

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİNDE MEVSİMSELLİK

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Emel AYGÜN BURSA

EDİRNE-2023



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği katkılarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN' e, desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. H. Ayşe ÇAYLAN'a, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Doc. Dr. Üyesi Önder Sezer'e, bütün çalışma arkadaşlarıma ve sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
DEPRESYON.....	3
MEVSİMSSEL DUYGUDURUM BOZUKLUĞU.....	8
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	12
BULGULAR.....	16
TARTIŞMA.....	49
SONUÇLAR.....	57
ÖZET.....	59
SUMMARY.....	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

MDB:Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu

DSM-5:Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, 5. Baskı

MGDF:Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu

BDE:Beck Depresyon Envanteri

UFAA:Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği

BDT:Bilişsel Davranışçı Terapi

GİRİŞ VE AMAÇ

Mevsimsel geçişler, canlıların üzerinde fark edilir değişimlere sebep olur. Ruhsal durumda, uyku ve iştahta değişiklikler oluşturması, kişinin enerji düzeyinde, yemek alışkanlıklarında farklılıklar oluşturması, sosyal yaşantıyı etkilemesine mevsimsellik denir. Mevsimsel duygudurum bozukluğu terimi ilk kez 1984 senesinde Rosenthal ve arkadaşları tarafından kullanılmış, ışık terapisinin mevsimsel duygudurum bozukluğu tedavisinde etkili olduğunun görölmesiyle daha çok tanınmıştır. 1987 yılında DSM içinde değerlendirilmeye başlanmıştır (1–3).

Yılın belirli bir zamanında (genellikle sonbahar veya kış) ortaya çıkıp ve yılın diğer zamanlarında (genellikle ilkbahar veya yaz) tam iyileşme gösterir, özellikle atipik depresif semptomlarla karakterizedir. Bu döngünün aynı mevsimlerde en az iki yıl üst üste yaşanması gerekir. Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, 5. Baskı (DSM-5) ve Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları (ICD-11) tanı sistemlerinde kendi başına bir tanı olarak bulunmazken, majör depresyon bozukluğu ve bipolar bozukluğun belirleyicileri başlığı altında değerlendirilir.

Depresyon, küresel anlamda ruh sağlığıyla ilgili hastalık yükünün öncü sebeplerinden olup engellilikte de önemli bir rol oynamaktadır. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü, majör depresyonu dünya genelinde hastalık yükünün üçüncü nedeni olarak açıklamıştır ve 2030 yılına kadar hastalığın birinci sıraya yükseleceğini tahmin etmiştir (4). Depresyon aynı zamanda yol açtığı diğer sağlık sorunlarına bağlı erken ölümlerle ve intiharla ilişkilidir.

Majör depresyon bozukluğunun bir belirleyicisi olan ve farklı tanı ve tedavi stratejilerine sahip olan mevsimsel örüntü gösteren depresyon; belirli aylarda atak ve

remisyonlarla gitmesi özellikle depresyonun atipik vejetatif semptomlarıyla seyretmesi açısından dikkat edilmesi gereken bir hastalıktır. Bu bize, bu tanıyı düşündüğümüz hastaları daha uzun vadede izleyip koruyucu önlemleri hastayla görüşerek alabilmeyi ve sonucunda depresyonun kronisite kazanmasının önüne geçebilmeyi sağlar (5–7). Bu konudaki araştırmalar kesin bir yaygınlık vermemekle birlikte sağlıklı popülasyonun yaklaşık %1-12'sinin kış aylarında duygudurumlarının majör depresyon bozukluğu tanısı konabilecek kadar bozulduğunu göstermiştir (8).

Tıp fakültesinde yoğun ve uzun süren eğitimin ardından ve zorlu bir sınav olan tıpta uzmanlık sınavından sonra uzmanlık yapacakları bölümlerde eğitim almaya hak kazanan asistan hekimler mesleklerinin ilk yıllarında olduklarında daha az deneyime sahiptirler, sürekli yeni bilgiler öğrenme ve uygulama süreci içinde birden fazla hasta ile aynı anda ilgilenmeleri ve hasta ve hasta yakınları ile iletişim halinde kalmaları gerekmektedir. Uzun çalışma saatleri, sık tutulan nöbetler asistan hekimlerde uyku yoksunluğu, bu nöbetler sırasında karşılaşılan acil durumlar ise stres ve hata yapma korkusu oluşturur. Tüm mesleklerde olduğu gibi, hekimlikte de psikolojik durum, özellikle depresyonun yol açtığı kırılganlık, kararsızlık, bellek bozuklukları iş yaşamını etkilemektedir. Bu durum hem hekimlerin sağlığını hem de hasta bakım hizmetinde bozulma açısından risk oluşturmaktadır (9–11).

Bu araştırma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerde mevsimsellik düzeyinin ölçülmesi, mevsimselliğin doktorların duygudurumlarına ve ruh haline etkilerini ve diğer sağlık parametreleri ile etkileşimini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

DEPRESYON

Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon, bir insanın yaşama isteğini kaybettiği, derin bir üzüntü içinde hissettiği, geleceğe dair umutsuz düşüncelere sahip olduğu, geçmişe yönelik yoğun pişmanlık ve suçluluk duygularının var olduğu, zaman zaman intihar düşüncelerinin ve sonucunda ölümün ortaya çıkabileceği, uyku, cinsel istek ve iştah gibi fizyolojik sorunların da eşlik ettiği bir hastalıktır (9).

Hastalığın ilk yazılı kaydına M.Ö. 2. yüzyılda Mezopotamya metinlerinde rastlandığı düşünülmektedir. Eski Mezopotamya, Çin ve Mısır uygarlıklarında depresyonun şeytani etkilerden kaynaklandığını, antik Yunanda ise hastalığın dört temel vücut sıvısındaki dengesizlikten kaynaklandığı düşünülmeydi. Kişilik özelliklerinin de vücuttaki temel sıvılardan (kan, sarı safra, kara safra ve balgam) birinin baskın olmasından kaynaklandığına inanılırdı. Dört temel vücut sıvısı, mizacımızı belirleyen dört ruh haliyle (sıcakkanlılık, soğukkanlılık, öfke, hüzn) ilişkilendirilirdi. M.Ö. 5. Yüzyılda Hipokrat, depresyonun ilk defa fizyolojik sebeplerden kaynaklanabileceğini öne sürmüş ve depresyon için “melankoli” terimini kullanmıştır. Hipokrat'ın Aforizmalar adlı eserinde, uzun süreli korku ve umutsuzluğun yol açtığı bazı fiziksel ve zihinsel semptomların, depresyon belirtileri olduğunu belirtmişti. M.S. 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarına gelindiğinde Yunanca melankoli kelimesinin yerine depresyon kelimesi kullanılmaya başlanmış ve depresyon klinik bir tanı olarak benimsendi (12,13).

Epidemiyoloji

Depresyon, dünya genelinde halk sağlığını en çok tehdit eden sorunlardan biridir. Nüfusun tahminen %3,8'i, yetişkinlerin %5'i depresyon yaşamaktadır. Dünyada yaklaşık 280 milyon insan depresyon geçirmektedir (14). Depresyonun yaşam boyu görölme riski %15-18'dir (15). Depresyon yıllık prevalansı kadınlarda %5,5 erkeklerde ise %3,2 olup; kadınlarda 1,7 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. 2005 ve 2015 yılları arasında depresyon görölme oranında %18,4'lük bir artış olmuştur (16).

Epidemiyolojik çalışmaların neredeyse tümü cinsiyet, yaş ve medeni durumu depresyonla ilişkili bulmuştur. Yaşam süresince, depresyon kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha yaygındır (17). Bunun hormonal farklılıklar, doğum, erkek ve kadındaki farklı psikososyal stres faktörleri ve öğrenilmiş çaresizlik davranış modelinden kaynaklandığı düşünülmektedir (4). İzmir'de ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığını ve psikotik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlayan prospektif longitudinal bir çalışmanın ilk aşaması olan kesitsel çalışmada, depresyonun tahmini 12 aylık yaygınlığı %8.2 olup; kadın ve erkeklerin yaygınlık tahminleri sırasıyla %11.0 ve %4.4 olarak bulunmuştur (18).

Depresyonun yaklaşık %40'ı 20 yaşından önce ilk depresyon atağını yaşar, ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortalarıdır (17). Yaygınlık, her iki cinsiyette de ikinci ve üçüncü dekatta tepe noktasına ulaşırken, beşinci ve altıncı dekatta daha ılımlı seyreder (15).

Risk Faktörleri

Kadın cinsiyet, anksiyete öyküsü olması, düşük benlik algısı ve nevrotik kişilik yapısı, davranış bozuklukları, madde kullanımı öyküsü, kronik hastalıklar, bozulmuş aile ortamı, cinsel istismar, travma geçmişı, düşük sosyoekonomik düzey, boşanma, ebeveyn kaybıdır. Depresyonla ilişkilendirilmiş durumlar epilepsi, Multiple Skleroz, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, serebrovasküler hastalık ve travmatik beyin hasarı gibi nörolojik rahatsızlıklar, HIV (Human Immunodeficiency Virus) ile enfekte olmak, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), Nörosifiliz, kardiyomiyopati, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, hipotiroidizm, Diabetes Mellitus, vitamin eksiklikleri, paratiroid bozuklukları, irritabl barsak sendromu, kollajen doku hastalıkları ve kronik karaciğer hastalıklarıdır (19).

Risk faktörlerinin ortaya çıkma olasılığı yaşlara göre farklılık gösterdiğinden depresyon sıklığı da yaşlara göre farklılık gösterir. Sosyal çevrenin dar olması, dul kalmış olmak sıklıkla karşılaşılr. Özellikle ileri yaşlarda kronik hastalıklar, ağrı, uykusuzluk, bilişsel ve işlevsel

bozukluk ihtimali daha yüksek olduğundan majör depresif bozukluk için önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Bir başka açıdan bir risk faktörü düşük bir sıklıkla ortaya çıktığı bir yaş grubunda oluşursa depresyonla ilişkisi daha belirgin olabilir. Bu bakış açısına göre, dul kalmak ve ciddi sağlık sorunları gibi daha sıklıkla yaşlanma süreciyle ilişkilendirilen durumlar genç yaşlarda ortaya çıktığında majör depresif bozukluk için daha güçlü bir risk taşıyabilir (20).

Tarama

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi ve U.S. Preventive Services Task Force, 18 yaş ve üzeri bireylere, uygun bir personel tarafından desteklenen depresyon bakım hizmetleri sunulabilecek bir fırsat varlığında, depresyon taramasının yapılmasını önermektedir(Kanıt düzeyi B) (21).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri kılavuzunun önerilerinin, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi ve U.S. Preventive Services Task Force'nin önerilerinden farklılık gösterdiği kısım, 18-65 yaş arasındaki yetişkinlerde depresyon taraması için kişinin şikayeti veya hekimin öngörmesi durumunda belirli soruların; Son iki hafta içinde hemen her gün kendinizi çökkün ya da umutsuz hissettiniz mi? Son iki haftadır ilgi kaybı ya da hayattan zevk alamama gibi yakınmalarınız oldu mu? yönelttilmesini önermesidir (22). Bu soruların Beck Depression Inventory (BDI) gibi enstrümanlar kadar etkili olduğu düşünülmektedir. Tarama sonucu pozitif çıkan hastaları da doğru tanı için, daha ayrıntılı bir görüşme yapılması gerekir. Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu (PRIME-MD), değerlendirmenin etkili ve geçerliliği kanıtlanmış şekilde bu değerlendirmeyi yapmamıza olanak verir (23).

Tanı ve Değerlendirme

Majör depresif bozukluk bir klinik tanıdır, hastanın hikayesi ve ruhsal durum muayenesiyle teşhis edilir. Görüşme, semptomlarla birlikte bireyin ve ailesinin tıbbi ve psikiyatrik geçmişi ve madde kullanım durumunu içermelidir. Hastanın aile veya arkadaşlarından elde edilen bilgiler de psikiyatrik değerlendirmenin önemli bir parçasıdır. Depresif bozukluğun altında yatan tıbbi veya organik nedenleri ekarte etmek açısından tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Mental durum muayenesi de hastalığın tanı ve değerlendirilmesinde önem taşımaktadır. Organik veya tıbbi nedenleri dışlamak için tam kan

sayımı, metabolik panel, tiroid uyarıcı hormon, serbest T4, D vitamini, idrar tahlili ve toksikoloji taraması olmak üzere kan tahlili yapılır (4).

Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, 5. Baskı (DSM-5) uyarınca,

1. Çökkün, üzüntülü, mutsuz ruh hali (depresif duygudurum)
2. Sosyal aktivitelere karşı duyulan ilgi ve alınan zevkin azalması (anhedoni)
3. İştah artışı ya da kaybı
4. Uykusuzluk (insomnia) ya da fazla uyuma (hipersomnia)
5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
6. Düşük enerji ve bitkinlik hali
7. Değersizlik ve suçluluk hissi
8. Odaklanmada güçlük çekme, kararsızlık
9. Tekrarlayan intihar düşüncesi veya girişimi

Tanı için en az biri 1 veya 2 numaralı semptom olmak koşuluyla; yukarıdaki semptomların en az 5 tanesinin, 2 haftalık bir süreçte hemen her gün ve günün büyük bir çoğunluğunda sürmesi gerekmektedir. Bu semptomlar klinik açıdan anlamlı bir probleme ya da işlevsellikte azalmaya neden olmalı; herhangi bir madde kullanımı ile bağlantılı olmamalıdır (6).

Depresyonlu hastalar mutlaka intihar riski nedeniyle değerlendirilmelidir. Hayatın yaşamaya değmediğini düşündünüz ya da “keşke ölmüş olsaydım” dediğiniz zamanlar oldu mu? (pasif intihar düşüncesi). Kendinize zarar vermeyi düşündünüz mü? (Aktif intihar düşüncesi). Yaşamınıza nasıl son verebileceğinizi düşündünüz mü? (İntihar planları). Yaşamınıza nasıl son vermek (ilaç yutarak, ateşli bir silahla gibi) düşündünüz? (İntihar şekli). Aktif intihar düşünceleri varsa hastalar psikiyatri uzmanına sevk edilmelidir. İntihar planı yapanlar acilen değerlendirilmelidir. Kendini öldürme yolları düşünen ve bunu amaçlayan hastaların acilen hastaneye yatırılması genellikle gereklidir (23).

Depresyonun Sınıflaması

DSM-5’e göre depresif bozukluk sınıflandırmasında; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, majör depresif bozukluk, tekrarlayıcı depresif bozukluk, süregiden depresif bozukluk (distimi), premenstürel disforik bozukluk, madde ve ilaç etkisine bağlı depresif bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı depresif bozukluk bulunur. Depresyon bozuklukları belirleyicileri olarak ise melankoli özellikleri gösteren, atipik özellik gösteren,

katatoni ile giden, doğum zamanı (peripartum) başlayan, mevsimsel örüntü gösteren sınıflandırılır (6).

Tedavi

Tedavi hedefleri hastanın semptomlarını azaltmak sonrasında hastayı hastalık öncesi haline ulaştırmak, iyileşme süresini kısaltmak, depresyon ataklarını önlemek, depresyona bağlı morbidite ve mortaliteyi önlemektir. Bu amaçla antidepresan ilaçlar, psikoterapi ve kombine tedaviler kullanılır (24).

Uluslararası Depresyon ve Anksiyete Uzlaşma Grubu'nun ve İngiliz Psikofarmakoloji Birliği'nin üzerinde anlaştığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon/anksiyetede tanı tedavi kılavuzuna göre; tarama ve sonrasında anksiyete/depresyona özgü tanı ölçütleri değerlendirildikten sonra depresyon, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ya da yaygın anksiyete bozukluğu ise SSRI (selektif seratonin geri alım inhibitörleri) ile tedaviye başlanması, 15 gün sonra çağırılan kontrolde uyku ve iştah gibi belirtilerde düzelmenin olup olmadığının öğrenilmesi, olası yan etkilerin sorgulanması gerekmektedir. Tam yanıt elde edildiyse 6 hafta tedaviye devam edilmesi, kısmi yanıt varsa 1-2 haftada bir kontrole çağırıp ilaç dozunun yükseltilmesi, dördüncü haftada ilaç yüksek doz olmasına rağmen hiç yanıt elde edilemediyse ilacın değiştirilmesi gerekmektedir. Kontrollerde hastalara depresyon ve antidepresan tedavi konusundaki psikoeğitime devam edilmelidir. 6. Haftada tedaviye kısmi yanıt varsa ya da hiç yanıt alınamadıysa ilaç değişikliği yapılması ya da psikiyatri uzmanına sevk edilmesi gerekmektedir. Tam iyileşme varsa tedaviye 6-12 ay devam edilmeli, dört hafta içinde doz yavaşça azaltılarak tedavi sonlandırılmalıdır (21,23).

