

T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ 25 NO'LU  
EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN  
18-65 YAŞ ARASI HASTALARDA DEPRESYON RİSKİ  
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülda SAYLIK

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN-2023

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini paylaşan güler yüzlü değerli danışman hocam Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz'a,

Asistanlığım sürecinde her zaman yol gösteren anabilim dalımızın kıymetli hocaları Prof. Dr. Serpil Demirağ, Dr. Öğr. Üyesi Melda Dibek Büyükdinç ve yakın zamanda emekli olan Prof. Dr. Okay Başak'a,

Asistanlık sürecinde her zaman desteğini hissettiğim arkadaşlarım Kübra Şengül ve değerli eşine, İrfan Nergiz'e, Rümeyza Ağır'a,

Birlikte çalıştığım tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma, tüm sağlık personeline,

Her zaman yanımda olan, desteğini hep hissettiğim sevgili anneme, canım ablama ve enişteme, canım kardeşlerime, karakteri ve insani değerleriyle her zaman yol gösteren, kızı olmaktan gurur duyduğum çok sevdiğim rahmetli babama,

Tanıştığımız günden bu yana her daim yanımda olup hayatıma anlam katan, eleştirel bakış açısıyla her zaman yol gösteren, neşe kaynağım canım eşim Ömer Saylık'a sonsuz teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>ii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>iv</b>
<b>SEMBOLLER / KISALTMALAR DİZİNİ .....</b>	<b>v</b>
<b>EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>vi</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Depresyonun Tanımı .....	3
2.2. Depresyon Etiyolojisi .....	3
2.2.1. Biyolojik Aminler .....	3
2.2.2. Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Eksenin Rolü.....	4
2.2.3. İnflamasyon .....	4
2.2.4. Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Değişiklikleri .....	4
2.2.5. Genetik Faktörler .....	4
2.2.6. Sosyodemografik ve Çevresel Faktörler .....	5
2.3. Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	5
2.4. Depresyon Tanısı ve Sınıflandırılması .....	6
2.4.1. Depresyon Tanısı .....	6
2.4.2. Depresyon Sınıflandırılması .....	7
2.5. Ayırıcı Tanı .....	8
2.6. Depresyon Taramasında Kullanılan Ölçekler .....	9
2.6.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....	10
2.6.2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) .....	10
2.6.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	10
2.6.4. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) .....	10
2.6.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) .....	11
2.7. Depresyon Tedavisi .....	11
2.7.1. Tedavide Genel İlkeler .....	11
2.7.2. Farmakoterapi .....	12

2.7.2.1. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) .....	13
2.7.2.2. Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri (NRI) .....	13
2.7.2.3. Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI) .....	14
2.7.2.4. Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri .....	14
2.7.2.5. Trisiklik Antidepresanlar (TSA) .....	14
2.7.2.6. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) .....	14
2.7.3. Elektrokonvülsif Terapi (EKT).....	14
2.7.4. Psikoterapi .....	15
2.7.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi .....	15
2.7.4.2. Kişiler Arası Terapi .....	15
2.7.4.3. Problem Çözme Terapisi .....	15
2.7.4.4. Davranışsal Terapi .....	16
2.8. Depresyonun Prognozu.....	16
2.9. Birinci Basamak İçin Depresyon Yönetimi .....	16
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	20
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	20
3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri .....	20
3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları .....	20
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	21
3.6. Etik Kurul İzni.....	21
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>22</b>
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri .....	22
4.2. Sosyodemografik Verilerin PHQ-9 Puanı İle Karşılaştırılması .....	29
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>35</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>42</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>43</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>51</b>
Ek 1. Veri Toplama Formu .....	51
Ek 2. Etik Kurul Onayı .....	54

## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1 Katılımcıların Yaş Grupları ve Dağılımı.....	22
Tablo 4.2 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	23
Tablo 4.3 Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımları.....	24
Tablo 4.4 Katılımcıların Vücut Ölçüm Ortalamaları .....	24
Tablo 4.5 Katılımcıların Vücut Kitle İndeksine Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.6 Katılımcıların Kronik Hastalıkları ve İlaç Kullanım Durumları.....	25
Tablo 4.7 Katılımcıların Easmye Başvuru Nedenleri .....	26
Tablo 4.8 Katılımcıların Olumsuz Deneyim Yaşama Durumları .....	26
Tablo 4.9 Katılımcıların Depresyon Düşüncesi .....	26
Tablo 4.10 Yakın Çevresinde Depresyon Tanısı Alanların Dağılımı.....	27
Tablo 4.11 Katılımcıların Gelecekte Beklenti Varlığı .....	27
Tablo 4.12 Depresyon Tarama Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	28
Tablo 4.13 Katılımcıların PHQ-9 Puanına Göre Dağılımı .....	28
Tablo 4.14 Katılımcıların Sorunlarının İşlevsellik Üzerine Etkisi.....	28
Tablo 4.15 Katılımcıların Yaş Grupları ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.16 Sosyodemografik Verilerin PHQ-9 Puanı İle Karşılaştırılması .....	30
Tablo 4.17 Katılımcıların Sağlık Durumu ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.18 Katılımcıların VKİ İle PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.19 Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımları ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.20 Katılımcıların Başvuru Nedeninin PHQ-9 Puanıyla Karşılaştırılması...32	32
Tablo 4.21 Katılımcıların Sosyal Yaşantısı Üzerine Sorulan Soruların PHQ-9 Puanıyla Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.22 Katılımcıların Depresyon Düşüncesinin PHQ-9 Puanıyla Değerlendirilmesi.....	33
Tablo 4.23 Depresyon Tarama Sorularına Verilen Yanıtların PHQ-9 Puanıyla Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.24 İşlevsellik Üzerine Etki ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması.....	34

## SEMBOLLER / KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BB	: Birinci Basamak
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDÖ-BB	: Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BPH	: Bening Prostat Hiperplazisi
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
EASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
EDDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HHA	: Hipotalamik Hipofizer Adrenal Eksen
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MDB	: Major Depresif Bozukluk
NRI	: Selektif Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
PHQ-9	: Patient Health Questionnaire-9
PCOS	: Polikistik Over Sendromu
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TCA	: Trisiklik Antidepresanlar
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
ZDA	: Zung Depresyon Anketi

## EKLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
Ek 1. Veri Toplama Formu.....	51
Ek 2. Etik Kurul Onayı.....	54



## ÖZET

### **Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran 18-65 Yaş Arası Hastalarda Depresyon Riski Ve İlişkili Faktörler**

**Giriş ve Amaç:** Depresyon, üç yüz milyondan fazla insanı etkilemesiyle dünyada önde gelen engellilik nedenleri arasındadır. Depresyonun yaşam boyu prevalansı %5-17 arasında değişir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası bireylerin depresyon riskini ve ilişkili faktörleri saptamak, depresyon açısından riskli olan bireyleri tanı ve yönetim açısından bilgilendirmek ve gereklilik halinde ilgili birimlere yönlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, kesitsel bir araştırma olup 01.03-01.06.2023 tarihleri arasında eğitim aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası kişilere yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır ve gönüllü 355 kişi ile tamamlanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ile Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) uygulanmıştır. İstatistiksel analiz SPSS programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde ile belirtilmiş olup, normal dağılıma uymayan ikili gruplar Mann Whitney U, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis ile analiz yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $31,4 \pm 12,9$  (18-64 yaş arası), %58,6'sı (s=208) kadın, %71'i (s=252) bekarı. Katılımcıların %17,7'si (s=63) olumsuz yaşam deneyimi olduğunu, %11'i (s=39) sosyal desteğinin olmadığını, %33'ü (s=117) gelecekte beklenmesinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların PHQ-9 puan ortalaması  $6,9 \pm 0,2$  olup, kadınlarda (p=0,003), bekarlarda (p=0,001), öğrencilerde (p=0,010), VKİ'ye göre zayıf olanlarda (p=0,002), geliri giderinden az olan (p=0,025) katılımcılarda depresyon riski anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamızda orta ve üzeri düzeyde depresyon riski %24,3 bulunmuştur. Genç yaşta olma, kadın cinsiyet, bekar olma, öğrenci olma, gelirin giderden az olması, yalnız veya arkadaşla yaşama, VKİ'ye göre zayıf olma, yakınında depresyon tanısının olması, olumsuz deneyim yaşamış olma, sosyal destekten yoksun olma, gelecekte beklenmesinin olmaması depresyon riskini artıran faktörler olarak bulunmuştur. Birinci basamak hekimlerinin başvuran tüm hastalarda depresyon taraması yapmaları ve depresyon riski saptanan hastaları değerlendirip gerekli durumlarda sevk etmeleri, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, Tarama, Hasta Sağlık Anketi-9

## ABSTRACT

### **The Risk of Depression and Related Factors in Patients Between the Ages of 18-65 who Applied to the Educational Family Health Center No 25 of Aydın Adnan Menderes University**

**Introduction and objective:** Depression is one of the leading causes of disability in the world, affecting more than 300 million people Decently. The lifetime prevalence of depression ranges from 5-17%. Dec. It is aimed to Decipher the depression risk and related factors of individuals between the ages of 18 and 65 who applied to Aydın Adnan Menderes University Education Family Health Center No. 25, to inform the individuals who are at risk of depression in terms of diagnosis and management and to direct them to the relevant units if necessary.

**Methods:** The study is a cross-sectional research and was conducted by face-to-face interview method to people aged 18-65 who applied to the education family health center between Dec 01.03-Dec 06.2023 and was completed with 355 volunteers. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) was applied to the participants with the sociodemographic data form. Statistical analysis was performed with the SPSS program. Descriptive statistics were indicated by number and percentage, and binary groups that did not correspond to the normal distribution were analyzed with Mann Whitney U, and Kruskal Wallis in more than two groups.

**Results:** The average age of the participants was  $31.4 \pm 12.9$  (between the ages of 18-64 Dec), 58.6% (s=208) were women, 71% (s=252) were single. 17.7% of the participants (s=63) stated that they had a negative life experience, 11% (s=39) did not have social support, 33% (s=117) did not have expectations from the future. The average PHQ-9 score of the participants was  $6.9 \pm 0.2$ , and the risk of depression was significantly higher in women ( $p=0.003$ ), singles ( $p=0.001$ ), students ( $p=0.010$ ), those who were weak according to BMI ( $p=0.002$ ), participants whose income was less than their expenses ( $p=0.025$ ).

**Conclusion:** In our study, the risk of depression at the moderate and above level was found to be 24.3%. Being at a young age, female gender, being single, being a student, having less income than expenses, living alone or with friends, being weak according to BMI, having a depression diagnosis nearby, having experienced negative experiences, lack of social support, lack of expectations for the future have been found to be factors that increase the risk of depression. It is important for primary care physicians to conduct depression screening in all admitted patients and evaluate patients at risk of depression and refer them if necessary for early diagnosis and treatment.

**Keywords:** Depression, Screening, Patient Health Questionnaire-9

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Majör Depresif Bozukluk (MDB), en az iki hafta süren, depresif duygudurum, ilgi veya zevk kaybı (anhedoni), değersizlik ve suçluluk düşünceleri, iştah-uyku değişiklikleri ve ölüm düşünceleri gibi belirtilerle karakterize, tekrarlayabilen, komorbiditeleri olan psikiyatrik bir bozukluktur (1). Depresyon, 300 milyondan fazla insanı etkilemesiyle dünyada önde gelen engellilik nedenleri arasındadır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarıyla ölçülen Küresel Hastalık Yükü çalışmasında, 2030 yılına kadar MDB'nin küresel hastalık yükü açısından ikinci sırada yer alacağını tahmin etmektedir (3).

MDB'nin yaşam boyu prevalansı %5-17 arasında değişir ve kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülür (4). Depresyonun sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçiminde olsa da depresyon sıklığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark kalmadığı belirtilmektedir (5, 6). Kadınların depresyona erkeklere nazaran daha meyilli olmalarında toplumun kadına biçtiği rol, psikososyal stresörler, öğrenilmiş çaresizlik, özel hayatta yaşanan problemler etkili olmaktadır (7).

Ülkemizde yapılan en kapsamlı araştırmalardan biri olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında depresif nöbet yaygınlığını kadınlarda %5,4 ve erkeklerde %2,3, tüm nüfusta %4 olarak vermektedir. Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı 20-50 yaş olduğu görülmüştür. Düşük gelir düzeyine sahip kişilerde depresyonun daha sık görüldüğü bulunmuştur (8). Yine ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ekonomik durumunun iyi olmadığını bildiren kişilerde depresif belirti oranı daha yüksek bulunmuştur (9, 10).

Birinci basamak (BB) sağlık hizmetleri, depresyon dahil olmak üzere birçok ihmal edilmiş sağlık sorununun tanı ve tedavisi için önemli bir fırsat sağlar. Depresyonu olan çoğu hasta somatik belirtilerle BB sağlık kurumuna başvurur. Ruh halleri doğrudan sorulmadığı sürece hastalar damgalanma korkusu, depresyonun birinci basamak sağlık hizmeti kapsamı dışında kaldığı inancı, kişisel bir hastalık olduğu inancı, tıbbi kayıt gizliliği ve psikiyatriste sevk edilme ile ilgili endişeler ve antidepressan ilaç reçete edilmesi gibi çeşitli nedenlerle depresif belirtilerini anlatmaktan kaçınabilirler (11).

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmadan kendisine başvuran her bireye sürekli ve kapsamlı bakım sağlamakla görevlidir. Bireyin sağlıklı olmasını sağlamak yeterli olmamakta, iyilik halinin sürdürülmesinde, geliştirilmesinde de görev almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımın rahat olması, bireyin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi, hastalıkların erken dönemde fark edilebilmesi, hastalarla sürekli temas halinde olunması depresyon tanı ve tedavisi için uygun ortam sağlamaktadır. Böylelikle güvene dayalı ilişki kurulduğunda süreklilik devam edecek ve kişi etiketlenme korkusu olmadan psikiyatrik şikâyetlerinden de daha kolay bahsedebilecektir (12).

Depresyon yaygın görülen bir sağlık sorunu olmasına ve olumsuz sonuçlarına rağmen gelişmiş ülkelerde birinci basamaktaki vakaların yaklaşık yarısı gözden kaçmaktadır (13). Yapılan başka çalışmalarda da tarama yapılmadığında, majör depresyonu olan hastaların ancak %50'sinin belirlenebildiği ortaya konmuştur (14). Herhangi bir psikiyatrik şikâyet belirtmeseler dahi hastaları depresyon açısından taramak koruyucu hekimlik adına önemli bir görevdir. BB'ta depresyon tanısı konulduğu takdirde hastanın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumu başvurularının da önüne geçilmiş olur. Hasta erken tedavi aldığı takdirde morbiditesi oldukça azalır ve toplumun ruh sağlığının iyileşmesine katkıda bulunulur (12).

