce ilgi duyduğu alanlarda bile ilgi kaybı ile kendini gösteren önemli bir ruhsal bozukluktur. Depresyon, etkilenen kişinin kişisel, biyolojik ve sosyal olarak yaşamı üzerinde önemli olumsuz bir etkiye sahiptir. Depresyonda derin bir hüznün, umutsuzluk, üzüntü, boşluk ve çaresizlik

vardır. Zaman geçtikçe, daha önce zevk aldığı şeylerden zevk alamama, psikomotor işlev bozukluğu, uyku ve yeme bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü ve intihar düşünceleri de içerebilir.(14)

2.2.1. Depresyonun Epidemiyolojisi:

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasından en yaygın görülen rahatsızlıklardan biridir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalardan edinilen bilgilere göre herhangi bir yıl içerisinde erkeklerin %8'inin kadınların ise %13'ünün depresyonda olduğu görülmüştür. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre depresif nöbet sıklığı kadınlarda %5.4 erkeklerde %2.3, genel popülasyondaysa %4 olarak tesbit edilmiştir. Bu çalışmadan anlaşıldığı gibi depresyon oranı kadınlarda 2 kat daha fazladır. (15)

Depresyon 60 yaşının üzerindeki yetişkinlerin yüzde 5,7'sinde, genel olarak yetişkinlerin ise yüzde 5'inde bulunmaktadır. Dünya nüfusunun yüzde 3,8'i depresyondan muzdariptir. Bu veriler Dünya Sağlık Örgütü'nün verileridir. Depresyon gezegenimizde 280 milyon insanı etkilemektedir. Avrupa'da 2013 ve 2015 yılları arasında 27 ülkeden veri toplanarak yapılan bir çalışma, halihazırda depresif bozukluğun genel yaygınlığını yüksek (%6,38) bulmuştur ve aynı zamanda bu oranın kıtanın farklı ülkeleri arasında kaydadeğer farklılıklarda bulunduğunu göstermiştir. %2,58'den (Çek Cumhuriyeti) %10,33'e (İzlanda) kadar farklılıklar olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda depresyon sıklığı Dünya Sağlık Örgütü verileriyle uyusacak şekilde Hırvatistan ve Finlandiya hariç tüm ülkelerde belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur. (14)

Avrupa harici yerlerde de depresyonun sıklığı benzer şekilde fazladır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi verileri Amerika Birleşik Devletleri'nde 2019 yılında 18 yaş ve üzerindeki yetişkin bireylerin yüzde 8,1'inde anksiyete bozukluğu, yüzde 6,5'inde depresif bozukluk ve yüzde 10,8'inde anksiyete bozukluğu veya depresif bozukluk belirtileri olduğunu göstermektedir. Asya-Pasifik bölgesinde, majör depresyon oranlarının yüzde 1,7 ile yüzde 6,7 arasında değiştiği bildirilmiştir.(14)

2.2.2. Depresyonun Patofizyolojisi:

Depresyonun belirleyicileri arasında bazı sosyal, psikolojik ve biyolojik (stres, inflamatuvar faktörler, mikrobiyom bozuklukları, genetik anormallikler, ve hipotalamus-hipofiz-adrenal(HPA) ekseninin işlev bozukluğu) nedenler vardır. Depresyon bunun yanında birçok psikiyatrik ve somatik hastalığa bağlı olarak da oluşabilir. (14)

Depresyon için en sık kullanılan nörofizyolojik, biyokimyasal açıklama iştah, uyku, hafıza, öğrenme, sıcaklık düzenlemesi, sosyal davranış gibi yaşamı düzenleyici işlevlerde önemli rol oynayan monoaminlerin (dopamin, noradrenalin, serotonin) eksikliğidir. Merkezi sinir sisteminin belirli yapılarında bu monoamin nöromodülatörlerinin yetersizliğinin depresyon gelişiminden sorumlu olduğu düşünülmektedir, Depresyonun 1960'lı yıllarda Joseph Schildkraut tarafından oluşturulan bu monoamin hipotezi bu konudaki ilk teori olmuştur ve depresyon tedavisinde imipraminin (bir monoamin nöromodülatör geri alım inhibitörü) ve iproniazidin (bir monoamin oksidaz inhibitörü) başarılı olmasından beslenen bir teoridir. Klinik gözlemlerle tutarlı olan bu teori; tasarlanmış trisiklik antidepressanlar ve monoamin nöromodülatör geri alım inhibitörleri dengesizliğin ve nöromodülatör eksikliğinin rolünün önemini göstermiştir.(14)

Depresyonun patofizyolojisinde HPA ekseninin stres nedeniyle aşırı aktive olmasının da rol oynadığı ortaya konmuştur. Yapılan araştırmalarda stres ve depresif tutum kayıtları ile kortizol seviyeleri ve depresif tutum arasında ciddi ilişkiler saptanmıştır. Depresyon tedavisinde farklı bir terapötik yol olarak HPA eksenini etkilemek ve aktivitesini azaltmak kullanılabilir. (14)

Depresyon oluşumunda immun sistem bozukluklarının etkisi olduğuna dair artan veriler mevcuttur. İnflamasyon sırasında salgılanan çeşitli bağışıklık sitokinlerinin depresyonun patofizyolojisinde rol oynadığı bulunmuştur. Bunlara interlökinler IL -1,-2,4,-6,-8-10 tümör nekroz faktörü-alfa, interferon-gama, monosit kemotaktik protein-1, C-reaktif protein dahildir.(14)

Depresyonun patofizyolojisinde en çok monoamin fonksiyonun bozulması, monoamin üretiminin azalması, ikincil haberci sisteminin arızalanması veya diğer nörotransmisyonlardaki değişikliklere odaklanılmıştır. Depresyonun patogenezinde inflamasyon ve oksidatif strese de beynin düzgün çalışmasında önemli etkiye sahip

oldukları için rol verilmiştir. Endokrin bozukluklara (kortizol seviyelerinin aşırı artışı) veya beyin türevli nörotrofik faktörün azalması nedeniyle nörogezin bozulmasına da patogeneizde yer verilmiştir. Sirkadiyen ritmin bozulmasının rölü üzerinde de durulmuştur. (14)

2.2.3 Depresyon Tanısı:

DSM-5 te depresif bozuklukların alt grupları belirlenmiştir . Bunlar ;

- Major depresif bozukluk,
- Madde veya ilaç nedeniyle ortaya çıkan depresif bozukluk,
- Premenstrual huzursuzluk,
- Dirençli depresif bozukluk ,
- Yıkıcı duygudurumu dengeleyememe bozukluğu,
- Tanımlanmamış depresif bozukluklardır.

Toplum tarafından bilinen depresyon majör depresyondur.(16) DSM-5'e göre belirlenmiş depresyon tanı kriterleri mevcuttur.

DSM-5 majör depresyon için tanı ölçütleri:

- Neredeyse her gün günün büyük bir diliminde olan depresif ruh hali
- Sosyal aktivitelere ve daha önceden zevk aldığı eylemlere olan ilginin azlığı ve bu eylemlerden eskisi gibi tat alamama
- Uyku düzensizlikleri, az uyuma yada fazla uyuma
- Kendini yorgun hissetme ve enerji kaybı
- Kendini başka insanlardan daha değersiz görme ve kendini suçlu hissetme
- Tekrarlayan istemsiz hareketler, ajitasyon veya hareketlerde azalma, düşüncenin yavaşlaması
- Bitkin, halsiz enerjik hissedememe,
- Dikkatini toplayamama, bir şeye konsantre olamama veya karar verememe
- Tekrarlayan intihar etme düşünceleri veya intihar için plan yapma veya intihar etme teşebbüsü

Majör depresyon tanısı için yukarıdaki kriterlerden en az beşi veya daha fazlası bulunmalı, iki haftalık süre içinde kişinin şuan ki yada daha önceki işlevselliğinde bir farklılık içermeli, ilk iki maddeden biri kesinlikle bulunmalıdır.