Psikoterapinin ((psikodinamik terapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), kişiler arası terapi)) hem monoterapi hem farmakoterapi ile kombine uygulanması depresyon tedavisindeki etkinliği kanıtlanmıştır (25).

Hastanın intihar riskinin olması, psikotik belirtilerin eşlik etmesi, bipolar bozukluk, ağır şiddette depresyon, melankolik depresyon, intihar riskinin yüksek olması, obsesif kompulsif bozukluk veya madde kullanım bozukluğu bulunan hastalar ek psikiyatrik tanısı varsa, hastada uzamış yas tablosu varsa, yineleyen depresyonlar varsa özellikle kısa süre derinleşen ataklar halinde ise psikiyatri uzmanına sevk edilmeli veya ekip çalışması için yardım istenmelidir (21).

MEVSİMSEL DUYGUDURUM BOZUKLUĞU

Tanım ve Tarihçesi

Mevsimsellik çok eski tarihlerdir bilinmesine rağmen, mevsimsel duygudurum bozukluğu teriminin Rosenthal ve meslektaşları tarafından literatüre girmesi 1984 yılında olmuştur (1,26). Yılın belirli bir zamanında (genellikle sonbahar veya kış) ortaya çıkan ve yılın diğer zamanlarında (tipik olarak ilkbahar veya yaz) tam iyileşme gösteren depresif belirtilerin olduğu bir bozukluktur. Tipik olarak sonbahar veya kış aylarında ortaya çıkar ancak daha az sıklıkta ilkbahar veya yaz aylarında da ortaya çıkan formu da vardır. Belirtilen mevsimde bulgulara tam remisyon olmalı ve bulgular aynı mevsimde üst üste en az iki yıl tekrarlanmalıdır (27).

1987'de DSM tanı sisteminde yer almıştır. Işık terapisinin, mevsimsel duygudurum bozukluğu tedavisinde etkili olmasıyla, hastalığın mevsimlere bağlı olarak ışıkla ilişkili olduğu keşfedilmiştir (3).

DSM-4'teki duygudurum bozuklukları tamamen kaldırılarak onun yerine DSM-5'te iki uçlu ve ilgili bozukluklar ve depresif bozukluklar biçiminde iki farklı yeni bölüm oluşturulmuştur. Mevsimsel duygudurum bozukluğu şu anda kendi başına tanı olarak Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10. baskısında ve DSM-5'te geçmemekte olup bipolar bozukluklar ve depresif bozuklukların belirleyicileri kategorisinde yer almaktadır (6).

Anormal melatonin salgılanması, ışığa verdiği spesifik yanıt ile özel bir patofizyolojisinin olduğunu, hem de 'atipik' depresyon semptom profili (aşırı yeme, aşırı uyku, öğleden sonra enerjide düşüş) açısından MDB'nin ayrı bir tanı olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunulmaktadır (28).

Epidemiyoloji

Mevsimsel duygudurum bozukluğunun sıklığı %4 ile %10 arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Birleşik Krallık'ta teşhis kriterlerini kullanan çalışmalar, genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığın %0,5 ile %2,4 olduğunu göstermektedir (29). Majör depresyon hastalarının %10 ile %20'sinde MDB ile uyumlu depresif semptomları vardır (30). Türkiye'de dört enleminden sekiz farklı ilde yapılan prevalans çalışmasında %4,86'sı MDB ve %8,35'i eşik altı MDB olarak saptanmış (26). İzmir'de yapılmış yaygınlık çalışmasında MDB ve eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu yaygınlığı sırasıyla %2.21 ve %9.22 oranlarında saptanmıştır (8). Genellikle genç yetişkin dönemde başlar. Yapılan çalışmalarda

hastalığa en duyarlı olanların kuzey enlemlerin yani ekvatordan en uzakta yaşayanların olduğu saptanmıştır (31,32). Mevsimsel duygudurum bozukluğu genç yetişkinler ve kadınlarda sıklığı daha yüksektir (30).

Etyoloji ve Risk faktörleri

Mevsimsel duygudurum bozukluğu; sirkadiyen ritimlerle ilgili kronobiyolojik mekanizmalar, melatonin, serotonin gibi nörotransmitterlerdeki değişimler, foto periyodik hipotez (24 saatlik aydınlık karanlık farklılığından doğan değişimlere reseptör düzeyinde genetik farklılığın yol açtığı melatonin salgılanmasındaki farklı yanıtlar) ve faz kayması gibi sebeplerden etkilendiği düşünülen çok faktörlü bir durumdur. Patolojisinin temelinde, serotonin, norepinefrin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin yer aldığı ve genetik yatkınlığın çevresel faktörlerle etkileşimi sonucu ortaya çıktığı varsayılmaktadır (33). Mevsimsel özellikli depresyonda endojen sirkadiyen ritimlerle uyku-uyanıklık döngüsündeki uyumun bozulduğu, bunun hastalığın patogenezinde önemli rol oynadığı varsayılmaktadır (3). Olası risk faktörleri ise aile öyküsü, kadın cinsiyeti, daha kuzey enleminde yaşamak ve genç yetişkinlik (18 ila 30 yaş) dönemidir (29).

Tanı

DSM-5'e göre mevsimsel duygudurum bozukluğu tek başına bir tanı olarak geçmemekle birlikte depresyon bozuklukları ve bipolar bozuklukların belirleyicileri başlığı altında mevsimsel örüntü gösteren olarak kategorize edilmiştir. DSM-5'e göre;

1. Major depresyon dönemlerinin başlaması düzenli olarak yılın belirli bir zamanında (örneğin sonbahar ya da kış) düzenli olarak her kış işsiz kalma gibi mevsimlerden etkilenen ruhsal veya toplumsal tetikleyici unsur olmamalı

2. Yılın belirli bir zamanında tam yatışma (ya da major depresyondan maniye ya da hipomaniye geçiş) olmalı

3. Son iki yıl içinde, tanımlandığı gibi mevsimsel bir ilişki gösteren en az iki depresyon dönemi olmalı ve bu iki yıl içinde, mevsimsel olmayan dönemler ortaya çıkmamalı

4. Mevsimsel major depresyon dönemleri, kişinin yaşam boyu ortaya çıkmış olan mevsimsel olmayan major depresyon dönemlerinden sayıca daha çok olmalı.

Başlıca özelliği, major depresyon dönemlerinin yılın belirli zamanlarında başlıyor ve yatışıyor olmasıdır. Çoğu olguda bu dönemler sonbahar ya da kış aylarında başlar ve ilkbaharda yatışır. Daha az sıklıkla, yaz aylarında yineleyen depresyon dönemleri olabilir.

Mevsimsel örüntüde ortaya çıkan major depresyon dönemleri, çoğu zaman, yüksek bir içsel güç, çok uyku uyuma, çok yemek yeme, kilo alma ve karbohidratlara aşırı düşkünlük gösterme ile belirlidir. Bipolar bozukluklar kümesinde mevsimsel örüntü, iki uçlu 1 bozukluğunda olduğundan daha çok iki uçlu 2 bozukluğunda görülür. Mani ya da hipomani dönemlerinin başlangıç zamanlarıyla mevsim arasında da bir ilişki olabilir (6).

ICD-10'a göre mevsimsel depresif bozukluk belli 90 günlük dönemde başlaması, yine belli 90 günlük dönemde iyileşmesi, ve bu döngünün üç ve daha fazla ardışık dönemde meydana gelmesi, mevsimsellerle ilişkili dönemlerin mevsimsellerle ilişkili olmayanlara göre daha fazla yaşanmış olması gerekmektedir (34).

Mevsimselliğin araştırılmasında MGDF (Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) dışında kullanılanlar şunlardır: HAM-D; Hamilton depresyon ölçeğine 7 atipik semptom sorgusunun eklenmesiyle oluşturulmuştur, SIGH-SAD (Structured Interview Guide for the Hamilton-Seasonal Affective Disorder), HIGH-SAD (Hypomania Interview Guide for Seasonal Affective Disorder) (35).

Tedavi

Tek başına veya kombinasyon halinde; ışık tedavisi, antidepresanlar, BDT ve uyku hijyeninin sağlanması, egzersizin (özellikle açık havada) arttırılması ve doğal ışığa maruz kalma süresinin arttırılması gibi öneriler semptomların azaltılmasında nüksün önlenmesinde faydalı olabilir. Yapılan kontrollü çalışmalarda ışık tedavisi, şafak simülasyonu ve BDT, MDB için etkili tedavilerdir. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi Strength of Recommendations Table (SORT)'a göre kanıt düzeyi A'dır. Seçici seratonin geri alım inhibitörleri MDB'de etkilidir (kanıt düzeyi B). Bupropion, MDB'nin tekrarını önleyebilir, bu kullanım için tespit edilmiş tek ilaçtır (kanıt düzeyi A) (29,36).

Işık tedavisi, ışık yoğunluğu genellikle 2.500 ile 10.000 lüks olan bir floresan ampulle verilir. Işık terapisi genellikle her gün aynı saatte, uyandıktan kısa bir süre sonra 30-60 dakika süreyle uygulanır. Hastanın cihaza mesafesi, maruz kalma süresi cihazın özelliklerine ve hastanın tedaviye yanıtına göre değişebilir. Işık tedavisinin çok düşük riskli olduğu kabul edilir (parlak öğle güneşi yaklaşık 50.000 ile 100.000 lüks ışığa eşdeğerdir). Işık terapisine alternatif olarak şafak simülasyonunda ise uyku döngüsünün sonunda ve uyandığında kademeli olarak uygulanan, zayıf ışık (250 lüks) kullanılır (37).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri depresif bozukluk için tipik olarak birinci basamak tedavidir ve MDB'li hastaları da iyileştirdiği gösterilmiştir. Kontrollü çalışmalarda özellikle fluoksetin ve sertralinin faydalı olduğuna dair kanıtlar vardır (29).

BDT mevsimsel olmayan majör depresif bozuklukta ilaçlar kadar etkili ve kalıcı olduğu, bipolar bozukluğun tedavisinde ilaçların etkinliğini arttırabilir (38). MDB için özel olarak tasarlanmış BDT alternatif bir tedavidir. Işık terapisi, kronobiyolojik patolojileri düzeltmeyi hedeflerken; MDB için özel olarak tasarlanmış BDT, mevcut semptomları hafifletmek ve gelecekteki tekrarları önlemek için bilişsel yeniden yapılandırma yoluyla uyumsuz düşünceleri ve kaçınma davranışlarını engellemeyi hedefler. Eğer MDB için özel olarak tasarlanmış BDT, tedaviden sonra da devam ettirilirse, MDB semptomlarını uzun vadeli yönetmede her yıl verilen günlük ışık tedavisinden daha pratik olacaktır (39).

BDT ışık tedavisiyle karşılaştıran randomize kontrollü bir çalışmanın ilk aşamasında, BDT ve ışık tedavisinin, ilk kıştan sonra benzer derecelerde depresyon şiddetini iyileştirdiğini bulmuştur, son aşamasında ise BDT verilen grupta ikinci kıştan sonra ışık tedavisi verilen gruba kıyasla daha az nüks ve daha yüksek remisyon oranları görülmüş sonuç olarak BDT akut ve nükseden MDB için istatistik olarak üstün olduğu saptanmıştır (39,40).

Amerikan Psikiyatri Derneği yayınladığı depresyon tedavisine yönelik kılavuzunda depresyon hastalarının semptomları hafifletmek ve nüksleri önlemek için düzenli fiziksel aktivite yapmalarını önermektedir. Fiziksel aktivite, ruh hali üzerindeki olumlu etkiler, özgüvende artış, fiziksel ve psikososyal iyilik hali sağlaması gibi nedenlerle tedavi yöntemi olarak tercih edilmektedir. Araştırmalar, hareketsiz bireylerde depresyon ve anksiyete eğiliminin daha yüksek olduğunu göstermektedir (41). Genç yetişkinlik döneminde orta şiddetli fiziksel aktivite yapmak, takım sporlarına şuan katılıyor ya da geçmişte katılmış depresif belirtilerle negatif yönde ilişkili bulunmuştur (42). Prospektif bir kohort çalışmasında fiziksel aktivite ile anksiyete ve/veya depresyon belirtileri arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu belirtilmiştir; Düzenli fiziksel aktivite yapan katılımcılarda, düzensiz yapanlara göre depresif belirtilerde daha fazla azalma görülmüştür ve başlangıçta ve takip döneminde anksiyete ve depresyon belirtileri olan katılımcıların, önerilen fiziksel aktivite düzeylerini tamamlayamadıkları görülmüştür (43).

Fiziksel aktivitenin depresyon üzerindeki etkileri yeteri kadar çalışılmamıştır fakat psikososyal süreçler açısından fiziksel aktivitenin planlanması kişide olumlu pekiştirmeye yol açar ve spordaki becerinin artması kişinin öz saygısını etkiler ve sosyal etkileşim için de fırsat verir. Aynı zamanda olumsuz düşünce ve ruh hallerinden uzaklaştırır (44).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerde mevsimsellik düzeyinin ölçülmesi, mevsimselliğin doktorların duygudurumlarına ve ruh haline etkilerini ve diğer sağlık parametreleri ile etkileşimini araştırmak amaçlanmış olup tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapmakta olan 602 asistan hekim oluşturmaktadır. Çalışmamızda evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup dahil etme kriterlerini karşılayan 381 gönüllü katılımcıyla yapılmıştır. Çalışmamızın minimum örneklem sayısı hata payı %5, güven aralığı %95 alınarak 259 bulunmuştur. Etik kurul onayı (Ek-1) alındıktan sonra 01.12.2022-1.03.2023 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sözlü onam alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde asistan hekim olmak ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı olup ilaç kullanmak, çalışmaya katılmayı kabul etmemek ve iletişimi engelleyecek bir probleminin olması dahil edilmeme kriterleri olarak belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan kişilerin kimlik bilgileri alınmamıştır.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek-2) ile toplanmıştır. Anket araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik verilerine, Edirne’de ne kadar süredir ikamet ettiği, alışkanlıkları ve tıbbi durumlarına yönelik 18 soru, MGDF’ye ait 7 soru, BDE’ye ait 21 soru, uluslararası fiziksel aktivite anketine (UFAA) ait 7 soru toplamda 53 soru sorulmuştur.

Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu

Toplumda mevsimsel duygudurum bozukluğu ve eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu sıklığını ölçmede kullanılan, mevsimsel değişikliklerin duygudurum ve davranışlardaki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, katılımcı tarafından doldurulan bir tanı koyma aracıdır. Ölçek 1990 senesinde Türkçeye çevrilmiş ve Türkçe formunda yer alan 6 maddenin güvenilirliği, ölçeğin toplam güvenilirliği ve uyuma yüzdesi test-retest yöntemi ile araştırılmıştır. Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu adı ile yayınlanmıştır(35).

