



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

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18
YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE DEPRESYON TARAMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sacide GÜLDİKEN

Antalya, 2021



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

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE DEPRESYON TARAMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sacide GÜLDİKEN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı aşamasında her kademedede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli hocalarım Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Asistanlık süreci boyunca iyi günde kötü günde yanımda olan, elinden gelen desteği ve sabrı gösteren sevgili eşim Dr. Selim GÜLDİKEN'e,

Uzun süren asistanlık sürecimin en tatlı sebebi, oğlum Selim Kağan GÜLDİKEN'e,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde anlayış gösterip destek veren, gerek tıp eğitimim, gerekse uzmanlık eğitimim süresince yaşadığım her sıkıntıda arkamda duran, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim sevgili annem Necibe YEŞİLBAL, babam İlyas YEŞİLBAL, ablam Derya TUNCEL, abim Mehmet TUNCEL ve yeğenim Ahmet Toprak TUNCEL'e,

Tez araştırmasının ve uzmanlık eğitimimin her kademesinde yardımlarını esirgemeyen birlikte çalıştığım Aile Hekimliği araştırma görevlisi arkadaşlarım ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personellerine, özellikle değerli Mine KOCAGÖZ'e,

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma

En içten teşekkürlerimi sunarım ...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Tarihçe	6
2.2. Tanım	6
2.3. Sınıflama	7
2.4. Epidemiyoloji	12
2.5. Tarama Önerileri	12
2.6. Tarama Enstrümanları	15
2.7. Depresyonu Erken Saptamanın Faydaları	18
2.8. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Depresyon Tedavisi	20
2.8.1. Farmakolojik Tedavi	20
2.8.2. Psikolojik Yaklaşımlar	23
2.8.3. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	23
2.8.4. Sarı Kantaron Otu (St John's Wort/Hypericum)	24
2.9. Özkıyımı Önleme	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Etik Kurul ve İzinler	26
3.2. Araştırmanın Tipi	26
3.3. Araştırma Bölgesi	26
3.4. Araştırma Örneklemi	26
3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	27
3.6. Araştırmanın Uygulanma Şekli	27
3.7. İstatistiksel İnceleme	28

4. BULGULAR	29
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	29
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik, Tıbbi Durumu ve Yaşam Tarzı Özelliklerine Göre PHQ-9 Ölçeği Ortalamaları Karşılaştırılması	26
4.3. Postpartum Dönemde Olduğunu Belirten Kadın Katılımcıların Sosyodemografik, Tıbbi Durumu ve Yaşam Tarzı Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Risk Gruplarında Olma Sıklığının Karşılaştırılması	36
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	50
7. ÖZET	52
8. ABSTRACT	54
9. KAYNAKLAR	56
10. EKLER	74
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	74
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Onam Formu	75
Ek 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	78

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği
BB	Birinci Basamak
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
CDC	Amerika Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
CTFPHC	Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care)
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EPDS	Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği
GDS	Geriatrik Depresyon Skalası
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon
MDB	Majör Depresif Bozukluk
PHQ	Hasta Sağlık Anketi (Patient Health Questionnaire)
PRIME-MD	Mental Hastalıkların Birinci Basamakta Değerlendirilmesi
SNRI	Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TAD	Trisiklik Antidepresan
USPSTF	Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	29
4.2. Katılımcıların kronik hastalığı olma durumu ve engelli olma durumunun dağılımı	30
4.3. Katılımcıların sigara, alkol, bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve egzersiz yapma süresinin dağılımı	31
4.4. Kadın katılımcıların gebe olma durumunun dağılımı	31
4.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni cevaplayan gebe ve postpartum dönemdeki kadınların yaş, PHQ-9 ve Edinburgh Ölçeği puan ortalamaları	32
4.6. Katılımcıların PHQ-9 Ölçeği, Edinburgh Ölçeği puanlarına göre oluşturulan grupların özellikleri	32
4.7. Katılımcıların cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durumu, ikamet yeri, kiminle yaşadığı, sosyal sigorta durumu özelliklerine göre PHQ-9 Ölçeği ortalamaları karşılaştırılması	34
4.8. Katılımcıların kronik hastalığı olma durumu, sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapma durumuna göre PHQ-9 ortalamaları karşılaştırılması	35
4.9. PHQ-9 ölçeğine göre depresyonda olma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları	35
4.10. Eğitim düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	36
4.11. Ortalama aylık gelir düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	37
4.12. İkamet yerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	37

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.13. Kiminle yaşadığına göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	38
4.14. Sosyal sigortası olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	38
4.15. Kronik hastalığı olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	39
4.16. Sigara kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	39
4.17. Alkol kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	40
4.18. Egzersiz yapma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması	40

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım sağlamadan sorumludurlar. Bu sürekli ve kapsamlı bakımın bir parçası uygun ve etkili girişimlerle hastanın sağlıklı olmasını sağlama ve iyilik durumunu geliştirmedir. Hastanın sağlıklı olmasını sağlamak için tedavi edici hizmetlerle koruyucu sağlık hizmetleri birlikte sunulur (1). Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül korumayı kapsamaktadır.

Birincil koruma, hastalığa yol açan davranışların değiştirilmesi için yapılan etkinlikleri, hastalığa yol açan etmenlere maruziyetin azaltılmasını, maruziyetten kaçınılamadığı durumlarda hastalığın ortaya çıkmasını önlemeyi, hastalıklar için risk etmenlerinin kontrol edilmesini ve böylelikle hastalıkların insidansını azaltma için yapılan etkinlikleri içermektedir (2,3).

İkincil koruma, sorun ya da hastalığı kontrol etmek, sonuçları en aza indirmek için erken tanı ve acil girişim amacıyla kullanılan girişimler olarak tanımlanmıştır ve hastalıkların belirtisiz evrede erken tanınması ve ilerlemesinin kontrol edilmesini amaçlayan etkinlikleri kapsamaktadır (2,3). İkincil koruma girişimlerinin en önemlilerinden biri hastalıkların erken evrede saptanması ve tedavisini amaçlayan taramalardır.

Taramalar kanıta dayalı girişimlerdir ve tarama sonucuna göre yapılacak girişimin hastayı riske atmaması ve hastaya zarar vermemesi gerekmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve bazı ulusal ve uluslararası sağlık örgütleri tarama için kriterler belirlemişlerdir. DSÖ'ne göre tarama yapılacak durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır ve erken evrede saptandığında tedavi edilebilir olmalıdır. Erken evrede saptanabilmesi için geçerli ve maliyeti uygun tarama testleri olmalıdır (4).

Depresyon tüm dünyada insidans ve prevelansı giderek artan, yaygın, kronik, tedavi edilebilir bir hastalıktır. Genel popülasyonda yüksek oranda görüldüğü ve etkilenen bireyin yaşam kalitesinde ve sosyal işlevselliğinde önemli kayıplara neden olduğu için tüm dünyada majör sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (5). Etkilenen hasta ve ailesi için önemli ruhsal ve ekonomik yük

oluşturmaktadır. DSÖ, 2020 yılına kadar depresyonun iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci engellilik nedeni olacağı öngörüsünde bulunmaktadır (6). Depresyon kapsamlı tedavi rehberleri ve pek çok tedavi seçeneği olmasına rağmen sıklıkla yetersiz tanı almakta ve yetersiz tedavi edilmektedir. Depresif bozukluğu olan hastaların çoğu başlangıçta birinci basamağa (BB) başvurmakta ancak hastaların doğrudan depresyon bulguları ile başvurmaması ve BB hekimlerinin de kendilerini bu hastaların yönetiminde yetersiz hissetmesi tanı ve tedavinin yetersizliğinde rol oynamaktadır (6,7).

Birinci basamak (BB) sağlık kurumlarının depresyon gibi ruhsal hastalıkların erken tanınmasında ve tedavisinde önemli rol oynayabilecekleri DSÖ tarafından kabul edilmektedir (8). DSÖ'nün önerisi ile pek çok ülkede ruhsal hastalıkların yönetimi birinci basamağa entegre edilmiş ve başarı ile uygulanmıştır (8). BB, sağlık hizmeti gereksinimi olan çoğu kişi için giriş noktasıdır. Pek çok ülkede depresif bozukluklar BB'ta yönetilmektedir. BB'ta depresif bozuklukların prevalansı %10-20 olarak bildirilmektedir (9). Depresyon ABD'de BB'daki hastaların %5-13'ünü etkilemektedir (9).

Ülkemizde birinci basamakta depresif bozuklukların prevalansını araştıran çalışma yoktur. Ancak aile hekimliği sisteminin yürürlükte olmadığı 1988 yılında, 5 demografik bölge ve 3 yerleşim yerinde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında, ruh sağlığı ile ilgili hizmet almak için hastaların başvurduğu kurumlar belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre ruhsal sorunları olan kişilerin %39,2'sinin psikiyatri uzmanına, %33,1'inin diğer branş uzmanlarına, %20,7'sinin birinci basamak pratisyen hekimlere, %3,6'sının din adamlarına başvurduğu bildirilmiştir (11). ABD'de ise depresyon yakınmaları için hastaların %75'i psikiyatristlerden önce birinci basamak hekimlerine başvurmaktadır (12). Kanada'da yapılan bir araştırmaya göre birinci basamakta depresyona doğru tanı koyma oranı %30-50 arasındadır (13).

Majör depresif bozukluk (MDB) tüm dünyada yüksek morbidite, rekürrens ve özkıyım oranlarına bağlı olarak en yaygın halk sağlığı sorunlarından biridir. Hem birey hem de aile ve toplum için sağlık ve ekonomi açısından büyük bir yük oluşturmaktadır. Tahmin edilen ekonomik maliyet 2000 yılında 83 milyar

dolardır. Bu maliyetin %70'i iş gücü, üretim kaybı gibi dolaylı maliyetlerdir (14,15).

Birey hasta bazında bakıldığında depresyonun pek çok kronik hastalık için risk etmeni olduğu görülmektedir. Depresif hastalarda kalp hastalığı gelişme olasılığı sağlıklı bireylerden 1.6 kat daha fazladır. Majör depresif bozukluk koroner arter hastalığı riskini 1.7 kat, tip 2 DM gelişme riskini %37 oranında artırmaktadır (16). Birey hasta üzerinde en korkulan etkisi ise özkıyımdır. Depresyonlu hastalarda özkıyım riski normal popülasyondan 20 kat daha fazladır (17).