2.2.4. Depresyon Tedavisi :

Depresyon tedavisi, hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan (psikoterapötik etki teknikleri) tedavi seçeneklerini içerir. Depresyonun tedavisinin özü "Ortak bakım" kavramındadır. Psikolojik terapi, hafif şiddetteki depresyonda kullanılan asıl tedavi olabilir veya diğer depresyon tiplerinde ilaç tedavisine ek olarak yardımcı olmalıdır. Kronik depresyonda, orta ve şiddetli depresyonda sadece antidepresan kullanmak yerine kombine antidepresanlar ve bilişsel davranış terapisinin beraber kullanılması daha etkili bulunmuştur. Depresyon için ilaç tedavisinde farklı sınıflarda antidepresanlar kullanılabilir. Bu ilaçlar arasında trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, noradrenalin geri alım inhibitörleri, serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri ve noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri vardır. Etki mekanizmalarında monoaminleri geri alımda görevli taşıyıcıları baskılamak vardır. Antidepresan etkileri olan başka ilaçlar da vardır (örneğin, MT1 I MT2 melatonin reseptör agonisti ve serotonin 5HT2 reseptör antagonisti olan agomelatin veya adrenerjik alfa2-otoreseptörler, alfa2-heteroreseptörler, 5-HT2 ve 5-HT3 reseptörlerinin antagonisti olan mirtazapin). Desvenlafaksin, levomilnasipran, vortiksetin veya vilazodon son zamanlarda ortaya çıkan antidepresanlardır. Birinci basamakta seçici serotonin geri alım inhibitörleri depresyon hastalarının tedavisinde ilk seçilecek ilaçlardır. Bilinen bütün antidepresanların depresyon tedavisinde plasebodan daha etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada diğer antidepresanlara kıyasla daha etkili bulunan antidepresanlar; amitriptilin, mirtazapin, agomelatin, venlafaksin, esitalopram, paroksetin, venlafaksin ve vortiksetinidir. En az etkili bulunan ilaçlar ise; fluoksetin, fluvoksamin, reboksetin ve trazodondur. Hastalarla birebir denemelerde antidepresanların etkinliği ve kabul edilebilirliğinde daha büyük farklılıklar ortaya çıkarılmıştır. Tedaviye devamda en geride kalan ilaçlar; venlafaksin, fluvoksamin, amitriptilin, duloksetin, reboksetin, klomipramin, trazodon olarak belirlenmiş. Hastaların daha iyi tolere ettiği ilaçlar; sertraline, agomelatin, vortiksetin, sitalopram, fluoksetin ve esitalopram olmuştur. İlaç seçimi hastanın klinik tablosu, başlangıç tedavisine verilen cevap ve hastanın eşlik eden diğer hastalıkları dikkate alınarak yapılır. Hasta uygun bir süre takip edildikten sonra tedavinin başarısı değerlendirilir. Antidepresanların bazı advers ilaç reaksiyonlarına

(AİR) neden olduğu bilinmektedir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri kullanıldırılan hastalarda birinci basamak kuruluşlarda tespit edilen en sık AİR'ler şunlardır: gastrointestinal sorunlar (%17'sinde), hazımsızlık (%22), bulantı (%18), ishal (%9) ve kabızlık (%11). Ek olarak, baş ağrısı (%34) ,yorgunluk (%45'inde), bulanık görme (%22) baş dönmesi (%24), hipotansiyon (%15) da belirlenen AİR'ler arasındadır. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin tolerasyonu çoğunlukla diğer antidepresanlardan daha üstündür. Kaynaklarda bulunan daha nadir AİR'ler; ekstrapiramidal semptomlar, serotonin sendromu, QT uzaması, döküntü, doğum kusurları, hiponatremi ve katarakt olarak görülmüştür. .Trisiklik antidepresanlarda reseptörlere seçicilik olmaması ve etki mekanizmalarının karmaşıklığı nedeniyle daha sık ve şiddetli yan etkiler görülmektedir. En sık görülen yan etkiler kabızlık, baş dönmesi ve ağız kuruluğudur.Antikolinerjik etkileri sebebiyle trisiklik antidepresanlar idrar retansiyonu,kabızlık,bulanık görme,ağız kuruluğu,konfüzyon ve taşikardiye sebebiyet verebilir. Ek olarak alfa-1 adrenerjik reseptörleri bloke ederek ortostatik hipotansiyon ve baş dönmesi gelişimine neden olabilir. Trisiklik antidepresanlar histamin blokajı yaparak iştah artışı,kilo alımı ve sedasyona neden olabilir. Trisiklik antidepresanlar ayrıca QT uzaması, ventriküler fibrilasyon ve aritmi gibi kardiyovasküler komplikasyonlara da neden olabilir. Trisiklik antidepresan kullanımı karaciğer enzimlerini yükseltebilir.(14)

1950'li yıllarda ortaya çıkan, psikiyatriye çok önemli katkıları olan imipipramin ve iproniazid den bu yana antidepresanlar depresyonda kullanılan birinci basamak tedavi olmuşlardır. (17)

2.2.5. Beck Depresyon Ölçeği :

Beck depresyon ölçeği, depresyon şiddetini ölçmek için hazırlanmış depresyon semptomlarıyla tutarlı sorulardan oluşan, dünya genelinde tanınan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 21 maddeden oluşur ve her madde bir depresyon semptomundan yola çıkılarak oluşturulmuştur. Ölçekteki her bir madde, katılımcıların son iki haftadaki kendisini en iyi ifade eden seçeneği tercih ettikleri 4 ifade içerir. Beck depresyon ölçeği 13 yaş ve üzeri ergenler ile yetişkinlerin kullanımına uygundur.(18) Bu ölçekten alınan 0-9 arasında alınan puan minimal depresyon ,10-16 arasında alınan puan hafif düzeyde depresyon ,17-29 arasında

alınan puan orta düzeyde depresyon ve 30-63 arasında alınan puan ise majör depresyon olarak yorumlanır.(19)

Beck depresyon ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (20)

Çalışmamızda beck depresyon ölçeği kullanılarak hipotiroidi tanılı hastaların depresyon sıklığını bulmayı, depresyona etki eden diğer faktörleri belirlemeyi, hipotiroidi hastalarına yaklaşımda depresyon hastalığına dikkat etme farkındalığı oluşturmayı amaçladık.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Uzmanlık tez çalışması olarak yapılmıştır. Bu araştırma için 22.01.2024 tarihli 2024-01-24 karar no ile Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmamız 01.03.2024-01.09.2024 tarihleri arasında Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hipotiroidi tanılı erişkin hastalarla yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Hastanemizin aile hekimliği polikliniğine araştırmamız için belirlenen tarihler içerisinde başvuran 18-65 yaş arası hipotiroidi tanısı almış kişiler evreni oluşturmaktadır. Hastanemizin aile hekimliği polikliniğine belirlenen tarihlerde başvuran hipotiroidi hastası yaklaşık 500 kişidir.%80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak olgu sayısı en düşük 111 olarak saptandı. Bizim çalışmamız 136 hasta üzerinden yürütüldü.

3.3. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Dahil edilme kriterleri:

- 1)Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurmak
- 2)18-65 yaş arası olmak
- 3)Hipotiroidi tanılı olmak
- 4)Anket ve ölçek çalışmasına katılmayı kabul etmek

Dışlanma kriterleri:

- 1)Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurmamak
- 2)18 yaşının altında ve 65 yaşının üzerinde olmak
- 3)Hipotiroidi tanılı olmamak

- 4)Anket ve ölçek çalışmasına katılmayı kabul etmemek
- 5)Hipotiroidi tanısı almadan önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almak

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik anket ve 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği çalışmayı kabul eden hastalar tarafından cevaplanarak veriler toplanmıştır.