Depresyon toplumda sık görülür ve kişilerin yaşamında yeti yitimine, hatta ölümlere sebep olabilmektedir. Tedavi ve takibi ise ucuzdur. Bu durum, depresyonun erken teşhisini ve taranmasını daha önemli hale getirmektedir. Sağlık Bakanlığı, birinci basamakta erişkinlerde depresyon taramasını önermiştir (15).

Depresyonun taranması için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Bunlardan biri olan Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9), birinci basamakta ruhsal bozukluk tanısı koymak ve tedavi sürecini izlemek için geliştirilen kişinin kendini değerlendirdiği bir ölçek olup, DSM-IV e göre depresif semptomları sorgulayan dokuz sorudan oluşmaktadır.

Bu çalışma ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası bireylerin depresyon riskini ve ilişkili faktörleri saptamak; böylece, depresyon açısından riskli olan bireyleri erken tanımak, ve bu sayede depresyon riski olanları yönetim açısından bilgilendirmek ve gereklilik halinde ilgili birimlere yönlendirmek amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon kökeni Latince bastırmak anlamına gelen “depressus” sözcüğünden gelen üzüntülü ruh halini tanımlamaktadır (16). Hipokrat melankoliyi, ruhsal ve bedensel belirtileri olan bir hastalık olarak tariflemiş ve kişide uzun süre devam eden korku bunalım belirtileri gösteren bir durum olarak tanımlamıştır (17).

Majör Depresif Bozukluk, en az iki hafta süren, depresif duygudurum, ilgi veya zevk kaybı (anhedoni), değersizlik ve suçluluk düşünceleri, iştah-uyku değişiklikleri olan psikiyatrik bir bozukluktur (18). Depresyon tekrarlama olasılığı yüksek, psikososyal ve fiziksel yeti yitimine neden olan ve intihar düşünceleri gibi tehlikeli sonuçları olabilen önemli bir hastalıktır venruhsal bozukluklar içinde en sık görülenidir.(19).

Pek çok insan baş etme yöntemleri ve kişilik özelliklerine bağlı olarak zaman zaman üzüntü, çaresizlik hisseder. Yaşanılan olumsuz duygular hayatın akışı içinde çoğunlukla normal sayılmakta ve bu duyguların günlük hayatı etkileme şiddeti ve süresi farklılık göstermektedir. Depresyon, işlevsellikte azalma ve buna bağlı olarak iş gücü kaybı nedeniyle kişilerin hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir (20).

### 2.2. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon etiolojisinde etkisi olan faktörler; biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olarak üçe ayrılır. Ancak bu faktörler birbirine sıkı bağlıdır ve keskin sınırlı bir ayırım pek de gerçekçi değildir. Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda beyin-barsak ekseninin, beslenmenin depresyonun önlenmesinde ve/veya tedavisinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (21, 22).

#### 2.2.1. Biyolojik Aminler

Depresyon oluşumunda nörotransmitterlerin işlevsel bozukluğu önemli rol oynamaktadır. Serotonerjik ve noradrenerjik sistemlerde meydana gelen nörotransmitterler arası dengenin bozulması depresyonda görülen bilişsel patolojilerin etiolojisinde rol almaktadır. Diğer bir amin türevi olan dopamin de etiyojide etkili bir diğer nörotransmitterdir (1).

Serotonin depresyonda en çok bahsi geçen nörotransmitterdir. Triptofan hidroksilaz inhibitörü gibi serotonin seviyesini düşüren ajanların depresyona neden olması, triptofan verilerek serotonin seviyesinin artması ile antidepresan etkinin görülmesi etiyojide etkili olduğunu göstermektedir (23).

Noradrenalin sentezinin azalması depresyon gelişiminde rol alır. Noradrenerjik sistemin lezyonları uyanıklık, dikkati sürdürme yetisi gibi birçok fonksiyonda bozulmaya neden olur. Dopamin için ise genel görüş, psikomotor yavaşlaması olan hastalarda daha belirgin olmak üzere dopamin aktivitesinin azalmasıyla depresyon gelişimidir (24).

### **2.2.2. Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Eksenin Rolü**

Stres ile karşılaşıldığında HHA (Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Eksen) eksen aktive olur ve CRH, ACTH, kortizol seviyeleri artar. Stres durumuna verilen kortizol yanıtı, depresyonu olan hastalarda sağlıklı kişilere oranla daha yüksektir (25). Glukokortikoidlerin uzun süreli veya aşırı salgılanması, nörogenezisin baskılanmasına ve hipokampal atrofiye yol açabilir (26).

### **2.2.3. İnflamasyon**

Ciddi enfeksiyonları ve otoimmün hastalıkları olan kişilerde meydana gelen inflamatuvar değişiklikler, kan-beyin bariyerini aşan sitokinler üzerinden patogeneizde etkili olmakta ve depresyona yol açması beklenebilir (27).

### **2.2.4. Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Değişiklikleri**

Merkezi sinir sisteminde örneğin hipokampüs, insula ve ön singulat kortekste gri maddenin hacmi depresyonda sıklıkla azalır (28). Uzun süredir devam eden veya tedavi almamış depresyonu olan hastalarda nörogörüntüleme; artmış ventriküler-beyin oranı, daha küçük ön lob hacimleri, daha küçük hipokampal hacim olduğu gösterilmiştir (29).

### **2.2.5. Genetik Faktörler**

Depresyon yalnızca çevrenin değil genetiğin de oldukça etkili olduğu çok faktörlü bir hastalıktır ve ikiz çalışmaları tarafından bu görüş desteklenmektedir (30). İkiz çalışmaları ve diğer benzer çalışmalar, depresif bozukluk için orta derecede (%37)

kalıtsal etkisinin olduğunu göstermektedir (31). Birinci derece akrabalık durumunda ise risk normal popülasyona oranla belirgin oranda artmaktadır (16).

### **2.2.6. Sosyodemografik ve Çevresel Faktörler**

Yaş, cinsiyet, medeni durum, ayrılık, işsizlik, maddi sorunlar, şiddete maruz kalma depresyon gelişiminde etkili faktörlerdir (32). Günlük hayattaki stresli yaşam olayları da etkili olmakta ancak depresyon gelişme riski kişinin stresle başa çıkma durumuna göre değişmektedir.

Pek çok çalışmanın ortak sonucu olarak kadın cinsiyette, erkeklerden yaklaşık iki kat kadar daha fazla depresyon riski olduğu gösterilmiştir (33). Eşi vefat etmiş veya eşinden ayrılmış olma, evli olmaya göre artan riske sahiptir (34).

### **2.3. Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Depresyon tüm psikiyatrik bozukluklar içinde dünyada en sık görülenidir (35). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre depresyon yaygınlığı ise %8-20 bulunmuştur (36). Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre 15 yaş üstü bireylerde son 1 yılda depresyon yaygınlığı %6,9 olarak bulunmuştur (37). Depresyon yaşamın her döneminde görülebilir de literatür tarandığında özellikle 25-44 yaş aralığında görülme sıklığının arttığı dikkat çekmektedir (38-40). Yapılan çalışmalar depresyon başlangıç yaşını 20'li yaşlar olduğunu göstermektedir (41). İlk depresyon atağı erken yaşta görüldüğünde günlük işlevselliğe yansımaları ve depresif belirtiler daha fazla görülür, bireyin diğer psikiyatrik hastalık tanısı alma riski artar ve bu bireylerde intihar girişiminde artış görülmektedir (42).

Cinsiyete göre depresyon sıklığına bakıldığında kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülmektedir (43). Ülkemizde yapılan en kapsamlı araştırmalardan biri olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında depresif nöbet yaygınlığını kadınlarda %5,4 ve erkeklerde %2,3 tüm nüfusta %4 olarak vermektedir (44). MDB riski bekarlarda, dul ve boşanmış olanlarda evlilere göre daha yüksektir (34, 45). Depresyon risk faktörleri;

- Geçmiş depresyon öyküsü
- Kısıtlılığa neden olan önemli fiziksel rahatsızlık

- Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı
- Kadın cinsiyet (2 kat daha sık)
- Başlama yaşı genellikle 20'li yaşların sonu
- 65 yaş üstü
- Davranış bozukluğu öyküsü
- Kronik hastalık öyküsü, diğer mental problemler
- Yakın zamanda myokard enfarktüsü ya da inme geçirme
- Peptik ülser
- Güçlü aile öyküsü
- Aile içi kötüye kullanım ya da şiddet
- Kayıplar ve stres yapıcılar
- Bekar, boşanmış ya da mutsuz evliler (46).

## **2.4. Depresyon Tanısı ve Sınıflandırılması**

### **2.4.1. Depresyon Tanısı**

Depresyonun tanı kriterlerinde bulunan belirti ve bulgular, pekçok kişide zaman zaman görülse de, bu belirti ve bulguların özellikle işlevselliğe etkisi ve süreklilik arz etmesi önemlidir. Depresif bozukluğu teşhis etmek için DSM-V kriterleri kullanılır ve aşağıda yer verilmiştir (47):

- A. En az iki hafta boyunca; aşağıdaki semptomlardan en az beşinin veya daha fazlasının bulunması, işlevsellikte azalma olması ve semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi kaybı ya da zevk alamama olması
1. Neredeyse her gün günün büyük bölümünde depresif ruh hali; üzüntü, çökkünlük olması
  2. Neredeyse her gün ilgi veya zevk kaybı
  3. Neredeyse her gün uykusuzluk veya hipersomni
  4. Neredeyse her gün iştahta değişiklik veya kilo kaybı veya alımı
  5. Neredeyse her gün başkalarından gözlemlenebilen psikomotor retardasyon veya ajitasyon
  6. Neredeyse her gün enerji azlığı veya yorgunluk
  7. Neredeyse her gün konsantre olma, düşünme veya karar verme yeteneğinde azalma

8. Neredeyse her gün değersizlik düşünceleri veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk düşünceleri
  9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri veya intihar düşüncesi veya intihar girişimi
- B. İşlev kaybının olması
- C. Semptomların madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması
- D. Başka bir ruhsal hastalıkla açıklanamaması
- E. Hiçbir zaman manik veya hipomanik dönem olmaması

Yas, majör bir depresif dönem tanısını dışlamaz (47). Major depresyonun dokuz semptomundan hiçbiri bu bozukluk için patognomik değildir ve her semptom diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu kadar genel tıbbi bozukluklarda ortaya çıkabilir (48).

Depresyonda duygusal ve ruhsal belirtilerin yanında somatik belirtiler de olabilir. Bu somatik belirtiler sonucunda bir takım bedensel değişiklikler olabilmektedir. Yeme isteğinin azalmasıyla kilo kaybı, aşırı uyuma, uykusuzluk çekme, sabah erken uyanma gibi uyku bozuklukları neticesinde çeşitli sağlık problemleri yaşanabilir (49). Fiziksel bir nedenle açıklanamayan ve tedaviye yanıtız ağrılar ve sindirim problemleri de yaygın görülen somatik semptomlardır (50).

#### 2.4.2. Depresyon Sınıflandırılması

DSM-V'e göre depresif bozukluklar;

1. **Major Depresif Bozukluk:** En sık görülen türüdür ve yapılan çalışmalarda prevalansı %1-10 arasında değişmektedir (51). Major depresif bozukluk için kadın cinsiyet, genetik yatkınlık, boşanmış olmak, düşük gelir durumuna sahip olmak, düşük eğitim düzeyi başlıca risk faktörleridir (52). Çökkün duygudurum, ilgi veya zevk kaybı, enerji azlığı, suçluluk hissetme, konsantrasyonda azalma, uyku ve iştah değişiklikleri ile karakterize bir hastalıktır (38).
2. **Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu:** Çoğunlukla çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine başvurunun olduğu en az bir yıl boyunca olan sık, şiddetli, tekrarlayıcı, kronik olarak irritabl ve/veya öfkeli duygudurumla karakterize bir bozukluktur (53).
3. **Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi):** Depresif belirtiler major depresyona göre daha hafif seyretmekte ve iki yıl veya daha fazla bir periyotta görülmektedir. Hafif

depresif durumun uzun yıllar devam etmesi diyebiliriz. Belirtiler uzun süre devam ettiğinden bireyin sosyal yaşantısını olumsuz etkileyebilmektedir (54).

- 4. Madde/ilaca bağlı depresif bozukluk:** Keyif verici amaçlarla madde kullanımı veya reçeteli ilaçların kullanımını sırasında veya hemen sonrasında gelişen, kişinin psikososyal işlevselliğini bozan depresif duygudurum bozukluğudur.
- 5. Premenstrüel disforik bozukluk:** Menstruel dönemin luteal fazında başlayıp menstruasyonun başlangıcından kısa bir süre sonra sona eren, emosyonel ve irritabilite, disfori ve mizaçta dengesizlik gibi davranışsal semptomların olduğu depresif bir bozukluktur.
- 6. Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk:** Huntington hastalığı, hiperkortizolizm, hipotiroidizm, multipl skleroz, Parkinson gibi hastalıklar kişide depresyon benzeri semptomlara neden olabilmektedir.
- 7. Diğer tanımlanmış depresif bozukluk:** Belirgin sıkıntıya neden olan veya psikososyal işleyişi bozan ancak belirli bir depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılamayan hastalardır. 3 alt tipi ise; tekrarlayan kısa depresyon, kısa süreli depresif dönem ve yetersiz semptomlu depresif dönemdir.
- 8. Tanımlanmamış depresif bozukluk:** Kişinin hayatında önemli sıkıntıya neden olan depresif semptomlarla karakterize, ancak tanı kriterlerini karşılamayan durumlar için geçerlidir (47).

## 2.5. Ayrıcı Tanı

Depresyon belirtileri diğer psikiyatrik ve genel tıbbi bozuklukların belirtileriyle örtüşebilir, DSM-V'te ayrıcı tanı kapsamında düşünülmesi gerekenler;

- Genel bir tıbbi durumdan kaynaklanan duygudurum bozukluğu; diyabet, hipotiroidi gibi hastalıklar, beslenme bozuklukları, enfeksiyon hastalıkları, santral sinir sistemine bağlı hastalıklar
- İlaç ya da madde kullanımı sonucu ortaya çıkan bipolar bozukluk ya da depresif bozukluk
- Üzüntü, özellikle kayıp, hayal kırıklığı karşısında genellikle insanın normal, uyumlu bir parçasıdır

- Tükenmişlik, duygusal tükenme, kişinin başarılarından memnuniyetsizlik ve duyarsızlaşma (kişinin işinden kopması) ile karakterize işle ilgili durumdur
- Çökkün duygudurumla seyreden uyum bozukluğu
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
- Bipolar bozukluk, mutlaka hipomanik ve manik epizot semptomları açısından sorgulanmalı
- Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk, hezeyanlar uygunsuz davranışlarla ayırt edilir
- Sınırdaki kişilik bozukluğu
- Karmaşık keder
- Deliryum (47).