Tüm bu rakamlar depresyonun ne kadar önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Majör depresif bozukluk, sonuçları açısından bakıldığında depresif bozuklukların en ciddi olanıdır. Majör depresif bozukluğun yaşam boyu insidansı kadınlarda %20, erkeklerde %12'dir (17). Amerika Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Merkezi (CDC) yayınladığı bir raporda erişkinlerde depresyon prevalansını tüm depresif bozukluklar için %9, majör depresyon için %3,4 olarak bildirmiştir (17). DSM-5'e göre ise MDB için 12 aylık prevalans yaklaşık olarak %7'dir (18). Birinci basamağa herhangi bir nedenle başvuran hastalar arasında depresyon insidansı %10-14 olarak bildirilmiştir (18).

Ülkemizde ruhsal bozuklukların insidans ve prevalansına dair pek çok çalışma yapılmıştır; ancak bu çalışmalar küçük ve özel gruplarda yapılmış olup toplumu temsil etmekten uzaktır (19). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumunun 2011 yılında yaptırdığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (20) tüm ülkeyi kapsamı açısından önemli veriler içermektedir. Bu çalışmaya göre KıSa anketi uygulanarak yapılan taramada genel depresyon sıklığı, bölgelere göre değişmekle birlikte ortalama %9,3'tür. Erkeklerde sıklık %6, kadınlarda %12 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada MDB sıklığı %4,7, minör depresif bozukluk sıklığı %4,6 olarak belirtilmektedir.

Birinci basamak hekimleri ruhsal sorunları olan hastaları psikiyatristlerden 2 kat fazla görmektedir (7). Depresyon birinci basamakta ikinci en sık kronik hastalıktır. Depresif bozuklukları olan çoğu hasta birinci basamak kliniklerine normal görünümle ve başka bir nedenle başvurmaktadır. Bu nedenle yetersiz tanı almakta ve yetersiz tedavi edilmektedir (6-10). Birinci basamak hekimlerinin

depresyonun tanı ve tedavisinde önemli rol oynayabileceğini kabul eden Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) 2015 yılında depresyon için toplumsal tarama önerisini güncellemiştir (21). USPSTF gebelik ve postpartum dönemindeki kadınlar dahil 18 yaş üstü tüm erişkinlerde depresyon için taramayı önermektedir. Tarama doğru tanı, etkili tedavi ve uygun izlemi sağlamak için uygun sistemler ile uygulanmalıdır (Öneri derecesi) (21). Amerikan Aile Hekimleri Akademisi de bu öneriyi desteklemektedir (7). DSÖ Sağlıklı Kişiler 2020 Girişimi ruhsal sağlık ve majör depresyon dahil ruhsal hastalıklarla ilişkili 12 hedef yayınlamıştır. Bu 12 hedeften ikisi depresyonla ilişkilidir. DSÖ majör depresyon yaşayan kişilerin sayısını azaltmayı ve birinci basamakta depresyon taramasını artırmayı hedef olarak koymuştur (22).

Depresyonun taranması için pek çok enstrüman geliştirilmiştir. Bu enstrümanların birbirine üstünlüğüne dair çok az kanıt vardır. Erişkinlerde depresyonun taranmasında Hasta Sağlık Anketi (PHQ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, yaşlı erişkinlerde Geriatrik Depresyon Ölçeği ve postpartum ve hamile kadınlarda Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS) de kullanılmaktadır (10).

Hasta Sağlık Anketi (PHQ) hastaların hızlı ve kolayca tamamlayabilecekleri tanısal bir enstrümandır. Kolombiya Üniversitesinden Robert L. Spitzer ve arkadaşları, 1990'ların ortalarında, 12 farklı ruhsal hastalık üzerine modüller içeren bir tanısal enstrüman olarak Mental Hastalıkların Birinci Basamakta Değerlendirilmesi (PRIME-MD) anketini geliştirmişlerdir. Pfizer tarafından desteklenen çalışma sonrası, PHQ-9 ve GAD-7 enstrümanları geliştirilmiştir (23).

PRIME-MD'nin hasta tarafından doldurulan versiyonu olan PHQ-9 duygu durum bozuklukları, anksiyete, alkol, yeme bozuklukları ve somatoform bozukluklarını tarama; GAD-7 ise yaygın anksiyete bozukluğunu taramak için kısa skalalar olarak geliştirilmiştir. PHQ-9 depresyon taranması için spesifik bir enstrümandır. Orijinal PRIME-MD'deki duygu durum modülüne dayalı ve DSM-IV'ün depresyon tanı kriterlerini içeren 9 sorudan oluşan bir testtir. Hem tarama hem de semptom şiddetini ölçtüğü için tedavinin izlenmesi amaçları ile kullanılabilir (9). Tamamlanması 2-5 dakika alır. Erişkinde duyarlılığı

%61, özgüllüğü %94'tür. PHQ-9 anketi Pfizer tarafından pek çok dile ve Türkçeye çevrilmiş ve izinsiz kullanılabileceği belirtilmiştir.

Hasta Sağlık Anketi-2 (PHQ-2) en kısa tarama enstrümanıdır. Erişkinlerde duyarlılığı %97, özgüllüğü %67; pozitif prediktif değeri %38, negatif prediktif değeri ise %93'tür. Depresyon için kesin tanı koydurmaz. İlk tarama testi olarak kullanılır ve testin pozitif olduğu hastalarda tanı diğer testlerle konur.

USPSTF tarama için en kullanışlı enstrümanın PHQ-2 ve PHQ-9'un birlikte kullanılması olduğunu belirtmektedir. Önce PHQ-2 uygulanır, pozitifse PHQ-9 uygulanır (10).

Altmış beş yaş üzeri kişilerde PHQ-2'nin duyarlılığı %100, özgüllüğü %77'dir. 15 ve 30 soruluk Geriatrik Depresyon Skalasının (GDS) duyarlılığı ve özgüllüğü daha düşüktür (sırasıyla %74-100 ve %53-98). Yaşlılarda 5 maddelik GDS ile tarama 15 maddelik GDS kadar etkili bulunmuştur. Beş maddelik GDS'nin duyarlılığı %97, özgüllüğü %85'tir. Amerikan Geriatri Derneği yaşlılarda depresyon için ilk tarama testi olarak PHQ-2'yi; PHQ-2'nin pozitif olduğu hastalara 15 maddelik GDS ya da PHQ-9 uygulanmasını önermektedir (10).

Olumlu tarama sonuçları, depresyonun şiddeti ve ek psikolojik sorunlar (anksiyete bozukluğu, panik atak, madde kötüye kullanımı), alternatif tanılar ve tıbbi durumları göz önünde bulunduran ek değerlendirmelere yol göstermelidir. Depresyon taraması için en uygun zamanlama ve aralık bilinmemektedir. Pragmatik bir yaklaşım, daha önce taranmamış olan tüm yetişkinlerin taranmasını ve risk faktörleri, ek hastalık durumları ve yaşam olayları göz önüne alınarak klinik değerlendirmeyi kullanmayı ve yüksek riskli hastaların ek taramasının yapılıp yapılmayacağını belirlemeyi içerebilir (21,24).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Depresyon, insanlık tarihi boyunca, farklı şekillerde, farklı toplumlarda farklı kültürlerde çeşitli isimler ve tanımlamalarla kendine yer bulmuştur. Tarih öncesi dönemlerde Niobe'nin ağlayan taş yüzü ile sembolleştirilen depresyonun 16. yüzyıla kadar şeytani güçlerin egemenliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Tıp literatürüne Hipokrat (M.Ö. 460-357) tarafından “melaine chole” adını verilerek girmiştir. Galen (M.S. 131-201) ise melankoliyi “korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret etme” halleriyle betimlemiştir. Efesli hekim Soranus (M.S. 1. - 2. yy) melankoliyi tedavi için hastalara tiyatro oyunu izletmiş, oyunlarda yer almalarını tavsiye etmiştir. Depresyon için “affektif bozukluk” terimini ilk kez İngiliz psikiyatrist H. Maudsley (1835-1918) kullanmıştır (25,26,27).

2.2. Tanım

Depresyon, bireyin belirli bir nedeni olmadan kendini sürekli üzgün, melankolik veya kederli hissetme; yoğun bir bunaltı, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik gibi duygulara kapılma; düşünme, konuşma, harekete geçmede yavaşlamanın gözlemlendiği bir duygu durum (mood) bozukluğudur. Depresyon tanısı DSM-5 tanı ölçütleri ile konulmaktadır. İlk kez 1952 yılında yayımlanan, mental hastalıklar için bir tanı ölçütü olan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM), Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmaktadır. Son revizyon DSM-5 2013 yılında yayımlanmıştır (28).

Kişinin majör depresif bozukluk (MDB) tanısı alabilmesi için çökkün duygudurum, ilgide azalma, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, kilo ve uyku problemleri, konsantrasyon azlığı, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik hisleri, ölüm düşüncesi gibi bulgulardan en az beşinin bulunması gerekir. Bu belirtilerden en az biri, ya çökkün duygudurum, ya da hastanın önceden sevdiği bir şeye karşı ilgisini yitirmesi veya artık ondan zevk almaması olmalıdır. Yurt dışında yapılan

çalışmalarda, birinci basamak hekimlerinin depresyon tanısında en çok insomnia şikayetinden yola çıktıkları izlenmiştir (29).

Distimi ya da kalıcı depresif bozukluk MDB'ye göre daha hafif ve daha uzun süreli bir depresyon türüdür; ancak MDB kadar çok semptom içermez. Depresyon, sıklıkla kayba bağı yas ve uyum bozukluğu belirtilerinin bazılarını taklit edebilir. Kayba bağı duyulan keder ve belli bir stresör faktöre bağlanan depresif belirtiler, sırasıyla, kayba bağı yas ve uyum bozukluğu olarak düşünülmektedir. Bu rahatsızlıklar, hasta mevcut durumuna zaman içinde alışacağı için genellikle haftalar ya da aylarla sınırlıdır. Beslenme yetersizlikleri ve uyku apnesi gibi organik sorunlar, depresyona neden olabilmektedir. Kronik ağrı mevcut depresyonu şiddetlendirebildiğı, ya da depresyonun sürmesine neden olabildiğı için ağrı ve depresyon sıklıkla ilişkilidir. Kronik ağrı doğrudan depresyona da yol açabilmektedir (30).