MGDF'nin içerdiği bölümler şunlardır. Yaş, doğum yeri, cinsiyet, kilo, medeni durum, eğitim, meslek, kaç yıldır bölgede oturulduğuna ilişkin demografik bilgiler, mevsimlerin uyku miktarı, sosyal yaşantı, duygudurum, kilo, iştah, enerji düzeyi üzerindeki değişiklik 0-4 puan arasında (0=değişiklik yok, 1=hafif, 2=ılımlı, 3=belirgin, 4=aşırı değişiklik) derecelendirilir. Puanların toplanması ile değeri 0-24 arasında olabilen “mevsimsellik puanı (MP)” hesaplanır. Yılın aylarına bağlı değişiklikler; bu bölümde kişinin, yılın 12 ayını düşünerek, kendisini duygudurum ve davranış alanlarında değerlendirmesi istenir. Bu bölümde 10 madde yer almaktadır. Bunlar: En iyi hissetme, en kötü hissetme, en çok kilo alma, en çok kilo verme, çok uyuma, az uyuma, çok yeme, az yeme, çok sosyal yaşam, az sosyal yaşamdır. Günlük hava tercihiyle ilgili değişiklikler; birey bu bölümde hangi tip hava ve günleri tercih ettiğini -3 (oldukça kötü) ve +3 (mizaç ya da enerji düzeyinde belirgin artma) puanları arasında değerlendirir. Sorgulanan hava tipleri şunlardır: soğuk, sıcak, nemli, güneşli, kuru, gri-bulutlu, uzun, yüksek polen düzeyli, sisli-puslu, kısa. Ayrıca bölümde “bilmiyorum” olarak işaretlenmeye uygun bir madde de vardır. Kilo değişiklikleri; bireyden 1 yıllık süre içinde ortaya çıkan kilo değişikliklerini 6 başlık altında sınıflandırması istenir. Değişiklikler 0-1,5 kilo, 2-3,5 kilo, 4-5,5 kilo, 6-7,5 kilo, 8-10 kilo ve 10 kilodan fazla değişiklikler olarak sınıflandırılmıştır. Uyku süresi; bu bölümde bireye, her mevsimde, bir gün içindeki toplam uyku miktarı (saat olarak) sorulmaktadır. Sorun şiddeti; bireye “mevsimlerle ilişkili olarak yaşamında bir değişiklik fark edip etmediği, eğer fark etmişse bunu ne düzeyde bir sorun olarak algıladığı” sorulmakta ve sorun varsa bunu 0-5 puan arasında puanlaması istenmektedir (sorun yok, hafif, ılımlı, belirgin, şiddetli). Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu sonucuna göre mevsimsel duygudurum bozukluğu tanısı aşağıdaki kriterler ışığında konmaktadır: Mevsimsel duygudurum bozukluğu, mevsimsellik puanları 10 ve üzerinde olup mevsimsel değişikliklerin oluşturduğu belirtilere en azından ılımlı (≥ 2) düzeyde bir sorun olarak bakan, Temmuz ve Ağustos dışında, yılın ardışık iki ayında kendini kötü hisseden bireylere bu tanı

konmaktadır. Eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu; mevsimsellik puanları 8 veya 9 olup mevsimsel değişikliklerin oluşturduğu belirtilere en azından belirgin (>2) düzeyde bir sorun olarak bakan bireylerle, mevsimsellik puanı 10 ve üzerinde olup mevsimsel değişikliklerin oluşturduğu belirtilere hafif (1) düzeyde bir sorun olarak bakan bireylere bu tanı konmaktadır (8).

Beck Depresyon Envanteri

BDE, Beck, Steer ve Brown (1996) tarafından geliştirilmiştir (45). Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetindeki değişimi takip etmektir (12). Ölçekte depresif belirtilerin sorgulandığı, her birinde dört seçenek olan 21 kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır. Kişinin “bugün ve son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini” en iyi tanımlayan cümleyi seçmesi ile, 0-3 arasında giderek artan likert tipi ölçüm sağlanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63’tür. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Beck, Steer ve Brown (1996) envanterin güvenirlik ve geçerlik çalışmasında envanterin tamamı açısından Cronbach Alpha katsayısının 0.92 olduğunu tespit etmiştir (45). Hisli (1988, 1989), Tegin (1987) ve Aydın ve Demir (1989) tarafın güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (46,47)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA)

Çalışmamızda fiziksel aktivite seviyesini değerlendirmek için UFAA kısa formunun Türkçe sürümü kullanıldı. Anket 7 sorudan oluşmaktadır. Anket katılımcıların son bir hafta içindeki fiziksel aktivite seviyesini değerlendirmektedir. Anket; oturma, yürüme, orta şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi vermektedir. Oturma sorusu fiziksel aktivite skorlamasında kullanılmaz. Çünkü sedanter davranışlar üzerine az veri olduğundan, kategorisel seviye olarak gösterilen bir eşik değeri yoktur (48).

Anketten alınan toplam puan yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin yapıldığı dakika ve yapıldığı gün sayısı ile çarpılıp çıkan sonuçların hepsinin toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Değerlendirmeye almak için herhangi bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapılmış olması gerekmektedir. Dakika, gün ve MET değeri (istirahat oksijen tüketiminin katları) çarpılarak “MET-dakika/hafta” olarak bir skor elde edilmektedir. Yürüme aktivitesinin puanı yürüme zamanı (dakika) 3.3 MET ile orta şiddetli fiziksel aktivite için 4 MET ile şiddetli fiziksel aktivite için 8 MET ile çarpılarak hesaplanmaktadır. Fiziksel aktivite

düzeyleri, fiziksel olarak aktif olmayan/inaktif (<600 MET-dk/hafta), fiziksel aktivite düzeyi yetersiz olan/minimal aktif (600-3000 MET-dk/hafta) ve fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan/çok aktif (sağlık açısından faydalı olan) (>3000 MET dk/hafta) şeklinde kategorize edilmektedir (49).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler istatistiksel olarak SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 19, seri no:10240642) programı yardımıyla değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Veriler normal dağılıma uymadığından verilerin karşılaştırılmasında kategorik değişkenlerde Ki-kare ve Fisher's exact test kullanıldı. Çoklu grupların karşılaştırılmasında Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Sürekli ölçümlerin üç grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olduğunda anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmaya katılan 385 katılımcının 4'ü psikiyatrik hastalığı olduğu ve aktif ilaç kullandığı için 381 katılımcıya ait veriler analiz edildi. 232'si (%60,9) kadın, 149'u (%39,1) erkek cinsiyete sahip olarak saptandı. Katılımcıların yaşları 23-41 arasında değişmekte olup ortalaması $\pm$ Standart Sapma (SS) $28,28 \pm 2,27$ olarak saptandı. Katılımcıların 151'i (%39,6) evli, 229'u (%60,1) bekar, 1'i (%0,3) boşanmıştı. Katılımcılar arasında 335 (%87,9) kişinin çocuğu olmadığı, 42'sinin(%11) bir çocuğu olduğu, 4'ünün (%1) 2 çocuğu olduğu, 8 kişinin ise (%2,1) hamile olduğu saptandı. Katılımcıların 19'unun (%5) gelirleri giderlerinden az, 148'inin (%38,8) gelirleri giderlerine eşit, 214'ü (%56,2) gelirleri giderlerinden fazlaydı. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, çocuk sayısı ve gelir durumu gibi bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n(%)
Cinsiyet	Kadın	232(%60,9)
	Erkek	149(%39,1)
Yaş		$28,28 \pm 2,27^*$
Medeni durumu	Evli	151(%39,6)
	Bekar	229(%60,1)
	Boşanmış	1(%0,3)
Çocuk sayısı	Yok	335(%87,9)
	1 çocuk	42(%11)
	2 çocuk	4(%1,1)

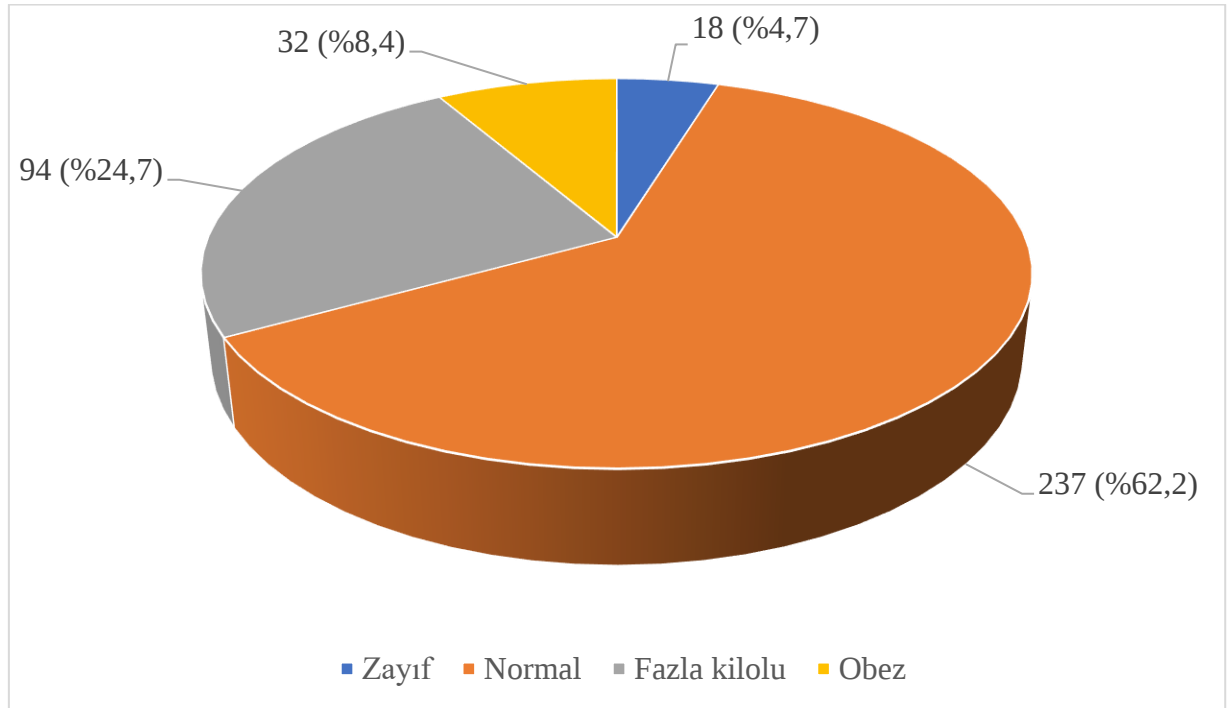
* Ortalama $\pm$ Standart sapma

Tablo1:Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (Devam)

Gelir durumu	Gelir giderinden az	19 (%5)
	Gelir giderine eşit	148 (%38,8)
	Gelir giderinden fazla	214 (%56,2)

*Ortalama±Standart sapma

Body Mass İndekslerine (BMI) göre katılımcıların 237'si (%62,2) normal, 94'ü (%24,7) fazla kilolu, 18'i (%4,7) zayıf, 32'si (%8,4) obez olarak değerlendirildi. Katılımcıların BMI'larına göre dağılımı Şekil 1'te verilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların BMI'larına göre dağılımı

Katılımcıların 287'si (%75,3) sigara kullanmadığını, 30'u (%7,9) bıraktığını, 64'ü (%16,8); 252'si (%66,1) alkol kullanmadığını, 13'ü (%3,4) bıraktığını, 116'sı (%30,4) ise kullandığını bildirdi. Katılımcıların 70'inin (%18,4) kronik hastalığı olduğu saptandı. Katılımcılar arasında 12'sinin (%3,1) kardiyolojik hastalığı, 5'inin (%1,3) Diyabetes Mellitus'u, 20'sinin (%5,2) tiroid hastalığı, 1'inin (%0,3) diğer endokrin hastalığı, 2'sinin (%0,5) santral sinir sistemi hastalığı, 4'ünün(%1) ürogenital sistem hastalığı, 1'inin (0,3) nörolojik hastalığı, 13'ünün (%3,4) ise psikiyatrik hastalığı olduğu saptandı. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumu, kronik hastalık öyküsü ile ilgili bilgileri Tablo 2'te sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların tıbbi özgeçmiş ve alışkanlıkları

		n (%)
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	287 (%75,3)
	Bırakmış	30 (%7,9)
	Kullanıyor	64 (%16,8)
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	252 (%66,2)
	Bırakmış	13 (%3,4)
	Kullanıyor	116 (%30,4)
Kronik hastalık durumu	Yok	311 (%81,6)
	Var	70 (%18,4)
Kronik hastalıklar	Kardiyolojik hastalık	12 (%3,1)
	Diyabetes Mellitus	5 (%1,3)
	Tiroid hastalığı	20 (%5,2)
	Diğer endokrin hastalıklar	1 (%0,3)
	Santral sinir sistemi hastalığı	2 (%0,5)
	Ürojenital sistem hastalığı	4 (%1)
	Nörolojik hastalık	1 (%0,3)
	Psikiyatrik hastalık	13 (%2,4)

Katılımcıların 34'ü (%8,9) temel bilimler, 331'i (%86,9) dahili bilimler, 16'sı (%4,2) cerrahi bilimler alanında çalışmaktaydı. Katılımcılar arasında 218'inin (%57,2) nöbet tutmadığı, 104'ünün ayda 1-5 nöbeti olduğu, 57'sinin (%15) 6-10, 2'sinin (%0,5) ise ayda 10'dan fazla nöbeti olduğu saptandı. Katılımcıların uzmanlık bölümleri ve aylık nöbet sayısı tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların uzmanlık bölümleri ve aylık nöbet sayısı

		n (%)
Uzmanlık bölümü	Temel bilimler	34 (%8,9)
	Dahili bilimler	331 (%86,9)
	Cerrahi bilimler	16 (%4,2)
Aylık nöbet sayısı	Nöbet yok	218 (%57,2)
	1-5 arası	104 (%27,3)
	6-10 arası	57 (%15)
	10'dan fazla	2 (%0,5)

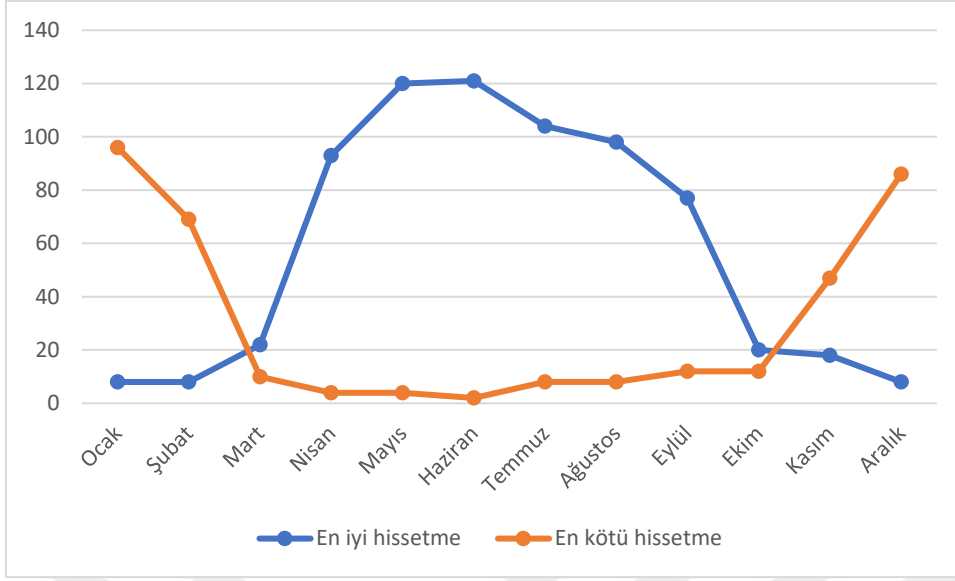
Katılımcıların Edirne'de ortalama 55,82 (68,6) aydır bulunduğu saptandı. Tüm katılımcıların mevsimsellik puan ortalaması 10,45±4,27 olarak bulunmuştur. Bu puan kadınlarda 10,86±4,13, erkeklerde 9,81±4,41 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %42'si uyku miktarında mevsimlere göre hafif, %30,7'si ılımlı bir değişiklik olduğunu ifade ederken, %43,8'si sosyal yaşantıda mevsimlere göre ılımlı, %32'si belirgin değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %42,5'i ılımlı duygudurum, %34,9'u ılımlı bir kilo değişikliği, %38,1'i hafif iştah değişikliği, %42,6'sı ise ılımlı enerji düzeyi değişikliği olduğunu belirtilmiştir. Mevsimlere göre uyku miktarı, sosyal yaşantı, duygudurum, kilo, iştah ve enerji düzeyi değişimleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

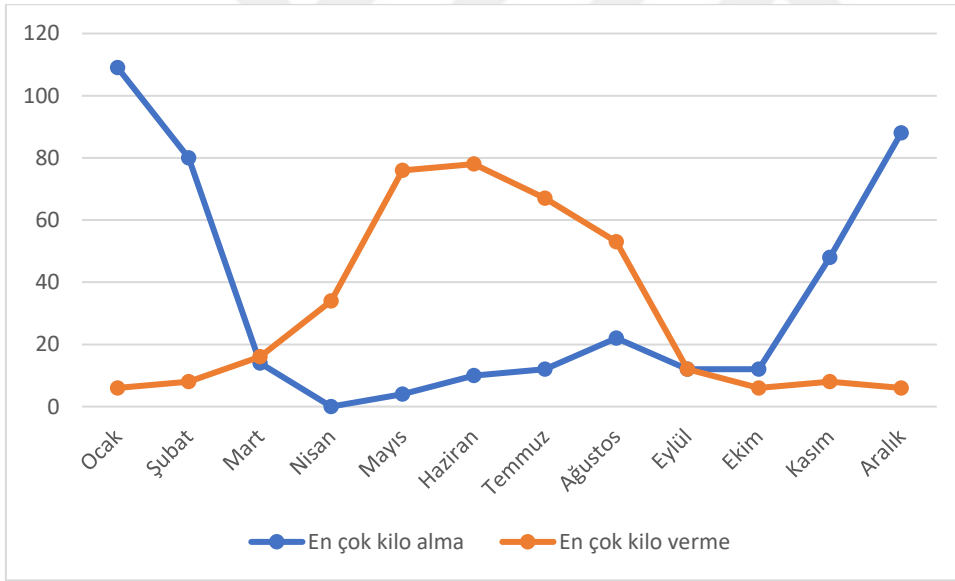
Tablo 4. Çalışma grubundaki asistan hekimlerin Mevsimlere göre uyku miktarı, sosyal yaşantı, duygudurum, kilo, iştah ve enerji düzeyi değişimleri