## 2.6. Depresyon Taramasında Kullanılan Ölçekler

Depresyon taramasında ölçekler kullanılmadığı takdirde hasta görüşmelerinde depresyon tanısı daha az koyulmakta, doğru tanı güçleşmekte ve tedavi yanıtını değerlendirme fırsatı kaçırılmaktadır (55). Depresyon varlığını gösteren bazı ipuçları:

- Birçok sistemi tutan ya da birbiriyle bağlantısız yakınmalar
- Emosyonel durgunluk ya da semptomun şiddetiyle uyumsuz kaygılanma
- Uyku bozukluğu (belirgin stres yapıcı varlığı harici)
- Belirsiz, açık olmayan yakınmalarla sık sağlık kurumu başvurusu
- Açıklanamayan fiziksel yakınmalarla sık acil servis başvurusu
- Bir şekilde “zor hasta” olarak nitelendirilenler
- Bağlamdan kopuk düşünce ve duyguların olması
- Geçmiş emosyonel bozukluk öyküsü ya da “sinirsel patlamalar” (46).

Depresyon taramasında kullanılmak üzere farklı yaş ve gruplara yönelik pek çok ölçek geliştirilmiş olup, bu ölçekleri hastanın kendisine uyguladığı ve hekimin hastasına uyguladığı olmak üzere iki grupta inceleyebiliriz. Hastanın kendi kendine uyguladığı ölçekler, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Zung Depresyon Anketi (ZDA), Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) örnek verilebilir. Hekimin hastasına uyguladığı ölçeklere örnek olarak Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği’ni verebiliriz. Bu ölçekler dışında yaş gruplarına yönelik çocuklar ve geriatric yaş grubu için özel ölçekler

bulunmaktadır. Tıbbi duruma özgü olarak da Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği de bulunmaktadır (56).

### **2.6.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Depresyon taramasında en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılından geliştirilen ölçek depresyon taraması yapmak, depresif şikayetlerin şiddetini ölçmek ve aynı zamanda tedavi yanıtını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Kişinin kendini değerlendirdiği 21 maddeden oluşan bir ölçek olup, her bir madde depresyona özgü belirtileri göstermekte ve 0-3 değerleriyle ifade edilen az ile çok arasında değişen dördümlü derecelendirme üzerine puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 0 puan alınırken en çok 63 puan alınabilmektedir. Puan arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır (56).

### **2.6.2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB)**

Beck ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen , 2005 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan bir ölçektir. Yedi başlık altında depresyon taraması yapmakta ve her başlık 0-3 arası puanlandırılmaktadır. Kesme noktası olmayıp en düşük sıfır, en yüksek 21 puan elde edilir. Dördün üzeri puanlarda %93 duyarlılık ve %94 özgüllüğü olup birinci basamakta kullanımı uygun bir ölçektir (16).

### **2.6.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği**

Depresyonun değerlendirmesinde yaygın kullanılan ölçeklerden olup Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Akdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Her maddedeki belirtiler hastada var mı yok mu, varsa hafif, orta, ağır gibi şiddet derecesi hekim tarafından belirlenir. En düşük 0 puan, en yüksek 53 puan alınabilmektedir ve puandaki artış depresyon derecesiyle doğru orantılı olarak artmaktadır (57).

### **2.6.4. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)**

Hasta Sağlık Anketi-9, birinci basamakta ruhsal bozukluk tanısı koymak için geliştirilmiş kişinin kendini değerlendirdiği bir ölçek olup, Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (58). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarı ve

arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmış olup Cronbach Alfa katsayısı 0,84 bulunmuştur (59). Ölçek soruları DSM-IV e göre 9 depresif semptomu sorgulayan 9 sorudan oluşmaktadır. Son 2 hafta boyunca yaşadıkları depresif semptomları ne sıklıkla yaşadıkları sorgulanmaktadır. Yanıtlar “Hiçbir zaman”, “Bazı günler”, “Günlerin yarısından fazlasında”, “Hemen hemen her gün” olmak üzere 4 düzeyli ordinal ölçekte sıralanmıştır. Hiçbir zaman 0 puan alırken hemen hemen her gün 3 puana karşılık gelmektedir. Anketten toplam 0-4 puan alınması depresyon yok ya da çok hafif düzeyde, 5-9 puan alınması hafif düzeyde depresyon, 10-14 arası puan alınması orta düzeyde depresyon, 15-19 puan alınması orta şiddette depresyon ve 20-27 puan şiddetli depresyonu göstermektedir.

### **2.6.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)**

Doğum sonrası dönemde depresyon riskini, düzey ve şiddetini ölçmek için Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1987), kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 10 sorudan oluşmakta dördümlük likert biçimindedir. Sorular 0-3 puan arasında puanlanmak, en düşük 0 puan ve en yüksek 30 puan alınabilmektedir. Kesme noktası 13 puan alınarak risk grubu belirlenir. Engindeniz tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (16).

## **2.7. Depresyon Tedavisi**

### **2.7.1. Tedavide Genel İlkeler**

Depresyonun tedavisindeki en önemli nokta doğru tanı ve tedavi amaçlarının belirlenmesidir. Başlıca üç farklı yöntemle tedavi yapılmaktadır; farmakoterapi, elektrokonvülsif tedavi (EKT) ve psikoterapidir. Hastalığın durumuna göre kombinasyon tedavisi de uygulanabilir.

Ana ilkeler;

- Tedavi amaçlarının belirlenmesi
- Uygun farmakolojik ajanın seçilmesi
- Ek tıbbi bozuklukların değerlendirilmesi
- İntihar riskinin belirlenmesi
- Tedaviye uyumun sağlanması
- Tedavi sürecinin izlenmesi
- Kullanılacak ilacın uygun doz ve süresinin ayarlanması

- Yan etkiler konusunda bilgilendirme yapılması
- Tedavi yanıtının sürdürülebilmesi
- Psikoterapinin gerekliliğinin değerlendirilmesi (60).

Depresyon tanısı konulduktan sonra derecelendirme ölçeğinde başlangıca göre iyileşme yanıtına göre “tedaviye yanıt, iyileşme” ve “remisyon” terimleri kullanılır. Yanıt-iyileşme,  $\geq$ %50 olup remisyon eşiğinin altında olması, remisyon ise ölçek puanına göre normal aralığa eşit veya altında olma durumu ile işlevselliğe dönülen depresif sendromun çözülmesidir (61).

MDB hastalığının seyri ve tedavisi 3 fazda sınıflandırılır. Hastanın depresif semptom kötüleştiği ve tıbbi yardım aradığı akut faz, 12 haftaya kadar sürer ve amaç tedaviye yanıt ve nihayetinde remisyon sağlamaktır. Devam fazı 4-9 ay sürmekte ve bu dönemde amaç nüksü önlemek ve tam iyileşme sağlamaktır. Nüks, akut veya devam fazlarında depresif semptomların geri gelmesi olarak tanımlanır ve aynı depresif dönemin bir parçası olarak kabul edilir. Remisyon son fazdır, 9-12 ay sürer. Bu aşamada nüksü önlemek nihai hedeftir (62).

Başlangıç tedavisi için, kombinasyon tedavisinin bu tedavilerin herhangi birinden tek başına daha etkili olduğunu bulan randomize çalışmalara dayanarak, farmakoterapi ve psikoterapi kombinasyonu önerilmektedir (63). Herhangi bir spesifik ilaç/psikoterapi kombinasyonunun üstünlüğünü ortaya koymamıştır. Antidepresanlar genellikle psikoterapiden daha kolay ulaşılabilir ve uygundur (47).

### **2.7.2. Farmakoterapi**

Depresyonda farmakolojik tedavide ilk seçenek antidepresan ilaçlardır. Trisiklik antidepresanlar (TCA), serotonin ve noradrenalin gerialım inhibitörleri (SSRI), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve serotonin 2A antagonistleri/serotonin gerialım inhibitörleri kullanılmaktadır (64). TCA ve MAOI'ler birinci nesil antidepresanlardır ve yan etki profilleri nedeniyle başlangıç tedavisinde tercih edilmezler. SSRI'lar ikinci nesil antidepresan olup en yaygın kullanılan ve başlangıç tedavisinde en çok reçete edilen gruptur .

İlaç seçiminde etkili faktörler;

- Güvenliği
- Yan etki profili

- Spesifik depresif belirtiler
- Yandaş hastalıklar
- Eşzamanlı ilaçlar ve potansiyel ilaç-ilaç etkileşimleri
- Kullanım kolaylığı
- Hasta tercihi ve beklentileri
- Maliyet
- Önceki depresif dönemler sırasında antidepresanlara hasta yanıtı
- Ailede (örneğin birinci derece akraba) antidepresanlara yanıt öyküsü (62).

Depresyon tedavisi bireye özgü ve bireye uygun ilaç seçimiyle yapılmalı, seçilen ilaç en az altı hafta kullanılıp, bu süre içindeki üç haftada etkin tolere edilen en yüksek dozdan verilmelidir. Yan etki gelişmedikçe farklı bir ilaca geçilmemelidir. Altı haftanın sonunda yeterli yanıt alınamadıysa aynı grup başka bir ilaca ya da başka bir grup ilaca geçilebilir (65).

#### **2.7.2.1. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)**

Sinaptik aralıktaki serotonin geri alımını inhibe ederek, toplam miktarı artırma yoluyla etki gösterir. Yan etkilerinin az olması, terapöti aralığının geniş olması ve iyi tolere edilmesiyle en sık tercih edilen gruptur. Sitokrom p450 enzim sistemi üzerinden etki göstererek CYP2D6'yı inhibe etmeleriyle bu enzim sistemi üzerinden metabolize olan ilaçlar beklenen klinik etkiyi gösteremezler. Duygudurum üzerindeki olumlu etkilerini göstermeleri 3 ila 6 haftayı bulabilmektedir bu sebeple doz artımı yapılacaksa ayda bir yapılmalıdır. Essitalopram, fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin ve sertralin bu grup içindeki ilaçlardır. Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, tremor, ağız kuruluğu, empotans, ejakülasyon gecikmesi, cinsel isteksizlik gibi yan etkileri olabilmektedir (62). Güvenlik ve tolere edilebilirliği iyi olduğundan birinci basamakta oldukça sık kullanılır.

#### **2.7.2.2. Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri (NRI)**

Enerji ve dikkat azalması, apati, yorgunluk gibi belirtileri ön planda olan hastalarda tercih edilmektedir. ülkemizde bu grup için sadece reboksetin bulunmaktadır (60).

### **2.7.2.3. Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI)**

Tedavide birinci seçenek olarak ya da SSRI'in yetersiz kaldığı durumlarda kullanılır. Düşük doz serotonerjik, yüksek doz noradrenerjik sistem üzerinde etkilidirler ve yan etki profili SSRI'lara benzerdir. Venlafaksin, duloksetin, milnasipran bu grupta yer alır (66).

### **2.7.2.4. Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri**

Bupropion bu grupta yer alan tek ilaç ve depresyon tedavisinden ziyade sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. Uyku bozukluğu ve cinsel yan etki yapmaması bu ilacın avantajlarından (60).

### **2.7.2.5. Trisiklik Antidepresanlar (TSA)**

Eski antidepresanlardan olan, serotonin ve noradrenalin geri alımının inhibisyonu ile daha düşük oranda dopamin geri alım inhibisyonu yapan TCA'lar, klomipramin, imipramin, opipramol, amipriptilin, maprotriptilindir. Antikolinergik yan etkileri nedeniyle konstipasyon, bulanık görme ve ağız kuruluğuna, antihistaminik yan etkileri ile kilo artışı ve sedasyona, alfa blokaj etkisiyle baş dönmesi ve hipotansiyona neden olmaktadır. Depresyon tedavisinde etkili olmasına rağmen yan etki profili nedeniyle sık tercih edilmezler (67).

### **2.7.2.6. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI)**

TCA gibi birinci kuşak antidepresanlardan olan MAOI, monoamin oksidaz A ve B enzimlerini geri dönüşümsüz olarak inhibe ederek etki gösterirler. Ülkemizde piyasada sadece moklobemid bulunmaktadır. Bu ilaç grubunu kullanırken en korkulan mortal olabilen hipertansif krizlerdir ve bu nedenle hastanın MAOI kullanırken tiraminden fakir diyetle beslenmesi gerekmektedir. Pekçok ilaç etkileşimi de olduğundan kullanımını oldukça sınırlıdır (66).

### **2.7.3. Elektrokonvülsif Terapi (EKT)**

Beyne elektriksel uyarılar vererek jeneralize konvulziyonlar oluşturarak depresyon tedavisinde kullanılan EKT, en eski tedavi yöntemlerindedir. Günümüzde bilateral tedavi yöntemiyle, çok kısa ve kısa vurumlu dalga formları kullanılmaktadır (68). Psikotik belirtileri olan, intihar düşüncesi olan ve ilaç kontrendikasyonu olan hastalarda en etkili yöntemdir (69).

#### **2.7.4. Psikoterapi**

Farmakoterapi ile birlikte psikoterapinin birlikte kullanılması depresyon tedavisinde en etkili yöntem olarak kabul edilmekte ve psikoterapinin antidepresan ilaçların etkinliğini artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hafif düzeyde depresyonda tek başına psikoterapinin kullanılması, farmakoterapi kadar etkili bulunmuştur (70). Sıklıkla kullanılan BDT ve kişiler arası psikoterapidir. Depresyon tedavisinde mevcut olan psikoterapiler şunları içerir:

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)
- Kişiler Arası Psikoterapi
- Davranışsal Terapi
- Aile ve Grup Terapileri
- Problem çözme Terapisi
- Destekleyici Psikoterapi

##### **2.7.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi**

Çeşitli duygusal ve davranışsal problemlerin tedavisinde, işlevsiz inanç, davranış ve bilişlerle ilgili sorunları hedefe yönelik sistematik bir şekilde çözmeyi amaçlayan psikoterapötik bir yaklaşımdır. Depresyonun etyolojisinde söz edilen bilişsel çarpıtmalar ve bu çarpıtmaların öğrenilmiş düşünce hataları olduğu BDT’de kabul edilen görüştür (71). Yapılan pek çok çalışmada farmakoterapi ile benzer etkiye olduğu gösterilmiş ve diğer tedavilere nazaran daha düşük nüks oranı olduğu görülmüştür (72).