Bipolar bozukluk, yanlış tanı alıp, yalnız depresyon tedavisi alıyor olabilir. Madde zehirlenmesi veya yoksunluğu depresyonu hızlandırabilir veya kalıcı hale getirebilir. Depresif belirtilerin sürüp sürmediğini görmek için en az bir ay boyunca madde kullanılmamalıdır. Premenstrüel disforik bozukluk, döngü başlangıcından önceki son hafta ile sınırlı olan ve kanama sonrasında iyileşen depresif ruh hali dönemi olarak tanımlanmaktadır (30-32).

2.3. Sınıflama

DSM-5'e göre depresif bozukluklar; yıkıcı duygudurum düzensizliğı bozukluğu, majör depresif bozukluk (majör depresif dönem dahil), kalıcı depresif bozukluk (distimi), premenstruel disforik bozukluk, madde/ilaca bağı depresif bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağı depresif bozukluk, diğere tanımlanmış depresif bozukluk ve tanımlanmamış depresif bozukluk alt başlıklarına ayrılmıştır. DSM-4'ten farklı olarak DSM-5'te "Depresif Bozukluklar" bölümü, "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" bölümünden ayrılmıştır. Tüm bu bozuklukların ortak özelliğı, bireyin işlevsel kapasitesini önemli ölçüde etkileyen somatik ve bilişsel değışikliklerin eşlik ettiğı mutsuzluk, boşluk hissi veya sinirli ruh halinin varlığıdır. Semptomların süresi, hastalığın görüldüğü yaş grubu veya varsayılan

etiyojik faktörler ayırıcı tanıda kullanılmaktadır (28). DSM-5'e göre depresif bozuklukların tanımları aşağıdaki şekildedir:

1) Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

“Mevcut durumun yoğunluk ve / veya süresiyle orantısız sözlü ve / veya davranışsal olarak ortaya çıkan, şiddetli, tekrarlayan, haftada üç veya daha fazla gelen, gelişim seviyesi ile tutarsız öfke patlamaları ile giden bir bozukluktur. Hasta öfke patlamaları arasında hemen hemen her gün, günün çoğunda sürekli olarak sinirli veya öfkeli. Durum ebeveynler, öğretmenler, akranlar tarafından gözlemlenebilir. Hastanın tanımı alabilmesi için semptomların 12 ay veya daha uzun süredir varolması ve ardışık 3 ay semptomsuz geçen bir dönemi olmaması gerekmektedir. Semptomlar evde, okulda, akranlarıyla olduğu dönemlerden en az ikisinde bulunmalı ve en az birinde şiddetlenmelidir. İlk tanı 6-18 yaş arasında konmalıdır. Semptomlar, bir maddenin fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi veya nörolojik duruma atfedilmemelidir. Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu olan çocuklar ağırlıklı olarak erkektir.

2) Majör Depresif Bozukluk

A. Aşağıdaki semptomlardan beşi (veya daha fazlası) 2 hafta boyunca görülmeli ve hastanın işlevselliğinde değişikliğe neden olmalıdır; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi veya zevk kaybı olması beklenir.

1. **Çökkün duygudurum:** Kişi neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde depresif ruh halindedir; kişinin üzüntü duyma, kendini boşlukta hissetme ya da umutsuzluk gibi şikayetleri olur ya da bu durum başkalarınca gözlenir
2. **Anhedoni:** Önceden yapmaktan zevk aldığı aktivitelere karşı ilgide belirgin azalma, ya da bunlardan zevk almama şikayetleri neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (kişinin beyanına göre veya gözlemlerle belirlenir).
3. **Kilo değişimi:** Diyetine dikkat etmediği halde çok kilo verme ya da kilo alma (Örneğin bir ay içinde ağırlığının %5'inden fazla bir değişiklik), ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. **Uyku düzenindeki değişiklikler:** Hemen her gün uykusuzluk (insomnia) veya aşırı uyuma, uykuya dalamama, sık uyanma ve yeterince uyuduğu halde uykudan yorgun kalkma.

5. **Psikomotor ajitasyon veya retardasyon:** Neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde hastanın hareketlerinde yavaşlama veya ajitasyon olması (hasta beyanı veya gözlemle).
6. **Enerji azlığı veya yorgunluk:** Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmadığı hissi.
7. **Suçluluk veya değersizlik duyguları:** Neredeyse her gün, değersizlik hissi, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygusu (sanrısallık olabilir) (hasta olduğu için kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. **Konsantrasyon olmada zorluk çekme:** Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (kişinin kendi beyanı veya yakın çevresinin gözlemi).
9. **Ölüm düşüncesi:** Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), amaca yönelik eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürme üzere bir eylem planlama

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.

C. Bu belirtiler, herhangi bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun etkileriyle ilişkilendirilemez.

D. Depresyon döneminin ortaya çıkışı, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk, ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik dönem, ya da bir hipomanik dönem geçirilmemiştir.

Majör depresif bozukluk hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, parsiyel remisyonlu, tam remisyonlu, belirtilmemiş olarak sınıflandırılmaktadır.

3) Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi)

“Bu bozukluk, DSM-IV ile tanımlanan kronik majör depresif bozukluk ve distimik bozukluğun bir birleşimini temsil eder. Kişinin kendisinin belirtmesi veya başkalarının gözlemleriyle, depresif ruh hali en az 2 yıl boyunca, çoğu günler ve günün çoğunda görülmelidir. Çocuklarda ve ergenlerde huzursuzluk olarak ortaya çıkabilir ve süre en az bir yıldır. Kişi depresyondayken iştahsızlık veya aşırı yeme, uykusuzluk veya aşırı uyuma, enerji azlığı veya yorgunluk, düşük özsaygı, yetersiz konsantrasyon veya karar vermede zorluk, umutsuzluk gibi semptomlardan 2 veya daha fazlası bulunmalıdır. İki yıllık hastalık döneminde (çocuklar veya ergenler için bir yıl), bireyin semptomsuz olduğu süre iki ayı geçmemelidir. Manik veya hipomanik dönem olmamalı ve siklotimik bozukluk kriterleri karşılanmamalıdır. Semptomlar kalıcı bir şizoaffektif bozukluk, şizofreni, sanrısız bozukluk veya diğer belirli veya belirtilmemiş şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamamalıdır. Semptomlar, bir maddenin fizyolojik etkilerine (madde, ilaç) veya başka bir tıbbi duruma (hipotiroidizm) bağlı olmamalıdır. Semptomlar sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. Kalıcı depresif bozukluk sırasında majör depresif epizodlar ortaya çıkabilir. Belirtileri iki yıl boyunca majör depresif bozukluk kriterlerini karşılayan kişilere, kalıcı depresif bozukluk ve majör depresif bozukluk tanısı konulur.

4) Premenstruel Depresif Bozukluk

Premenopozal kadınların %2-%5'ini etkileyen premenstruel depresif bozukluk, emosyonel bozukluk ve irritabilite, disfori ve mizaçta dengesizlik gibi davranışsal belirtiler ile kendini gösterir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, semptomların, menstruel döngünün luteal fazında başlayıp menstruasyonun başlangıcından kısa bir süre sonra sona erdiğini göstermektedir. Emosyonel ve davranışsal semptomlara ek olarak karında şişlik, göğüslerde gerginlik gibi fiziksel semptomlar da görülebilmektedir.

5) Madde / İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk

“Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin, inatçı ve kalıcı çökkün duygudurumdur. Madde

zehirlenmesi sırasında veya hemen sonrasında görülmelidir. Uzun süreli intoksikasyon yoksunluktan ayırt edilmelidir.”

6) Başka Bir Tıbbi Durumdan Kaynaklanan Depresif Bozukluk

“Santral sinir sisteminin işlevini görmesini engelleyen ve böylece psikomotor retardasyon yapabilen Hungtinton ve Parkison hastalığı, multipl skleroz, primer tümör, enfeksiyon, kronik subdural hematoma, santral sinir sistemine metastaz yapmış tümörler vital bulguları etkileyerek hastada depresyon benzeri semptomlara neden olabilecek enfeksiyon hastalıkları ve nöroendokrin hastalıklar vb. diğer tüm hastalıkları bu grupta incelenmektedir. Depresyonla en yakından ilişkili nöroendokrin durumlar arasında Cushing hastalığı ve hipotiroidizm vardır.”

7) Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk

“Bu kategori, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozukluğa neden olan depresif bozukluğa özgü semptomların baskın olduğu ancak depresif bozukluklar tanı sınıfındaki bozuklukların herhangi biri için tanı kriterlerini karşılamadığı durumlar için geçerlidir. 3 alt tipi vardır:

- 1. Tekrarlayan kısa depresyon:** depresif duygudurum ve en az dört diğer depresyon belirtisinin eşzamanlı varlığı 2-13 gün boyunca ayda en az bir kez (menstrüel döngü ile ilişkili olmayan) en az 12 ay üst üste, başka herhangi bir depresyon tanı kriterlerini karşılamamış kişiler için kullanılır.
- 2. Kısa süreli depresif dönem (4-13 gün):** depresif duygudurum ve diğer 8 majör depresif bozukluk kriterinden en az dördü 4 günden fazla, 14 günden daha az sürmeli ve klinik olarak önemli sıkıntı veya bozulma ile ilişkili olmalıdır.
- 3. Yetersiz semptomlu depresif dönem:** Depresif duygudurum ve diğer sekiz semptomdan en az biri, başka herhangi bir depresif bozukluk kriterlerini karşılamamalıdır.”

8) Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

“Bu kategori, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozukluğa neden olan depresif bozukluğa özgü semptomların baskın olduğu ancak depresif bozukluklar tanı sınıfındaki bozuklukların herhangi biri için tanı kriterlerini karşılamadığı durumlar için geçerlidir.

2.4. Epidemiyoloji

ABD’de majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (33).

Depresif bozuklukların insidans hızı da yükselmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda depresyon insidansı yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur (34).