3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Normal dağılım testi olarak Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

		N	N %
Cinsiyet	Kadın	124	91,2%
	Erkek	12	8,8%
Medeni Durumu	Evli	120	88,2%
	Bekar	16	11,8%
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	24	17,6%
	İlköğretim	72	52,9%
	Lise	27	19,9%
	Üniversite	13	9,6%
Meslek	Öğrenci	3	2,2%
	İşsiz	68	50,0%
	İşçi	16	11,8%
	Memur	3	2,2%
	Serbest meslek	46	33,8%
Yaşadığı Ortam	Anne Baba	11	8,1%
	Eş	120	88,2%
	Tek Başına	5	3,7%
Gelir durumu	Asgari ücret	102	75,0%
	2 asgari ücret	23	16,9%
	3 asgari ücret	7	5,1%
	4 asgari ücret ve üzeri	4	2,9%
Sigara	Evet	31	22,8%
	Hayır	105	77,2%
Alkol	Evet	6	4,4%
	Hayır	130	95,6%

Hastaların %91,2'si kadın, %8,8'i erkektir. %88,2'si evli, %11,8'i bekadır. Eğitim düzeyine göre %17,6'sı okuryazar değil, %52,9'u ilköğretim, %19,9'u lise, %9,6'sı üniversite mezunudur. Meslek durumlarına göre %50'si işsiz, %33,8'i serbest meslek sahibi, %11,8'i işçi, %2,2'si memur, %2,2'si öğrencidir. Yaşadıkları ortama göre %88,2'si eşiyile, %8,1'i anne-babasıyla, %3,7'si tek başına yaşamaktadır. Gelir durumuna göre %75'i asgari ücretle geçinmekte, %16,9'u 2 asgari ücret, %5,1'i 3 asgari ücret, %2,9'u 4 asgari ücret ve üzeri gelire sahiptir.

Hastaların %22,8'i sigara kullanırken, %77,2'si sigara kullanmamaktadır. Alkol kullanım oranlarına bakıldığında, %4,4'ü alkol kullanmakta, %95,6'sı ise kullanmamaktadır. (Tablo 1)

Tablo 2: Hastaların tiroid hastalıkları ile ilgili özellikleri

		N	N %
Hipotiroidi tanınızı ne zaman aldınız?	0-1 yıl içinde	18	13,2%
	1-3 yıl içinde	14	10,3%
	3-5 yıl içinde	14	10,3%
	5 yıldan fazla	89	65,4%
Hipotiroidi tedavinize nasıl devam ediyorsunuz?	İlaçsız takip ediliyorum	6	4,4%
	İlaç yazıldı kullanmıyorum	5	3,7%
	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	80	58,8%
	İlaçlarımı düzenli kullanmıyorum	45	33,1%
Hipotiroidi hastalığınıza eşlik eden başka bir kronik hastalığınız varsa bu nedir ?	Diabetes mellitus	24	17,6%
	Hipertansiyon	29	21,3%
	Diabet ve hipertansiyon	9	6,6%
	Malignite	3	2,2%
	Diğer	3	2,2%
Hipotiroidi hastalığınız ile ilgili takiplerinize düzenli devam ediyor musunuz?	Evet	115	84,6%
	Hayır	21	15,4%
Hipotiroidi tedavi ve takiplerinize nerede devam ediyorsunuz?	Aile sağlığı merkezi	59	43,4%
	Özel hastane	4	2,9%
	Devlet hastanesi	61	44,9%
	Üniversite-egitim araştırma hastanesinde	12	8,8%

Hastaların %13,2'si hipotiroidi tanısını son 0-1 yıl içinde, %10,3'ü 1-3 yıl içinde, %10,3'ü 3-5 yıl içinde, %65,4'ü ise 5 yıldan daha uzun bir süre önce almıştır. Hipotiroidi tedavisine devam etme şekilleri incelendiğinde, %4,4'ü ilaçsız takip edilirken, %3,7'sine ilaç yazılmış ancak kullanmamaktadır, %58,8'i ilaçlarını düzenli

kullanmakta, %33,1'i ise ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır. Hipotiroidiye eşlik eden kronik hastalıklar arasında %17,6 ile diabetes mellitus, %21,3 ile hipertansiyon, %6,6 ile diabetes mellitus ve hipertansiyon, %2,2 ile malignite , %2.2 ile de diğer hastalıklardan biri bulunmaktadır. Takiplerin düzenli yapılması durumunda hastaların %84,6'sı evet, %15,4'ü hayır yanıtını vermiştir. Hipotiroidi tedavi ve takiplerinin sürdürüldüğü yerlere bakıldığında %43,4'ü aile sağlığı merkezinde, %2,9'u özel hastanede, %44,9'u devlet hastanesinde, %8,8'i ise üniversite-eğitim araştırma hastanesinde devam etmektedir. (Tablo 2)

Hastaların birinci derece yakınlarında psikiyatrik tanı dağılımı sorgulandığında %6,6 depresyon, %0,7 şizofreni, %4,4 anksiyete bozukluğu, %4,4 diğer tanımlar ve %83,8'i psikiyatrik tanısı olmayan yakınlar olarak belirtilmiştir.

Tablo 3: Hastaların tanı alma zamanına göre takiplerinin oranları
Hipotiroidi hastalığınız ile ilgili
takiplerinize düzenli devam ediyor
musunuz?

		Evet		Hayır	
		N	N %	N	N %
Hipotiroidi tanınızı ne zaman aldınız?	0-1 yıl içinde	16	88,9%	2	11,1%
	1-3 yıl içinde	11	78,6%	3	21,4%
	3-5 yıl içinde	14	100%	0	0,0%
	5 yıldan fazla	73	82%	16	18%

Hipotiroidi tanısı 0-1 yıl içinde konan hastaların %88,9'u takiplerine düzenli devam ederken, %11,1'i düzenli devam etmemektedir. Tanıyı 1-3 yıl içinde alan hastaların %78,6'sı takiplerini düzenli sürdürürken, %21,4'ü takiplerine düzenli devam etmemektedir. Tanıyı 3-5 yıl önce alan hastaların %100'ü takiplerine düzenli devam ederken, 5 yıldan daha uzun süredir tanısı olan hastaların %82'si düzenli olarak takiplerini sürdürmekte, %18'i ise düzenli devam etmemektedir. (Tablo 3)

Tablo 4: Hastaların takiplerine nerde devam ettiklerine göre tedavi düzeni

		Hipotiroidi hastalığınız ile ilgili takiplerinize düzenli devam ediyor musunuz?			
		Evet		Hayır	
		N	N %	N	N %
Hipotiroidi tedavi ve takiplerinize nerede devam ediyorsunuz?	Aile Sağlığı Merkezi	46	78,0%	13	22,0%
	Özel Hastane	4	100,0%	0	0,0%
	Devlet Hastanesi	54	88,5%	7	11,5%
	Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesinde	11	91,7%	1	8,3%

Hipotiroidi tedavi ve takiplerine aile sağlığı merkezinde devam eden hastaların %78,0'i takiplerine düzenli devam ederken, %22,0'si düzenli devam etmemektedir. Özel hastanede takiplerini sürdüren hastaların %100,0'ü düzenli devam etmektedir. Devlet hastanesinde takip edilen hastaların %88,5'i düzenli devam ederken, %11,5'i düzenli devam etmemektedir. Üniversite-eğitim araştırma hastanesinde takip edilen hastaların %91,7'si düzenli devam ederken, %8,3'ü düzenli devam etmemektedir. (Tablo 4)

Tablo 5: Hastaların takiplerine nerede devam ettiklerine göre TSH değerleri

		En son ölçülen TSH değeriniz nedir?									
		0-1 aralığında		1-2,5 aralığında		2,5-4,5 aralığında		4,5-8 aralığında		8 üzeri	
		N	N %	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %
Hipotiroidi tedavi ve takiplerinize nerede devam ediyorsunuz?	Aile Sağlığı Merkezi	4	6,80%	15	25,40%	20	33,90%	13	22,00%	7	11,90%
	Özel Hastane	1	25,00%	0	0,00%	1	25,00%	1	25,00%	1	25,00%
	Devlet Hastanesi	11	18,00%	22	36,10%	18	29,50%	8	13,10%	2	3,30%
	Üniversite-Eğitim Araştırma	2	16,70%	3	25,00%	5	41,70%	2	16,70%	0	0,00%