	Değişiklik yok		Hafif		İlmlı		Belirgin		Aşırı	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uyku miktarı	56	14,7	160	42	117	30,7	39	10,2	9	2,4
Sosyal yaşantı	20	5,2	64	16,8	167	43,8	122	32	8	2,1
Duygudurum	28	7,3	87	22,8	162	42,5	90	23,6	14	3,7
Kilo	75	19,7	106	27,8	133	34,9	59	15,5	8	2,1
İştah	96	25,2	145	38,1	84	22,0	44	11,5	12	3,2
Enerji düzeyi	20	5,2	60	15,7	162	42,6	113	29,7	26	6,8

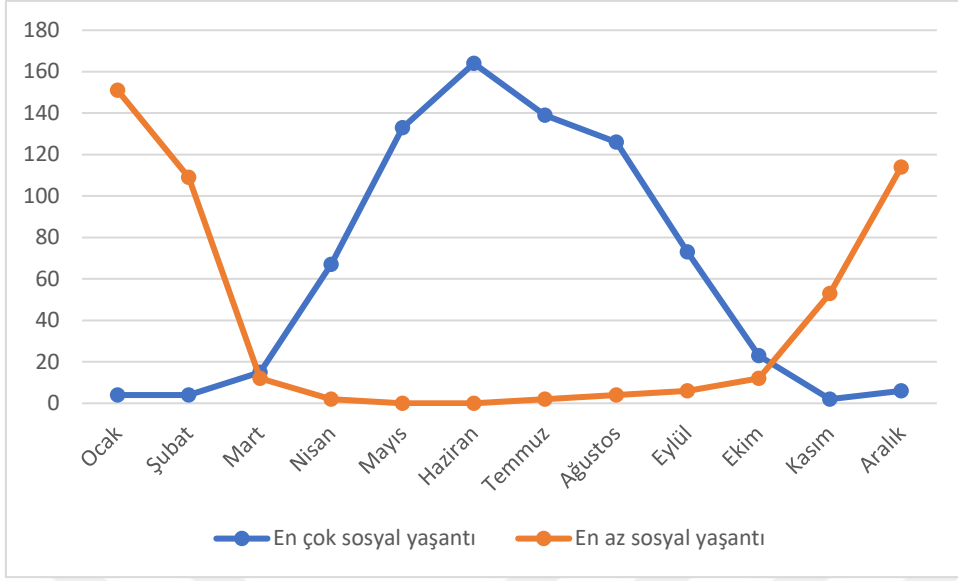
Katılımcıların kendilerini en iyi hissettikleri aylar haziran ve temmuz iken, en kötü hissetme aralık ve ocak aylarında, en çok kilo aldıkları aylar aralık ve ocak, en çok kilo verme mayıs ve haziran aylarında, en çok sosyal yaşantı haziran ve temmuz aylarında, en az sosyal yaşantı aralık ve ocak aylarında, en az uyku haziran ve temmuz aylarında, en fazla uyuma aralık ve ocak, en çok yemek yeme aralık, ocak ve şubat aylarında, en az yemek yeme temmuz ve ağustos aylarında saptanmıştır. Katılımcıların aylara göre yaşam değişiklikleri Şekil 2-6'da incelenmiştir.



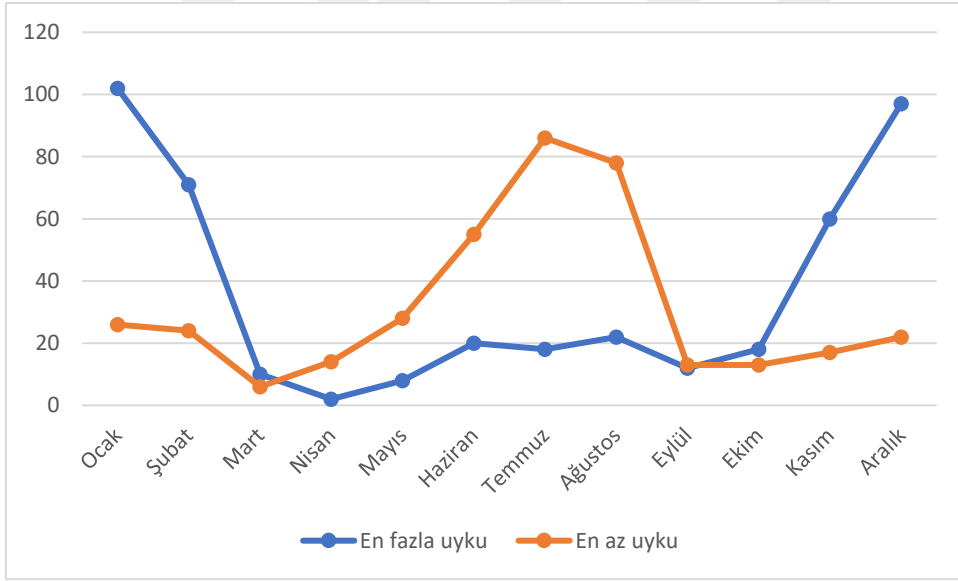
Şekil 2.Aylara göre katılımcıların kendilerini en iyi ve en kötü hissetme durumlarının dağılımı



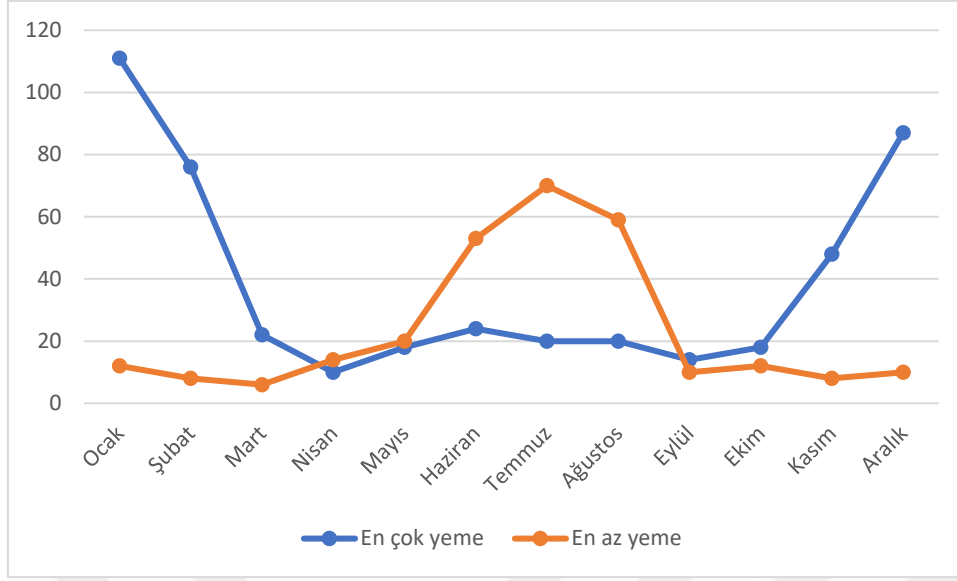
Şekil 3.Aylara göre katılımcıların kendilerini en çok kilo alma ve kilo verme durumlarının dağılımı



Şekil 4. Aylara göre katılımcıların sosyal yaşantı durumlarına göre dağılımı



Şekil 5. Aylara göre katılımcıların uyku durumlarına göre dağılımı



Şekil 6. Katılımcıların iştah durumlarının aylara göre dağılımı

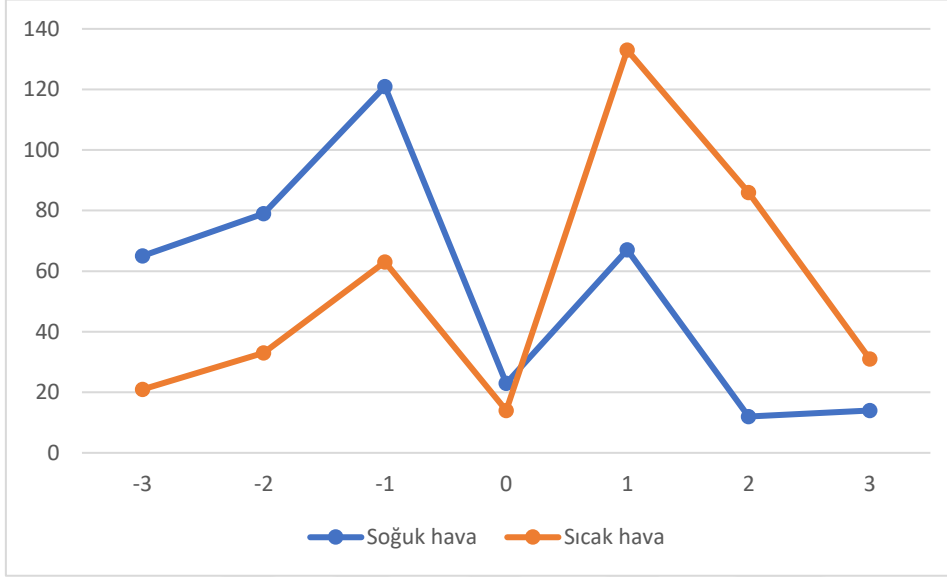
Katılımcıların aylara göre yaşam değişiklikleri dağılımı Tablo 5'te toplu olarak verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların aylara göre yaşam değişiklikleri dağılımı

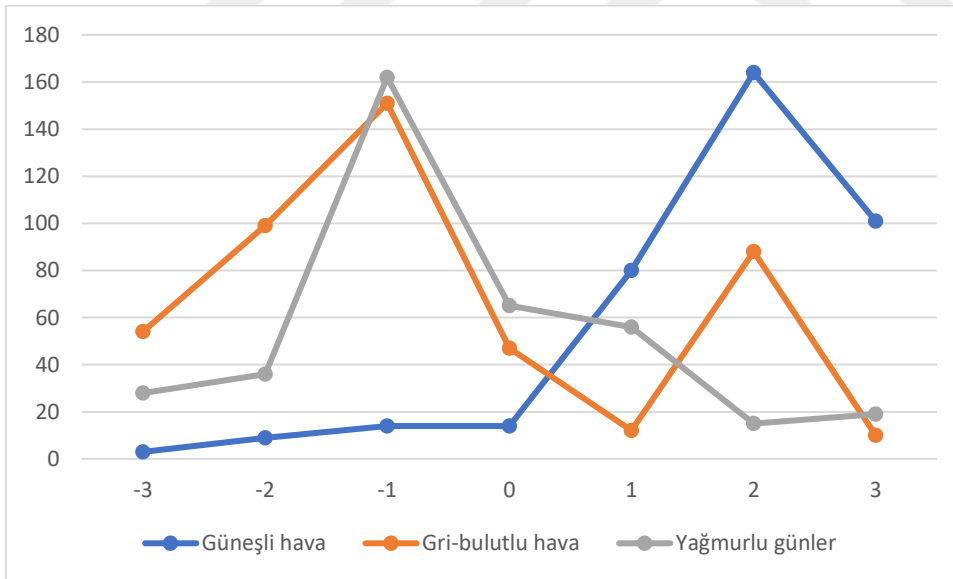
	En iyi hissetme	En kötü hissetme	En çok kilo alma	En çok kilo verme	En çok sosyal yaşantı	En az sosyal yaşantı	En fazla uyku	En az uyku	En çok yeme	En az yeme
Ocak	8	96	109	6	4	151	102	26	111	12
Şubat	8	69	80	8	4	109	71	24	76	8
Mart	22	10	14	16	15	12	10	6	22	6
Nisan	93	4	0	34	67	2	2	14	10	14
Mayıs	120	4	4	76	133	0	8	28	18	20
Haziran	121	2	10	78	164	0	20	55	24	53
Temmuz	104	8	12	67	139	2	18	86	20	70
Ağustos	98	8	22	53	126	4	22	78	20	59
Eylül	77	12	12	12	73	6	12	13	14	10
Ekim	20	12	12	6	23	12	18	13	18	12
Kasım	18	47	48	8	2	53	60	17	48	8
Aralık	8	86	88	6	6	114	97	22	87	10

Katılımcıların sıcak, güneşli havalarda ve uzun günlerde mizaç ya da enerji düzeyinde artış gözlenirken; yine soğuk hava, nemli, gri-bulutlu, yüksek polenli hava, sisli-puslu, kısa günler ve yağmurlu günlerde mizaç ya da enerji düzeyinde azalma gözlenmiştir.

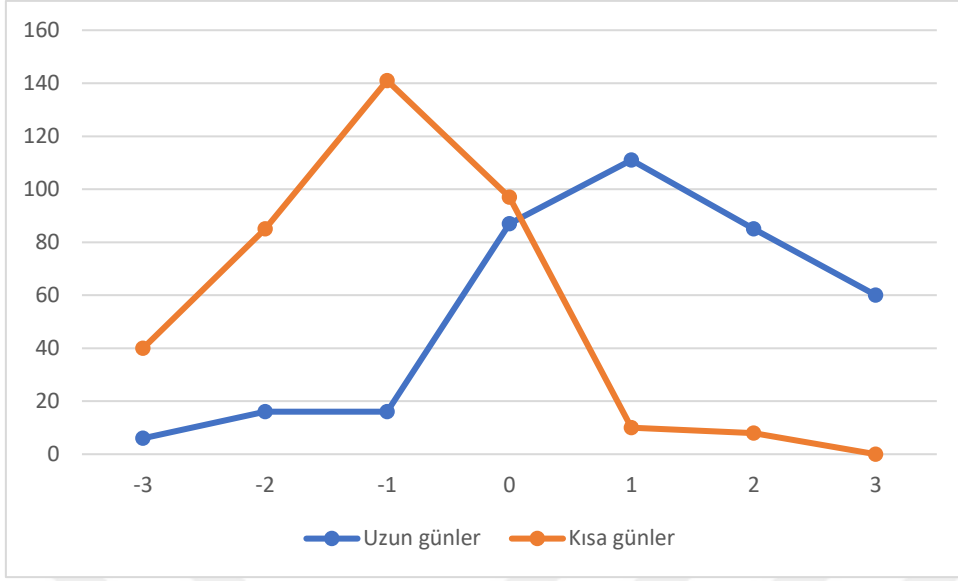
Katılımcıların mizaç ya da enerji düzeyinin hava durumlarından etkilenme durumu Şekil 7-10'de incelenmiştir.