Türkiye’de de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalar vardır. Türkiye’deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleçin’in tespit ettiği sonuçlara göre, toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır. Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise yaklaşık %10 nokta prevalans hızlarına sahiptir. Kronik fizik hastalığa sekonder depresyon prevalansı %4-8,8 olarak saptanmıştır. Hastaların yaklaşık üçte birinde kronik depresyon saptanmıştır (35).

2.5. Tarama Önerileri

USPSTF, gebe ve postpartum kadınlar da dahil olmak üzere genel erişkin nüfusta depresyon taramalarını önermektedir ve bu öneriyi risk faktörlerinden bağımsız olarak yapmaktadır. USPSTF’e göre tarama doğru tanı, etkili tedavi ve uygun takibi sağlamak için uygun sistemlerle uygulanmalıdır (kanıt düzeyi B). USPSTF, depresyon taramasını uygun destek sistemleri ile birleştiren programların, gebe ve doğum sonrası kadınlar da dahil olmak üzere erişkinlerde

linik sonuçları (örneğin, depresyon semptomlarının azaltılması ya da hafifletilmesi) iyileştirdiğini gösteren yeterli kanıt bulmuştur (21).

Yaşlı yetişkinler arasında depresyon için risk faktörleri tıbbi hastalık, karmaşık keder, kronik uyku bozukluğu, yalnızlık ve depresyon öyküsü ile ilgili engellilik ve kötü sağlık durumunu içermektedir. Depresyon özellikle yaşlı beyaz erkeklerde intihar riskini artırmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde depresyonu önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görmektedir. Birinci basamağa başvuran 65 yaş üstü bireylere bir dizi standart soru sorularak etkili bir tarama gerçekleştirilebilir. Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) yaşlılarda spesifik tek ölçektir. Son zamanlarda en geçerli olan GDS, 15 maddelik ölçüm skalasıdır. Son bir haftalık zaman değerlendirilir. Sadece “evet – hayır” şeklinde cevaplanacak sorulardan oluşmaktadır. Demans varlığında yorumlanması güçtür. Yas döneminde depresyon ve yas ayrımı bu skala ile yapılamaz. Kognitif defisiti olanlarda, Cornell Ölçeği ve Hamilton Rating Ölçeği kullanılmaktadır. Cornell bakıcıya da yapılabilir. Yaşlılarda klinik değerlendirme tarama ölçeğinden daha değerlidir (36).

Depresyon taraması için en uygun zamanlama ve aralık bilinmemektedir. Pragmatik bir yaklaşım, daha önce taranmamış olan tüm yetişkinlerin taranmasını ve risk faktörleri, ek hastalık durumları ve yaşam olayları göz önüne alınarak klinik değerlendirmeyi ve yüksek riskli hastaların ek taramasının yapılıp yapılmayacağını belirlemeyi içerebilir. USPSTF, taramanın uygun sistemlerle gerçekleştirilmesini önermektedir. "Uygun sistemler", hastaların taranmasını ve pozitif çıkarsa kanıta dayalı bakıma uygun şekilde teşhis ve tedavi edilmesini veya gerekli bakım sağlayabilecek bir yere yönlendirilmesini sağlamak için uygun bir sisteme ve klinik personele sahip olmayı ifade eder. Mevcut kanıtlarda, en düşük etkili destek düzeyi, aile hekimlerine pozitif tarama sonuçlarını bildiren ve kanıt temelli davranışsal tedaviye yönlendirmeyi kolaylaştıran bir protokol sağlayan belirlenmiş bir hemşireden oluşmaktadır (21).

T.C. Sağlık Bakanlığı Erişkinlerde Periyodik Muayene Önerileri Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi'nde depresyon taraması için USPSTF önerilerini dikkate almıştır.

Gilbody ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir Cochrane derlemede (36), rutin depresyon taramasının 6 veya 12 aylık takipten sonra depresyonun yönetimi veya sonuçları üzerinde minimum etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Depresyon için rutin olarak uygulanan vaka tarama anketlerinin klinisyenler tarafından depresyonun tespiti, yönetimi veya sonucu üzerinde minimum etkiye sahip olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Depresyon için rutin taramanın uzun vadeli faydaları ve maliyetleri değerlendirilmemiştir.

Kanada Önleyici Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu [Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)] orta düzey depresyon riski taşıyan yetişkinler için, rutin olarak depresyon taraması yapılmamasını önerir (Zayıf öneri; çok düşük kaliteli kanıt). Depresyon riski artmış olabilecek popülasyonun alt gruplarındaki yetişkinler için rutin olarak depresyon taraması yapılmamasını önerir (Zayıf öneri; çok düşük kaliteli kanıt). Orta düzey risk popülasyonu, yüksek risk altında olduğu düşünülmeyen, belirgin bir depresyon semptomu olmayan 18 yaş ve üzerindeki tüm bireyleri içerir. Depresyon riski yüksek olan nüfusun alt grupları arasında ailede depresyon öyküsü olan kişiler, çocukken travmatik deneyimler, yakın tarihli travmatik yaşam olayları, kronik sağlık sorunları, madde kötüye kullanımı, perinatal ve postpartum durum veya Aborjin kökenli kişiler yer almaktadır. Klinisyenler, özellikle depresyon riskini artırabilecek özelliklere sahip hastalarda depresyon olasılığına karşı tetikte olmalı ve uykusuzluk, düşük duygudurum, anhedoni ve özkıyım düşünceleri gibi klinik ipuçları olduğunda depresyon aramalıdır (37).

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği'nin (ACOG) önerisine göre, her gebe takip sürecinde en az bir kez perinatal depresyon açısından taranmalıdır. Gebelik ve doğum sonrası risk faktörleri özsaygının azalması, çocuk bakımının stresi, doğum öncesi kaygı, yaşam stresi, sosyal desteğin azalması, evlilik dışı bebek, depresyon öyküsü, zor bebek, önceki postpartum depresyon, düşük sosyoekonomik durum ve istenmeyen gebeliği içermektedir (38).

2.6. Tarama Enstrümanları

Hasta Sağlık Anketi-2 [PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2)]: Son iki hafta içindeki depresif ruh hali ve anhedoni sıklığını araştırır. PHQ-2'nin amacı, "ilk adım" yaklaşımı ile depresyonu taramaktır. PHQ-9'un ilk iki ögesini içerir. Amacı, kesin tanı koymak veya depresyon şiddetini izlemek değil, depresyonu taramaktır. Test sonucu pozitif çıkarsa hasta PHQ-9 ile daha fazla değerlendirilir. PHQ-2'nin yetişkinlerde duyarlılığı %97 ve özgüllüğü %67'dir. Pozitif prediktif değeri %38 ve negatif prediktif değeri %93'tür (39).

Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9): Hasta sağlık anketinin 9 maddeli depresyon modülüdür. Dr. Robert J. Spitzer ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yunus Emre Sarı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (40,41).

Son iki hafta içinde 9 depresif belirti kriterinden 5 veya daha fazlası en azından "günün yarısından fazla" mevcutsa ve semptomlardan biri depresif ruh hali veya anhedoni ise majör depresyon düşündürür (42).

PHQ-9 bir şey yaparken ilgi ve zevk kaybı, depresif veya umutsuz hissetmek, uyumakta zorluk (ya fazla uyuma, uykuya dalma ya da uykuda kalma), yorgunluk hissi veya enerji eksikliği, aşırı iştah veya iştah kaybı, bir başarısızlık gibi hissediyorum ya da ailenizi veya kendinizi hayal kırıklığına uğrattınız, televizyon seyrederken ya da haberleri okuduğunuzda zorluk çekiyorsunuz, yavaşça ya da tersi olarak hareket etmek ya da konuşmak - çok hızlı konuşmak ve feci hissetmek, kişinin öldüğünde daha iyi olacağı ya da bir şekilde kendini incitebileceği düşünceleri gibi alanları değerlendirir. Her bir ifade için, kişiye son iki hafta içinde bu sorunu ne sıklıkta yaşadıkları sorularını ve 'hiçbir zaman, bazı günler, günlerin yarısından fazlası ve hemen hemen her gün' cevaplarını içerir. Puanlama Likert şeklinde hiçbir zaman için 0, bazı günler için 1, günlerin yarısından fazlası için 2, hemen hemen her gün için 3 puan olarak hesaplanır. Toplam puan 0-27 arasındadır. Puan 5 ile 9 arasında ise depresyon hakkında eğitim gerektiren depresyonun hafif belirtilerini; 10 ve 14 arasında ise, minör depresyon, [distimi](#) ve majör depresyon (hafif) arasında bir dizi olasılığı, 15 ve 19 arasında ise, antidepresan ilaçların veya psikoterapinin uygun olabileceği majör depresyonu (orta derecede şiddetli) göstermektedir. Skor 20'den büyükse,

antidepresan ilaç ve psikoterapinin (terapötik danışmanlık) bir kombinasyonunun önerileceği majör bir depresyonu (şiddetli) gösterir. Dokuz soruda yer alan sorunlardan herhangi birine ‘hiçbir zaman’ dışında bir yanıt veren kişi 10. soruya cevap verir. ‘Bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?’ ‘Hiç zorluk yaratmadı, oldukça zorluk yarattı, çok zorluk yarattı, aşırı derecede zorluk yarattı.’ olarak cevaplanır.

PHQ-9’un tanınal geçerliliği, birinci basamak sağlık merkezlerinde ve kadın doğum kliniklerinde yapılan çalışmalarla belirlenmiştir. Skorun 10’un üzerinde olduğu durumlarda PHQ-9 %88 duyarlılık ve %88 özgüllüğe sahiptir. Aracın güvenilirliği ve geçerliliği, sağlam psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermiştir. Bir ruh sağlığı profesyoneli tarafından 580 yapılandırılmış görüşme yapılarak ölçüt geçerliliği oluşturulmuştur. Bu görüşmelerden elde edilen sonuçlar, PHQ-9’da yüksek (≥ 10) puan alan bireylerin ruh sağlığı uzmanı tarafından depresyon tanısı konma olasılığının 7-13.6 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Öte yandan, PHQ-9’da düşük (≤ 4) puan alan bireylerin depresyona sahip olma şansı %0,4’ten azdır (40).

Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği: Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış olan ölçek anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir. Ölçek bir kendini bildirim ölçeğidir ve 7’si depresyon (çift sayılar), 7’si anksiyete (tek sayılar) belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçüm kullanılır. Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Başlığındaki hastane sözcüğüne karşın alanda ya da birinci basamakta yapılan araştırmalarda da bu ölçekten yararlanılabilir. ROC analizi sonucunda HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (43).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck (1961) tarafından geliştirilen BDÖ, depresyonla ilgili olarak duygusal, bilişsel ve motivasyonel boyutlarda gözlenen semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayan, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal

örüntüyü ifade eden azdan çoğa doğru derecelendirilmiş cümlelerden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçüm kullanılır. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Bu ifadeler depresyonun belirtileri ile ilgilidir; karamsarlık, ağlama nöbetleri, suçluluk duygusu, depresif ruh hali, doyumsuzluk, başarısızlık duygusu, tedirginlik, iştah kaybı, sosyal çekilme, kararsızlık, yorgunluk, bedensel imajın çarpıtılması, uyku bozukluğu, somatik meşguliyetler, çalışma inhibisyonu ve libido kaybını içerir. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (44).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ): Doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemek, depresyonun düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan ölçek Cox ve Holden (1987) tarafından geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeğidir ve toplam 10 soru içermektedir. Engindeniz ve ark. (1996) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin, tarama için tanı koymaya yönelik kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır (45).

Geriatrik Depresyon Skalası (GDS): Yaşlılarda spesifik tek ölçektir. Son zamanlarda en geçerli olan GDS, 15 maddelik ölçüm skalasıdır. Son 1 haftalık zaman değerlendirilir. Sadece evet-hayır şeklinde cevaplanacak sorulardan oluşmaktadır ve kimisi kalın kimisi ince punto ile yazılmıştır. Kalın yazılmış yanıtlar depresyonu gösterir. İşaretlenmiş her bir kalın yazılmış yanıt birer puandır. Skorun 5 puandan fazla olması depresyonu düşündürür ve kapsamlı takip değerlendirmesi önerilir. Skorun 10 puandan fazla olması hemen hemen her zaman depresyonun göstergesidir. Tanısal değildir. Demans varlığında yorumlanması güçtür. Yas döneminde depresyon ve yas ayrımı bu skala ile yapılamaz. Kognitif defisiti olanlarda, Cornell Ölçeği ve Hamilton Rating Ölçeği kullanılır. Cornell bakıcıya da yapılabilir. Yaşlılarda klinik değerlendirme tarama ölçeğinden daha değerlidir (46).

Biz bu çalışmada 18 yaş ve üzeri bireyleri taramak için PHQ-9 ölçeğini kullandık. Gebe ve postpartum dönemdeki hastalarımız için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğini ekledik.

2.7. Depresyonu Erken Saptamanın Faydaları

Birinci basamakta tarama, tanı konmamış depresyonu olan bireylerin belirlenmesine yardımcı olur ve depresyonun başlangıcı ile tedaviye başlama arasındaki tipik 4 yıllık gecikmeyi kısaltmaya yardımcı olabilir. Bu da potansiyel komplikasyonları önleyebilir. Depresyonun epizodik doğası, zihinsel sağlık bakımının sıklıkla parçalanmış doğası ve akıl sağlığı durumlarıyla ilişkili damgalanma göz önüne alındığında, tarama programlarının, tedavi görmüş, ancak yine de semptomatik olan veya remisyondan sonra depresyonu yeniden ortaya çıkan ve daha etkili tedaviye ihtiyaç duyan hastaların belirlenmesine yardımcı olma gibi bir yan faydası da olabilir. Ayrıca intihara meyilli hastaları belirlemek için de bir fırsat sunar (47). İntiharı tamamlayan yetişkinlerin neredeyse yarısı, ölümden bir ay önce birinci basamak sağlık hizmetleriyle temasa geçmişti (48). Depresyon belirtileri başlayan kişinin yaşam kalitesi düşmeye başlar. Yaşam kalitesindeki bozulma mesleğini, ailesini, sosyal çevresini kaybetmeye kadar gidebilir. Erken dönemde saptanıp tedaviye başlandığında yeti kaybı ve yaşam kalitesinde düşme engellenebilir. Depresyonun yaygın görülmesi ve oluşturduğu iş gücü kaybı nedeniyle toplumsal ve ekonomik sorunlar oluşabilmektedir. Tüm bu nedenler düşünüldüğünde depresyon erken dönemde yakalanıp tedavi edilmesi gereken önemli bir halk sağlığı problemidir (49,50,51).

Birinci basamak ortamında, özellikle birden fazla komorbiditesi olan hastalarda depresyonu tanımak zor olabilir. Bu nedenle, anketle tarama, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına depresyonu olan ancak henüz bir tanı konmamış hastaları belirlemede yardımcı olacak bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır (52).

Birinci basamakta depresyon için yetişkin hastaların rutin taranmasının etkisi, birinci basamakta yapılan randomize çalışmalarla araştırılmıştır. Sağlayıcıların depresyonu tespit etme oranlarındaki farklılıklar, tedavi edilen veya tedavi için sevk edilen hastaların oranı ve depresyonun klinik sonuçları incelenen parametrelerdir (52-57).

Johnstone ve Goldberg, Genel Sağlık Anketi'ni 1.093 birinci basamak hastasına uygulamış ve 119'unda depresif belirtiler olduğunu belirlemiştir. Bu 119 hastanın sonuçları müdahale ve kontrol gruplarına rastgele ayrılmış, müdahalenin anket sonuçlarını iyileştirdiği şiddetli depresyonda olan alt grup dışında, 12 aylık

takipte Genel Sağlık Anketi puanlarında anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Tüm hastalar arasında, bir yıl içinde depresif geçirilen toplam süre yaklaşık iki ay azalmıştır ($p < 0.01$) (52).

Moore ve meslektaşları, üniversite temelli bir aile hekimliği uzmanlık kliniğine giden 20 ila 60 yaşları arasındaki 212 ardışık hastadan Zung Depresyon Ölçeği'ni kendi kendilerine uygulamalarını istemiştir. Elli'den yüksek puan alan 96 hasta, sağlayıcılarına anında yazılı geri bildirim verilen bir gruba veya sağlayıcılarının hastalarının tarandığına dair genel bir not alan bir gruba rastgele atanmıştır. Depresyonun tanınması müdahale grubunda %56 (50 hastanın 28'i) ve kontrol grubunda yüzde 22 (46 hastanın 10'u) olarak saptanmıştır. Bu çalışma olası depresyon vakalarına karşı asistanları uyarmak için yapılmıştır. Anketten bilgi aktarımının, asistanların depresyonu fark etmelerini önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir. Tedavi süreci değerlendirilmemiştir (53).

Linn ve Yager, Zung Kendi Kendine Depresyon Ölçeği sonuçlarının hemen yazılı geri bildirimini, sonuçları değerlendirmek için birinci basamak kliniğine başvuran 74 ardışık yeni hastada tarama yapılmamasına kıyasla test etmiştir. Depresyonun, normal bakım alanlara (kontrol grubu) göre geribildirim grubuna atanan hastalarda teşhis edilme olasılığının daha yüksek (%8'e karşı %29) olduğu sonucuna varılmıştır (54).

Magruder-Habib ve arkadaşları bir birinci basamak kliniğinde 800 hastayı depresyon için taramıştır. Araştırma görevlileri Zung Kendi Kendine Depresyon Ölçeğini uygulamışlar ve tanıyı DSM-III kriterlerine göre koymak için Tanısal Görüşme Programını kullanmışlardır. Pozitif taranan ve majör depresyon için DSM-III kriterlerini karşılayan 100 hasta, tarama sonuçlarının geri bildirildiği veya olağan bakım gruplarına rastgele atanmıştır. Hekimleri geri bildirim alan hastaların, klinisyenleri böyle bir geri bildirim almayan hastalara göre kontrol ziyaretinde depresyon tespit edilme olasılığının üç kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (%8'e karşı %25). Bir yıllık takipte, müdahale grubunun %42'si ve kontrol grubunun %21'inin depresyonda olduğu kabul edilmiştir. Üç aylık takipte, geri bildirim grubundaki daha fazla hastanın depresyon tedavisi gördüğü, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (55,56).

Dowrick, her zamanki genel pratisyen hekimleri tarafından başlangıçta “depresif değil” olarak derecelendirilen, ancak kendi kendine uygulanan Beck Depresyon Envanteri puanları 14’ten büyük olan 116 hastayı incelemiştir. Hastalar, hizmet sağlayıcılara bir hafta sonra hiçbir geri bildirimde bulunmama veya geri bildirim verme gruplarına rastgele atanmıştır. Bir yılda, depresyon tanısı ve tedavi oranları müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş, ancak farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (57).

Depresyon tanısı alan hastalara erken müdahale ve uygun tedavi remisyonu arttırabilmekte ve nüksü önleyebilmektedir (58).

2.8. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Depresyon Tedavisi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikiyatrik rahatsızlıkların tedavi edilmesi ilk kez 1978 Alma Ata Bildirgesi ile önerilmiştir. Sonrasında tüm dünyada farklı sağlık modelleri kullanılarak yaygınlaşmıştır (59). 2008 yılında WHO ve WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) tüm dünyada sıklığı giderek artan psikiyatrik hastalıkların olabildiğince erken evrede, sistematik bir yaklaşımla, bireyin alıştığı ortamda etkin tedavisinin başarıyı arttıracaklarını vurgulayan ortak bir bildiri yayınlamıştır (60). Uygulanacak tedavinin belirlenmesi sürecinde ortak karar çerçevesinde hareket edilmesi, hasta ve ailesi ile birlikte tedavinin planlanmasının tedaviye uyumu arttırdığı kanıta dayalı tıp çalışmaları ile doğrulanmıştır (61). En başarılı tedavi sonuçları biyopsikososyal yaklaşımla planlanan tedavilerden sağlanmaktadır. Yapılan çalışmalar farmakoterapi ve psikoterapinin beraber uygulandığı durumlarda tek başlarına olduğundan daha çok etkin sonuç verdiğini göstermiştir (18). Yaşam tarzı değişikliği, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulaması (akupunktur, yoga vb.) da sıkça önerilmektedir.