##### **2.7.4.2. Kişiler Arası Terapi**

Kişiler arası terapi 3-4 aylık bir süreçte, haftalık seanslar halinde uygulanan, kişiler arası davranışın depresyonun nedeni olduğunu savunan ve terapistin doğrudan hastaya tavsiyeler verdiği bir yöntemdir. Hastanın çatışma alanlarını açıklar ve karar vermesine yardımcı olur. BDT ve farmakoterapi kadar etkili olduğu görülmüştür (73).

##### **2.7.4.3. Problem Çözme Terapisi**

Yakın zamanda geliştirilmiş olan birinci basamak sağlık hizmeti için tasarlanmış olan terapidir. Hastalar esas sorunu tanımlama, çözüm bulma ve bu

çözümleri deneme evrelerinden geçerler. Hafif ve orta düzey depresyon tedavisinde bu yöntem etkili sonuçlar vermektedir (46).

#### **2.7.4.4. Davranışsal Terapi**

Bireydeki olumsuz davranışların ve alışkanlıkların yerine yeni, uygun davranışlar oluşturmayı amaçlar ve az BDT kadar etkilidir (74).

#### **2.7.5. Diğer Tedaviler**

Fiziksel egzersiz psikososyal, biyokimyasal ve fizyolojik etkileriyle depresyon tedavisinde etkili alternatif bir yöntemdir. Sosyal etkileşimde, benlik saygısı ve öz yeterlilikte artma sağlar. Ayrıca bireyin yaşam kalitesinin ve işlevselliğinin artmasına da katkıda bulunur (75).

Işık tedavisi, doğal gün ışığının düzenli bir biçimde alınmasıyla duygudurum üzerinde olumlu etkinin gözlemlendiği bir yöntemdir. Bakımevi ve hastanelerde uygulandığında semptomların giderilmesi açısından orta derecede olumlu etkisi görülmüştür (76).

### **2.8. Depresyonun Prognozu**

MDB'e nükslerle seyreden bir psikiyatrik bozukluktur de yapılan çalışmalarda kümülatif bir tekrarlama oranı olduğu gösterilmiştir (41). İlk defa depresif nöbet geçirenler hastaların ikinci kez %50-60'ı, ikinci kez geçirelerin %70'i ve üç kez geçirmiş olanların yaklaşık %90'ı tekrar depresif nöbet geçirmektedir (77). Depresyonun tekrarlama ile ilgili olası klinik durumlar; önceki nüks öyküsü, düzelmeyen depresif belirtilerin olması, çocukluk travmaları olması, önceki depresif atağın şiddetli olması, kişilik bozukluğunun eşlik etmesi, tekrarlayan stresörlerin olması gibi faktörler rekürrensi artırmaktadır (41).

### **2.9. Birinci Basamak İçin Depresyon Yönetimi**

Birinci basamak sağlık hizmetleri, depresyon dahil olmak üzere birçok ihmal edilmiş sağlık sorununun tanı ve tedavisi için önemli bir fırsat sağlar. Depresyonu olan çoğu hasta somatik belirtilerle birinci basamak sağlık kurumuna başvurur. Ruh halleri doğrudan sorulmadığı sürece hastalar damgalanma korkusu, depresyonun birinci basamak sağlık hizmeti kapsamı dışında kaldığı inancı, kişisel bir hastalık olduğu

inancı, tıbbi kayıt gizliliği ve psikiyatriste sevk edilme ile ilgili endişeler ve antidepressan ilaç reçete edilmesi gibi çeşitli nedenlerle depresif belirtilerini anlatmaktan kaçınırlar (11).

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmadan kendisine başvuran her bireye sürekli ve kapsamlı bakım sağlamakla görevlidir. Bireyin sağlıklı olmasını sağlamak yeterli olmamakta, iyilik halinin sürdürülmesinde, geliştirilmesinde de görev almaktadır. BB'a ulaşımın rahat olması, bireyin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi, hastalıkların erken dönemde fark edilebilmesi, hastalarla sürekli temas halinde olunması depresyon tanı ve tedavisi için etkili olanak sağlar. Güvene dayalı ilişki kurulduğunda süreklilik devam edecek ve kişi etiketlenme korkusu olmadan psikiyatrik şikayetlerinden de bahsedecektir.

MDB için tarama soruları yapıldıktan sonra şüphe varsa DSM-V kriterlerine göre hasta değerlendirilir. Depresyon tanısı alan kişilere antidepressan başlanmasını takiben 1-2 hafta sonra kontrol edilmeli ve 2-4 hafta sonra tekrar ve 6-8 hafta sonra bir kez daha çağırılmalı, tedaviye yanıt, ilaç uyumu, yan etkiler gözden geçirilmelidir. Yanıt alındıktan sonra nüksü önlemek için 4-9 ay daha tedaviye devam edilir, yanıt alınmazsa farklı tedaviler eklenir ya da değiştirilir. Remisyon sonrası görüşme sıklığı azaltılabilir (78). İntihar düşüncesine mutlaka her görüşmede dikkat edilmelidir. İntihar eden hastaların yaklaşık olarak yarısı ölümden yaklaşık 1 ay önce sağlık kurumlarına herhangi bir nedenle başvuruda bulunmuştur (79).

PHQ-9 tedavi yanıtını değerlendirmede en yaygın kullanılan ölçektir ve tedavide hedeflenen yanıt PHQ-9'da %50 azalmadır (80).

Hafif-orta dereceli depresyonun tedavisi BB'da ve psikiyatri kliniğinde benzer olduğundan, tedavi yanıtı da benzerdir. Psikiyatri kliniğinde ve birinci basamak sağlık kurumunda 14 hafta boyunca sitalopram tedavisi hastaların remisyonlarının çok benzer olduğu gösterilmiştir (81). Bunun yanında bazı hastaları psikiyatri kliniğine sevk etmek gerekebilmektedir. Sevk kriterleri:

- Ciddi, kronik semptomu olan hastalar
- Tedaviye yanıt vermeyenler
- Bipolar bozukluk şüphesi olanlar

- Yüksek intihar riski altında olanlar
- Psikotik bulguları olanlar
- Madde kullanımı, kişilik bozukluğundan kaynaklanan psikiyatrik bozukluk (72).

İntihar düşüncesi şiddeti, süresi, özellikleri açısından farklılık göstererek heterojen yapıda, aktif ve pasif olmak üzere nitelikleri vardır. Aktif intihar düşüncesinde kişinin açıkça bir intihar planı vardır. Pasif intihar düşüncesinde ise kişi sadece ölmeyi istemektedir. Mevcut hipotezler intihar düşünce ve davranışının psikolojik, biyolojik, çevresel, kültürel faktörler arasındaki etkileşimler sonucu ortaya çıktığı yönündedir (82). Birçok çalışmada tamamlanmış intiharların yaklaşık %80'inde öncesinde intihar düşüncesi bulunduğunu göstermiştir . Bu nedenle klinik görüşmelerde intihar düşüncesi ve risk faktörleri açısından dikkatli değerlendirme oldukça önemlidir (83).

#### **İntihar için risk etkenleri:**

- İleri yaş (erkeklerde 70, kadında 60 yaş üstü)
- Cinsiyet (kadında daha sık, erkekler daha başarılı)
- Sosyal desteğin zayıf olması
- Eş desteğinin yokluğu ve çocukların bulunmaması
- Kronik fiziksel rahatsızlık ya da kronik ağrı
- Alkol ya da madde kötüye kullanımı
- Önceki özkıyım girişim öyküsü
- Plan yapma ya da açık niyet ifade etme
- Ailede başarılı özkıyım öyküsü (46).

Uluslararası Depresyon ve Anksiyete Uzlaşma Grubu'nun ve İngiliz Psikofarmakoloji Birliği'nin BB hizmetlerinde depresyon ve anksiyete tanı/tedavi kılavuzu şöyledir:

- Sorularla tarama yapın
- Cevaplara göre şüpheleniyorsanız tanı kriterleri için detaylı sorular sorun
- Tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığına bakın
- Genel tıbbi durumunu değerlendirin

- Tanı depresyon, panik bozukluk, anksiyete bozukluğu, TSSB ise ilk önce SSRI grubu bir ilaç ile başlayın
- Tanı bipolar bozukluk, ağır şiddette depresyon, melankolik depresyon, yüksek intihar riski, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ya da madde kullanım bozukluğu ise psikiyatriye sevk edin
- Tedaviye başladıktan 15 gün sonra kontrole çağırıp, uyku ve iştah gibi belirtilerde düzelmeyi sorun, yan etkileri de sorguladıktan sonra tam yanıt ettiyseniz 6 hafta kadar devam edin. Kısmi yanıt varsa 1-2 hafta sonra kontrole çağırın ve ilacın dozunu yükseltin. 4. Haftada yüksek dozda kullanıldığı halde yanıt yoksa ilacı değiştirin
- Altıncı haftada belirtilerde tamamen iyileşme olup olmadığına bakın. Kısmi yanıt varsa veya hiç yanıt elde edilemediyse ilaç değişikliği yapın ya da psikiyatriste sevk edin. Tam iyileşme varsa 6-12 ay devam edin ve bu sürenin sonunda 4 hafta içinde keserek tedaviyi sonlandırın (7).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası kişilerde depresyon riski ve ilişkili faktörleri incelemek için yapılan bu araştırmanın tipi prospektif, tanımlayıcı ve kesitseldir.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 01.03.2023-01.06.2023 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası ardışık tüm kişiler dahil edilmiştir. İki birim bulunan eğitim aile sağlığı merkezine 3 aylık sürede başvuru sayısı 3091 kişi olup 18-65 yaş aralığı dışında olan 845 kişi, gebe/lahusa olan 55 kadın, psikiyatrik hastalık tanısı olan ve antidepresan/antipsikotik ilaç kullanımı olan 128 kişi çalışma dışı bırakılarak 2063 kişinin oluşturduğu evrende, araştırma toplam 355 katılımcı ile tamamlanmıştır.

##### 3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- Eğitim aile sağlığı merkezine başvurmak

##### 3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Daha önceden herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak
- Antidepresan ve/veya antipsikotik kullanıyor olmak
- Gebe veya postpartum dönemde olmak
- Oryantasyonu ve kooperasyonu bozuk, iletişim problemi olanlar

#### 3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik veri formu ile Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anket

formu oluşturulduktan sonra, ön çalışma olarak 20 kişiye uygulanmış olup geri bildirimler doğrultusunda son hali verilmiştir (**Ek 1**).

### **Hasta Sağlık Anketi-9**

Hasta Sağlık Anketi-9, birinci basamakta ruhsal bozukluk tanısı koymak için geliştirilmiş kişinin kendini değerlendirdiği bir ölçek olup Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (58). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarı ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmış olup Cronbach Alfa katsayısı 0,84 bulunmuştur (59). Ölçek soruları DSM-IV e göre dokuz depresif semptomu sorgulayan dokuz sorudan oluşmaktadır. Son iki hafta boyunca yaşadıkları depresif semptomları ne sıklıkla yaşadıkları sorgulanmaktadır. Yanıtlar “Hiçbir zaman”, “Bazı günler”, “Günlerin yarısından fazlasında”, “Hemen hemen her gün” olmak üzere 4 düzeyli ordinal ölçekte sıralanmıştır. Hiçbir zaman 0 puan alırken hemen hemen her gün 3 puana karşılık gelmektedir. Anketten toplam 0-4 puan alınması depresyon yok ya da çok hafif düzeyde, 5-9 puan alınması hafif düzeyde depresyon, 10-14 arası puan alınması orta düzeyde depresyon, 15-19 puan alınması orta şiddette depresyon ve 20-27 puan şiddetli depresyonu göstermektedir.

### **3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesi için SPSS 18 paket programı kullanılmıştır. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar kategorize edilerek değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan ikili gruplarda Mann Whitney U, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis kullanılmıştır. Çalışmada p değeri 0,05’ten küçük değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.6. Etik Kurul İzni**

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’nun 09.02.2023 tarihinde yapılan toplantısında, 2023/31 protokol numarası incelenmiş olup, 05 nolu kararı ile Etik Kurul onayı alınmıştır (**Ek 2**). Hasta Sağlık Anketi-9’un çalışmamızda kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Uğur Bilge’ye e-mail yoluyla bilgilendirilme yapılmış olup, izni alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Eğitim aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada toplam 355 katılımcıya ulaşılmış olup, yaş ortalaması  $31,4 \pm 12,9$  (18-65 yaş arası) bulunmuştur. Katılımcıların yaş grupları ve dağılımı **Tablo 4.1**'de verilmiştir.

**Tablo 4.1. Katılımcıların Yaş Grupları ve Dağılımı**

Yaş (yıl) Ort±SS	31,4±12,9 (18-65 yaş arası)	
Yaş grupları	Sayı	%
18-24	161	45,4
25-44	127	35,8
45-65	67	18,9
<b>Toplam</b>	355	100

Katılımcıların %58,6'sı (s=208) kadın, %71'i (s=252) bekar olup, %51,3'ü (s=182) çekirdek ailesiyle yaşamaktaydı. Katılımcıların %78,6'sının (s=279) eğitim durumu 12 yıl üzeri olup %54,1'i (s=192) öğrenciydi. Katılımcıların %91'inin (s=323) sosyal güvencesi vardı, %40'ı (s=142) gelir durumunu geliri giderine eşit olarak yanıtladı. Katılımcıların yaşadığı sosyal çevre %98 (s=348) oranıyla kent idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 4.2**'de verilmiştir.