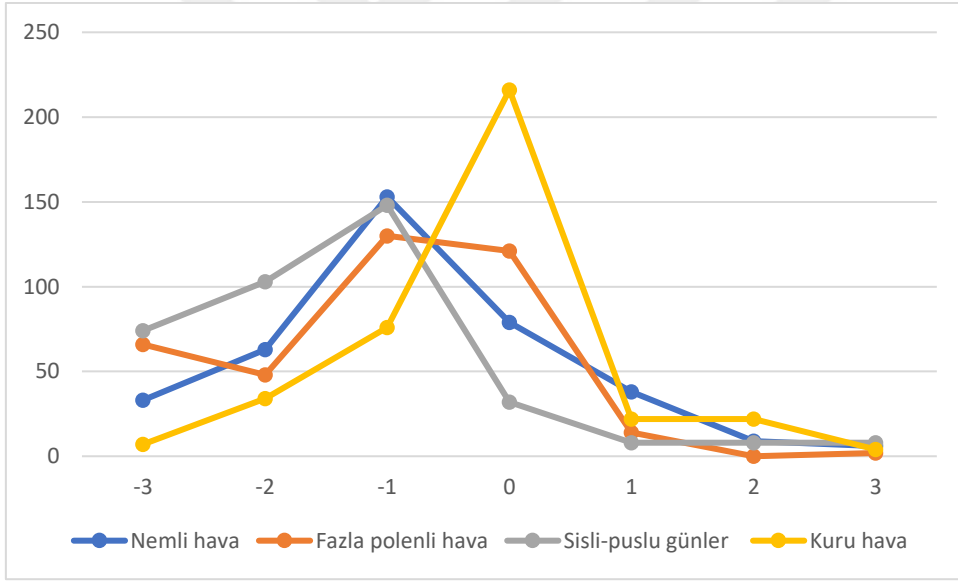
Şekil 7. Hava sıcaklığının mizaç ya da enerji düzeyine etkisi



Şekil 8. Hava durumunun mizaç ya da enerji düzeyine etkisi



Şekil 9. Gün uzunluğunun mizaç ya da enerji düzeyine etkisi



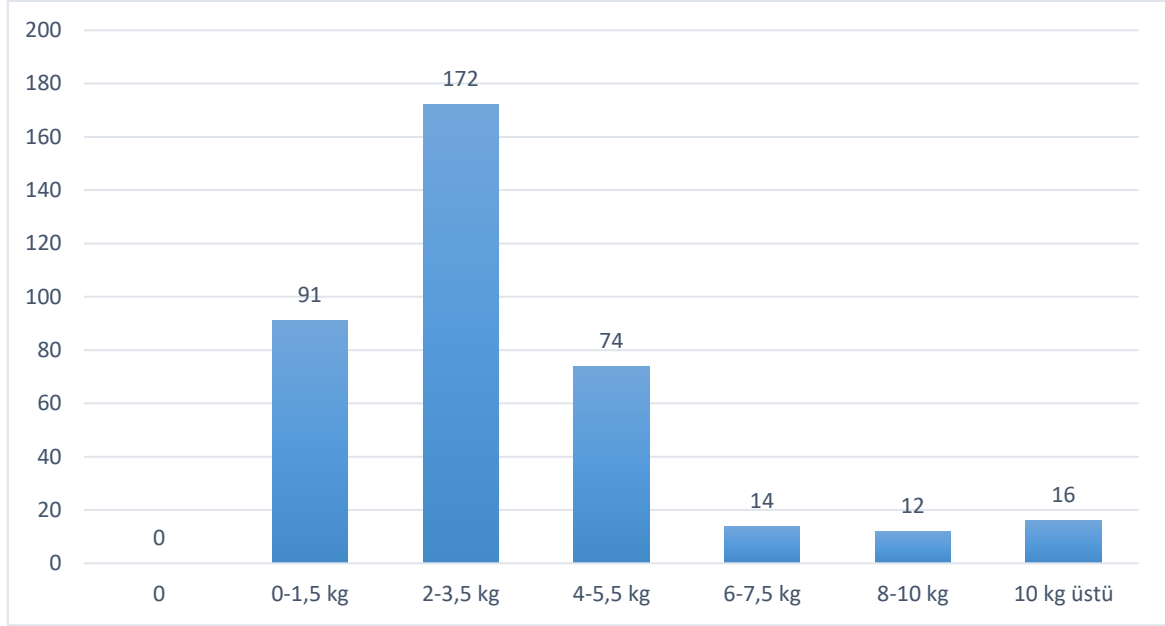
Şekil 10. Hava durumunun mizaç ya da enerji düzeyine etkisi

Katılımcıların mizaç ya da enerji düzeylerinin hava durumundan etkilenme durumları Tablo 6’te verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların mizaç ya da enerji düzeylerinin hava durumundan etkilenme durumları

		Soğuk hava	Sıcak hava	Nemli hava	Güneşli hava	Kuru hava	Gri- bulutlu hava	Uzun günler	Yüksek polen düzeyi	Sisli- puslu günler	Kısa günler	Yağmurlu günler
Mizaç/Enerji düzeyinde azalma	-3	65	21	33	3	7	54	6	66	74	40	28
	-2	79	33	63	9	34	99	16	48	103	85	36
	-1	121	63	153	14	76	151	16	130	148	141	162
Etkisiz	0	23	14	79	14	216	47	87	121	32	97	65
Mizaç/Enerji düzeyinde artma	1	67	133	38	80	22	12	111	14	8	10	56
	2	12	86	9	164	22	88	85	0	8	8	15
	3	14	31	6	101	4	10	60	2	8	0	19

Katılımcıların bir yıl içinde yaşadıkları kilo değişimleri ortalaması $2,31 \pm 1,13$ kg olarak bulunmuştur. Tüm katılımcıların %45,1'i (n=172) vücut ağırlıklarında bir yıl içinde 2 ile 3,5 kg değişim olduğunu ifade etmiştir. Bir yıl içerisinde yaşanan kilo değişimi dağılımları Şekil 12'de gösterilmiştir.

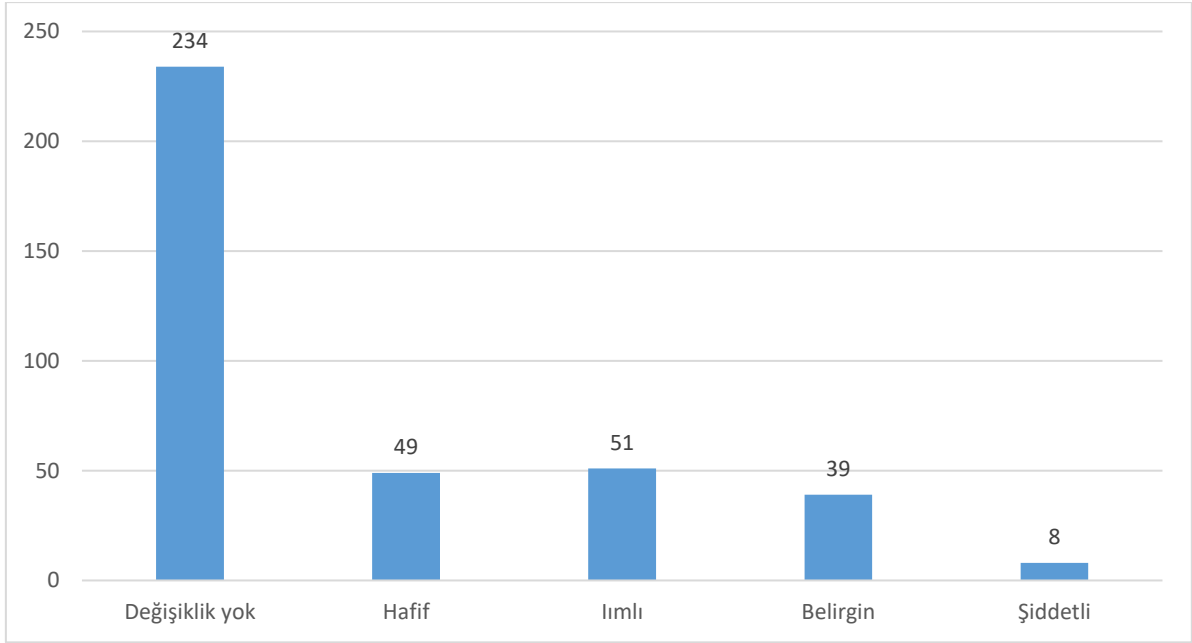


Şekil 11. Katılımcıların yıllık kilo değişimi dağılımları

Mevsimlere göre günlük uyku saatleri ortalamaları kış mevsiminde $7,73 \pm 1,29$, ilkbaharda $7,23 \pm 0,95$, yaz mevsiminde $7,01 \pm 0,96$, sonbaharda $7,53 \pm 0,99$ olarak bulunmuştur.

“Mevsimlere bağlı olarak beslenme tercihinizde değişiklik olur mu?” sorusuna 261 (%68,5) katılımcı hayır, 120 (%31,5) katılımcı evet cevabını vermiştir. Beslenme tercihinizdeki değişiklik varsa nelerdir sorusuna en sık verilen cevaplar: yazın su ve soğuk içecekleri daha sık içerim; kış aylarında karbonhidrattan ve yağdan zengin beslenirim; yazın sulu yiyecekler tercih ederim olmuştur. Nadir verilen cevaplarda yaz aylarında abur cubur, kola vs. tüketimim artar; kışları sulu yemek ve çorbayı daha çok tüketirim olmuştur.

Mevsimlerle ilişkili olarak yaşamlarındaki değişiklik düzeyi sorgulandığında, 234 (%61,4) katılımcı mevsimlerden kaynaklanan değişikliklerin sorun olmadığını bildirirken, 147 (%38,6) katılımcı çeşitli düzeylerde sorun olarak bildirmiştir. Ayrıntılar Şekil 13'te verilmiştir.



Şekil 13. Katılımcıların mevsimlere göre yaşam değişikliği düzeyi dağılımı

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

Katılımcıların mevsimsellik puanı ortalaması $10,45 \pm 4,27$ iken, kadınlarda $10,86 \pm 4,13$, erkeklerde $9,81 \pm 4,41$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların 26'sında (%6,8) mevsimsel duygudurum bozukluğu saptanmıştır. 32 (%8,4) kişide ise eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu saptanmıştır. Cinsiyet ile mevsimsellik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,048$). Katılımcıların cinsiyetleri ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,074$).

Katılımcıların yaşları ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,385$). Eşik altı MDB geliri az olanlarda anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p=0,008$). Medeni durum ile mevsimsellik durumu arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,487$). Katılımcıların BMI ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmış olup fazla kiloluların diğerlerine göre MDB sıklığı daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p=0,036$). Kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında MBD sıklığı açısından herhangi bir fark saptanmadı ($p=0,235$). Tedavi alma durumları açısından mevsimsellik durumları arasında herhangi bir fark saptanmadı ($p=0,426$). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ile mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması Tablo 7'da verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ile mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması

		Mevsimsellik yok		MDB		Eşik altı MDB		p değeri
		n	%*	n	%*	n	%*	
Cinsiyet	Kadın	190	81,8	21	9,1	21	9,1	0,074**
	Erkek	133	89,2	5	3,4	11	7,4	
Yaş gurupları	25 altı	9	75,0	2	16,7	1	8,3	0,385***
	25-29	241	86	15	5,4	24	8,6	
	30-34	70	81,4	9	10,5	7	8,1	
	35 ve üstü	3	100,0	0	0,0	0	0,0	
Gelir durumu	Gelir giderden az	12	63,1	1	5,3	6	31,6	0,008***
	Gelir gidere eşit	132	89,2	6	4,1	10	6,7	
	Gelir giderden fazla	179	83,6	19	8,9	16	7,5	
Medeni durum	Evli	133	88,1	10	6,6	8	5,3	0,487***
	Bekar	189	82,5	16	7,0	24	10,5	
	Boşanmış	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
BMI	Zayıf	14	77,8	0	0,0	4	22,2	0,036***
	Normal	205	86,5	14	5,9	18	7,6	
	Fazla Kilolu	76	80,8	12	12,8	6	6,4	
	Obez	28	87,5	0	0,0	4	12,5	
Kronik hastalık durumu	Yok	267	85,8	18	5,8	26	8,4	0,235**
	Var	56	80,0	8	11,4	6	8,6	
Tedavi alma durumu	Almıyor	274	85,6	20	6,3	26	8,1	0,426***
	Alıyor	4	80,0	0	0,0	1	20,0	
	Bıraktı	45	80,4	6	10,7	5	8,9	
Toplam		323	84,8	26	6,8	32	8,4	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu BMI:Body Mass Indeks *Satır yüzdesi ** Ki-kare testi ***Fisher's exact test

Tiroid hastalığı ile MDB sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Sorgulanan diğer hastalıklarla mevsimsellik durumu arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması

		Mevsimsellik yok		MDB		Eşik altı MDB		p değeri
		n	%*	n	%*	n	%*	
Diyabetes Mellitus	Yok	318	84,6	26	6,9	32	8,5	0,635***
	Var	5	100	0	0,0	0	0,0	
Kardiyolojik hastalık	Yok	313	84,8	26	7,0	30	8,2	0,395***
	Var	10	83,3	0	0,0	2	16,7	
Tiroid hastalığı	Yok	311	86,1	18	5,0	32	8,9	<0,001**
	Var	12	60	8	40	8	0,0	
Diğer endokrin hastalıklar	Yok	322	84,8	26	6,8	32	8,4	0,914***
	Var	1	100	0	0,0	0	0,0	
Santral sinir sistemi hastalığı	Yok	321	84,7	26	6,9	32	8,4	0,835***
	Var	2	100	0	0,0	0	0,0	
Ürogenital sistem hastalığı	Yok	319	84,6	26	6,9	32	8,5	0,696***
	Var	4	100	0	0,0	0	0,0	
Nörolojik hastalık	Yok	322	84,8	26	6,8	32	8,4	0,914***
	Var	1	100	0	0,0	0	0,0	
Psikiyatrik hastalık	Yok	312	84,7	26	7,1	30	8,2	0,427***
	Var	11	84,6	0	0,0	2	15,4	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu *Satır yüzdesi ** Ki-kare testi Fisher’s exact test

Katılımcıların bir yıl içinde yaşadığı kilo değişimleri 4-5,5 olanlar arasında MDB sıklığı daha yüksek saptanmıştır ($p=0,007$). Katılımcıların kilo değişimlerine göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması Tablo 9’de verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların kilo değişimlerine göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması

	Mevsimsellik yok		MDB		Eşik altı mevsimsellik		p değeri
	n	%*	n	%*	n	%*	
0	2	100	0	0,0	0	0,0	0,007**
0-1,5 kg	84	92,3	2	2,2	5	5,5	
2-3,5 kg	144	83,7	11	6,4	17	9,9	
4-5,5 kg	63	85,1	9	12,2	2	2,7	
6-7,5 kg	12	85,7	0	0,0	2	14,3	
8-10 kg	6	50,0	2	16,7	4	33,3	
10 kg üzeri	12	75,0	2	12,5	2	12,5	
Toplam	323	84,8	26	6,8	32	8,4	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu *Satır yüzdesi **Fisher's exact test

Katılımcıların çocuk sahibi olmayanlarda diğerlerine göre MDB'nin daha sık olduğu saptanmıştır (p=0,019). Katılımcıların hamile olma durumlarıyla, mevsimsellik durumları arasında ilişki saptanmamıştır (p=0,094). Katılımcıların çocuk sahibi olma ve hamilelik durumlarına göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların çocuk sahibi olma ve hamilelik durumlarına göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması

		Mevsimsellik yok		MDB		Eşik altı mevsimsellik		p değeri
		n	%*	n	%*	n	%	
Çocuk sahibi olma	Yok	287	85,6	24	7,2	24	7,2	0,019**
	1 çocuk	34	81,0	2	4,8	6	14,2	
	2 çocuk	2	50,0	0	0,0	2	50,0	
Hamile olma durumu	Hayır	317	85,0	24	6,4	32	8,6	0,094**
	Evet	6	75,0	2	25,0	0	0,0	
Toplam		323	84,8	26	6,8	32	8,4	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu *Satır yüzdesi ** Fisher's exact test

Katılımcılar arasında uzmanlık dalı (p=0,099) açısından mevsimsellik durumu ile ilgili

herhangi bir fark saptanmadı. Katılımcılardan 6-10 nöbet tutanların, nöbet tutmayan veya 1-5 nöbet tutanlara göre MDB sıklığı anlamlı derecede fazladır ($p<0,001$). Katılımcılar arasında uzmanlık dalı ve nöbet sayısı açısından mevsimsellik durumunun karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcılar arasında uzmanlık dalı açısından mevsimsellik durumunun karşılaştırılması

		Mevsimsellik yok		MDB		Eşik altı mevsimsellik		p değeri
		n	%*	n	%*	n	%*	
Uzmanlık alanı	Temel	33	97,1	1	2,9	0	0,0	0,099**
	Dahili	277	83,6	25	7,6	29	8,8	
	Cerrahi	13	81,2	0	0,0	3	18,8	
Nöbet sayısı	Yok	190	87,2	15	6,8	13	6,0	<0,001**
	1-5	92	88,5	3	2,8	9	8,7	
	6-10	41	71,9	8	14	8	14	
	10 üzeri	0	0,0	0	0,0	2	100,0	
Toplam		323	84,8	26	6,8	32	8,4	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu *Satır yüzdesi **Fisher’s exact test

Katılımcıların sigara ($p=0,453$) kullanma durumları açısından mevsimsellik durumları arasında herhangi bir fark saptanmamış olup alkol kullanmayı bırakanların diğerlerine göre MDB sıklığı daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması

		Mevsimsellik yok		MDB		Eşik altı mevsimsellik		p değeri
		n	%*	n	%*	n	%*	
Sigara	Hayır	247	86,1	18	6,3	22	7,7	0,453**
	Bıraktım	22	73,3	4	13,3	4	13,3	
	Evet	54	84,4	4	6,3	6	9,4	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu *Satır yüzdesi ** Fisher’s exact test