2.8.1. Farmakolojik Tedavi

Depresyon tedavisi bireysel olmalı ve ilaç seçimi hastanın özelliklerine göre yapılmalıdır. Seçilen ilaç en az altı hafta kullanılmalı, bu sürenin üç haftası etkin tolere edilen en üst dozdan verilmelidir. Bu süreden önce yan etki riski nedeniyle,

gereklemedikçe farklı bir ilaca geçilmemelidir. Altı hafta sonunda yeterli klinik yanıt alınamıyorsa, başka bir alternatif ilaç grubuna geçilebilir (62).

Tedaviden istenilen yanıt alınamıyorsa ilaç dozları tedricen arttırılır. Hedeflenen iyileşme gözlemlendikten 6 ay-1 yıl sonrasına kadar aynı dozda devam edilir. Bazen de sık depresyon atakları sebebiyle fayda görülen ilaca ömür boyu devam edilmesi önerilir (63,64).

Daha önceden depresyon tedavisi alan bir hastada yan etki olmadan fayda görülen bir antidepresan grubu varsa ilk tercih olarak seçilmelidir. Farmakoterapi erken tedaviye başlanan, distimik veya depresyon sürelerinin kısa olduğu durumlarda, ilave bir psikiyatrik hastalığın veya bağımlılığın olmadığı durumlarda daha başarılı sonuçlar vermektedir. Ayrıca kişinin hastalık öncesi sosyal aktivite düzeyinin, sosyal, ailesel ve mesleki desteğinin yeterli olması, olumsuz yaşam olaylarının sıklığı ve şiddetinin görece az olması durumlarında tedavinin başarısı artmaktadır (18,62,64).

Uluslararası Depresyon ve Anksiyete Uzlaşma Grubu'nun ve İngiliz Psikofarmakoloji Birliği'nin üzerinde anlaştığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon/anksiyetede tanı ve tedavi kılavuzu (65) şu şekildedir:

1. Başlangıç soruları ile tarama yapın.
2. Yanıtlara göre depresyon/anksiyete bozukluğundan şüphelendiyseniz tanı ölçütlerinde özgü detaylı sorular sorun.
3. Tanı ölçütlerinin karşılanıp karşılanmadığına karar verin.
4. Genel tıbbi durumu ayırıştırın.
5. Tanı depresyon, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası bozukluğu veya genelleşmiş anksiyete bozukluğu ise ilk önce SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörleri) grubu bir ilaçla tedaviye başlayın.
6. Tanı bipolar bozukluk, ağır şiddette depresyon, melankolik depresyon, yüksek intihar riski, obsesif kompulsif bozukluk ya da madde kullanım bozukluğu ise psikiyatriste sevk edin.
7. Tedaviye başladığınız hastayı 15 gün sonra kontrole çağırın. Uyku ve iştah gibi belirtilerde düzelmeyi sorgulayın, olası yan etkileri araştırın. Tam yanıt elde edildiyse 6 hafta tedaviye devam edin. Kısmi yanıt varsa

1-2 haftada bir kontrole çağırın ve ilacın dozunu yükseltin. Dördüncü haftada ilaç yüksek doz kullanıldığı halde hiç yanıt elde edilmediyse ilacı değiştirin.

8. Altıncı haftada belirtilerde tamamen iyileşme olup olmadığını değerlendirin. Kısmi yanıt varsa veya hiç yanıt elde edilmediyse ilaç değişikliği yapın ya da psikiyatriste sevk edin. İlaç değişikliği yaparsanız, hastalığa özgü (venlafaksin, trisiklik antidepresanlar, buspiron, milnasipran gibi) diğer ilaçları deneyin. Tam iyileşme varsa tedaviye 6-12 ay devam edin. Bu süre sonunda ilacı 4 hafta içinde keserek tedaviyi sonlandırın.

Aile Hekiminin, hastasının yataklı serviste takip edilip edilmeyeceğine karar vermesi son derece önemlidir. Birinci basamak hekimi; özkiyım riski, psikotik belirtiler, işlevsellikte ileri derecede bozulma, sosyal destek yoksunluğu, bipolar bozukluk şüphesi veya tanısı, hastayı ele almada ya da tedavi etmede kendini yetersiz hissetme, etkin doz ve sürede iki ayrı tedavi denediği halde düzelme olmaması, hastanın psikiyatriye gitme isteği, ağır depresif atak, uzamış yas tablosu, psikiyatrik veya tıbbi eş tanı varlığı gibi hallerde hastayı psikiyatriye sevk etmelidir (65).

Birinci basamakta en sık kullanılan farmakolojik tedaviler arasında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar (TAD) bulunur.

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI): Duygudurum üzerindeki olumlu etkilerini göstermeleri için 3-6 hafta kullanılmaları gerekir. Bu yüzden doz değişikliği yapılacaksa ayda bir yapılmalıdır. Yüksek dozda toksik etkileri sınırlıdır (bilerek veya kaza ile). Cinsel fonksiyon bozukluğu (libido kaybı, ereksiyon problemleri, geç boşalma), kilo artışı, gastrointestinal yan etkiler, yorgunluk ve ajitasyon gibi yan etkileri görülebilir. İlaç etkileşimi azdır. Sitalopram, essitalopram, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sertralin bu gruptandır. En sık kullanılan SSRI sitalopramdır (66).

Sitalopramın aritmi yan etkisinden dolayı FDA, 2012 yılında 60 yaş ve üzerinde kullanılacak maksimum dozu 20 mg/gün olarak belirlemiştir ve kontrol

muayenelerinde çekilen EKG'lerinde QT dalgası 500 ms'nin üzerinde olan hastalarda tedavinin kesilmesini önermiştir (67).

Seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI): Düşük dozlarda serotonerjik, yüksek dozlarda noradrenerjik sistemler üzerinde etkilidir. Yan etki profili SSRI'lara benzer. SSRI tedavisinin başarısız olduğu durumlarda tercih edilebilir. Venlafaksin, duloksetin, milnasipran bu gruptandır. Böbrek yoluyla atıldığı için böbrek yetmezliklerinde dikkatli kullanılmalıdır (68).

Trisiklik antidepresanlar (TAD): Hem serotonerjik hem de noradrenerjik sistemler üzerinden etki eder. Depresyonu etkin olarak tedavi etmelerine karşın antikolinerjik etkileri sebebiyle sedasyon, ağız kuruluğu, kuru göz, üriner retansiyon, kilo artışı ve cinsel bozukluk gibi yan etkileri vardır. Ayrıca yüksek düzeyde fatalite ve toksisite riski taşırlar. Amitriptilin, klomipramin, maprotilin bu grubun ilaçlarıdır. Obsesif kompulsif bozuklukta ve uyku problemi olan hastalarda tercih edilebilir. Konvulsif atak eşğini düşürebilir (69).

2.8.2. Psikolojik Yaklaşımlar

Tıp eğitiminde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim verilmediği için birinci basamakta psikoterapinin kullanımı sınırlıdır. Kullanıldığı durumlarda farmakolojik tedavinin etkinliğini artırır. Çok çeşitli psikoterapi yöntemleri mevcuttur. Bilişsel davranışsal terapi, kişiler arası terapi, öz farkındalığa dayalı bilişsel terapi, evlilik ve çift odaklı terapiler, hipnoterapi en çok fayda görülenlerdir (70,71,72).

2.8.3. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Yapılan çalışmalarla yapılandırılmış aerobik egzersizin farmakoterapi ve bireysel davranışsal terapi kadar etkili klinik sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Egzersizin depresyon üzerindeki etkisinin bireyin sosyalliğinden bağımsız olduğu gösterilmiştir. Yapılandırılmış egzersiz programı haftada en az 3 gün olacak şekilde, 30-40 dakika arasında süren ve ortalama 17 kcal/kg/hafta enerji harcatacak tarzda düzenlenen aerobik egzersiz içermelidir (73).

2.8.4. Sarı Kantaron Otu (St John's Wort/Hypericum)

Depresyon tedavisinde kullanılan en popüler bitkisel tedavidir. Bitkinin işlenmiş ve işlenmemiş yaprakları tedavide kullanılabilir. Tedavi başarısı belirsizdir. Yan etki, ilaç etkileşimi ve yaşlılarda serotonin sendromu yapması nedeniyle Avrupa Birliği ülkelerinde birinci basamak hizmetlerinde depresyon tedavisinde önerilmemektedir (74).

2.9. Özkıyımı Önleme

Özkıyımı önlemeye yönelik girişimler birincil, ikincil ve üçüncül düzey girişimler olarak sınıflandırılabilir. Birincil önlemede tüm toplumda insanların özkıyım eğilimini arttıran faktörlerin belirlenmesi, ortadan kaldırılması ve özkıyım insidansını azaltma hedeflenir. İkincil önlemede risk gruplarının ve risk etmenlerinin belirlenerek bu gruplara yönelik önleyici yaklaşımların geliştirilmesi esastır. Üçüncül önleme ise özkıyım girişiminde bulunmuş kişilerin tedavi edilmesi ve özkıyım girişiminin tekrarının önlenmesini içerir (75).

Birincil önleme iki şekilde gerçekleşir. İlki işsizlik, eğitimsizlik gibi toplumsal sorunların çözülmesi, özkıyım araçlarına ulaşımın zorlaştırılması, medyanın özkıyım davranışı üzerindeki olumsuz etkisinin engellenmesi yaklaşımları gibi “çevresel risk faktörlerini azaltma” girişimidir. İkinci olarak kişisel kaynakların artırılması gerekir. Kadınlar, çocuklar, ergenler, göçmenler gibi dezavantajlı grupların hakları korunarak ve desteklenerek; toplumu psikiyatrik hastalıklar ve özkıyım davranışı ile ilgili eğiterek; kişiler özkıyım düşüncesine karşı güçlendirilerek, internet arama motorlarında özkıyım ile ilgili anahtar sözcüklerin bireyi öncelikle özkıyımı önleme sayfalarına yönlendirmesi sağlanarak, özkıyım davranışı ile ilgisi olabilecek sosyoekonomik durumlar düzeltilerek kişisel kaynakları artırma sağlanabilir (76-78).