Aile sağlığı merkezinde takip edilen hastaların %6,8'i 0-1, %25,4'ü 1-2,5, %33,9'u 2,5-4,5, %22,0'si 4,5-8 ve %11,9'u 8 üzeri TSH değerine sahiptir. Özel

hastanede takip edilen hastaların %25,0'i 0-1, %25,0'i 2,5-4,5, %25,0'i 4,5-8 ve %25,0'i 8 üzeri TSH değerine sahiptir. Devlet hastanesinde takip edilen hastaların %18,0'i 0-1, %36,1'i 1-2,5, %29,5'i 2,5-4,5, %13,1'i 4,5-8 ve %3,3'ü 8 üzeri TSH değerine sahiptir. Üniversite-eğitim araştırma hastanesinde takip edilen hastaların %16,7'si 0-1, %25,0'i 1-2,5, %41,7'si 2,5-4,5, %16,7'si 4,5-8 TSH değerine sahiptir. (Tablo 5)

Tablo 6: Hastaların TSH değerlerine göre takiplerinin düzeni

		Hipotiroidi hastalığınız ile ilgili takiplerinize düzenli devam ediyormusunuz			
		Evet		Hayır	
		N	N %	N	N %
En son ölçülen TSH değeriniz nedir?	0-1 aralığında	15	83,3%	3	16,7%
	1-2,5 aralığında	35	87,5%	5	12,5%
	2,5-4,5 aralığında	39	88,6%	5	11,4%
	4,5-8 aralığında	21	87,5%	3	12,5%
	8 üzeri	5	50,0%	5	50,0%

En son ölçülen TSH değeri 0-1 aralığında olan hastaların %83,3'ü takiplerine düzenli devam ederken, %16,7'si düzenli devam etmemektedir. TSH değeri 1-2,5 aralığında olan hastaların %87,5'i düzenli devam etmekte, %12,5'i düzenli devam etmemektedir. TSH değeri 2,5-4,5 aralığında olan hastaların %88,6'sı düzenli devam ederken, %11,4'ü düzenli devam etmemektedir. TSH değeri 4,5-8 aralığında olan hastaların %87,5'i düzenli devam etmekte, %12,5'i düzenli devam etmemektedir. TSH değeri 8 üzeri olan hastaların %50,0'si düzenli devam ederken, %50,0'si düzenli devam etmemektedir. (Tablo 6)

Tablo 7: Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları yüzdesi

	N	N %
Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları		
0-16 puan	96	70,6%
17 puan ve üstü	40	29,4%

17 puan ve üzerini depresyon açısından anlamlı kabul ettiğimiz Beck depresyon ölçeği toplam puanlarına göre, hastaların %70,6'sı 0-16 puan grubunda

(N=96) yer alırken, %29,4’ü 17 puan ve üstü grubunda (N=40) yer almaktadır.
(Tablo 7)

Tablo 8: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçeği ortalama puanları

		Beck depresyon ölçeği toplam puanı					p*
		Ort.	SS	Median	Min.	Max.	
Cinsiyet	Erkek	8	6	8	1	24	0,018
	Kadın	14	9	12	0	40	
Medeni Durum	Evli	13	8	12	0	40	0,842
	Bekar	14	10	14	1	29	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	11	6	9	0	22	0,404**
	İlköğretim	14	9	12	0	40	
	Lise	15	9	12	2	40	
	Üniversite	13	10	12	1	29	
Meslek	Öğrenci	7	10	1	1	19	0,166**
	İşsiz	15	10	12	0	40	
	İşçi	13	8	12	2	29	
	Memur	5	5	5	1	10	
	Serbest Meslek	12	7	12	2	29	
Yaşadığı Ortam	Anne Babam İle	17	10	19	1	29	0,132**
	Eşim İle	13	8	12	0	40	
	Tek Başına	7	6	4	3	15	
Sigara Kullanımı	Evet	16	9	16	0	40	0,012
	Hayır	12	8	10	0	40	
Alkol Kullanımı	Evet	20	5	20	13	27	0,016
	Hayır	13	9	11	0	40	
Gelir Durumu	Asgari Ücret	13	8	12	0	36	0,351**
	2 Asgari Ücret	13	8	11	2	40	
	3 Asgari Ücret	20	12	17	4	40	
	4 Asgari Ücret Ve Üzeri	12	12	9	1	29	

*Mann Whitney U Testi.

**Kruskal Wallis Testi p<0,05

Cinsiyete göre ,Beck depresyon ölçeği toplam puanlarının erkeklerde ortalama değeri 8 (± 6), kadınlarda ortalama değeri 14 (± 9) olarak bulunmuş olup p değeri 0,018'dir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Medeni durum açısından evli hastaların ortalama puanı 13(± 8), bekar hastaların ortalama puanı 14 (± 10) olup, p değeri 0,842'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumuna göre, okuryazar olmayanların ortalama puanı 11 (± 6), ilk öğretim mezunlarının ortalama puanı 14 (± 9), lise mezunlarının ortalama puanı 15 (± 9), üniversite mezunlarının ortalama puanı 13 (± 10) olarak belirlenmiş olup, p değeri 0,404'tür; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Mesleğe göre, öğrencilerin ortalama puanı 7(± 10), işsizlerin ortalama puanı 15(± 10), işçilerin ortalama puanı 13(± 8), memurların ortalama puanı 5(± 5), serbest meslek sahiplerinin ortalama puanı 12(± 7) olup, p değeri 0,166'dır; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaşadığı ortam açısından değerlendirildiğinde, anne babası ile yaşayanların ortalama puanı 17(± 10), eşi ile yaşayanların ortalama puanı 13(± 8), yalnız yaşayanların ortalama puanı 7(± 6) olup, p değeri 0,132'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sigara kullanım durumlarına göre, sigara kullananların ortalama değeri 16(± 9), sigara kullanmayanların ortalama değerleri 12(± 8) olup, p değeri 0,012'dir; istatistiksel olarak anlamlıdır. Alkol kullanım durumlarına göre, alkol kullananların ortalama puanı 20(± 5), alkol kullanmayanları ortalama puanı 13(± 9) olup, p değeri 0,016'dır; istatistiksel olarak anlamlıdır. Gelir durumuna göre, asgari ücretle çalışanların ortalama puanı 13(± 8), 2 asgari ücret geliri olanların ortalama puanı 13(± 8), 3 asgari ücret geliri olanların ortalama puanı 20(± 12), 4 asgari ücret ve üzeri geliri olanların ortalama puanı 12(± 12) olup, p değeri 0,351'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 8)

Tablo 9: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları

		Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları				
		0-16 puan		17 puan ve üstü		
		N	N %	N	N %	p*
Cinsiyet	Kadın	85	68,5%	39	31,5%	0,11
	Erkek	11	91,7%	1	8,3%	
Medeni Durum	Evli	86	71,7%	34	28,3%	0,56
	Bekar	10	62,5%	6	37,5%	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	19	79,2%	5	20,8%	0,627
	İlköğretim	49	68,1%	23	31,9%	
	Lise	20	74,1%	7	25,9%	
	Üniversite	8	61,5%	5	38,5%	
Meslek	İşsiz	45	66,2%	23	33,8%	0,708
	Öğrenci	2	66,7%	1	33,3%	
	İşçi	11	68,8%	5	31,3%	
	Memur	3	100,0%	0	0,0%	
	Serbest Meslek	35	76,1%	11	23,9%	
Yaşadığı Ortam	Anne Babam İle	5	45,5%	6	54,5%	0,073
	Eşim İle	86	71,7%	34	28,3%	
	Tek Başına	5	100,0%	0	0,0%	
Gelir Durumu	Asgari Ücret	72	70,6%	30	29,4%	0,354
	2 Asgari Ücret	18	78,3%	5	21,7%	
	3 Asgari Ücret	3	42,9%	4	57,1%	
	4 Asgari Ücret Ve Üzeri	3	75,0%	1	25,0%	