Tablo 12. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre mevsimsellik durumlarının karşılaştırılması (Devam)

Alkol	Hayır	220	87,3	11	4,4	21	8,3	<0,001**
	Bıraktım	6	46,2	4	30,8	3	23,1	
	Evet	97	83,6	11	9,5	8	6,9	
	Toplam	323	84,8	26	6,8	32	8,4	

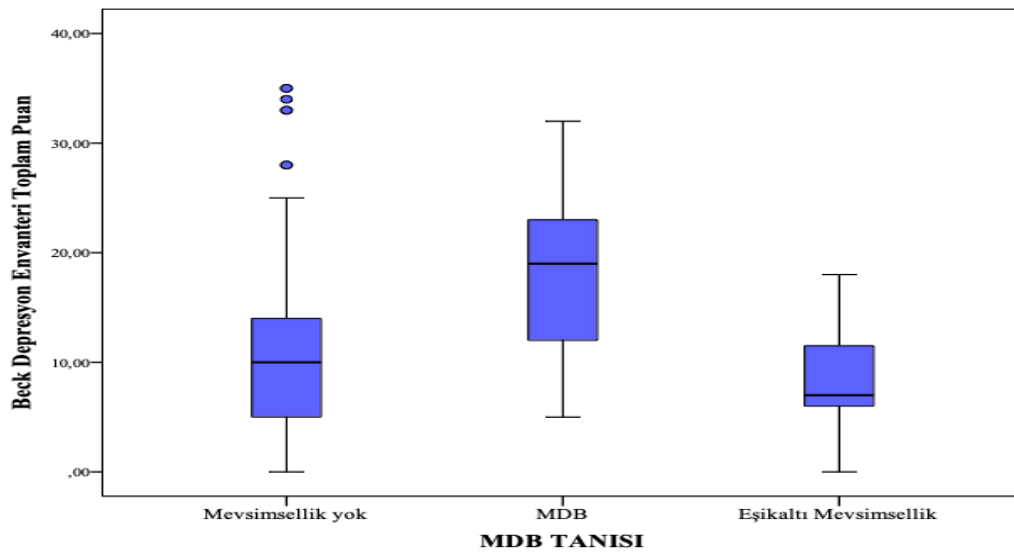
MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu *Satır yüzdesi ** Fisher's exact test

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puanların ortalaması $\pm$ SS 10,74 $\pm$ 7,26 olup ortanca (min-maks) değeri 10(0-35) olarak saptanmıştır. MBD olanlar mevsimselliği olmayanlara ve eşik altı mevsimselliği olanlara göre BDE'den daha yüksek puan almıştır (p<0,001). Katılımcıların mevsimsellik durumlarına göre BDE'den aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 13 ve Şekil 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Mevsimsellik durumlarına göre BDE'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Mevsimsellik yok	MDB	Eşik altı mevsimsellik	p değeri
BDE Ortanca(Min-Maks)	10(0-35)	19(5-32)	7(0-18)	<0,001*
BDE Ortalama(SS)	10,33(7,06)	18,2(7,9)	8,91(5,23)	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu **BDE:** Beck Depresyon Envanteri SS: Standart Sapma *Kruskal Wallis testi



Şekil 13. Katılımcıların MBD tanısına göre BDE'den aldıkları puanların dağılımı

Katılımcıların Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nden aldıkları puanlar ortalama $\pm$ SD 1061,61 $\pm$ 1506,93 olup ortanca (min-maks) değeri 594,0 (0,00-14256,00) olarak saptanmıştır. MDB durumlarına göre fiziksel aktivite grupları arasında herhangi bir fark saptanmadı (p=0,144). Katılımcıların mevsimsellik durumlarını göre fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılması Tablo 14'de verilmiştir

Tablo 14. Çalışma grubundaki asistan hekimlerin Mevsimsellik durumlarına göre Fiziksel aktivite Gruplarına göre karşılaştırılması

		Mevsimsellik yok		MDB		Eşik altı mevsimsellik		p değeri
		n	%*	n	%*	n	%*	
Fiziksel Aktivite Grupları	İnaktif	171	85,5	13	6,5	16	8,0	0,144**
	Minimal	122	84,1	13	9,0	10	6,9	
	Çok aktif	30	83,3	0	0,0	6	16,7	
Toplam		323	84,8	26	6,8	32	8,4	

MDB: Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu *Satır yüzdesi, **Ki-kare testi

TARTIŞMA

Çalışmaya katılan 385 katılımcının 4'ü psikiyatrik hastalığı olduğu ve aktif ilaç kullandığı için 381 katılımcıya ait veriler analiz edildi. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların cinsiyetleri 232 kadın (%60,9), 149 erkek (%39,1) olarak saptandı. Mevsimsellik puan ortalamaları ise $10,45 \pm 4,27$ olarak bulunmuştur. Bu puan kadınlarda $10,86 \pm 4,13$, erkeklerde $9,81 \pm 4,41$ 'dir. Cinsiyet ile mevsimsellik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyetleri ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Noyan ve ark. (8) İzmir'de 271 kişide mevsimsel duygudurum bozukluğunun yaygınlığının araştırıldığı çalışmada mevsimsellik puan ortalaması $8,21 \pm 4,45$ olup kadınlarda $8,54 \pm 4,45$, erkeklerde ise $7,75 \pm 4,43$ olarak bulunmuştur. Atalar (50) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada mevsimsellik puanı ortalamasını $10,84 \pm 4,062$ bulmuş, bu puan kızlarda $11,16 \pm 3,93$; erkeklerde $10,46 \pm 4,18$ olup kızların mevsimsellik puanı, erkeklerinkine göre istatistiksel olarak anlamlı ve MDB ve eşik altı MDB sıklığının kadınlarda yüksek olduğu görülmüş. Ercan ve ark. (51) tarafından İstanbul'da 422 kişide yapılan çalışmada katılımcıların mevsimsellik puanı ortalaması $9,01 \pm 4,5$ bulunmuş, kadınlarla ($9,31 \pm 4,5$) erkekler ($8,63 \pm 4,5$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış. Fonte ve ark. (52) tarafından Türkiye ile benzer enlemde bulunan Portekiz'de (38°K) yapılan bir çalışmada mevsimsellik puan ortalaması $9,06 \pm 4,275$ saptanmış. Sullivan ve ark. (53) tarafından Türkiye ile benzer enlemde bulunan Amerika Birleşik Devletleri'nin Ohio eyaletinde (38°K) yapılan çalışmada MDB puan ortalaması, kadınlarda ($10,18 \pm 4,38$), erkeklerden ($7,29 \pm 4,14$) anlamlı derecede yüksektir. Özekinci (54) tarafından Ankara'da üniversite öğrencilerine yapılan çalışmada mevsimsellik puan ortalaması $12,24 \pm 4,66$ bulunmuş olup kadınlarla ($12,50 \pm 4,16$) erkekler

(11.76±5.46) arasında anlamlı bir fark bulunmamış.

Çalışmamızda 26 (%6,8) kişide mevsimsel duygudurum bozukluğu, 32 (%8,4) kişide ise eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu saptanmıştır. Atalar üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada 128'inde (%18,6) MDB, 261'inde (%37,9) ise eşik altı MDB bulunmuş. Fonte ve ark. (52) tarafından Portekiz'deki çalışmasında katılımcılarda %12,7 MDB, %29 eşik altı MDB saptanmıştır. Rohan ve ark. (55) tarafından Boston'da üniversite öğrencilerine yapılan çalışmada katılımcıların, %5'ten fazlası MDB, %16'sından fazlası eşik altı MDB saptanmış. Bizim çalışmamızla benzer sonuçlar alan Elbi ve ark. (26) tarafından Türkiye'de dört enlemde sekiz farklı ilde; bunlardan dört il aynı enlemde olacak şekilde seçilmiş prevalans çalışmasında %4,86'sı MDB ve %8,35'i eşik altı MDB olarak saptanmış. Noyan ve ark. (8) İzmir'de yapılmış yaygınlık çalışmasında MDB ve eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu yaygınlığı sırasıyla %2.21 ve %9.22 oranlarında saptanmış. Mevsimselliğin toplumdaki prevalans çalışmalarında MDGF kullanılsa da örneklemin seçilmesi, MDB ve eşik altı MDB tanı kriterleri ve kesme puanlarında olan farklılıklar, yaygınlık oranlarında değişikliğe yol açmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması 28,28 ± 2,27 olarak saptandı. Katılımcıların yaşları ile mevsimsellik durumları karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Atalar (50) tarafından üniversite öğrencilerine yapılan çalışmada yaş ortalamaları 21,58±2,4 olarak saptanmış ve yaş ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamış. Demir ve ark. (56) tarafından İstanbul'da asistan hekimlerde yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 28,2±3,2 yıldır. Çalışmamızın sadece asistan hekimler üzerinde yapılmış olması, katılımcıların yaş ortalamasının nispeten dar oluşunu açıklamaktadır.

Katılımcıların 151'i evli, 229'u bekar, 1 kişi ise boşanmıştı. Katılımcılardan 335 kişinin çocuğunun olmadığı, 42'sinin 1 çocuğu olduğu, 4'ünün 2 çocuğu olduğu, 8 kişinin ise hamile olduğu saptandı. Medeni durum ve hamilelik durumu ile mevsimsellik arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Çocuk sahibi olmayanların diğerlerine göre MDB sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Gören (9) tarafından asistan hekimlerde yaptığı çalışmada çocuk varlığı ve sayısı ile istatistiksel olarak BDE puanları ile anlamlı ilişki saptanmamış. Demir ve ark. (56) tarafından İstanbul'da asistan hekimlerde yapılan bir çalışmada BDE'de 17 kesme puanına göre belirlenen depresyonla medeni durum arasında anlamlı ilişki saptanmamış. Literatürde çocuk sahibi olma ve medeni durumla mevsimsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır fakat çocuk sahibi olan kişiler, çocukların eğitim takvimini göz önünde bulundurarak, kış tatilleri, yaz kampı, spor

etkinlikleri veya diğer aktivitelerini planlarken mevsimlere daha fazla dikkat ederek daha fazla bu etkinliklere katılıyor olabilir. Bu plan yapma eğilimi de ebeveynleri mevsimlere karşı daha uyumlu hale getiriyor olabilir.

Katılımcılardan 6-10 nöbet tutanların, nöbet tutmayan veya 1-5 nöbet tutanlara göre MDB sıklığı anlamlı derecede fazladır. Literatürde mevsimsellik ile vardiyalı çalışma arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Nöbet tutan asistan hekimler nöbet gününde hastane içinde geçirip, ertesi gün genellikle gündüzleri uyudukları için gün ışığından yeterince faydalanamamış olurlar. Uyku düzenlerinin biyolojik saatleriyle çatışacak derecede bozuluyor ve çalışma saatlerinde bu düzensizlik sosyal ilişkilerini etkiliyor olabilir. Bu da nöbet sayıları fazla olan hekimlerde mevsimsel duyarlılığı etkiliyor olabilir.

Katılımcıların 214'ünün gelirleri giderlerinden fazla, 19'unun gelirleri giderlerinden az, 148'inin gelirleri giderlerine eşittir. Eşik altı MDB geliri az olanlarda anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Literatürde mevsimsellik ile gelir durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Katılımcıların sigara kullanma durumları açısından mevsimsellik durumları arasında herhangi bir fark saptanmamış olup alkol kullanmayı bırakanların diğerlerine göre MDB sıklığı daha yüksek olarak saptanmıştır. Özekinci'nin (54) 2020 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanma durumuyla mevsimsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış. Morales-Munoz ve ark. (57) tarafından yapılan çalışmada MDB tanılı ve alkol kullanım bozukluğu olan katılımcılar sadece alkol kullanım bozukluğu ve sadece MDB tanısı olan katılımcılara göre daha yorgun hissettiklerini ve daha fazla uyku sorunları olduğunu bildirmişlerdir. Avery ve ark.'ın (58) çalışmasında DSM-III-R'ye göre alkol kullanım bozukluğu öyküsü olan, en az 6 aydır alkolden uzak duran ve herhangi bir ilaç kullanmayan 12 olgunun Rosenthal'e göre MDB kriterlerini de karşıladığı görülmüş ve ışık terapilerinin ardından Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Mevsimsel Duygulanım Bozukluğu (SIGH-SAD) ile değerlendirmiş ve anlamlı derecede düzelme görülmüştür. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde uykuya dalmakta zorluk, sık uyanma, gündüz uykululuk ve uyku kalitesinin azalması ya da gün içinde aşırı uykululuk gibi uyku sorunlarının görülme sıklığı oldukça yüksektir. Kovanen ve ark. (59) tarafından sirkadiyen ritmi düzenleyen gen polimorfizmlerinin alkol kullanım bozukluğu ile ilişkisi tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklar içinde sadece tiroid hastalığı ile MDB sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Tedavi alma durumları açısından mevsimsellik durumları arasında

herhangi bir fark saptanmamıştır. Özekincinin (54) Ankara’da üniversite öğrencilerine yaptığı çalışmada tanısı konmuş kronik hastalığı olan öğrencilerin mevsimsellik puanları, tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığı olmayan öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş. Düzenli ilaç kullanma durumları ile mevsimsellik puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamış. Hipotiroidi psikiyatrik belirtilerin en sık görüldüğü endokrin bozukluktur. Çok sayıda araştırma, tanı konmamış, tedavi edilmemiş, yeterince tedavi edilmemiş hipotiroidili hastaların depresyon geliştirme riskinin yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Otoimmün tiroiditte ve hipertiroidide de depresyon riski artmıştır (60,61). Ayrıca tiroid hormonları vücut sıcaklığını düzenlemeye yardımcı olduğundan soğuk hava, hipotiroidi semptomlarını kötüleştirebilir.

Katılımcıların %42’si ve %30,7’si uyku miktarında sırasıyla hafif ve ılımlı bir değişiklik olduğunu ifade ederken, %43,8’i ve %32’si sosyal yaşantıda mevsimlere göre sırasıyla ılımlı ve belirgin değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %42,5’i ılımlı duygudurum, %34,9’u ılımlı kilo değişikliği, %38,1’i hafif iştah değişikliği, %42,6’sı ise ılımlı enerji düzeyi değişikliği olduğunu belirtilmiştir. Atalar’ın (50) çalışmasında mevsimlere göre katılımcılardan %37’si sosyal yaşantısında belirgin değişiklik, %38,6’sı kilosunda hafif değişiklik, %32,9’u iştahında ılımlı değişiklik, %35,4’ü enerji düzeyinde belirgin değişiklik olduğunu belirtmiştir. Ercan ve ark. (51) tarafından İstanbul’da 422 kişide yapılan çalışmada katılımcıların %32,9’u uyku miktarlarının, %61,8’i sosyal yaşantılarının, %58,3’ü enerji düzeylerinin mevsimlerden ılımlı ve daha fazla etkilendiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları, literatürdeki çalışmalarla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların kendilerini en iyi hissettikleri aylar haziran ve temmuz iken, en kötü hissettikleri aylar aralık ve ocak aylarında, en çok kilo aldıkları aylar aralık ve ocak, en çok kilo verme mayıs ve haziran aylarında, en çok sosyal yaşantı haziran ve temmuz aylarında, en az sosyal yaşantı aralık ve ocak aylarında, en az uyku haziran ve temmuz aylarında, en fazla uyuma aralık ve ocak, en çok yemek yeme aralık, ocak ve şubat aylarında, en az yemek yeme temmuz ve ağustos aylarında saptanmıştır. Katılımcıların sıcak, güneşli havalarda ve uzun günlerde mizaç ya da enerji düzeyinde artış gözlenirken; yine soğuk, nemli, gri bulutlu, yüksek polenli hava, sisli-puslu, kısa ve yağmurlu günlerde mizaç ya da enerji düzeyinde azalma saptanmıştır. Atalar (50) tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada haziran ve temmuzun en iyi hissettikleri ve sosyal yaşantılarının en fazla olduğu, aralık, ocak ve şubatın en çok yemek yedikleri, en çok kilo aldıkları, en kötü hissettikleri, sosyal yaşantıların en az olduğu ve en az uyudukları, mayıs ve haziranın en çok kilo verdikleri,