İkincil önleme çalışmaları gönüllülerle veya profesyonellerle gerçekleştirilebilir. Hedef özkıyım davranışını engellemek veya özkıyım eğilimi olan kişileri rehabilite etmektir. En çok özkıyım riski altındaki bireyler psikiyatrik hastalığı olanlar, alkol-madde kullanım bozukluğu olanlar ve daha önce özkıyım girişiminde bulunan kişilerdir. Bu sebeple psikiyatrik tabloların erken ve etkin tedavisi özkıyımı önlemede öncelikli basamaklardan biridir (75,79,80).

İkincil önleme iki adımda gerçekleşir. İlk adım kendini öldürme riski olan kişilerdeki uyarıcı belirtilerin önceden fark edilmesidir. Bir çok özkıyım girişiminin öncesinde sözel ya da davranışsal işaretler bulunur. Günlük faaliyetlere ilgi kaybı, kişisel bakım ve görünümü ihmal etme, yeme ve uyku alışkanlıklarında değişme, arkadaş ve aile çevresinden uzaklaşma, belirgin kişilik ve davranış değişiklikleri, dikkati toplayamama, karar vermede zorlanma, okul ve mesleki performansında düşme, yorgunluk ve ağrı gibi fiziki şikayetler özkıyım öncesi görülen belirtilerdendir. Özkıyım hakkında açıktan veya gizli konuşmalar, vesayet düzenleme, veda mektubu yazma, eşyalarını başkalarına dağıtma gibi tipik davranışlar görülebilir (81- 83).

İkincil önlemenin ikinci adımı özkıyım riskine işaret eden belirtilerin ruhsal sorun haline dönüşmesinin engellenmesini ve risk altındaki bireyin korunmasını içerir. Bu basamakta hedef, risk etmenlerini zamanında fark ederek kişinin başedebileceği düzeye çekmek ve böylelikle özkıyım davranışını önlemektir. Özkıyım girişimlerinin çoğu herhangi bir hastalığı olmayan kriz durumundaki bireyler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu gibi kriz durumlarında kişiyi kendisinden korumak yoğun bir krize müdahale yaklaşımı ile mümkündür. İkincil önlemede telefon veya internet üzerinden yapılan acil başvuruların, profesyoneller ya da eğitilmiş gönüllüler tarafından yapılan uzaktan online müdahalelerin büyük yararı dokunmaktadır (84-87).

Yakın zamanda özkıyım girişiminde bulunmuş kişiler, yineleyen girişimler ve tamamlanmış girişimler açısından yüksek riskli olduğundan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmasa bile bu kişilerin izlenmesi gerekliliği üçüncül önlemedir. Özkıyım sonucu ölen bireylerde yapılan otopsilerde %44'ünün daha önce en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Girişimin tekrarlama riski özkıyım girişiminden sonraki ilk bir yılda, özellikle ilk 3 ayda çok yüksektir. Tekrarlama riski bu kadar yüksek olduğu için, özkıyımı önleme çalışmalarının en önemli amacı yinelemeyi önleme olmuştur. Özkıyım girişiminde bulunan bireylere henüz acil servisteyken psikiyatrik müdahale yapıldığında seyrin daha iyi olduğu görülmüştür. Bakımın devam etmesi ve kriz anında ulaşılabilir olmak özkıyımı önlemede en önemli faktördür (88-91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12/07/2017 tarih ve 70904504/239 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü bireylerde depresyon oranını, depresyona predispozan faktörleri araştıran tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.3. Araştırma Bölgesi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerinde yapılmıştır.

3.4. Araştırma Örneklemi

Araştırma örneklemi Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır:

$$n = \frac{N * P * Q * Z_{\alpha}^2}{(N - 1) * d^2}$$

Formülde N=8450 (evren), p=0,20 (prevalans), q=0,80 (1-prevalans) z=1,96 (0,05 hata payına karşılık gelen değer), d=0,05 (tolerans) olarak alındığında n=246 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmaya 408 kişi dahil edilmiştir.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü bireylere, çalışmanın nedeni ve nasıl uygulanacağı, kişiler üzerine etkileri konusunda aydınlatma yapıldıktan sonra Asgari Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiştir. Onam formunu okuduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya alınmıştır (Ek-2).

3.6. Araştırmanın Uygulanma Şekli

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış hastaların sosyodemografik özelliklerini ve sağlık bilgilerini değerlendiren 17 soru ve PHQ-9 depresyon tarama anketi, gebe veya postpartum dönemdeki katılımcılara ek olarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3).

PHQ-9 son iki hafta içinde 9 depresif belirti kriterinden 5 veya daha fazlası en azından “günün yarısından fazla” mevcutsa ve semptomlardan biri depresif ruh hali veya anhedoni ise majör depresyon düşündürür. Her bir ifade için, kişiye son iki hafta içinde bu sorunu ne sıklıkta yaşadıkları sorularını ve ‘hiçbir zaman, bazı günler, günlerin yarısından fazlası ve hemen hemen her gün’ cevaplarını içerir. Puanlama Likert şekilde hiçbir zaman için 0, bazı günler için 1, günlerin yarısından fazlası için 2, hemen hemen her gün için 3 puan olarak hesaplanır. Toplam puan 0-27 arasındadır. Puan 5 ile 9 arasında ise depresyon hakkında eğitim gerektiren depresyonun hafif belirtilerini; 10 ve 14 arasında ise, minör depresyon, [distimi](#) ve majör depresyon (hafif) arasında bir dizi olasılığı, 15 ve 19 arasında ise, antidepresan ilaçların veya psikoterapinin uygun olabileceği majör depresyonu (orta derecede şiddetli) göstermektedir. Skor 20’den büyükse, [antidepresan ilaç](#) ve [psikoterapinin](#) (terapötik danışmanlık) bir kombinasyonunun önerileceği [majör bir depresyonu](#) (şiddetli) gösterir. Dokuz soruda yer alan sorunlardan herhangi birine ‘hiçbir zaman’ dışında bir yanıt veren kişi 10. soruya cevap verir. ‘Bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?’ ‘Hiç zorluk yaratmadı, oldukça zorluk yarattı, çok zorluk yarattı, aşırı derecede zorluk yarattı.’

olarak cevaplanır. EDSDÖ, doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemek, depresyonun düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir ve toplam 10 soru içermektedir. Tarama için tanı koymaya yönelik kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır.

3.7. İstatistiksel İncelemeler

Araştırmanın bağımlı değişkeni olarak Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) puan ortalaması, PHQ-9 ölçek puanına göre depresyon grupları, gebe ve postpartum dönemde olan kadın katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanına göre belirlenen depresyon riski grupları (düşük risk/yüksek risk) alınmış olup bağımsız değişkenler olarak sosyodemografik değişkenler, katılımcıların kronik hastalığı olma durumu ve yaşam tarzı özellikleri analize alınmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirme için istatistikçi desteği alınmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak belirtilmiş olup Kolmogrov Smirnov normallik testi ile incelenen bağımlı değişkenlerin normal dağılımı uymadığı belirlenmiştir. İkili grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi, bu gruplar arasındaki farklılıkların tespit edilmesinde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Mann Whitney U testi sonuçlarına Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Sıklıkların karşılaştırması Ki-Kare analizi ve Fisher's Exact testi ile yapılmıştır. PHQ-9 ölçeği puanı 5 puan altı (depresyon yok) ve 5 puan ve üzeri (depresyon var) olarak gruplandırılarak bağımsız değişkenler ile ilişkisi lojistik regresyon analizi ENTER metodu ile incelenmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında değerlendirilmiş olup, anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların %69,1'inin kadın, %96,5'inin yüksekokul (2 yıllık) ve üniversite mezunu (4 yıllık) olduğu, %75,2'sinin evli olduğu, %92,6'sının çalıştığı, %90,2'sinin ortalama aylık gelirinin 3000.-TL üzerinde olduğu, %73,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %76,9'unun çekirdek ailesi ile yaşadığı ve %93,1'inin Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan sigortalı olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişken		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	282	69,1
	Erkek	126	30,9
Eğitim durumu	İlköğretim	8	2,0
	Lise	36	8,8
	Yüksekokul (2 yıl)	30	7,4
	Üniversite (4 yıl)	334	89,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	378	92,6
	Çalışmıyor	30	7,4
Ortalama aylık gelir	1000 TL'den az (düşük)	2	0,5
	1000-2999 TL arası (orta)	38	9,3
	3000 TL ve üzeri (yüksek)	368	90,2
Meslek	Hekim / Diş Hekimi	144	35,3
	Yardımcı Sağlık Personeli	46	11,3
	Öğretmen	92	22,5
	Memur	13	3,2
	Bankacı	7	1,7
	Mühendis	10	2,5
	Ev Hanımı	14	3,4
	Emekli	7	1,7
	Kimyager	2	0,5
	Öğrenci	9	2,2
	Özel Sektör / Serbest Meslek	64	15,7
Medeni durum	Evli	307	75,2
	Bekar	84	20,6
	Dul / Eşi vefat etmiş	3	0,7
	Boşanmış	14	3,4
İkamet yeri	İl Merkezi	299	73,3
	İlçe	105	25,7
	Köy	4	1,0
Kiminle yaşadığı	Çekirdek aile	314	76,9
	Geniş aile	35	8,6
	Arkadaş ile	6	1,5
	Yalnız	53	13,0
Sosyal Sigorta durumu	Özel Sigorta	17	4,2
	Sosyal Güvenlik K (ES, BAGKUR, SSK)	380	93,1
	Yok	11	2,7
Toplam		408	100,0

Katılımcıların %83,8'i herhangi bir kronik hastalığı olmadığını, %99,0'ı herhangi bir engellilik durumu olmadığını belirtmiştir. Katılımcılardan engeli olduğunu belirten 4 kişiden 3'ü işitme engeli olduğu, 1 kişi ise KOAH nedenli engelliliği olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların kronik hastalığı olma durumu ve engelli olma durumunun dağılımı Çizelge 4.2'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların kronik hastalığı olma durumu ve engelli olma durumunun dağılımı

Değişken		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalığı olma durumu	Var	66	16,2
	Yok	342	83,8
Engellilik olma durumu	Var	4	1,0
	Yok	404	99,0
Toplam		408	100,0