*Ki-Kare testi

p<0,05

Cinsiyete göre Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları incelendiğinde, kadınların %68,5'i 0-16 puan grubunda, %31,5'i ise 17 puan ve üstü grubunda yer alırken; erkeklerin %91,7'si 0-16 puan grubunda, %8,3'ü ise 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,11'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Medeni duruma göre, evli hastaların %71,7'si 0-16 puan grubunda, %28,3'ü ise 17 puan ve üstü grubunda yer alırken; bekar hastaların %62,5'i 0-16 puan grubunda, %37,5'i ise 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,56'dır; istatistiksel

olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumu açısından, okuryazar olmayan hastaların %79,2'si 0-16 puan grubunda, %20,8'i ise 17 puan ve üstü grubunda; ilköğretim mezunlarının %68,1'i 0-16 puan grubunda, %31,9'u ise 17 puan ve üstü grubunda; lise mezunlarının %74,1'i 0-16 puan grubunda, %25,9'u ise 17 puan ve üstü grubunda; üniversite mezunlarının ise %61,5'i 0-16 puan grubunda, %38,5'i ise 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,627'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Mesleğe göre, işsiz hastaların %66,2'si 0-16 puan grubunda, %33,8'i ise 17 puan ve üstü grubunda; öğrencilerin %66,7'si 0-16 puan grubunda, %33,3'ü ise 17 puan ve üstü grubunda; işçilerin %68,8'i 0-16 puan grubunda, %31,3'ü ise 17 puan ve üstü grubunda; memurların %100,0'ı 0-16 puan grubunda; serbest meslek sahiplerinin ise %76,1'i 0-16 puan grubunda, %23,9'u ise 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,708'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaşadığı ortam açısından, anne babası ile yaşayan hastaların %45,5'i 0-16 puan grubunda, %54,5'i ise 17 puan ve üstü grubunda; eşi ile yaşayanların %71,7'si 0-16 puan grubunda, %28,3'ü ise 17 puan ve üstü grubunda; tek başına yaşayanların %100,0'ı 0-16 puan grubunda yer almıştır, p değeri 0,073'tür; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gelir durumu açısından, asgari ücretle geçinenlerin %70,6'sı 0-16 puan grubunda, %29,4'ü ise 17 puan ve üstü grubunda; 2 asgari ücret geliri olanların %78,3'ü 0-16 puan grubunda, %21,7'si ise 17 puan ve üstü grubunda; 3 asgari ücret geliri olanların %42,9'u 0-16 puan grubunda, %57,1'i ise 17 puan ve üstü grubunda; 4 asgari ücret ve üzeri geliri olanların %75,0'i 0-16 puan grubunda, %25,0'i ise 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,354'tür; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 9)

Tablo 10: Hastaların sigara ve alkol Kullanımına göre Beck depresyon ölçek puan grupları

		Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları				p*
		0-16 puan		17 puan ve üstü		
		N	N %	N	N %	
Sigara Kullanımı	Evet	18	58,1%	13	41,9%	0,129
	Hayır	78	74,3%	27	25,7%	
Alkol Kullanımı	Evet	2	33,3%	4	66,7%	0,062
	Hayır	94	72,3%	36	27,7%	

*Ki-Kare testi
p<0,05

Sigara kullanımı açısından Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları incelendiğinde, sigara kullanan hastaların %58,1'i 0-16 puan grubunda, %41,9'u ise 17 puan ve üstü grubunda yer alırken; sigara kullanmayan hastaların %74,3'ü 0-16 puan grubunda, %25,7'si ise 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,129'dur; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alkol kullanımı açısından, alkol kullanan hastaların %33,3'ü 0-16 puan grubunda, %66,7'si ise 17 puan ve üstü grubunda yer alırken; alkol kullanmayan hastaların %72,3'ü 0-16 puan grubunda, %27,7'si ise 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,062'dir; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 10)

Tablo 11: Hastaların tanı alma zamanına göre Beck depresyon ölçek puanı

		Beck depresyon ölçeği toplam puanı					
		Ort.	SS	Median	Min.	Max.	P*
Hipotiroidi tanınızı ne zaman aldınız?	0-3 yıl içinde	14	8	14	0	29	0,176*
	>3 yıl	13	9	10	0	40	

*Mann Whitney U Testi
p<0,05

Hipotiroidi tanısını 0-3 yıl içinde alan hastaların Beck depresyon ölçeği toplam puan ortalama değeri 14(±8), 3 yıldan uzun süredir tanısı olan hastaların ortalama puanı 13(±9) olup, p değeri 0,176'dır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 11)

Tablo 12: Hastaların tedavilerinin düzenine göre Beck depresyon ölçek puanı

		Beck depresyon ölçeği toplam puanı					
		Ort.	SS	Median	Min.	Max.	p*
Hipotiroidi tedavinize nasıl devam ediyorsunuz?	Düzenli	14	10	12	0	40	0,962
	Düzensiz	13	7	12	2	30	

*Mann Whitney U Testi
p<0,05

Hipotiroidi tedavisine düzenli devam eden hastaların Beck depresyon ölçeği toplam puan ortalama değeri 14(\pm 10), düzensiz tedaviye devam eden hastaların ortalama puanı 13(\pm 7) olup, p değeri 0,962'dir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 12)

Tablo 13: Hastaların eşlik eden hastalık olması durumuna göre Beck depresyon ölçek puanı

		Beck depresyon ölçeği toplam puanı					p*
		Ort.	SS	Median	Min.	Max.	
Hipotiroidi dışında eşlik eden başka bir kronik hastalığınız var mı ?	Evet	13	8	12	0	40	0,912
	Hayır	13	9	12	0	40	

*Mann Whitney U Testi
p<0,05

Hipotiroidi dışında eşlik eden başka bir kronik hastalığı olanların Beck depresyon ölçeği toplam puan ortalama değeri 13(\pm 8), kronik hastalığı olmayanların ortalama puanı 13(\pm 9) olup, p değeri 0,912'dir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 13)

Tablo 14: Hastaların takip düzenine göre TSH değerleri

		En son ölçülen TSH değeriniz nedir?				p*
		0-4,5		4,5 üzeri		
		N	N %	N	N %	
Hipotiroidi tedavinize nasıl devam ediyorsunuz?	Düzenli	60	75,0%	20	25,0%	0,899
	Düzensiz	37	74,0%	13	26,0%	

*Ki-Kare Testi
p<0,05

Hipotiroidi tedavisinin düzenine göre en son ölçülen TSH değerleri incelendiğinde, tedavisine düzenli devam eden hastaların %75,0'i 0-4,5 TSH değerine sahipken, %25,0'i 4,5 ve üzeri TSH değerine sahiptir. Tedavisine düzensiz devam eden hastaların %74,0'ı 0-4,5 TSH değerine sahipken, %26,0'sı 4,5 ve üzeri

TSH değerine sahiptir, p değeri 0,899'dur; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 14)

Tablo 15: Hastaların takiplerine nerde devam ettiklerine göre TSH Değerleri

		En son ölçülen TSH değeriniz nedir?				p*
		0-4,5		4,5 üzeri		
		N	N %	N	N %	
Hipotiroidi tedavi ve takiplerinize nerede devam ediyorsunuz?	Aile Sağlığı Merkezi	39	66,1%	20	33,1%	0,064
	Özel Hastane	2	50,0%	2	50,0%	
	Devlet Hastanesi	51	83,6%	10	16,4%	
	Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi	10	83,3%	2	16,7%	

*Ki-Kare Testi

p<0,05

Hipotiroidi tedavi ve takibinin yapıldığı sağlık merkezlerine göre en son ölçülen TSH değerleri incelendiğinde, Aile Sağlığı Merkezi'nde takip edilen hastaların %66,1'i 0-4,5 TSH değerine sahipken, %33,1'i 4,5 ve üzeri TSH değerine sahiptir. Özel Hastane'de takip edilenlerin %50,0'si 0-4,5 TSH değerine sahipken, %50,0'si 4,5 ve üzeri TSH değerine sahiptir. Devlet Hastanesi'nde takip edilenlerin %83,6'sı 0-4,5 TSH değerine sahipken, %16,4'si 4,5 ve üzeri TSH değerine sahiptir. Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi'nde takip edilenlerin %83,3'ü 0-4,5 TSH değerine sahipken, %16,7'si 4,5 ve üzeri TSH değerine sahiptir, p değeri 0,064'tür; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 15)

Tablo 16: Hastaların tanı ve takip durumlarına göre Beck depresyon ölçek puan grupları

		Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları				p*
		0-16 puan		17 puan ve üstü		
		N	N %	N	N %	
Hipotiroidi tanınızı ne zaman aldınız?	0-3 yıl içinde	22	66,7%	11	33,3%	0,727
	>3 yıl	74	71,8%	29	28,2%	
Hipotiroidi tedavinize nasıl devam ediyorsunuz?	Düzenli	54	67,5%	26	32,5%	0,673
	Düzensiz	37	74,0%	13	26,0%	
Hipotiroidi dışında eşlik eden başka bir kronik hastalığınız var mı ?	Evet	32	71,1%	13	28,9%	1,000
	Hayır	64	70,3%	27	29,7%	
Hipotiroidi hastalığınız ile ilgili takiplerinize düzenli devam ediyor musunuz?	Evet	84	73,0%	31	27,0%	0,226
	Hayır	12	57,1%	9	42,9%	
Hipotiroidi tedavi ve takiplerinize nerede devam ediyorsunuz?	Aile Sağlığı Merkezi	37	62,7%	22	37,3%	0,103
	Devlet Hastanesi	48	78,7%	13	21,3%	
	Özel Hastane	4	100,0%	0	0,0%	
	Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesinde	7	58,3%	5	41,7%	

*Ki-Kare testi

p<0,05

Hastaların tiroid hastalık özelliklerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları incelendiğinde: Hipotiroidi tanısını 0-3 yıl içinde alanların %66,7'si 0-16 puan grubunda, %33,3'ü 17 puan ve üstü grubunda yer alırken; 3 yıl üzerinde olanların %71,8'i 0-16 puan grubunda, %28,2'si 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır. P değeri 0,727 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hipotiroidi tedavisine düzenli devam edenlerin %67,5'i 0-16 puan grubunda, %32,5'i 17 puan ve üstü grubunda; düzensiz devam edenlerin %74,0'ü 0-16 puan grubunda, %26,0'sı 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır. P değeri 0,673 olup, istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır. Eşlik eden kronik hastalık varlığı durumunda %71,1'i 0-16 puan grubunda, %28,9'u 17 puan ve üstü grubunda yer alırken; olmayanların %70,3'ü 0-16 puan grubunda, %29,7'si 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır. P değeri 1,000 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hipotiroidi hastalığı takibine düzenli devam edenlerin %73,0'ü 0-16 puan grubunda, %27,0'si 17 puan ve üstü grubunda yer alırken; düzensiz devam edenlerin %57,1'i 0-16 puan grubunda, %42,9'u 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır. P değeri 0,226 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Takiplerin yapıldığı yere göre Aile Sağlığı Merkezi'nde devam edenlerin %62,7'si 0-16 puan grubunda, %37,3'ü 17 puan ve üstü grubunda; Devlet Hastanesi'nde devam edenlerin %78,7'si 0-16 puan grubunda, %21,3'ü 17 puan ve üstü grubunda; Özel Hastane'de devam edenlerin %100,0'ı 0-16 puan grubunda; Üniversite-Eğitim Araştırma Hastanesi'nde devam edenlerin %58,3'ü 0-16 puan grubunda, %41,7'si 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır. P değeri 0,103 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 16)

Tablo 17: Hastaların TSH değerlerine göre Beck depresyon ölçeği ortalama puanları

		Beck depresyon ölçeği toplam puanı					
		Ort.	SS	Median	Min.	Max.	p*
En son ölçülen tsh değeriniz nedir?	0-1 aralığında	15	8	15	2	40	0,619
	1-2,5 aralığında	12	9	11	0	35	
	2,5-4,5 aralığında	13	8	11	1	29	
	4,5-8 aralığında	13	9	12	0	40	
	8 üzeri	16	12	11	4	36	

**Kruskal Wallis Testi

p<0,05

TSH değerlerine göre Beck depresyon ölçek puanı incelendiğinde; TSH değeri 0-1 aralığında olanların ortalama puanı 15(±8), 1-2,5 aralığında olanların ortalama puanı 12(±9), 2,5-4,5 aralığında olanların ortalama puanı 13(±8), 4,5-8 aralığında olanların ortalama puanı 13(±9), 8 üzeri olanların ortalama puanı 16(±12) olarak belirlenmiştir, p değeri 0,619 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 17)

Tablo 18: Hastaların TSH Değerlerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları

		Beck depresyon ölçeği toplam puan grupları				
		0-16 puan		17 puan ve üstü		
		N	N %	N	N %	p*
En son ölçülen TSH değeriniz nedir?	0-1 aralığında	12	66,7%	6	33,3%	0,892
	1-2,5 aralığında	28	70,0%	12	30,0%	
	2,5-4,5 aralığında	30	68,2%	14	31,8%	
	4,5-8 aralığında	19	79,2%	5	20,8%	
	8 üzeri	7	70,0%	3	30,0%	

*Ki-Kare testi

p<0,05

TSH değerlerine göre Beck depresyon ölçek puan grupları incelendiğinde; TSH değeri 0-1 aralığında olan hastaların %66,7'si 0-16 puan grubunda, %33,3'ü 17 puan ve üstü grubunda yer alırken, 1-2,5 aralığında olanların %70,0'ı 0-16 puan grubunda, %30,0'ı 17 puan ve üstü grubunda yer almıştır, p değeri 0,892 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 18)

5. TARTIŞMA

Hipotiroidi hastalığının etkilediği önemli organlardan biri beyindir ve hipotiroidi hastalığı bu hedef organı etkileyerek depresyon benzeri semptomlar oluşmasına yol açabilir. Bu nedenle klinikte depresyon tespit edilen hastalarda tiroid fonksiyon bozuklukları rutin olarak taranır.(21) Bu çalışmada ise hipotiroidi tanılı bireylere depresyon taraması yapılmıştır. Çalışmanın amacı 18-65 yaş arasındaki hipotiroidi tanılı hastaların depresyon oranını Beck Depresyon Ölçeği vasıtası ile ölçmek ve hazırlanan sosyodemografik anket kullanarak depresyona etki eden faktörleri belirlemektir.

Çalışmamıza katılan 136 hastanın Beck Depresyon Ölçeğinden aldığı puanlara göre yapılan hesaplamada depresyon oranı %29,4 olarak tespit edilmiştir. Genel popülasyon üzerinde depresyon sıklığını belirlemek için yapılan çalışma örnekleri mevcuttur. Doğan ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı çalışmada depresyon sıklığı %8-20 arasında bulunmuştur. (22) Başka bir çalışmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %1,5-19 arasında belirtilmiştir. (23) Angst'ın yaptığı çalışmada bu oran %4,4-%19.6 olarak belirtilmiştir.(24). Hipotiroidi hastaları üzerinde yapılan depresyon sıklığı belirleme çalışmalarında bu oran genel popülasyondan yüksek bulunmuştur. Başaran 2019 yılında yaptığı çalışmada hipotiroidi tanılı hastalarda depresyon oranını %34,7 olarak tespit etmiştir. (25) Itterman ve arkadaşları 2015 yılında tedavi edilmemiş hipotiroidizmin daha yüksek depresyon riski oluşturduğunu tespit etmişlerdir.(26) Subklinik hipotiroidizimli hastalar üzerinde Loh ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı bir çalışmada subklinik hipotiroidizme sahip olan hastaların ötiroid kontrollere göre depresyon açısından 2,35 kat daha fazla risk taşıdığı tespit edilmiştir.(27) Bizim çalışmamızda da hipotiroidi hastalarının depresyon sıklığı genel popülasyondaki depresyon sıklığından yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç literatür ile uyumludur. Depresyon hastalarında hipotalamus-hipofiz-tiroid ekseninin bozulması hipotiroidi hastalığının depresyon oluşturma mekanizmasını açıklayabilir. Glombik ve arkadaşları 2020 yılında yapılan çalışmalarında hipotiroidili sıçanlarda bozulmuş beyin enerji metabolizmasını göstererek, hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenini bozukluğunun varlığını gösteren verileri destekleyen sonuçlar elde etmişlerdir.(28)

Bu bilgilerle hipotiroidi hastalığının depresyon hastalığı için bir risk faktörü olduğunu ve hipotiroidi hastalarına depresyon taraması yapılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılanlar arasında kadınlar %91,2'lik oranla çoğunluğu oluşturmaktadır. Kadınlarda hipotiroidi hastalığı erkeklere kıyasla 5 ile 8 kat daha fazla görülür.(29) Arslan ve arkadaşlarının 2021 yılında hipotiroidili hastalar ile yaptıkları çalışmada kadınların oranı %85,4 olarak tespit edilmiştir. (30) Başaran 'ın çalışmasında ise bu oran %88,8 olarak belirlenmiştir. (25) Bunun gibi hipotiroidi hastalığının kadınlarda daha sık görüldüğünü gösteren birçok çalışma mevcuttur.(31,32,33). Bizim çalışmamızda hipotiroidi hastalığı literatür ile uyumlu olarak kadınlarda yaklaşık 10 kat fazla görülmüştür.