**Tablo 4.2 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

Değişkenler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	208	58,6
	Erkek	147	41,4
Medeni Durum	Bekar	252	71
	Evli	103	29
Meslek	Öğrenci	192	54,1
	Memur	59	16,6
	Emekli	35	9,9
	Ev hanımı	25	7
	Esnaf, serbest çalışan	22	6,2
	İşçi	15	4,2
	İşsiz	7	2
Eğitim Durumu	0-8 yıl	31	8,7
	9-12 yıl	45	12,7
	12 yıl üstü	279	78,6
Yaşadığı Çevre	Kent	348	98
	Kırsal	7	2
Kiminle yaşadığı	Çekirdek aile	182	51,3
	Yalnız	91	25,6
	Ev arkadaşı	49	13,8
	Yurtta oda arkadaşı	22	6,2
	Geniş aile	11	3,1
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	134	37,7
	Gelirim giderime eşit	142	40
	Gelirim giderimden fazla	79	22,3
Sosyal güvence	Yok	32	9
	Var	323	91
<b>Toplam</b>		<b>355</b>	<b>100</b>

Katılımcıların alışkanlıklarına bakıldığında sigara kullananların oranı %33,2 (s=118) olup ortalama paket/yıl  $7,3 \pm 8,1$ 'dir (en az 1, en fazla 50 paket/yıl). Katılımcılar alkol kullanımına göre değerlendirildiğinde ise %41,4'ü (s=147) kullanıyorum yanıtını verdi. Alkol kullananlar içinde kullanım sıklığı haftada birkaç kez olanlar %32,7 (s=48), ayda birkaç kez olanlar ise %67,3 (s=99) idi. Katılımcıların hiçbirinde madde kullanımı yoktu. Ayrıntılı bilgi **Tablo 4.3'**tedir.

**Tablo 4.3. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımları**

Sigara (paket/yıl) Ort±SS		7,3±8,1	
Alışkanlıklar	Kullanım durumu	Sayı	%
Sigara	Kullanıyorum	118	33,2
	Bıraktım	53	14,9
	Hiç kullanmadım	184	51,8
Alkol	Kullanıyorum	147	41,4
	Bıraktım	40	11,3
	Hiç kullanmadım	168	47,3

Katılımcıların antropometrik ölçümleri yapıldı ve vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplandı (**Tablo 4.4**). Katılımcılar VKİ'ye göre değerlendirildiğinde %55,2'sinin (s=196) normal kiloda olduğu görüldü (**Tablo 4.5**).

**Tablo 4.4. Katılımcıların Vücut Ölçüm Ortalamaları**

Değişkenler	Ort±SS	
	Kadın	Erkek
Kilo (kg)	62,6±11	81,0±13,9
Boy (m)	1,6±0,1	1,7±0,1
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	23,4±4,3	25,7±4,1

**Tablo 4.5. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksine Göre Dağılımı**

VKİ Grupları	Sayı	%
Zayıf	19	5,4
Normal kilolu	196	55,2
Fazla kilolu	104	29,3
Obez	36	10,1
Toplam	355	100

Katılımcılar sağlık durumlarına göre değerlendirildiğinde en az bir kronik hastalığı olanların oranı %29,9 (s=106) iken düzenli ilaç kullananların oranı %26,5 (s=94) idi. En sık görülen kronik hastalık %18 (s=31) oranıyla hipertansiyondu. Diğer sık görülen kronik hastalıklar ise tiroid hastalıkları (s=23), diyabet (s=20), KOAH, astım (s=17) idi. Ayrıntılı bilgi **Tablo 4.6**'dadır.

**Tablo 4.6. Katılımcıların Kronik Hastalıkları ve İlaç Kullanım Durumları**

Kronik hastalık		Sayı	%
Yok		249	70,1
Var		105	29,6
	<b>Kalp ve Damar Hastalıkları (HT, KAH)</b>	50	30,1
	<b>Tiroid Hastalıkları</b>	23	13,9
	<b>Diyabet</b>	20	12
	<b>KOAH, Astım</b>	17	10,2
	<b>Allerji ve Romatoloji ile ilgili hastalıklar</b>	16	9,6
	<b>Genitoüriner sistem hastalıkları (BPH, PCOS)</b>	10	6
	<b>Hiperlipidemi</b>	10	6
	<b>Diğer*</b>	20	12
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>			
Yok		261	73,5
Var		94	26,5

\* Migren, kronik gastrit, malignite, dermatit \*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Katılımcılara eğitim aile sağlığı merkezine başvuru nedenleri sorulduğunda %35,8'i (s=127) muayene olmak için başvurduğunu ifade etmiştir. Diğer başvuru nedenleri **Tablo 4.7**'de verilmiştir.

**Tablo 4.7. Katılımcıların Easmye Başvuru Nedenleri**

Başvuru nedeni	Sayı	%
Muayene olma	127	35,8
Tetkik isteme	75	21,1
İlaç yazdırma	59	16,6
Rapor alma	45	12,7
Enjeksiyon-pansuman	49	13,8
<b>Toplam</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

Katılımcılara son 6 ay içinde kendisi veya ailesiyle ilgili olumsuz bir yaşam deneyimi olup olmadığı sorulduğunda, olumsuz deneyim yaşayan katılımcı oranı %17,7 (s=63) bulunmuştur. Katılımcıların olumsuz deneyiminin ne olduğu sorulduğunda ise ciddi hastalık ve ölüm %32,4 oranıyla en fazla işaretlenen seçenekler olmuştur. Ayrıntılı bilgi **Tablo 4.8**'de verilmiştir.

**Tablo 4.8. Katılımcıların Olumsuz Deneyim Yaşama Durumları**

Olumsuz deneyim yaşama	Sayı	%
Hayır	292	82,3
Evet	63	17,7
Ciddi hastalık	23	32,4
Ölüm	23	32,4
Deprem, kaza	21	29,6
Boşanma	4	5,6

*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir*

Katılımcılara depresyonda olduğunuzu düşünüyor musunuz diye sorulduğunda, %15,5'i (s=55) evet yanıtını vermiştir (**Tablo 4.9**).

**Tablo 4.9. Katılımcıların Depresyon Düşüncesi**

Depresyonda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Sayı	%
Evet	55	15,5
Fikrim yok	50	14,1
Hayır	250	70,4
<b>Toplam</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

Katılımcıların %31,5'i (s=112) yakın çevresinde depresyon tanısı olduğunu ifade ederken, yakınlık derecesi sorulduğunda %9'u (s=32) birinci derece akrabasında depresyon tanısı olduğunu söylemiştir. Olumsuz bir olay yaşadığınızda bunu paylaşabileceğiniz biri var mı sorusuna katılımcıların %11'i (s=39) hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10. Yakın Çevresinde Depresyon Tanısı Alanların Dağılımı**

Yakın çevresinde depresyon tanısı alanlar		Sayı	%
Hayır		243	68,5
Evet		112	31,5
	Arkadaş	44	39,3
	Anne-baba	28	25
	Kardeş	18	16,1
	Diğer akraba	12	10,7
	Eş	6	5,4
	Çocuk	4	3,6
Sosyal destek varlığı		Sayı	%
Yok		39	11
Var		316	89

Gelecekte bekentiniz var mı sorusuna katılımcıların %33'ü (s=117) beklentim yok yanıtını verdi (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11. Katılımcıların Gelecekte Beklenti Varlığı**

Gelecekte beklenti		Sayı	%
Yok		117	33
Var		238	67
	Meslekte başarı	61	20,7
	Ekonomik iyileşme	59	20
	Sağlık	40	13,6
	Huzur	33	11,2
	İş bulma	32	10,8
	Çocukların geleceği	31	10,5
	Mutluluk	29	9,8
	Gezmek	10	3,4

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Son iki haftadır kendinizi bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiniz mi sorusuna katılımcıların %46,8'i (s=166) evet yanıtını verdi. Son iki haftadır daha önce yaptığımız şeylere karşı ilginizde ve aldığımız zevkte azalma oldu mu sorusuna %37,5'i (s=133) evet yanıtını verdi. Bu depresyon tarama sorularının her ikine birden evet yanıtını verenler Grup 1, en az birine evet yanıtını verenler Grup 2, her iki soruya da hayır yanıtını verenler Grup 3 olarak kategorize edildi (**Tablo 4.12**).

**Tablo 4.12. Depresyon Tarama Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı**

	Sayı	%
<b>Grup 1</b>	113	31,8
<b>Grup 2</b>	73	20,6
<b>Grup 3</b>	169	47,6

Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-9'a yanıtları incelendiğinde %24,3'ünün (s=86) orta ve üstü şiddette depresyon riski taşıdığı görüldü (**Tablo 4.13**).

**Tablo 4.13. Katılımcıların PHQ-9 Puanına Göre Dağılımı**

PHQ-9 puan grupları	Sayı	%
<b>Depresyon yok/Minimal (0-4 puan)</b>	134	37,7
<b>Hafif (5-9 puan)</b>	135	38
<b>Orta (10-14 puan)</b>	57	16,1
<b>Orta şiddetli MDB (15-19 puan)</b>	22	6,2
<b>Şiddetli MDB (20-27 puan)</b>	7	2

PHQ-9'da herhangi bir soruda işaretleme yapıldığında, bu sorunların katılımcıların işlevselliğine etkisi soruldu. Katılımcıların %28,5'i (s=101) bu sorunların çeşitli zorluk derecelerinde işlevselliğine etki ettiğini belirtti (**Tablo 4.14**).

**Tablo 4.14. Katılımcıların Sorunlarının İşlevsellik Üzerine Etkisi**

İşlevsellik	Sayı	%
<b>Hiç zorluk yaratmadı</b>	254	71,5
<b>Oldukça zorluk yarattı</b>	89	25,1
<b>Çok zorluk yarattı</b>	8	2,3
<b>Aşırı derece zorluk yarattı</b>	4	1,1

#### 4.2. Sosyodemografik Verilerin PHQ-9 Puanı İle Karşılaştırılması

Katılımcıların yaş grupları depresyon riski açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark vardı ( $p=0,005$ ). Bu fark 18-24 yaş ile 45-65 yaş arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ve 18-24 yaş arasında depresyon riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,002$ ) (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15. Katılımcıların Yaş Grupları ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması**

Yaş Grupları	PHQ-9 Puanı	
	Ort±SS	p*
18-24	7,6±5	0,005
25-44	6,6±4,8	
45-65	5,6±4	

\*Mann-Whitney U

Katılımcıların cinsiyete göre PHQ-9 puanı değerlendirildiğinde kadınlarda erkeklere göre depresyon riski anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,003$ ). Medeni duruma göre bekarlarda evlilere göre depresyon riski anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,001$ ).

Katılımcılar eğitim durumuna göre depresyon riski açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ). Meslekler arasında depresyon riski açısından anlamlı fark vardı ( $p=0,010$ ). Bu fark öğrenci-işçi, öğrenci-emekli, memur-emekli arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (sırasıyla;  $p=0,041$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,028$ ).

Sosyal güvence varlığı ile depresyon riski değerlendirildiğinde anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Katılımcıların gelir algısı ile depresyon riski arasında anlamlı fark vardı ( $p=0,025$ ). Bu fark gelir durumu az olan ve geliri giderine eşit olan iki grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ( $p=0,007$ ).

Katılımcılar yaşadığı çevre açısından değerlendirildiğinde kentsel ve kırsal bölge açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Katılımcıların kiminle yaşadığı ve PHQ-9 puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark vardı ( $p=0,020$ ). Bu fark katılımcılardan ailesiyle yaşayan grup ile arkadaşıyla yaşayan grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ( $p=0,006$ ). Ayrıntılı bilgi Tablo 4.16'dadır.

**Tablo 4.16. Sosyodemografik Verilerin PHQ-9 Puanı İle Karşılaştırılması**

Değişkenler		PHQ-9 Puanı	
		Ort±SS	p*
Cinsiyet	Kadın	7,4±4,7	0,003
	Erkek	6,2±4,8	
Medeni Durum	Bekar	7,5±5,1	0,001
	Evli	5,5±3,8	
Meslek	Öğrenci	7,5±5,1	0,010
	Memur	6,9±4,1	
	Ev hanımı/ İşsiz	6,9±4,3	
	İşçi, esnaf, serbest çalışan	6,2±5,4	
	Emekli	5,1±4,1	
Eğitim Durumu	0-8 yıl	6,1±3,7	0,054
	9-12 yıl	5,7±4,4	
	12 yıl üstü	7,2±4,9	
Yaşadığı Çevre	Kırsal	10,5±8,3	0,254
	Kent	6,8±4,7	
Kiminle yaşadığı	Arkadaş	7,9±4,6	0,020
	Yalnız	6,9±4,6	
	Aile	6,5±4,9	
Gelir algısı	Gelirim giderimden az	7,9±5,2	0,025
	Gelirim giderime eşit	6,1±4,1	
	Gelirim giderimden fazla	6,7±4,9	
Sosyal güvence	Yok	6,8±4,9	0,755
	Var	6,9±4,8	

\*Mann-Whitney U \*\*Kruskal Wallis

Kronik hastalık varlığı ile PHQ-9 ölçek puanı karşılaştırıldığında depresyon riski kronik hastalığı olmayanlarda anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0,042$ ). İlaç kullanımı ile depresyon riski arasında anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17. Katılımcıların Sağlık Durumu ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırması**

		PHQ-9 Puanı	
		Ort±SS	p*
<b>Kronik hastalık varlığı</b>	<b>Evet</b>	6,2±4,4	<b>0,042</b>
	<b>Hayır</b>	7,2±4,9	
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>	<b>Evet</b>	7,1±4,3	0,111
	<b>Hayır</b>	6,2±4,9	

\*Mann-Whitney U

Katılımcıların VKİ'ye göre depresyon riski değerlendirildiğinde anlamlı fark vardı ( $p=0,002$ ). Bu fark zayıf olan katılımcılar ile diğer katılımcılar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p<0,001$  ve  $p=0,018$ ). Ayrıntılı bilgi **Tablo 4.18**'de verilmiştir.

**Tablo 4.18. Katılımcıların VKİ ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması**

VKİ Grupları	Ort±SS	p*
<b>Zayıf</b>	10,8±5,5	<b>0,002</b>
<b>Normal kilolu</b>	6,8±4,8	
<b>Fazla kilolu</b>	6,2±4,4	
<b>Obez</b>	7,4±4,6	

\*Kruskal Wallis

Katılımcılar alışkanlıklarına göre değerlendirildiğinde sigara ve alkol kullanımı ile depresyon riski açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ) (**Tablo 4.19**).

**Tablo 4.19. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımları ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması**

		PHQ-9 Puanı	
		Ort±SS	p*
<b>Sigara</b>	Kullanıyorum	6,3±5,7	0,076
	Bıaktım	8,1±4,4	
	Hiç kullanmadım	6,4±4,1	
<b>Alkol</b>	Kullanıyorum	6,8±5,4	0,089
	Bıaktım	7,7±4,9	
	Hiç kullanmadım	6,2±4,1	

\*Kruskal Wallis

Katılımcılar başvuru nedenlerine göre PHQ-9 puanıyla karşılaştırıldığında depresyon riski açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.20).