temmuz ve ağustosun en az yedikleri ve en fazla uyudukları aylar olduğunu belirtmişler. Katılımcılar sıcak, kuru, güneşli ve uzun günlerde mizaç ve enerji düzeyinde artış; soğuk, nemli ve gri-bulutlu havalar, yüksek polen düzeyli, sisli puslu, kısa ve yağmurlu günlerde mizaç ve enerji düzeyinde azalma olduğunu belirtmişler. Özekinci (54) tarafından Ankara'da üniversite öğrencilerine yapılan çalışmada katılımcılar ilkbahar ve yaz aylarında kendilerini daha iyi hissettiklerini, daha çok sosyal yaşantılarının olduğunu, daha az yediklerini ve daha çok kilo verdiklerini; sonbahar ve kış aylarında ise kendilerini kötü hissettiklerini, daha az sosyal yaşantılarının olduğunu, daha fazla yediklerini ve daha fazla kilo aldıklarını belirtmişler. Katılımcılar kış aylarında daha az, yaz aylarında ise daha fazla uyuduklarını belirtmişler. Rohan ve ark. (55) tarafından Türkiye ile benzer enlemde olan Boston'da (42.34°K) üniversite öğrencilerine yapılan çalışmada en kötü hissettikleri, en çok kilo aldıkları, sosyal aktivitelerinin en az olduğu ve en çok yemek yedikleri ve en çok uyudukları ayların kış ayları olduğu; en iyi hissettikleri, en çok kilo verdikleri, sosyal aktivitelerinin en çok olduğu, en az yemek yedikleri ve en az uyudukları ayların yaz ayları olduğunu belirtmişler. Sonbahar ve kış aylarında gecenin uzaması ve ışığa maruz kalınan sürenin kısalmasına bağlı olarak melatonin salınım süresi uzamakta bu da daha fazla uyku ve gıda alımına yol açmaktadır (33). Çalışmamızın bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların BMI ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmış olup fazla kiloluların diğerlerine göre MDB sıklığı daha fazla bulunmuştur. Atalar'ın (50) yaptığı çalışmada vücut ağırlıkları ile mevsimsellik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Özekinci'nin (54) üniversite öğrencilerinde çok zayıf/zayıf, normal, şişman/çok şişman şeklinde olan gruplamasında mevsimsellik puanı ile ilişki bulunmamış. Araştırmalar arası farklılıklar seçilen evrene, örnekleme şekline, metot ve çalışmanın zamanına ait farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların bir yıl içinde yaşadıkları kilo değişimleri ortalaması $2,31 \pm 1,13$ kg'dır. Katılımcıların %45,1'i vücut ağırlıklarında bir yıl içinde 2 ile 3,5 kg arası değiştiğini ifade etmiştir. Yıllık kilo değişimi 4 ile 5,5 kg arasında değiştiğini ifade edenler arasında MDB sıklığı daha fazla saptanmıştır. 8 ile 10 kg arasında değiştiğini ifade edenler arasında eşik altı MDB sıklığı daha fazla saptanmıştır. Atalar'ın (50) 689 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada katılımcıların kilo değişimleri ortalaması $2,16 \pm 1,14$ kg olup, katılımcıların %41,8'inin vücut ağırlığının bir yıl içinde 2 ile 3,5 kg değiştiği bulunmuş. Yıllık kilo değişimi 6 kilo ve üzeri olanların MDB ve eşik altı MDB riski artmış. Küçükdönmez ve ark.'ın (62)

35 genç yetişkin kadın üzerinde yaptığı prospektif çalışmada yaz aylarında ilkbahar ve kışa göre, sonbaharda ise kışa göre vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi değerlerinde anlamlı bir azalmanın olduğu tespit edilmiş, biyoelektrik empedans analizinde yaz aylarında kışa göre vücut yağ kütlesi değerlerinde azalma, yağsız kütle değerlerinde ise artış tespit edilmiş. Literatürdeki çalışmalarla çalışmamızın sonuçları büyük ölçüde benzerdir.

Asistan hekimlerin günlük uyku saatleri ortalamaları kış mevsiminde $7,73 \pm 1,29$, ilkbaharda $7,23 \pm 0,95$, yaz mevsiminde $7,01 \pm 0,96$, sonbaharda $7,53 \pm 0,99$ olarak saptanmıştır. Doktorlar, poliklinik hizmeti, acil durumlar, nöbetler nedeniyle gece ve hafta sonları da dahil olmak üzere çeşitli saatlerde çalışabilirler, sağlık hizmetlerine talebin sürekliliği de dikkate alındığında, doktorların uyku sürelerinde mevsimlere bağlı bir değişim olmaması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda “Mevsimlere bağlı olarak beslenme tercihinizde değişiklik olur mu?” sorusuna katılımcıların %68,5’i hayır, %31,5’i evet cevabını vermiştir. Bu değişikliğin neler olduğunun sorulduğunu açık uçlu soruya en sık verilen cevaplar: yazın su ve soğuk içecekleri daha sık içerim, kış aylarında karbonhidrattan ve yağdan zengin beslenirim, yazın sulu yiyecekler tercih ederim olmuştur. Nadir verilen cevaplarda yaz aylarında abur cubur, kola vs. tüketimim artar; kışları sulu yemek ve çorbayı daha çok tüketirim olmuştur. Atalar (50) tarafından tıp fakültesi öğrencilerine yapılan çalışmada 323 (%46,9) katılımcı beslenme tercihlerinde değişiklik olmadığını, 366 (%53,1) katılımcı değişiklik olduğunu belirtmiş. Küçükerdönmez ve ark.’ın (62) 35 genç yetişkin kadın üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %91,4’ü yiyecek ve içecek tercihlerinin mevsimsel değişikliklerden etkilendiğini belirtmiştir. Değişiklik bildirenlerin %56,3’ünde mevsimsel değişikliklerden etkilenerek yaptıkları en belirgin değişiklik taze meyve ve sebze tüketimindeki artış olduğu, %12,5’inde yaz aylarında yağlı ve yüksek kalorili gıdaların tüketiminden kaçınıldığı, %18,8’inde kış aylarında çikolata ve tatlı hamur işi tüketiminin arttığı (%18,8) belirtilmiştir. Aparicio ve ark. (63) tarafından yapılan çalışmada tahıl alımı yaz aylarında kış ve sonbahara göre daha düşük, içecek alımı yaz aylarında diğer aylara göre daha yüksek saptanmış ve günlük enerji alımı ise ayrı ayrı ilkbahar ve sonbaharda yazaya göre daha fazla saptanmış. MDB’de depresyonun atipik bulgusu olan hiperfaji, özellikle karbonhidrat aşırma ve bunun sonucunda kilo alımı görülür (64). Bu açıdan çalışmamız literatürü desteklemektedir.

Mevsimlerle ilişkili olarak yaşamlarındaki değişiklik düzeyi sorgulandığında, 234 katılımcıların %38,6’sı mevsimlerden kaynaklanan değişiklikleri çeşitli derecelerde sorun olarak bildirmiş. Atalar’ın (50) çalışmasında ise, 373(%54,1) katılımcı ılımlı ve belirgin bir

sorun olarak algıladığını belirtmiş. Elbi ve ark. (26) tarafından Türkiye’de sekiz farklı ilde yapılan çalışmada katılımcılar %31,5 mevsimselliği bir sorun olarak bildirmiş. Noyan ve ark. (8) çalışmasında katılımcıların %32,5’i mevsimsel değişikliklerin kendilerine sorun düzeyinde değişiklik yaşattığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak katılımcıların önemli bir yüzdesinin mevsimsel değişikliklerden rahatsızlık yaşadığını göstermektedir.

Katılımcıların BDE’den aldıkları puanların ortalaması $10,74 \pm 7,26$ olup ortalama (min-maks) değeri 10 (0-35) olarak saptanmıştır. MDB olanlar, mevsimselliği olmayanlara ve eşik altı mevsimselliği olanlara göre BDE’den daha yüksek puan almıştır. Çeler ve ark. (65) tarafından Düzce’de asistan hekimlerde yapılan çalışmada BDE puan ortalaması ise $9,3 \pm 9,4$ puandır. Demir ve ark. (56) tarafından asistan hekimlere yapılan çalışmada ortalama BDE puanı $9,56 \pm 8,8$ bulunmuş. Sullivan ve ark.’ın (53) çalışmasında MDB tanısı alan kişilerin BDE puan ortalaması ($10,20 \pm 7,75$), MDB tanısı almayanların BDE puan ortalamasına ($6,79 \pm 5,16$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuş. Gupta ve ark. (66) tarafından yapılan çalışmada Mevsimsel duygudurum bozukluğu örneklemini için bildirilen BDE skorları ortalama $10,20 \pm 7,75$ saptanmıştır. Bunun normal popülasyondan fazla olduğu bildirilmiş. Rohan ve ark. (55) tarafından çalışmamızın yapıldığı yerle benzer enlemde olan Boston’da ($42,34^\circ$ K) üniversite öğrencilerine yapılan çalışmada BDE puanları ve MGDF’ye göre mevsimsellik puanları hem taramada hem de takip eden oturumda önemli ölçüde korelasyon göstermiştir. Çalışmamızda MDB olanların anlamlı şekilde BDE’den yüksek almış olması literatürdeki sağlıklı popülasyonda mevsimselliğin araştırılmasında da kullanılabilen testlerden biri olan Beck depresyon envanterinin; mevsimselliğin en fazla olacağını tahmin ettiğimiz kış aylarında uygulanmasından dolayı MDGF ile korelasyon göstermiş olabilir.

Katılımcıların Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi’nden aldıkları puanların ortalaması $\pm$ SD $1061,61 \pm 1506,93$ olup, ortalama(min-maks) değeri 594 (0-14256) olarak saptanmıştır. MDB durumlarına göre fiziksel aktivite grupları arasında herhangi bir fark saptanmadı. Alvarado ve ark. (67) tarafından Şili’de 370 yetişkin üzerinde yapılan çalışmada yüksek yoğunluklu egzersiz yapanların MGDF’den aldıkları puan anlamlı derece düşük bulunmuş. Elde edilen bulgulardaki bu farklılık, çalışmanın yürütüleceği coğrafi bölge ve fiziksel aktivite düzeyinin ölçümünde kullanılan enstrüman seçiminden kaynaklanmış olabileceği düşünmekteyiz.

SONUÇLAR

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerde mevsimsellik düzeyinin ölçülmesi, mevsimselliğin doktorların duygudurumlarına ve ruh haline etkilerini ve diğer sağlık parametreleri ile etkileşimini araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Mevsimsellik puanı kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulunmuştur.
2. Asistan hekimlerde mevsimsellik sıklığı, toplumdaki mevsimsellik sıklığının araştırıldığı diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.
3. Çocuk sahibi olmayanlarda mevsimsellik sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır.
4. Nöbet sıklığı fazla olan asistan hekimlerin mevsimsellik sıklığı daha fazla olduğu saptanmıştır.
5. Geliri az olanlarda mevsimsellik sıklığı daha fazla bulunmuştur.
6. Katılımcılardan alkol kullanmayı bırakanların, mevsimsellik sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur.
7. Tiroid hastalığı olanlarda olamayanlara göre, mevsimsellik sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır.
8. Katılımcıların en çok yaz aylarında iyi hissettikleri, kilo verdikleri ve sosyal yaşantılarının iyi olduğu; en çok kış aylarında kötü hissettikleri, kilo aldıkları, sosyal yaşantılarının az olduğu saptanmıştır. Enerji düzeylerinde; sıcak, güneşli havalarda ve uzun günlerde artış gözlenirken, polen seviyesinin yüksek olduğu, soğuk, sisli, yağmurlu ve kısa günlerde azalma saptanmıştır.

9. Fazla kiloluların, mevsimsellik sıklığı daha fazla bulunmuştur.
10. Katılımcıların BDE'den aldıkları puanların ortalaması $10,74 \pm 7,26$ olup ortalanca (min-maks) değeri 10 (0-35) olarak bulunmuştur. Mevsimsellik puanı yüksek olanlar BDE'den de yüksek puan almıştır. Birinci basamakta depresyon taraması sırasında riskli görülen hastalarda semptomların mevsimsel seyrinin sorgulanması hastalığın kronikleşmesinin önüne geçilmesi açısından önemlidir.
11. MGDF'nin mevsimsellik sıklığını fazla tahmin edebileceği, tek başına tanı aracı olmadığı mutlaka detaylı görüşme yapılması gerektiği unutulmamalıdır.



ÖZET

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerde mevsimsellik düzeyinin ölçülmesi, mevsimselliğin doktorların duygudurumlarına ve ruh haline etkilerini ve diğer sağlık parametreleri ile etkileşimini araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmamızın örneklemini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi almakta olan ve dahil etme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 381 asistan hekim oluşturmuştur. Veriler 53 sorudan oluşan anket uygulanarak toplanmıştır. Anket formunda katılımcıların sosyodemografik verileri, alışkanlıkları ve tıbbi durumlarına yönelik 18 soru bulunmaktadır. Ek olarak 7 soru içeren Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu, 21 soru içeren Beck Depresyon Envanteri ve 7 soru içeren Uluslararası Fiziksel Aktivite Puanı katılımcılara uygulanmıştır.

Mevsimsellik puanı, kadınlarda ($10,86 \pm 4,13$), erkeklere ($9,81 \pm 4,41$) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %6,8'inde mevsimsel duygudurum bozukluğu, %8,4'ünde eşik altı mevsimsel duygudurum bozukluğu saptanmıştır ve %38,6'sı mevsimlerden kaynaklanan değişikliklerin çeşitli düzeylerde sorun olduğunu belirtmiştir. Kilo miktarı, çocuk sahibi olma durumu, tutulan nöbet sayısı, gelir durumu, alkol kullanımı, tiroid hastalığı varlığı ile mevsimsellik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların en çok yaz aylarında iyi hissettikleri, kilo verdikleri ve sosyal yaşantılarının iyi olduğu; en çok kış aylarında kötü hissettikleri, kilo aldıkları, sosyal yaşantılarının az olduğu saptanmıştır. Enerji düzeylerinde; sıcak, güneşli havalarda ve uzun günlerde artış gözlenirken, polen seviyesinin yüksek olduğu, soğuk, sisli, yağmurlu ve kısa günlerde azalma saptanmıştır. Ankete göre

mevsimsel duygudurum bozukluğu olanların depresyon düzeyi daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın verileri doğrultusunda asistan hekimlerin mevsimsel değişikliklere bağlı olarak sosyal yaşantı, duygudurum, davranışlarında değişiklikler yaşadıklarını, önemli bir kısmının bunu sorun olarak gördüğünü söyleyebiliriz.

Anahtar kelimeler: Mevsimsel duygudurum bozukluğu, Depresyon, Asistan hekim



SEASONALITY AMONG REZIDENT PHYSICIANS AT TRAKYA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

SUMMARY

The aim of this study was to measure the level of seasonality in resident physicians undergoing specialty training at Trakya University Faculty of Medicine, to investigate the effects of seasonality on physicians' mood and mood and its interaction with other health parameters.

The sample of our study consisted of 381 resident physicians who were undergoing specialty training at Trakya University Faculty of Medicine and who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The data were collected by applying a questionnaire consisting of 53 questions. The questionnaire included 18 questions about the sociodemographic data, habits and medical conditions of the participants. In addition, the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire with 7 questions, the Beck Depression Inventory with 21 questions and the International Physical Activity Questionnaire with 7 questions, were applied to the participants.

The seasonality score was statistically significantly higher in women (10.86 ± 4.13) than in men (9.81 ± 4.41). Seasonal affective disorder was detected in 6.8% of the participants, subthreshold seasonal mood disorder was detected in 8.4%, and 38.6% stated that seasonal changes were a problem at various levels. Significant correlations were found between weight, having children, number of seizures, income, alcohol use, and presence of thyroid

disease and seasonality. It was found that the participants felt good, lost weight and had a good social life mostly in the summer months, while they felt bad, gained weight and had a poor social life mostly in the winter months. An increase in energy levels was observed in hot, sunny weather and on long days, while a decrease was found in cold, foggy, rainy and short days when pollen levels were high. It was found that the depression levels of those with seasonal affective disorder were higher.

In line with the data of the study, we can say that resident physicians experience changes in their social life, mood and behavior due to seasonal changes, and a significant number of them see this as a problem.