Biyolojik ve psikososyal faktörler kadınların majör depresyona karşı daha savunmasız olmasına katkıda bulunur.(34) Ünal ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada hekime başvuran hastaların %62,5'inin kadınlar olduğu belirtilmiştir.(35) Akça ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise depresyon saptanan kişilerin %82,5'inin kadın olduğu belirtilmiştir.(36) Bizim çalışmamızda Beck depresyon ölçeği ortalama puanı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatür ile uyumludur. Biz, kadınların toplum ve aile içerisindeki sorumluluklarının fazla olmasının, biyolojik yapısının, kültürel konumunun, karşılaşılan problemlerle başa çıkma tarzının, kendisinden beklentilerin fazla olmasının depresyona yatkınlığı arttıran sebepler olduğunu düşünüyoruz.

Bir çok çalışmadan elde edilen bulguya göre eğitim durumunun düşmesi depresyon oranını arttırırken eğitim durumunun artması depresyon oranını azaltmaktadır. (37,38,39) Uslu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi ile depresyon arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır.(40) Bizim çalışmamızda da eğitim durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Uslu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yalnız yaşamının depresyon için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde risk oluşturduğu belirtilmiştir. (40) Erşan ve arkadaşlarının çalışmasında da aynı şekilde yalnız yaşayanlarda depresyon anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.(41) Bizim çalışmamızda yaşanan ortamla depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamıza katılan 136 hastadan sadece

5 inin yalnız yaşamasının bu sonucun oluşmasında etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Yücel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gelir düzeyi ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.(42) Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında da ekonomik durum ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir. (37) Gelir durumu ve depresyon arasında negatif bir korelasyon beklenirken bizim araştırmamızda da istatistiksel olarak anlamlılık bulunamadı. Bu bulgu literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi.

2022 yılında yapılan Multinodüler guatr hastalarında anksiyete ve depresyonu araştıran bir çalışmada sigara kullanımı ile depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.(43) 2008 yılında sigara içme sıklığı ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmada da benzer şekilde sigara içme ile depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.(44) Bu çalışmalardan farklı olarak sigara kullanımı ve depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğunu belirleyen çalışmalar da mevcuttur. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile artmış depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.(45) Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uykululuk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada sigara bağımlılığının hafif depresyon düzeyinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur.(46) Bizim çalışmamızda Beck depresyon ölçeğinden alınan ortalama puanlara göre sigara kullanımı ile depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Sigara içme ile depresyon arasında bir ilişki olabileceği gibi depresif kişiler kendilerini yatıştırma yada uyarma içgüdüleriyle sigara içme davranışı sergiliyor olabilir.(47) Biz çalışmaların yapıldığı bölgelerdeki kişilerin yaşam tarzı farklılıkları, refah seviyeleri, içlerinde buldukları sosyal çevre farklılıkları sebebiyle farklı sonuçlar elde edildiğini düşündük.

Alkol kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma vardır. (48,49) Yalnız her iki durum arasında hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu bilgisi henüz tam olarak belirlenememiştir. Depresyon mu alkol kullanımını tetikler yoksa alkol kullanımı mı depresyona zemin hazırlar sorusunun cevabı hala netlik kazanmamıştır.(50) Alver ve arkadaşları üniversite öğrencilerinin alkol

istismarı ve depresyon düzeyleri hakkında araştırma yapmış ve bu iki patoloji arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır.(51) Arıkan ve arkadaşlarının çalışmasında depresif belirtilerin alkolün insan vücudundaki fizyolojik etkileri ya da alkol bağımlılığına bağlı kayıplar sonucunda oluşabileceği görüşünü destekleyen bulgular elde edilmiştir.(50) Bizim çalışmamızda alkol kullananlarda Beck depresyon ölçeği ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Beck depresyon ölçeği puan gruplarına baktığımızda alkol kullananların %66,7 si 17 puan ve üzerinde almıştır ancak bu yüksek oran istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Çalışmaya katılan kişilerin dini inançlar, toplum baskısı endişesi gibi nedenlerle alkol kullanımı gizleyebileceğini, bu nedenle düşük hasta sayısının bu farklı sonuca neden olabileceğini düşündük.

Hipotiroidi hastaları ile yaptığımız bu çalışmaya katılan hastaların yaklaşık %90' ının takiplerine 1.ve 2. basamaklarda eşit derecede devam ettiği , 3. Basamağa başvuru oranının düşük olduğu tespit edildi. 2.ve 3. Basamakta takip ve tedavilerine devam eden hastaların TSH düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da daha düşük seviyelerde olduğu tespit edildi. Bu bulgulara dayanarak 1.basamakta hipotiroidi takip ve tedavisinin daha verimli yapılabilmesi için bu kurumlarda çalışan hekimlerin eğitimine önem verilmesi gerektiğini, aile hekimliği alanında uzmanlaşmanın 1.basamak hekimlerinin yeterlilik düzeyini arttıracakını düşünmekteyiz.

5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları :

Çalışmaya katılan hasta sayısının azlığı istatistiksel olarak güvenilir sonuçlar elde edilmesini engelleyen kısıtlılıktır. Çalışmaya katılan kişilerin eğitim durumunun düşüklüğü, gelir durumunun düşüklüğü, dini inançlar gereği katı değer yargılarının olması sorulara verilen yanıtların güvenilirliğini etkileyen kısıtlılıklardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda hipotiroidi hastalarında depresyon oranı genel popülasyona oranla artmış olarak bulunmuştur. Buradan yola çıkarak hipotiroidi hastalığının depresyon oluşumu için bir risk faktörü olduğu tezini güçlendirebiliriz. Yine bu sonuçlara dayanarak hipotiroidi hastalığının takiplerinde sadece laboratuvar , görüntüleme ve fiziksel muayene değil aynı zamanda psikiyatrik hastalıklar açısından da muayene gerekliliği göz ardı edilmemelidir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bir diğer sonuç ise Beck depresyon ölçeği ortalama puanlarına göre sigara ve alkol kullanımı ile depresyon sıklığı arasında ilişki olduğudur. Bu sonuca dayanarak hastaların sigara ve alkol kullanımlarının sorgulanması, gerektiği zamanlarda 1.basamak hekiminin sigara bırakma poliklinikleri ,amatem, psikiyatri klinikleriyle iş birliği içinde çalışılması önerilebilir. Bu iki zararlı alışkanlığın kişiyi sadece fiziksel yönden değil ruhsal hastalıklar yönünden de olumsuz etkileyebileceğinin bilgisini hastalara vermeyi önermekteyiz.

Bu sonuçlara dayanarak aile hekimlerine bazı önerilerde bulunulabilir;

1.Hipotiroidi hastalığı nedeniyle aile hekimine başvuran kişilerde depresyon taraması yapmak faydalı olacaktır. Hipotiroidi hastaları ruhsal hastalıklar yönünden daha yakından incelenmelidir.

2.Aile hekimleri hipotiroidi hastalarına bu hastalıklarının kendilerinin duygu durumunu da değiştirebileceği konusunda farkındalık eğitimi vererek bilinçlenmeyi arttırmalıdır.

3.Hipotiroidi takiplerinde depresyon belirtilerinin ilerlemeden farkedilmesi hastaların yaşam kalitesini arttıracaktır. Aile hekimleri bu hastaların takibinde gerektiği zaman iç hastalıkları uzmanları, endokrinoloji uzmanları ve psikiyatri uzmanları ile iş birliği içinde çalışabilmelidir.