**Tablo 4.20. Katılımcıların Başvuru Nedeninin PHQ-9 Puanıyla Karşılaştırılması**

Başvuru nedeni	PHQ-9 Puanı	
	Ort±SS	p*
Rapor alma	7,9±5,4	0,229
Enjeksiyon-pansuman	7,5±4,9	
Tetkik isteme	7,2±4,9	
Muayene olma	6,4±4,5	
İlaç yazdırma	6,2±4,6	

\*Kruskal Wallis

Katılımcılarda son 6 ay içinde kendisi veya ailesiyle ilgili olumsuz bir yaşam deneyimi varlığıyla PHQ-9 puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark vardı ( $p=0,001$ ). Olumsuz deneyim yaşayanların ölçek puanı daha yüksek olup depresyon riski daha yüksekti. Yakınında depresyon tanısı olan katılımcıların depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0,001$ ). Sosyal desteği olup olmaması ile ölçek puanı karşılaştırıldığında sosyal desteği olmayanların depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0,001$ ). Gelecekte beklenmesi olmayan katılımcıların depresyon riski daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.21).

**Tablo 4.21. Katılımcıların Sosyal Yaşantısı İle İlgili Soruların PHQ-9 Puanıyla Karşılaştırılması**

		PHQ-9 Puanı	
		Ort±SS	p*
Olumsuz deneyim yaşama	Evet	8,9±5,5	0,001
	Hayır	6,5±4,5	
Yakını depresyon tanısı alan	Evet	8,3±5,1	<0,001
	Hayır	6,2±4,5	
Gelecekte beklenti	Hayır	8,8±5,7	<0,001
	Evet	6,1±3,9	
Sosyal destek varlığı	Hayır	10,2±6,1	<0,001
	Evet	6,5±4,5	

\*Mann-Whitney U

Katılımcılara yöneltilen depresyonda olduğunuzu düşünüyor musunuz sorusuna verilen cevaplarla, ölçek puanı karşılaştırıldığında depresyonda olduğunu düşünen, düşünmeyen ve fikrim yok diyen katılımcı grupları arasında anlamlı fark vardı ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.22).

**Tablo 4.22. Katılımcıların Depresyon Düşüncesinin PHQ-9 Puanıyla Değerlendirilmesi**

	PHQ-9 Puanı	
	Ort±SS	p*
<b>Depresyonda olduğunuzu düşünüyor musunuz?</b>		
<b>Evet</b>	13,4±5,1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Fikrim yok</b>	8,7±4,4	
<b>Hayır</b>	5,1±3,2	

\*Kruskal Wallis

Katılımcılar depresyon tarama sorularına verdikleri yanıtta göre gruplandırıldıktan sonra gruplar PHQ-9 puanıyla karşılaştırıldı. İkili gruplarla karşılaştırma yapıldığında tüm alt gruplar arasında anlamlı fark vardı ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.23).

**Tablo 4.23. Depresyon Tarama Sorularına Verilen Yanıtların PHQ-9 Puanıyla Karşılaştırılması**

	PHQ-9 Puanı	
	Ort, SS	p*
<b>Grup 1</b>	11,1±5,1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Grup 2</b>	6,5±3,4	
<b>Grup 3</b>	4,2±2,8	

\*Kruskal Wallis

Katılımcılara PHQ-9’da herhangi bir soruda işaretleme yaptığında, bu sorunlar işini yapmasında, eviyle ilgili işleri halletmesinde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinde ne kadar zorluk yarattı diye sorulduğunda alınan cevaplar ile ölçek puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark vardı ve bu fark tüm gruplar arasında anlamlıydı ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.24).

**Tablo 4.24. İşlevsellik Üzerine Etki ile PHQ-9 Puanının Karşılaştırılması**

	PHQ-9 Puanı	
	Ort, SS	p*
<b>Hiç zorluk yaratmadı</b>	5,1±3,3	<b>&lt;0,001</b>
<b>Oldukça zorluk yarattı</b>	11,1±4,3	
<b>Çok zorluk yarattı</b>	14,2±4,3	
<b>Aşırı derecede zorluk yarattı</b>	20,7±5,3	

\**Kruskal Wallis*

## 5. TARTIŞMA

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası bireylerde depresyon riskini belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızda, katılımcıların yaklaşık dörtte birinde (%24,3) orta ve üzeri düzeyde depresyon riski olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireyler yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında 18-24 yaş arasında depresyon riski, orta ve ileri yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Depresyon yaşamın her döneminde görülse de, özellikle 25-44 yaş aralığında görülme sıklığının arttığı dikkat çekmektedir (38-40). Malhi ve arkadaşlarının 2018 yılında Lancet'te yayınlanan derlemesinde, depresyon başlangıç yaşını 20'li yaşlar olduğu belirtilmektedir (41). Batı ülkelerinde yaşla birlikte depresyon sıklığı azalırken daha düşük gelirli ülkelerde yaşla beraber depresyon sıklığının arttığı bildirilmiştir (84, 85). Bizim çalışmamızda da, yaş arttıkça depresyon riskinin azalması literatürle uyumlu görülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların çoğunu öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin yükseköğrenim için doğduğu büyüdüğü yerden farklı şehirde, farklı arkadaş çevresinde ve ailesinden uzak bir ortamda yaşamaya başlamasının getirdiği sosyal sorunlar neticesinde ruhsal sorunlar yaşaması olası görünmektedir.

Katılımcılar cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kadınların depresyon riski daha yüksekti ve bu sonuç literatür ile uyumluydu. Pek çok çalışmanın ortak sonucu olarak kadın cinsiyette, erkeklerden yaklaşık iki kat kadar daha fazla depresyon riski olduğu gösterilmiştir (33, 43). Ülkemizde yapılan en kapsamlı araştırmalardan biri olan 1998 Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 7479 kişi çalışmaya dahil edilmiş olup depresyon yaygınlığı kadınlarda %5,4 ve erkeklerde %2,3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur (44). Çınar ve arkadaşlarının yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada kadın cinsiyette depresyon sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (86). Angst ve arkadaşlarının yaptığı DEPRES I ve DEPRES II çalışmasında da kadınlarda depresyon daha yaygın olarak bulunmuş ve tüm yaş gruplarında bu cinsiyet farklılığının devam ettiği saptanmıştır (77). Bizim sonuçlarımızda literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda evli olan bireylerin depresyon riski bekarlara oranla daha düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu sonucun literatürle uyumlu olduğu

söylenbilir. Kılıç'ın 2016 yılında aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde yaptığı depresyon çalışmasında bekar, eşi vefat eden veya eşinden ayrılmış olan katılımcıların, evli olanlara göre depresyon riskinin arttığı saptanmıştır (34). Taş ve arkadaşları medeni durum ile depresyon ve internet bağımlılığı üzerine yaptığı çalışmada boşanmış bireylerin depresyon düzeyini evli olanlara kıyasla daha yüksek bulmuştur (87). Evli bireylerin sorunlar karşısında birbirlerine destek olmaları ve düzenli bir aile yaşantısının varlığı bu sonucun bulunmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu ile depresyon riski karşılaştırıldığında fark olmadığı görülmüştür. Medeni ve arkadaşları 2016 yılında 15 yaş üstü bireylerde yaptığı çalışmada düşük eğitim düzeyinin depresyon riskini arttırdığını belirtmişlerdir (88). Lorant ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde eğitim süresinin artmasıyla depresyon riskinin azaldığını belirtmişlerdir (89). Bjelland ve arkadaşları yaptığı çalışmada eğitimin depresyona karşı korunmada zayıf bir etkisi olduğunu ve bu etkinin ileri yaşta belirgin olduğunu belirtmişlerdir (90). Pazvantođlu ve arkadaşları eğitim düzeyinin düşük olmasıyla duygusal olarak zorlanmalar olduğunu belirtmişlerdir (91). Çalışmamızda eğitim düzeyiyle depresyon riski arasında anlamlı ilişki bulunmamasının nedeni katılımcıların çoğunun benzer eğitim düzeyinde olması olabilir.

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde depresyon riskinin öğrencilerde daha yüksek olduğu görüldü. Meslek grupları ile depresyon ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu, bu konuda görüş birliğinin olmadığı saptanmıştır. Örneğin, Hashmi ve arkadaşlarının aktif çalışan ve çalışmayan kadınlarda yaptığı çalışmada, çalışan kadınlarda depresyonun daha sık görüldüğü bulunmuştur (92). Dönmez ve arkadaşlarının annelerin çalışma durumlarıyla depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, çalışan annelerin çalışmayanlara göre depresyon riski yüksek bulunmuştur (93). Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada emeklilerde depresyon riski daha yüksek bulunmuştur (55). Yapılan bazı çalışmalarda ise çalışanların çalışmayanlara göre depresyon riski daha düşük bulunmuştur (94). Çalışmamızda katılımcıların çoğu öğrenciydi ve gelecek kaygısı, sınav stresi gibi zorluklar ve aile desteğinden yoksun olmaları bu sonucun çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara gelir algısı sorulmuş olup gelirin giderinden az olduğunu düşünenlerde depresyon riski anlamlı olarak diğer gruplardan daha yüksekti ve bu sonuç literatürle uyumlu idi. Yapılan çalışmalarda gelir durumuna göre düşük gelir düzeyine sahip, işsizlik ve maddi sorunlar yaşayan kişilerde depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (8, 32). Mersin’de Buğdaycı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ekonomik durumunun iyi olmadığını bildiren kişilerde depresif belirti oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (95). Patel ve arkadaşları gelir eşitsizliği ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştırmak için yaptıkları çalışmada, düşük gelir düzeyi ve gelir kayıplarıyla ilgili olarak ortaya çıkan güvensizlik duygusunun depresyona sebep olduğunu belirtmişlerdir (96). Bu da, bizim sonucumuzla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların sosyal güvence varlığı ile depresyon riski karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Tian ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sosyal güvencesi olan hastaların olmayanlara göre daha az depresyon riski taşıdıkları bulunmuştur (97). Bu sonuç katılımcıların büyük çoğunluğunun (%91) sosyal güvencesinin olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda ailesiyle yaşayanların yalnız ve arkadaşıyla yaşayanlara göre depresyon riski anlamlı derecede düşüktü. Birlikte yaşanan kişiyle depresyonun araştırıldığı çalışmalara bakıldığında, Tekdağ’ın yaptığı çalışmada yalnız yaşayanlarda aile ve arkadaşıyla yaşayanlara göre depresyon sıklığı daha fazla bulunmuştur (98). Srivastava ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada da yalnız yaşamının depresyon için bir risk olduğu sonucuna ulaşılmıştır (99). Çelikel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesiyle birlikte yaşayan öğrencilerin ailesiyle birlikte yaşamayanlara göre depresyon riski daha düşük bulunmuştur (100). Aile ile yaşamının bireylere psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan destek sağlaması depresyon riskine karşı korumada etkili bir faktör olduğu söylenebilir.

Katılımcıların yaşadığı bölgenin kent ya da kırsal olmasının depresyon riski açısından anlamlı bir farkı yoktu. Literatüre bakıldığında kırsal ve kentsel bölgelerde depresyon yaygınlığının karşılaştırıldığı çalışmalarda kentsel bölgede yaşamın depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (101, 102). Tayvan’da yapılan bir çalışmada kentsel alanda yaşayan yaşlılarda depresif belirtilerin yaygınlığı yüksek bulunmuştur

(103). McKenzie ve arkadaşları, kentsel bölgede yaşayanlara depresyon için yazılan reçete sayısının kırsal bölgedekilere göre daha fazla olduğunu bildirmiştir (104). Çalışmamızda yaşanan bölge ile depresyon ilişkisinin bulunmamasının nedeni katılımcıların neredeyse tamamının (%98) kentsel bölgede yaşamasıyla açıklanabilir.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile depresyon riski karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olmayan katılımcıların depresyon riski daha yüksek bulunmuştur. Toplum tabanlı yapılan kronik hastalık ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda kronik hastalıkları olan, yaşamı tehdit eden sağlık sorunları yaşayan bireylerde depresyon riski artmaktadır (105, 106). Altmış ülkeden 245.404 katılımcıyla yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde depresyon araştırılmış olup %9,3 ile %23 arasında yaygınlığı saptanmıştır (107). Chapman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde depresyon belirtilerinin arttığı ve depresyonun varlığında da kronik hastalıkların kötüleştiği görülmüştür (108). Constant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipotiroidi tanılı hastalarda depresyon sıklığı yüksek çıkmıştır (109). Huang ve arkadaşları KVH ve kronik akciğer hastalıklarının depresyon riskini artırdığını göstermişlerdir (110). Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile depresyon riskinin ilişkili olmaması, katılımcıların çoğunluğunun genç erişkinlerden oluşması ve kronik hastalığa bağlı olumsuz etkilerin henüz ortaya çıkmamış olmasıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızda vücut kitle indeksine göre zayıf olan bireylerin daha yüksek depresyon riski taşıdığı görüldü. VKİ ve depresyon ilişkisinin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında, Lupino ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analize göre obezitenin depresyon riskini artırdığı, 2008 yılında The HUNT adlı çalışmada da genel popülasyonda yüksek VKİ düzeyi ile depresyon riskinin arttığı saptanmıştır (111, 112). Carey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada normal kilolu bireyle kıyasla zayıf ve obezlerde depresyon prevalansının daha yüksek olduğu, vücut ağırlığıyla depresyon arasında U şeklinde bir ilişki olduğunu saptamışlardır (113). Benzer şekilde, Carperter ve arkadaşları yaptıkları çalışmada vücut kitle indeksinin düşüklüğü ve yüksekliğinin depresyon için risk oluşturduğunu belirtmişlerdir (114). Sunwoo ve arkadaşları yaptıkları çalışmada zayıflık ile depresif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (115). Tayvan'da yapılan bir çalışmada düşük kilolu erişkinlerde depresif belirtilerin görülme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (116). Depresyon

kriterlerine baktığımızda hem iştah artışı hem de iştahta azalmayla ilgili semptomlar olduğundan, artan depresyon düzeyiyle hem obezite hem de zayıflığın ilişkili olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanımı ile depresyon riski karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sigara kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, Ünsal ve arkadaşlarının 2015 yılında erişkin erkeklerde yaptığı çalışmada sigara içenlerde depresyon riski daha yüksek bulunmuştur (117). Yapılan diğer çalışmalarda ise depresyonda olan kişilerin daha çok sigara içtiği, sigara içmenin de depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (118, 119). Literatür tarandığında birçok çalışmada sigara kullanımı ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olmakla birlikte, bu çalışmada katılımcıların çoğunun genç yaşta olması, kullandıkları sigara paket/yıl ortalamasının düşük olması, uzun dönem sigara kullanımına bağlı etkilerin henüz ortaya çıkmaması bu sonuca etki etmiş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların alkol kullanımı ile depresyon riski karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Alkol kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, Almeida-Filho ve arkadaşlarının depresyon ve alkolizm üzerine yaptığı çalışmada alkol kullanımı ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (120). Benzer şekilde Kıbrıs'ta yapılan alkol bağımlılığı ile ilgili bir çalışmada depresyon riskiyle alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (121). Literatür incelendiğinde farklı sonuçları olan bazı çalışmalar olduğu da görülmektedir. Kenya'da alkol bağımlılığı tedavisi öncesi ve sonrasında depresyon durumunun incelendiği çalışmada alkol kullanımı ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu, alkolün depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (122). Boden ve arkadaşlarının alkol ve depresyon üzerine yaptıkları bir derlemede ve Peirce ve arkadaşlarının sosyal destek, alkol ve depresyonun ilişkisi incelendiğinde de alkol kullanımının depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (123, 124).