Keywords: Seasonal Affective Disorder, Depression, Resident Physician

KAYNAKLAR

1. Rosental N, Sack D, Gillin J, Lewy A, Goodwin F, Davenport Y, et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. Arch Gen Psychiatry. 1984 Jan;41(1):72-80.
2. Pjrek E, Friedrich ME, Cambioli L, Dold M, Jäger F, Komorowski A, et al. The efficacy of light therapy in the treatment of seasonal affective disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. Psychother Psychosom. 2020;89(1):17-24.
3. Güzel Özdemir P, Yılmaz E, Selvi Y, Boysan M. Psikiyatride parlak ışık tedavisi. Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry. 2017;9(2):177-177.
4. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Oct 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
5. Dikmen M. Beck Depresyon Envanteri II'nin Öğretmen Adayları Üzerinde Güvenirlilik ve Geçerliğinin İncelenmesi. Turkish Stud Sci. 2020;15(6):4137-4150. doi: 10.47423/TurkishStudies.46722.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (Çeviri:E.Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2014.
7. Dagdeviren N, Oral T, Dedeoğlu S. Bipolar affektif bozuklukta mevsimsellik. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 1998;11:53-55.
8. Noyan M, Karababa A, Veznedaoğlu B, Elbi H, Korukoğlu S. İzmir'De Yarı-Kırsal Bir Bölgede Mevsimsel Duygudurum Bozukluğunun Yaygınlığı. Anatolian Journal of Psychiatry 2001;2(3):169-74.
9. Gören E. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Asistan Hekimlerin Beck Depresyon Ölçeğiyle Depresyon Seviyelerinin ve Nedenlerinin Belirlenmesi (tez). İzmir: Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi; 2019.
10. Başpınar R, Gökşin Cihan F, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg. 2016;7(25):1-9. doi: 10.17944/mkutfd.08962.
11. Kara A. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Sabahçıl-Akşamcıl Sirkadiyen Ritim Durumu ve Depresyon ile İlişkisi (tez). İzmir: Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi;2019.
12. Yalva Y. Vitiligo Hastalarında Bilişsel Çarpıtmaların Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi. (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2022.

13. Reynolds E, Wilson J. Depression and anxiety in Babylon. *J R Soc Med*. 2013;106(12):478-481. doi: 10.1177/0141076813486262.
14. WHO. Constitution of World Health Organization. (Erişim tarihi: 08.10.2023) Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
15. Malhi G, Mann J. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
16. Baxter A, Scott K, Ferrari A, Norman R, T V, Whiteford H, et al. Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: Trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):506-516 doi:10.1002/da.22230.
17. Kessler R, Bromet E. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-138 doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114.
18. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Aksu Tanik F, Zağlı N, et al. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *J Affect Disord*. 2015;181:78–86.
19. Maurer D, Raymond T, Davis B. Depression: Screening and diagnosis. *American Family Physician*. 2018;98(8):508-515.
20. Schaakxs R, Comijs H, Mast R, Schoevers R, Beekman A, Penninx B. Risk Factors for Depression: Differential Across Age?. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;25(9):966-977.
21. TEZVARAN Z. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2010;1(3):1-7.
22. Ersoy E, Saatçi E. Periodic health examinations: An overview. *Türk Aile Hekim Derg*. 2017;21(2):82-89. doi: 10.15511/tahd.17.00282.
23. Mcdaniel SH, Campell TL, Hepworth J, Lorenz A (Çeviri: H. Yaman). *Aile Yönelimli Birincil Bakım İkinci Baskı*. İstanbul: Yüce Yayın; 2016: 1-23.
24. Örsel S. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. *Klin Psikiyatr*. 2004;(4):17–24.
25. Rakel RE, Rakel DP (Çevir: E. Saatçi). *Aile Hekimliği 9. baskı*. İstanbul: Güneş Tıp Kitapları; 2019: 1100-1101.
26. Elbi H, Noyan A, Korukoğlu S, Ünal S, Bekaroğlu M, Oğuzhanoğlu N, et al. Seasonal affective disorder in eight groups in Turkey: A cross-national perspective. *J Affect Disord*. 2002;70(1):77–84.
27. Roeklein K, Rohan K. Seasonal Affective Disorder. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005 Jan;2(1):20-6.
28. Rosenthal N. Issues for DSM-V: Seasonal affective disorder and seasonality. *Am J Psychiatry*. 2009;166(8):852-853.
29. Galima S, Vogel S, Kowalski A. Seasonal Affective Disorder: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2020;102(11):668–72.
30. Magnusson A. An overview of epidemiological studies on seasonal affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(3):176–84.
31. Kegel M, Dam H, Ali F, Bjerregaard P. The prevalence of seasonal affective disorder (SAD) in Greenland is related to latitude. *Nord J Psychiatry*. 2009;63(4):331–5.
32. Kasper S, Wehr T, Bartko J, Gaist P, Rosenthal N. Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior. A telephone survey of Montgomery County, Maryland. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46(9):823-833.
33. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları. *Current Approaches in Psychiatry*. 2011;3(3):368-386.
34. Özdemir Y. Bipolar Bozuklukta Mevsimsellik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi (tez). İzmir:

- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
35. Noyan MA, Elbi H, Korukoglu S. Mevsimsel gidis degerlendirme formu (MGDF) Güvenilirlik arastirmasi/The Turkish version of Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ): A reliability study. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2000;1(2):69.
 36. Horowitz S. Shedding light on seasonal affective disorder. *Altern Complement Ther.* 2008;14(6):282-287 doi: 10.1089/act.2008.14608.
 37. Komotar R, Solomon R. Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder. *Can Consens Guidel.* 2008;62(1):183-94.
 38. Hollon S, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety* 2010 October; 27(10): 891-932.
 39. Rohan KJ, Meyerhoff J. Outcomes One and Two Winters Following Cognitive-Behavioral Therapy or Light Therapy for Seasonal Affective Disorder. *Am J Psychiatry.* 2016;176(1):139-48.
 40. Rohan KJ, Mahon JN, Evans M, Ho SY, Meyerhoff J, Postolache TT, et al. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy versus light therapy for seasonal affective disorder: Acute outcomes. *Am J Psychiatry.* 2015;172(9):862-9.
 41. Arslan S. Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Seviyesi, Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Çankırı Devlet Hastanesi'nde Bir Çalışma (tez). Muğla: Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2021.
 42. Brunet J, Sabiston CM, Chaiton M, Barnett TA, O'Loughlin E, Low NCP, et al. The association between past and current physical activity and depressive symptoms in young adults: a 10-year prospective study. *Ann Epidemiol.* 2013 Jan;23(1):25-30.
 43. Silva M, Manoux A, Brunner E, Kaffashian S, Shipley M, Kivimäki M. Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: The whitehall II study. *Eur J Epidemiol.* 2012;27(7):537-46.
 44. Bailey AP, Hetrick SE, Rosenbaum S, Purcell R, Parker AG. Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med.* 2018;48(7):1068-83.
 45. Beck AT, Steer RA BG. Manual for the Beck Depression Inventory-II. APA PsycNet. 1996. doi: 10.1037/t00742-000.
 46. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;23:3-13.
 47. Arkar H. Depresif Duygudurum ile Kiflilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Karşılaştırılması. *New Symp J.* 2010;48(2):118.
 48. Öztürk M. Üniversitede Eğitim Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği Ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
 49. Gezen M. Engelsiz Yaşam Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2019.
 50. Atalar A. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2012.
 51. Ercan Ş, Topçuoğlu V, Yöney H. Mevsimsellik ve mevsimsel duygudurum bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8(1):55-60.
 52. Fonte A, Coutinho B. Seasonal sensitivity and psychiatric morbidity: study about seasonal affective disorder. *BMJ Psychiatry* 2021;21(1):1-7.
 53. Sullivan B, Payne TW. Affective disorders and cognitive failures: A comparison of seasonal and nonseasonal depression. *American Journal of Psychiatry* 2007;164(11):1663-7.
 54. Özekinci A. Üniversite Öğrencilerinde Mevsimsel Değişimin Duygudurumu, Yeme

- Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2020.
55. Rohan KJ, Sigmon ST. Seasonal mood patterns in a northeastern college sample. *J Affect Disord.* 2000;59(2):85–96.
 56. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdil M, Yaşar E. The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul. *Türk Psikiyatr Derg.* 2007;18(1):1–6.
 57. Morales-Muñoz I, Koskinen S, Partonen T. The effects of seasonal affective disorder and alcohol abuse on sleep and snoring functions in a population-based study in Finland. *J Sleep Res.* 2018;27(4):1–10.
 58. Avery D, Bolte M, Ries R. Dawn simulation treatment of abstinent alcoholics with winter depression. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1998 Jan;59(1):36-42; quiz 43-4. doi: 10.4088/jcp.v59n0109.
 59. Kovanen L, ST S, Haukka J, Pircola S, Aromaa A, Lönnqvist J, et al. Circadian clock gene polymorphisms in alcohol use disorders and alcohol consumption. *Alcohol Alcohol.* 2010;45(4):303–11.
 60. Elbi Mete H. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klin Psikiyatr.* 2008;(11):3–18.
 61. Nuguru S, Rachakonda S, Sripathi S, Khan M, Patel N, Meda R, et al. Hypothyroidism and Depression: A Narrative Review. *Cureus.* 2022;14(8):10–7.
 62. Kucukerdonmez O, Rakıcıoğlu N. The effect of seasonal variations on food consumption, dietary habits, anthropometric measurements and serum vitamin levels of university students. *Prog Nutr.* 2018;20(2):165–75.
 63. Aparicio-Ugarriza R, Rumi C, Luzardo-Socorro R, Mielgo-Ayuso J, Palacios G, Bibiloni M, et al. Seasonal variation and diet quality among Spanish people aged over 55 years. *J Physiol Biochem.* 2018;74(1):179–88.
 64. Kurlansik SL, Ibay AD. Seasonal affective disorder. *Am Fam Physician.* 2012;86(11):1037–41.
 65. Çeler A, Kara İH, Baltacı D, Çeler H. Tıp Fakültesi'ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişkisinin İncelenmesi. *Konuralp Tıp Derg.* 2015;7(3):125-133. doi: 10.18521/ktd.56232.
 66. Gupta N, Sharma P. Application of the seasonal pattern assessment questionnaire in detecting seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165(5):648–9.
 67. Alvarado C, Castillo-Aguilar M, Villegas V, Estrada Goic C, Harris K, Barria P, et al. Physical Activity, Seasonal Sensitivity and Psychological Well-Being of People of Different Age Groups Living in Extreme Environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023;20(3).

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/400	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Hekimlerinde Mevsimsellik	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:23/01	Tarih:28.11.2022	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Emel AYGÜN'ün tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki

**Toplantıda Bulunma

EK-2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERDE MEVSİMSELLİK

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. EMEL AYGÜN

DANIŞMAN: PROF. DR. NEZİH DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı: Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan hekimlerinde mevsimsellikbaşlıklı hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1.Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2.Erkek

2. Yaşınız:

3. Boyunuz:

4. Kilonuz:

5. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Eşi vefat etmiş

6. Çocuğunuz var mı? 0.Hayır 1.Evet

Cevabınız evet ise kaç tane:.....

7. Şu anda hamile misiniz? 0. Hayır 1. Evet

8.Kaç yıldır Edirne’desiniz?

8. Edirne’ye nereden geldiniz?

9. Edirne’ye geldiğiniz şehirde kaç yıldır oturuyordunuz?

10. Hangi uzmanlık bölümünde eğitim alıyorsunuz? 1.Temel bilimler 2.Dahili bilimler 3.Cerrahi bilimler

11. Bir ayda kaç nöbet tutuyorsunuz? 0.Nöbet tutmuyorum 1.1-5 2.6-10 3.>10

12. Hane gelir durumunuz: 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla

13. Sigara kullanıyor musunuz? 0.Hayır 1.Bıraktım 2.Evet

14.Alkol kullanıyor musunuz? 0.Hayır 1.Bıraktım 2.Evet

15. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? Varsa nelerdir?

0. Yok

1.Diabet

2.Kalp damar hastalıkları.....

3.Tiroid hastalıkları.....

4.Diğer endokrin hastalıklar.....

5.Beyin sinir sistemi hastalıkları.....

6.Ürogenital hastalıklar.....

7.Psikiyatrik hastalıklar.....

8.Nörolojik hastalıkları.....

9.Diğer.....

16. Tedavi alıyor musunuz?

0.Hayır

1.Bıraktım..... ilacı/ilaçları.....süre kullandım

2.....ilaçı/ilaçları kullanıyorum.

17. Ailenizde psikiyatrik hastalık nedeniyle ilaç kullanan birey var mı?

0.Yok

1.Var(Yakınlık derecesini ve tanısını belirtiniz.....)

18. Son bir haftalık ortalama telefon ekran sürenizi yazar mısınız?.....

MEVSİMSEL GİDİŞ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Aşağıdaki özellikleriniz mevsimlere göre ne düzeyde değişir?

	Değişiklik yok (0)	Hafif (1)	İlmlı (2)	Belirgin (3)	Aşın (4)
Uyku miktarı					
Sosyal yaşantı					
Duygudurum					
Kilo					
İştah					
Enerji düzeyi					

2. Aşağıdaki sorularda, uygun aylar için bölümleri işaretleyiniz (Bir veya birden fazla ay seçebilirsiniz)

	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Hiçbiri
En iyi hissetme													
En çok kilo alma													
En çok sosyal yaşantı													
En az uyku													
En çok yeme													
En çok kilo verme													
En az sosyal yaşantı													
En kötü hissetme													
En az yeme													
En fazla uyuma													

3. Aşağıdaki puanlamayı kullanarak havaların sizi nasıl etkilediğini belirtiniz (her soru için yalnız bir seçeneği işaretleyiniz).

Değerlendirme Puanlarının Anlamca Karşılıkları	
-3	Oldukça kötü
-2	Kısmen kötü/ Yavaşlamış
-1	Hafifçe kötü
0	Etkisiz
1	Mizaç ya da enerji düzeyini hafifçe artırır
2	Mizaç ya da enerji düzeyini kısmen artırır
3	Mizaç ya da enerji düzeyini belirgin şekilde artırır

	-3	-2	-1	0	1	2	3	Bilmiyorum
Soğuk hava								
Sıcak hava								
Nemli hava								
Güneşli hava								
Kuru hava								
Gri bulutlu günler								
Uzun günler								
Yüksek polen düzeyi								
Sisli puslu günler								
Kısa günler								
Yağmurlu günler								

4. Bir yıl içinde kilonuz ne kadar değişir?

a) 0-1,5 kg b) 2-3,5 kg c) 4-5,5 kg d) 6-7,5 kg e) 8-10 kg f) 10 kg'dan fazla

5. Her mevsimde, 24 saatlik bir günün yaklaşık olarak kaç saatinde uyursunuz (şekerleme, kestirme dahil)? Lütfen uygun sayıyı işaretleyiniz.

Kış.....saat İlkbaharsaat Yaz.....saat Sonbahar.....saat

6. Farklı mevsimlerde yiyecek içecek tercihinizde bir değişiklik dikkatinizi çekti mi?

0) Hayır() 1) Evet()

Cevabınız evet ise bu değişiklik.....

7. Eğer mevsimlerden kaynaklanan bir değişiklik hissediyorsanız bu sizin için bir sorun mu?

0. Hayır () Evet (Eğer fark ediyorsanız bunu ne düzeyde bir sorun olarak algıladığınızı belirtiniz.)

1. Hafif 2. İlimli 3. Belirgin 4. Şiddetli 5. Kısıtlayıcı

BECK DEPRESYON ENVANTERİ II

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretleyiniz

1	(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.	12	(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
2	(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek içi karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor	13	(0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
3	(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.	14	(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
4	(0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.	15	(0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
5	(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	16	(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum
6	(0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgıyım. (3) Kendimden nefrete ediyorum.	17	(0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
7	(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.	18	(0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
8	(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	19	(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
9	(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.	20	(0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme yok. (1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim. (2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim. (3) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.
10	(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.	21	(0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.
11	(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.		

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, iş yerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içinde 10 dk ve üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1	Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? () Haftada.....gün () Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3.soruya geçiniz)
2	Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız? Bilmiyorum, emin değilim () Günde.....dakika () Günde.....saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dk veya daha uzun süren, orta derecede fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3	Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüyüş hariç) () Haftada.....gün () Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5.soruya geçiniz)
4	Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız? Bilmiyorum, emin değilim. () Günde..... dakika () Günde.....saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5	Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı nedir? () Haftada.....gün () Yürümedim. (7.soruya geçiniz)
6	Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz? () Bilmiyorum/Emin değilim () Günde.....dakika () Günde.....saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7	Son bir hafta içinde oturarak günde ne kadar zaman harcadınız? () Günde..... dakika () Günde..... saat () Bilmiyorum / Emin değilim
---	---

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.