4.Birinci basamakta takip edilen hastaların TSH değerlerinin daha yüksek olduğu sonucundan yola çıkarak hekimlerimizin bilgi düzeylerini artırıcı eğitimlere katılması, hekimlerimize bu eğitim imkanlarının sağlanması, hekimlerimizin hastalara ilaç kullanım şekilleri konusunu her takipte sorup emilimi azaltan ilaçlarla en az 4 saat aralık bırakılması gerektiğini hatırlatması önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. Bode, H., Ivens, B., Bschor, T., Schwarzer, G., Henssler, J., & Baethge, C. (2022). Hyperthyroidism and clinical depression: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, *12*(1), 362.
2. Nuguru, S. P., Rachakonda, S., Sripathi, S., Khan, M. I., Patel, N., & Meda, R. T. (2022). Hypothyroidism and depression: a narrative review. *Cureus*, *14*(8).
3. Bode, H., Ivens, B., Bschor, T., Schwarzer, G., Henssler, J., & Baethge, C. (2021). Association of hypothyroidism and clinical depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *78*(12), 1375-1383.
4. Rani, S., Maharana, S., Metri, K. G., Bhargav, H., & Nagaratna, R. (2021). Effect of yoga on depression in hypothyroidism: A pilot study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, *11*(4), 375-380.
5. Osnaya-Brizuela, N., Valenzuela-Peraza, A., Santamaría-del Ángel, D., García-Martínez, Y., Pacheco-Rosado, J., Pérez-Sánchez, G., & Sánchez-Huerta, K. (2024). Is the acquired hypothyroidism a risk factor for developing psychiatric disorders?. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1429255.
6. Sağlam, F., & Çakır, B. (2012). Birinci basamakta tiroid hastalıklarına klinik yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, *12*(3), 136-139.
7. Kaba, M. (2013). Gebelik ve tiroid hormonları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, *14*(3), 160-166.
8. Chaker, Layal "Hypothyroidism (primer)." *Nature Reviews: Disease Primers* 8.1 (2022).
9. Zamwar, U. M., & Muneshwar, K. N. (2023). Epidemiology, types, causes, clinical presentation, diagnosis, and treatment of hypothyroidism. *Cureus*, *15*(9).
10. Jansen, H. I., Boelen, A., Heijboer, A. C., Bruinstroop, E., & Fliers, E. (2023). Hypothyroidism: the difficulty in attributing symptoms to their underlying cause. *Frontiers in endocrinology*, *14*, 1130661.
11. Feldt-Rasmussen, U., Effraimidis, G., Bliddal, S., & Klose, M. (2024). Consequences of undertreatment of hypothyroidism. *Endocrine*, *84*(2), 301-308.
12. Ceyran, A. B. Hashimoto Tiroidit'i ile Papiller Tiroid Karsinom Birlikteliği ve Prognoza Etkileri. *KSU Medical Journal*, *18*(2), 133-136.
13. Wrońska, K., Hałasa, M., & Szczuko, M. (2024). The role of the immune system in the course of Hashimoto's Thyroiditis: the current state of knowledge. *International Journal of Molecular Sciences*, *25*(13), 6883.
14. Dobrek, L., & Głowacka, K. (2023). Depression and its phytopharmacotherapy—a narrative review. *International Journal of Molecular Sciences*, *24*(5), 4772.
15. Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, *3*(1), 186-194.

16. Gençeli, S. T. (2023). Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan çocuklarda mesnevi okumalarının etkileri.
17. Erjavec, G. N., Sagud, M., Perkovic, M. N., Strac, D. S., Konjevod, M., Tudor, L., ... & Pivac, N. (2021). Depression: Biological markers and treatment. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 105, 110139.
18. Hubley, A. M. (2021). Beck depression inventory. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 1-11). Cham: Springer International Publishing.
19. Mayda, A. S., Yılmaz, M., Bolu, F., Dağlı, S. Ç., Gerçek, G. Ç., Teker, N., ... & Önder, A. D. (2015). Bir öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerindeki İnternet bağımlılığı ile Beck Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1), 6-14.
20. Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Mevlut, T. U. R. E., & Tuğlu, C. (2005). Birinci basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe çeviriminin geçerlik ve güvenilirliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3).
21. Samuels, M. H. (2018). Subclinical hypothyroidism and depression: is there a link?. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(5), 2061-2064.
22. Doğan, O., & Doğan, O. (1995). *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi.
23. Olchanski, N., Myers, M. M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
24. Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106(Suppl 1), S71-S74.
25. Başaran, B. (2019). Hipotiroidi tanısı olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığı.
26. Ittermann, T., Völzke, H., Baumeister, S. E., Appel, K., & Grabe, H. J. (2015). Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 1417-1425.
27. Loh, H. H., Lim, L. L., Yee, A., & Loh, H. S. (2019). Association between subclinical hypothyroidism and depression: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 19, 1-10.
28. Głombik, K., Detka, J., Kurek, A., & Budziszewska, B. (2020). Impaired brain energy metabolism: involvement in depression and hypothyroidism. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 586939.
29. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2023
30. Arslan, A. Y., Ardiç, C., Uzun, K., & Karakullukçu, S. (2021). Evaluation of the correct use of levothyroxine in patients with hypothyroidism. *The Journal of Turkish Family Physician*, 12(2), 57-65.

31. Vaisman, F., Coeli, C. M., Ward, L. S., Graf, H., Carvalho, G., Montenegro, R., & Vaisman, M. (2013). How good is the levothyroxine replacement in primary hypothyroidism patients in Brazil? Data of a multicentre study. *Journal of endocrinological investigation*, 36, 485-488.
32. Engum, A., Bjøro, T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2002). An association between depression, anxiety and thyroid function—a clinical fact or an artefact?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(1), 27-34.
33. Gulseren, S., Gulseren, L., Hekimsoy, Z., Cetinay, P., Ozen, C., & Tokatlioglu, B. (2006). Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Archives of medical research*, 37(1), 133-139.
34. Desai, H. D., & Jann, M. W. (2000). Women's health series major depression in women: A review of the literature. *Journal of the American Pharmaceutical Association (1996)*, 40(4), 525-537.
35. Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., & Kırılı, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1), 8-15.
36. Akça, S. Ö., Selen, F., Demir, E., & Demir, T. (2018). Cinsiyet ve yaş farklılıklarının ergenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-uyuşturucu bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili sorunlara etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(3), 255-264.
37. Kutlu, R., Demirbaş, N., Gök, H., & Işıklar Özberk, D. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler.
38. Kayahan, M., & SERTBA, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle ba a ç kma tarzlar aras ndaki ili ki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120.
39. Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö., & Gündüz, H. (2015). Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(4), 199-203.
40. Uslu, M., Özgür, G., & Gümüş, A. B. (2008). İNME TANILI HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYLERİ VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 7-15.
41. Erşan, E. E., Kelleci, M., & Baysal, B. (2013). Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16(4), 214-24.
42. Yücel, P., Çayır, Y., & Yücel, M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, 83-7.
43. Baysal, A., Ercan, L. D., Yıldırım, N., Özkan, M., Celik, A., Erbil, Y., & Özçınar, B. (2022). Multinodüler Guatr Hastalarında Anksiyete ve Depresyon. *Aydın Sağlık Dergisi*, 8(3), 247-263.
44. Kutlu, R., Çivi, S., & Karaoğlu, O. (2008). Polislerde sigara içme sıklığı ve depresyon arasındaki ilişki.

45. Velioglu, U., & Sönmez, C. I. (2018). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(1), 35-41.
46. Rujnan, T., Çaykara, B., Sağlam, Z., & Pençe, H. H. (2019). Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uyku kalitesi ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 609-615.
47. Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
48. Fırıncık, S., & Gürhan, N. (2019). Orjinal Makale Sigara, alkol ya da madde bağımlılarında problem çözme becerisinin; özkıym, depresyon, umutsuzluk üzerine etkisi ve birbirleriyle olan ilişkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 39-47.
49. Daeppen, J. B., Krieg, M. A., Burnand, B., & Yersin, B. (1998). MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 24(4), 685-694.
50. ARIKAN, Z., ÇEPİK-KURUOĞLU, A., ELTUTAN, H., & IŞIK, E. (1999). Alkol bağımlılığı ve depresyon.
51. Alver, E. (2015). *Üniversite öğrencilerinin alkol istismarının depresyon düzeyleri ile ilişkisi üzerine bir inceleme* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).