Çalışmamızda yakınında depresyon tanısı olan katılımcıların depresyon riski daha yüksek bulunmuştur, bu sonuç literatür ile uyumludur. Depresyon yalnızca çevrenin değil genetiğin de oldukça etkili olduğu çok faktörlü bir hastalıktır. Gupta ve

arkadaşlarının yaptığı ikiz çalışmalarında depresyon etyolojisinde genetiğin oldukça etkili olduğunu saptamışlardır (30). Calker ve arkadaşları 2021 yılında yaptığı çalışmada depresif bozukluk için orta derecede (%37) kalıtsal etkinin olduğunu göstermişlerdir (31). Işık ve arkadaşları, çocuk, ergen, erişkin, yaşlı bireylerde yaptıkları depresyon çalışmasında birinci derece akrabalık durumunun depresyon riskini belirgin oranda arttırdığını bulmuşlardır (16).

Çalışmada katılımcılardan olumsuz deneyim yaşayanların depresyon riski anlamlı olarak yüksekti ve bu sonuç literatürle uyumlu görünmekteydi. Olumsuz yaşam olayları ile depresyon ilişkisini araştıran çalışmalarda, olumsuz deneyimlerin depresyon riskini arttırdığı görülmüştür (125, 126). Eskin ve arkadaşlarının travmatik yaşam olaylarının intihar davranışı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada olumsuz yaşam olaylarının depresyon riskini önemli oranda artırdığını bulmuşlardır (126). Diğer taraftan Josepho ve arkadaşlarının psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada her olumsuz deneyimin tek başına depresyona neden olmadığı, bu bireylerin olaylarla baş etme gücü ve becerilerinden etkilendiği belirtilmiştir (127). Olumsuz deneyimin niteliği ve kişinin hayatına etkisi, kişinin stresle baş etme yöntemlerini kullanıp kullanamamasına bağlı olarak değişebilir. Olumsuz deneyimlerin kişilerin ruh sağlığını etkilemiş olması muhtemeldir.

Çalışmamızda sosyal desteği olmayan katılımcıların depresyon riski daha yüksek bulunmuştur. Yavuzer ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, sosyal destek eksikliğinin kişinin ruh sağlığını olumsuz etkileyerek depresyona yol açtığı saptanmıştır (128). Yine benzer şekilde, Ardahan'ın hemşilerde yaptığı çalışmada sosyal destek yetersizliğinin, bireyin hayatında ruhsal bir takım sorunlara, depresyon riskinde artışa sebep olduğu saptanmıştır (129). Ravindran ve arkadaşlarının depresyon ve stresle başa çıkma yöntemleri üzerine yaptıkları çalışmada, düşük sosyal destek varlığını, düşük sağlık düzeyi ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (130). Sosyal destek, sağlıklı olma davranışlarının sürekliliğinde önemli etkenlerden biridir. Sosyal destekten yoksun bireyler stresli yaşam olayları ile karşılaştığında bu sorunları tek başına çözmek zorunda kalmakta bu durum olumsuz etkilerin daha fazla ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda gelecekte beklenmeyen katılımcıların gelecek beklentisi olanlara göre depresyon riski daha yüksek bulunmuştur. Gelecekte beklentinin olup olmamasıyla depresyon ilişkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, Hojat ve arkadaşları öznel iyilik halinin olmasında önemli bir unsur olan umutsuzluğun ruhsal bozukluk gelişimini kolaylaştırdığını söylemiştir (131). Tiring ve arkadaşlarının e-spor oynayanlar üzerinde yaptıkları çalışmada olumlu gelecek beklentisine sahip kişilerin olumlu bakış açısını korumaya devam etmeleriyle daha az depresyon belirtileri gösterdiklerini bulmuşlardır (132). Erdur ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada, öğrencilerin en büyük probleminin gelecek kaygısı olduğunu belirtmiştir (133). Özyurt ve arkadaşları ise, öğrencilerin gelecek kaygılarının işsiz kalmak, sağlığını kaybetmek, iş hayatında başarısız olmak, istediği mesleği yapamamak olduğu sonucuna varmıştır (134). Çalışmamızda gelecekte beklentiniz varsa nedir sorusuna en çok meslekte başarı denmiştir. Bu da diğer çalışmalarla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın güçlü yanları;

- 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde ilk kez depresyon taramasının yapılmış olması
- Çalışmanın yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmış olması
- Depresyon riski orta ve yüksek saptanan katılımcılara destek verilmesi ve gerektiğinde ilgili birimlere yönlendirilmesi

Çalışmanın kısıtlılıkları;

- Çalışmanın tek merkezde yapılmış olması ve topluma genellenememesi

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Depresyon tüm dünyada giderek artan bir hastalık olmasıyla özellikle birinci basamakta riskli kişilerin saptanması ve ilişkili faktörlerin incelenmesi tanı ve tedavisi için önem arz etmektedir. Bizim çalışmamızda her dört katılımcıdan birinde orta ve üzeri düzeyde depresyon riski bulunmuştur.

Depresyona etki eden risk faktörlerinin tespiti erken tanı açısından yol gösterici olacaktır. Çalışmamızda genç yaşta olma, kadın cinsiyet, bekar olma, öğrenci olma, gelirin giderden az olması, yalnız veya arkadaşla yaşama, zayıf olma, yakınında depresyon tanısının olması, olumsuz deneyim yaşamış olma, sosyal destekten yoksun olma, gelecekte beklenmenin olmaması depresyon riskini artıran faktörler olarak saptanmıştır.

Depresyon açısından riskli olan bireyler herhangi bir nedenle sağlık kurumuna başvurduğunda, bu bireylerin ruh sağlığını değerlendirmek faydalı olacaktır.

Olumsuz yaşam deneyimi olan bireylere stresle baş etme yöntemleri, problem çözme becerileri anlatılabilir. Sosyal destek ile psikolojik sorunların çözümü, önlenmesi ve ruh sağlığının korunmasına katkıda bulunulabilir.

Birinci basamakta sağlık bakanlığının depresyon taraması için önerdiği iki soruyu sorup, en az birine evet diyenlerde Hasta Sağlık Anketi-9 ile semptomlar öğrenilmeye devam edilebilir.

Depresyon tanısı alan ya da riskin yüksek olduğu bireylerde farmakoterapi, psikoterapi gibi tedavi seçenekleri konuşulmalı, fiziksel egzersizin ve psikososyal desteğin artırılması gibi koruyucu önlemler ve gerekli durumlarda sevk ile psikiyatri hekimine ulaşım gibi seçeneklerin konuşulması depresyon yönetimi için uygun olacaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Ma H, Cai M, Wang H. Emotional blunting in patients with major depressive disorder: a brief non-systematic review of current research. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.
2. UN. UNNN 2022. Available from: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=56230#.WgR65fmWbIU> Erişim Tarihi: 25.12.2022.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 2006;3(11):e442.
4. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 2007.
5. Kavakci Ö, Bilici M, Cam G, Ulgen M. Prevalence of depression and cognitive impairment in old age in Trabzon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal Of Psychiatry*. 2011;12(4).
6. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*. 2009;5:363.
7. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı MN Medikal&Nobel 2006; 183-220.
8. Erol N, Kiliç C, Ulusoy M, Keçeci M, Simsek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 1st ed Ankara, Turkey: Eksen Tanitim Ş ti. 1998.
9. Buğdaycı R, KURt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin İli'nde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(1):32-6.
10. Ulas B, Tatlibadem B, Nazik F, Sonmez M, Uncu F. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;2(3):71-5.
11. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, y Garcia EF, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *The Annals of Family Medicine*. 2011;9(5):439-46.
12. McWhinney IR, Freeamn T. Çeviri: Güldal D. Aile Hekimliği. İstanbul: Medikal Akademi, 2012;50-250.
13. Caballero L, Aragonès E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P, et al. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*. 2008;49(6):520-9.
14. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. 2009;374(9690):609-19.
15. Özkan S. Aile hekimliği Uygulamasında Önerilen periyodik sağlık Muayeneleri ve tarama Testleri. 2015.
16. Isik E, Isik U, Isik Taner Y. Çocuk, Ergen, Eriskin ve Yaslılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Rotatip Kitapevi. 2013.
17. Karamustafalıoğlu O. Temel ve klinik psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri, 2018.

18. Ma H, Cai M, Wang H. Emotional blunting in patients with major depressive disorder: a brief non-systematic review of current research. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:792960.
19. Çiftçi H, Yıldız E, Mercanlıgil S. Depresyon ve beslenme tedavisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2008;28(3):369-77.
20. Smith K, Fairburn C, Cowen P. Relapse of depression after rapid depletion of tryptophan. *The Lancet*. 1997;349(9056):915-9.
21. Agustí A, García-Pardo MP, López-Almela I, Campillo I, Maes M, RomaniPérez M, Sanz Y. Interplay between the gut-brain axis, obesity and cognitive function. *Frontiers in neuroscience*. 2018;12:155.
22. Bear TL, Dalziel JE, Coad J, Roy NC, Butts CA, Gopal PK. The role of the gut microbiota in dietary interventions for depression and anxiety. *Advances in Nutrition*. 2020;11(4):890-907.
23. Tamam L, Zeren T. Depresyonda serotonerjik düzenekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5(Supp: 4):11-8.
24. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th edn: Philadelphia. Lippincott Williams Wilkins; 2009.
25. Ming Q, Zhong X, Zhang X, Pu W, Dong D, Jiang Y, Gao Y, Wang X, Detre JA, Yao S, Rao H. State-Independent and Dependent Neural Responses to Psychosocial Stress in Current and Remitted Depression. *Am J Psychiatry*. 2017 Oct 1;174(10):971-979. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16080974. Epub 2017 Jun 16. PMID: 28618857.
26. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med*. 2008 Jan 3;358(1):55-68. doi: 10.1056/NEJMra073096. PMID: 18172175.
27. Setiawan E, Wilson A.A, Mizrahi R. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72: 268-275.
28. Schmaal L, Hibar D, Sämann PG, Hall G, Baune B, Jahanshad N, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Molecular psychiatry*. 2017;22(6):900-9.
29. Lui S, Zhou XJ, Sweeney JA, Gong Q. Psychoradiology: The Frontier of Neuroimaging in Psychiatry. *Radiology*. 2016 Nov;281(2):357-372. doi: 10.1148/radiol.2016152149. PMID: 27755933; PMCID: PMC5084981.
30. Gupta M, Neavin D, Liu D, Biernacka J, Hall-Flavin D, Bobo WV, et al. TSPAN5, ERICH3 and selective serotonin reuptake inhibitors in major depressive disorder: pharmacometabolomics-informed pharmacogenomics. *Molecular psychiatry*. 2016;21(12):1717-25.
31. van Calker D, Serchov T. The “missing heritability”—Problem in psychiatry: Is the interaction of genetics, epigenetics and transposable elements a potential solution? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021;126:23-42.
32. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:785.
33. Keskini A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiyatri Arsivi*. 2013;50(4).

34. Kılıç M, Uzunçakmak T. Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20(3):115-21.
35. Cimilli C.,( 2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi, Ankara; 157-68.
36. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G,( 1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2017 [Available from: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/31113/0/111turkcesiydijiv1pdf.pdf>].
38. Çelik, F. H., & Hocoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6(1), 51-66.
39. Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. BJPsych Open. 2020;6(6).
40. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. Plos one. 2020;15(4):e0231924.
41. Malhi GS, Mann JJ. Depression. The Lancet. 2018;392(10161):2299-312.
42. Çelik FH, Hocoğlu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51-66.
43. Horwath, E., Cohen, R. S., & Weissman, M. M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. Textbook in psychiatric epidemiology, 2002, 389-426.
44. Erol N, Kiliç C, Ulusoy M, Keçeci M, Simsek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 1st ed Ankara, Turkey: Eksen Tanitim Ş ti. 1998.
45. McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. Clinical psychology & psychotherapy, 17(1), 33-43.
46. Sloane P, Slatt L, Ebell M, Mark H, Smith M, Power D, Viera A, eds. Palanduz A, Denizeri SB, Tunçer SB, Tijen E, çeviri editörleri. Aile Hekimliğinin Esasları. 6. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015. .
47. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, 2013.
48. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2017;221:36-46.
49. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı. 5. Baskı. (Çev. Köroğlu E). Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 2014.
50. National Institute of Mental Health [online] Depression. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/> Erişim Tarihi: 30.12.2022.
51. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. Archives of general psychiatry. 2011;68(1):90-100.
52. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA psychiatry. 2014;71(5):573-81.
53. Özyurt G, Emiroğlu N. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğunda İritabilite. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2019;26(2):63-7.

54. Çakir S. Genel tıpta depresyon. İlk Söz. 2009.
55. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105.
56. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kirpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1991;84(2):174-8.
57. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
58. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Group PHQPCS, Group PHQPCS. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*. 1999;282(18):1737-44.
59. Sari YE, Kokoglu B, Balcioglu H, Bilge U, Colak E, Unluoglu I. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. *Biomedical Research-India*. 2016;27:S460-S2.
60. Örsel, S. "Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar." *Klinik Psikiyatri* 4 (2004):17-24.
61. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960 Feb;23(1):56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56. PMID: 14399272; PMCID: PMC495331.
62. Gartlehner G, Thaler K, Hill S, Hansen RA. How should primary care doctors select which antidepressants to administer? *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Aug;14(4):360-9. doi: 10.1007/s11920-012-0283-x. PMID: 22648236.
63. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009 Sep;70(9):1219-29. doi: 10.4088/JCP.09r05021. PMID: 19818243.
64. García-Sevilla, J. A., Ventayol, P., Pérez, V., Rubovszky, G., Puigdemont, D., Ferrer-Alcón, M., ... & Alvarez, E. Regulation of platelet  $\alpha_2A$ -adrenoceptors, Gi proteins and receptor kinases in major depression: effects of mirtazapine treatment. *Neuropsychopharmacology*, 2004, 29(3), 580-588.
65. Stahl SM, Grady MM, Moret C, Briley M. SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy, and tolerability in comparison with other classes of antidepressants. *CNS Spectr* 2005; 10(9): 732-47.
66. Yalçın B, Öztürk O. Birinci basamakta depresyon tedavisine yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2017; 8 (1): 29. 2017;37.
67. Sertöz ÖÖ, HE M. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(Suppl2):S63-S9.
68. Mankad MV. *Clinical manual of electroconvulsive therapy* (1st ed. American Psychiatric Pub, Washington DC 2010). Gökçakan, Z., & Gökçakan, N. Depresyonda bilişsel terapi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005, 1(1), 91-101.
69. Ebrinç S. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(5).
70. Badger F, Nolan P. Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(7):1343-52.
71. Beck J S (Foreword by Beck AT). *Cognitive behavior therapy Basics and beyond*. New York: Guilford Publication, 2020. .

72. Kaplan HI, Sadock B. Klinik psikiyatri. E Abay (Çev Ed), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2004.
73. Luty SE, Carter JD, Mckenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry* 2007;190:496-502.
74. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2007;27(3):318-26.
75. Şahin M, Yetim AA, Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies* 2012; 5: 3.
76. Tuunainen A, Kripke D, Endo T. Light therapy for nonseasonal depression (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Issue 2. London: Wiley; 2004.
77. Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M. ve diğerleri. Depresyonda cinsiyet farklılıkları. *Avrupa Psikiyatri ve Klinik Sinir Bilimleri Arşivi* 252 , 201–209 (2002). <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0381-6>.
78. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. PMID: 22132433.
79. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16.
80. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
81. Anderson, Ian M., David J. Nutt, and J. F. W. Deakin. "Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines." *Journal of Psychopharmacology* 14.1 (2000): 3-20.
82. Harmer B, Lee S, Duong T, Saadabadi A. Suicidal Ideation. 2020 Nov 23. StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2021.
83. Schulberg HC, Lee PW, Bruce ML, Raue PJ, Lefever JJ, Williams JW, et al. Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):523–8. .
84. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Crossnational epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*. 2011;9(1):1-16.
85. Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, Webb CP, Tintle NL, Zakhosha V, et al. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40(9):681 -90.
86. Özen Çınar İ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografiközellikler ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(5): 399-404.
87. Taş B, İme Y. Boşanmış ve Evli Bireylerin Depresyon, İnternet Bağımlılığı Düzeylerinin İncelenmesi. *Electronic Turkish Studies* 2009; 14(6): 3491-503. doi: 10.29228/TurkishStudies.37018.
88. Medeni İ, İlhan MN, Medeni V. Bir İlçede Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *Kriz Dergisi*.28(3):125-34.
89. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157(2): 98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182.

90. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med* 2008; 66(6): 1334-45. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019.
91. Pazvantoglu O, Okay T, Dilbaz N, ve ark. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve Niyetine Etkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7:153-160.
92. Hashmi HA, Khurshid M, Hassan I. Marital adjustment, stress and depression among working and non-working married women. *Int J Med Update* 2007; 2(1): 19-26. DOI: 10.4314/ijmu.v2i1.39843.
93. Dönmez M, Cıvan HY, Ahlatçioğlu N, Dülgeroğlu D, Yazıcı E, Aydın N. Annelerin Çalışma Durumları İle Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İlişkisinin İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*. 1:17-22.
94. Dagher RK, McGovern PM, Alexander BH, Dowd BE, Ukestad LK, McCaffrey DJ. The psychosocial work environment and maternal postpartum depression. *Int J Behav Med* [Internet]. 16(4):339-46. //pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19288209.
95. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin İli'nde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(1):32-6.
96. Patel V Kleinman A (2003) Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries; *Bulletin of the World Health Organization*, 81:609-615.
97. Tian D, Qu Z, Wang X, Guo J, Xu F, Zhang X, Chan CLW. The role of basic health insurance on depression: an epidemiological cohort study of a randomized community sample in northwest China. *BMC Psychiatr* 2012;12(1): 151. doi: 10.1186/1471-244X-12-151.
98. Tekdağ AN. Üsküdar üniversitesi psikolojik danışmanlık birimine son 2 yılda başvuran öğrencilerin, depresyon, anksiyete ve psikolojik semptomlarının sosyodemografik verilere göre değerlendirilmesi: *Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2019.
99. Srivastava S, Debnath P, Shri N, Muhammad T. The association of widowhood and living alone with depression among older adults in India. *Scientific reports*. 2021;11(1):21641.
100. Celikel FC, Erkorkmaz U. Factors related to depressive symptoms and hopelessness among university students/Universite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Archives of Neuropsychiatry*. 2008;45(4):122-30.
101. Kim JM, Shin IS, Yoon JS ve ark. (2002) Prevalence and correlates of late-life depression compared between urban and rural populations in Korea. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17: 409-415.
102. Lehtinen V, Michalak E, Wilkinson C ve ark. (2003) Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe: Evidence from the ODIN study. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 38: 283-289.
103. Chiu HC, Chen CM, Huang CJ ve ark. (2005). Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20: 635-644.
104. McKenzie K, Murray A, Booth T. Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? An epidemiological study. *J Affect Disord* 2013;150(3):1019-24.

105. Sertöz Önen Ö, Elbi Mete H, Bedensel Hastalıklarda Depresyon. Klinik psikiyatri 2004; Ek 2:63-69.
106. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. Rev Saude Publica 2012; 46(4): 617-23. doi:10.1590/s0034-89102012005000044.
107. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet. 2007;370 (9590):851-8.
108. Chapman D, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Prev Chronic Dis 2005; 2(1): A14 Epub 2004 Dec 15.
109. Constant EL, Adam S, Seron X, Bruyer R, Seghers A, Daumerie C. Anxiety and depression, attention, and executive functions in hypothyroidism. J Int Neuropsychol Soc [Internet]. 11(5):535-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16212680/>.
110. Huang CQ, Dong BR, Lu ZC, Yue JR, Liu QX. Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. 131-141. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19524072>.
111. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiat. 2010;67(3):220-9.
112. Bjerkeset O, Romundstad P, Evans J, Gunnell D. Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population:the HUNT study. American journal of epidemiology. 2008;167(2):193-202.
113. Carey M, Small H, Yoong SL, Boyes A, Bisquera A, Sanson-Fisher R. Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: a cross-sectional survey. British Journal of General Practice. 2014;64(620):e122-e7.
114. Carpenter H. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation and suicide attempts: Results from a general population study. Am J Public Health. 2000;90:251-257.
115. Sunwoo YK, Bae JN, Hahm BJ, et al. Relationships of Mental disorders and weight status in the Korean adult population. J Korean Med Sci 2011; 26(1): 108-15.
116. Yu NW, Chen CY, Liu CY, et al. Association of body mass index and depressive symptoms in a Chinese community population: results from the health promotion knowledge, attitudes, and performance survey in Taiwan. Chang Gung Medical Journal 2011; 34(6): 620-7.
117. Ünsal A, Tözün M. Türkiye'nin Batısında Kırsal Bir Alanda Erişkin Erkeklerde Sigara İçme ve Depresyon İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014; 13(4): 273-80.
118. Weinberger AH, Kashan RS, Shpigel DM, Esan H, Taha F, Lee CJ, Goodwin RD. Depression and cigarette smoking behavior: a critical review of population-based studies. Am J Drug Alcohol Abuse 2017; 43(4): 416-31. doi: 10.3109/00952990.2016.1171327.
119. Velioglu U, Sönmez CI. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2018; 45(1): 35-41. <https://doi.org/10.5798/dicletip.407242>.

120. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, de Jesus Mari J. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(7): 423-31. doi:10.1007/s00406-007-0752-0.
121. Özkan Y. Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları, Depresyon, Anksiyete ve Çocukluk Travması Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Prof.Dr. Ebru Çakıcı. Yakın Doğu Üni Sosyal Bil Enst Klin Psik AD, Lefkoşa 2020.
122. Kuria MW, Ndeti DM, Obot IS, Khasakhala LI, Bagaka BM, Mbugua MN, Kamau J. The association between alcohol dependence and depression before and after treatment for alcohol dependence. *ISRN Psychiatry* 2012;2012: 482802. doi: 10.5402/2012/482802.
123. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106(5): 906-14. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x.
124. Peirce RS, Frone MR, Russell M, Cooper ML, Mudar P. A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychol* 2000; 19(1): 28-38. doi: 10.1037//0278-6133.19.1.28.
125. Algül, A., Özşahin, A., Ateş, M. A., Başoğlu, C., Semiz, Ü. B., Ebrinç, S., Doruk, A., Perdeci, Z. ve Çetin, M. (2009). Menopoz dönemi depresyonu ile geçirilmiş depresyon, aile öyküsü ve yaşam olayları ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19, 247-249. .
126. Eskin, M., Akoğlu, A. ve Uygur, B. (2009). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266-275.
127. Josepho, S.A. & Plutchik, R. (1994). Stress, coping, and suicide risk in psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behaviour*, 24, 48-57.
128. Yavuzer, Y., Albayrak, G. ve Keldal, G. (2018). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. *Hacettepe Eğitim Dergisi*, 33(1), 242-255. doi:10.16986/HUJE.2017027085.
129. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(2):68-75.
130. Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 121-130. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00389-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00389-5).
131. Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, Vogel WH. Medical students' cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*. 2003;35(1):219-35.
132. Tiring, O. & Güloğlu, B. (2023). E-spor Oynayanların Psikolojik Tepkilerinin Yordayıcısı Olarak Benlik Kurgusu, Mükemmeliyetçilik ve Olumlu Gelecek Beklentisi . *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* , 28 (2) , 102-112 . DOI: 10.53434/gbesbd.116500.
133. Erdur Baker, Ö. & Bıçak, B. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sorunları . *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* , 6 (2) , - . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/aibuefd/issue/1490/18009>.
134. Özyurt, S., Doğan, S. (2002). Gençlik Problemleri Açısından Üniversite Gençliği Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma, Adapazarı: Değişim Yayınları.

## 8. EKLER DİZİNİ

### Ek 1. Veri Toplama Formu

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1. Cinsiyet:** 1) Erkek 2) Kadın
- 2. Yaşınız: ...** **3. Kilonuz: ...** **4. Boyunuz: ...**
- 5. Medeni Durumu:**  
1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Eşi vefat etmiş
- 6. Eğitim Durumu:**  
1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) 0-8 yıl 4) 9-12 yıl 5) 13 yıl ve üstü
- 7. Sosyal Güvencesi:** 1) Yok 2) Var
- 8. Mesleğiniz nedir?**  
1) Öğrenci 2) Ev hanımı 3) İşçi 4) Memur 5) Çiftçi  
7) Emekli 8) İşsiz 6) Esnaf, serbest çalışan 9) Diğer.....
- 9. Gelir durumu:**  
1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden fazla
- 10. Yaşadığınız çevre:** 1) Kırsal 2) Kentsel
- 11. Kiminle yaşıyorsunuz?**  
1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Ev arkadaşı 4) Yalnız  
5) Yurtta oda arkadaşı 6) Diğer.....
- 12. Sigara kullanıyor musunuz?**  
1) Hiç kullanmadım 2) Bıraktım (...paket/yıl) 3) Kullanıyorum (...paket/yıl)
- 13. Alkol kullanıyor musunuz?**  
1) Hiç kullanmadım 2) Bıraktım  
3) Kullanıyorum ise cevabınız:.....Günde/Haftada/Ayda .....kez süre ile..... miktarda
- 14. Madde kullanıyor musunuz?** 1) Hayır 2) Evet
- 15. Kronik bir hastalığınız var mı?** 1) Hayır 2) Evet
- 16. 15.soruya yanıtınız evet ise uygun olanı işaretleyiniz. Birden fazla işaretleyebilirsiniz.**  
1) Hipertansiyon 2) Diyabet 3) Kolesterol yüksekliği 4) KOAH, Astım  
5) Tiroid 6) Kalp-damar hastalığı 7) Romatizmal hastalık 8) Cilt hastalığı  
9) Kanser 10) Diğer.....

**17. Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?**

1) Hayır 2) Evet ise belirtiniz.....

**18. Bugün aile sağlığı merkezine başvuru nedeniniz nedir belirtiniz.....**

**19.Son 6ay içinde kendiniz veya ailenizle ilgili ciddi olumsuz bir yaşam deneyiminiz oldu mu? (ölüm, boşanma,ciddi hastalık, kaza vb.)**

1) Hayır 2) Evet ise belirtiniz.....

**20.Depresyonda olduğunuzu düşünüyor musunuz?**

1) Hayır 2) Evet 3) Fikrim yok

**21.Yakın çevrenizde depresyon tanısı alan var mı?1) Hayır 2) Evet**

**22.21. soruya yanıtınız evet ise uygun olanı işaretleyiniz. Birden fazla işaretleyebilirsiniz.**

1) Anne-baba 2) Kardeş 3) Eş 4) Çocuk 5) Arkadaş 6) Diğer akraba

**23. Olumsuz bir olay yaşadığınızda bunu paylaşabileceğiniz biri var mı?**

1) Hayır 2) Evet

**24. Geleceğe dair beklentileriniz var mı?1)Hayır 2) Evet ise belirtiniz.....**

**25. Son iki haftadır kendinizi bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiniz mi?**

1) Hayır 2) Evet

**26. Son iki haftadır daha önce yaptığınız şeylere karşı ilginizde ve aldığınız zevkte azalma oldu mu?**

1) Hayır 2) Evet

## Hasta Sağlık Anketi-9

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2.Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3.Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağımız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3
<b>Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?</b>				
<b>Hiç zorluk yaratmadı</b>	<b>Oldukça zorluk yarattı</b>	<b>Çok zorluk yarattı</b>	<b>Aşırı derecede zorluk yarattı</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Ek 2. Etik Kurul Onayı



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-311409  
Konu : Kararlar

13.02.2023

Sayın Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ  
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.02.2023 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 05 nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

**KARAR: 05**

Protokol No: 2023/31

Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ  
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'ın "Aydın Adnan Menderes Üniversitesi 25 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran 18-65 Yaş Arası Hastalarda Depresyon Riski Ve İlişil Faktörler" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerek amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasını belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir. Yine sorumlu araştırmacıya Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporu [Sonuç Raporu (web'te), ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hatice ERTABAĞLAR  
Kurul Başkanı