Katılımcıların %70,6'sı sigara kullanmadığını, %58,8'i alkol kullandığını, %99,0'ı bağımlılık yapıcı madde kullanmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.3). Sigara kullanan katılımcıların günlük ortalama $10,86 \pm 7,78$ adet sigara kullandığı belirlenmiştir. Bağımlılık yapıcı madde kullanan 4 kişiden biri anksiyete atağı olduğunda, biri ayda 1 sıklıkta, biri günlük olarak bağımlılık yapıcı madde kullandığını belirtmiştir. Bir kişi bağımlılık yapıcı madde olarak esrar tükettiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %82,0'ı haftalık alkol kullanımının 1 birimden az olduğunu söylemiştir. Katılımcıların %33,8'inin hiç egzersiz yapmadığı, %30,9'unun egzersiz dakikasının haftalık 60 dakikadan daha az olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sigara, alkol, bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve egzersiz yapma süresinin dağılımı Çizelge 4.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların sigara, alkol, bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve egzersiz yapma süresinin dağılımı

Değişken		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı	Evet, kullanıyorum	120	29,4
	Hayır, kullanmıyorum	288	70,6
Alkol kullanımı	Kullanıyorum	240	58,8
	Kullanmıyorum	168	41,2
Bağımlılık yapıcı madde kullanımı	Kullanıyorum	4	1,0
	Kullanmıyorum	404	99,0
Haftalık alkol kullanımı sıklığı	Haftada bir birimden az	197	82,0
	Haftada 1-3 birim	32	13,3
	Haftada 3 birimden fazla	11	4,7
Haftalık yapılan egzersiz dakikası	Hiç egzersiz yapmıyorum	138	33,8
	60 dakikadan az	126	30,9
	60 – 120 dakika	71	17,4
	120 dakikadan fazla	73	17,9

Kadın katılımcıların %12,4'ünün gebe olduğu belirlenmiştir. Kadın katılımcıların gebe olma durumunun dağılımı Çizelge 4.4'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.4. Kadın katılımcıların gebe olma durumunun dağılımı

Değişken		Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebe olma durumu	Gebelik var	35	12,4
	Gebelik yok	247	87,6
Toplam		282	100,0

Katılımcıların yaş ortalamasının $34,57 \pm 7,17$, PHQ-9 Ölçek Puanı ortalamasının $7,32 \pm 4,27$ olduğu saptanmıştır. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni cevaplayan gebe ve postpartum dönemdeki 53 kadının puan ortalamasının $13,03 \pm 7,26$ olduğu belirlenmiştir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni cevaplayan gebe ve postpartum dönemdeki kadınların yaş, PHQ-9 ve Edinburgh Ölçeği puan ortalamaları Çizelge 4.5'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni cevaplayan gebe ve postpartum dönemdeki kadınların yaş, PHQ-9 ve Edinburgh Ölçeği puan ortalamaları

Değişken	Ortalama ± Standart Sapma	Minimum-Maksimum
Yaş	34,57±7,17	18-63
PHQ-9 Ölçek Puanı	7,32±4,27	0-26
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	13,03±7,26	0-25

PHQ-9 ölçeği puan ortalamasına göre sınıflandırıldığında katılımcıların %51,2'sinin hafif depresyon grubunda yer aldığı görülmüştür. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni cevaplayan gebe ve postpartum dönemdeki 53 kadının %62,3'ünün ise depresyon riski yüksek olan grupta yer aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların PHQ-9 Ölçeği, Edinburgh Ölçeği puanlarına göre oluşturulan grupların özellikleri Çizelge 4.6'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların PHQ-9 Ölçeği, Edinburgh Ölçeği puanlarına göre oluşturulan grupların özellikleri

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
PHQ-9 Ölçeği puan grupları		
5 puan altı	105	25,7
5-9 puan (hafif depresyon)	209	51,2
10-14 puan (minör depresyon)	62	15,2
15-19 puan (orta şiddetli majör depresyon)	27	6,6
20 puan ve üzeri (şiddetli majör depresyon)	5	1,2
Toplam	408	100,0
Edinburgh Ölçeği puan grupları		
12 puandan az (depresyon riski düşük)	20	37,7
12 puan ve üzeri (depresyon riski yüksek)	33	62,3
Toplam	53	100,0

4.2. Katılımcıların Sosyodemografik, Tıbbi Durumu ve Yaşam Tarzı Özelliklerine Göre PHQ-9 Ölçeği Ortalamaları Karşılaştırılması

Araştırma grubunun sosyodemografik, tıbbi durumu ve yaşam tarzı özelliklerine göre PHQ-9 Ölçeği ortalamaları karşılaştırılması aşağıdaki Çizelgelerde yer almaktadır.

Kadınların PHQ-9 Ölçeği ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu, bekar/ dul/ eşi vefat etmiş/ boşanmış katılımcıların PHQ-9 Ölçeği ortalamasının evli katılımcılardan daha yüksek olduğu, saptanmıştır. Eğitim düzeyi, çalışma durumu, ortalama aylık gelir, ikamet yeri ve sosyal sigorta durumuna göre PHQ-9 Ölçeği ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p=0,198$). Katılımcıların kim ile yaşadığının PHQ-9 ölçek ortalamasına anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Mann Whitney U testi ile saptanan farklılık ikili gruplarda değerlendirilmiştir. Bonferoni düzeltmesi yapılmıştır. Geniş ailede yaşadığını ifade edenlerin PHQ-9 ölçek ortalamasının çekirdek ailede yaşadığını belirtenlerden daha yüksek olduğu ($p=0,001$); geniş ailede yaşadığını ifade edenlerin PHQ-9 ölçek ortalamasının yalnız yaşadığını ifade edenlerden daha yüksek olduğu ($p=0,021$); yalnız yaşadığını ifade edenlerin PHQ-9 ölçek ortalamasının çekirdek ailesiyle yaşadığını ifade eden katılımcılardan daha yüksek olduğu ($p=0,031$) belirlenmiştir. Geniş ailesi ile yaşadığını ve arkadaşıyla yaşadığını ifade edenler arasında, çekirdek ailesi ile yaşadığını ve arkadaşıyla yaşadığını ifade edenler arasında, arkadaşı ile ve yalnız yaşadığını ifade edenler arasında PHQ-9 ölçek ortalamasının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durumu, ikamet yeri, kiminle yaşadığı, sosyal sigorta durumu özelliklerine göre PHQ-9 Ölçeği ortalamaları karşılaştırılması Çizelge 4.7’de yer almaktadır.

Çizelge 4.7. Katılımcıların cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durumu, ikamet yeri, kiminle yaşadığı, sosyal sigorta durumu özelliklerine göre PHQ-9 Ölçeği ortalamaları karşılaştırılması

	Değişken	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Ortanca Değeri	Minimum- Maksimum	P değeri
Cinsiyet	Kadın	7,90 $\pm$ 4,41	7,00	0-26	p<0,001
	Erkek	6,02 $\pm$ 3,64	6,00	0-19	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve lise mezunu	7,95 $\pm$ 4,52	8,00	0-21	p=0,198
	Yüksekokul (2 yıl) ve üniversite (4 yıl) mezunu	7,24 $\pm$ 4,24	7,00	0-26	
Çalışma durumu	Çalışıyor	7,23 $\pm$ 4,27	7,00	0-26	p=0,117
	Çalışmıyor	8,43 $\pm$ 4,28	8,00	2-16	
Ortalama aylık gelir	1000 TL'den az (düşük)	18,00 $\pm$ 4,24	18,00	15-21	p=0,053
	1000-2999 TL arası (orta)	7,52 $\pm$ 3,75	7,00	1-16	
	3000 TL ve üzeri (yüksek)	7,24 $\pm$ 4,26	7,00	0-26	
Medeni durum	Evli	6,86 $\pm$ 3,88	6,00	0-20	p=0,001
	Bekar/ Dul/ Eşi vefat etmiş/ Boşanmış	8,71 $\pm$ 5,03	8,00	0-26	
İkamet yeri	İl Merkezi	7,10 $\pm$ 4,16	7,00	0-26	p=0,066
	İlçe/Köy	7,92 $\pm$ 4,54	8,00	0-22	
Kim ile yaşadığı	Geniş aile	9,67 $\pm$ 5,73	8,00	1-24	p=0,029
	Çekirdek aile	7,00 $\pm$ 4,08	6,00	0-26	
	Arkadaş ile	8,33 $\pm$ 4,54	8,00	3-16	
	Yalnız	7,58 $\pm$ 3,92	7,00	0-18	
Sosyal Sigorta durumu	Sigortası olmayan	9,09 $\pm$ 7,48	8,00	1-26	p=0,869
	Özel sigortası olan	8,17 $\pm$ 5,85	6,00	0-22	
	Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan sigortası olan	7,23 $\pm$ 4,07	7,00	0-24	

Katılımcıların kronik hastalığı olma durumu ve alkol kullanımına göre PHQ-9 Ölçeği ortalamasının anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). Sigara kullanan katılımcıların PHQ-9 Ölçeği ortalamasının sigara kullanmayan katılımcılardan, egzersiz yapmadığını ifade eden katılımcıların PHQ-9 Ölçeği ortalamasının egzersiz yaptığını ifade eden katılımcılardan anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0,05). Katılımcıların kronik hastalığı olma durumu, sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapma durumuna göre PHQ-9 ortalamaları karşılaştırılması Çizelge 4.8'de yer almaktadır.

Çizelge 4.8. Katılımcıların kronik hastalığı olma durumu, sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapma durumuna göre PHQ-9 ortalamaları karşılaştırılması

Değişken		Ortalama ± Standart Sapma	Ortanca Değeri	Minimum-Maksimum	P değeri
Kronik hastalığı olma durumu	Var	8,18±4,80	7,00	0-24	p=0,149
	Yok	7,15±4,15	7,00	0-26	
Sigara kullanımı	Sigara kullanan	8,15±4,17	8,00	0-21	p=0,002
	Sigara kullanmayan	6,97±4,27	6,00	0-26	
Alkol kullanımı	Alkol kullanan	7,54±4,30	7,00	0-26	p=0,182
	Alkol kullanmayan	7,00±4,22	6,50	0-24	
Egzersiz yapma durumu	Egzersiz yapan	6,62±3,69	6,00	0-22	p<0,001
	Egzersiz yapmayan	8,67±4,98	8,00	0-26	

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, kadınların erkeklere göre depresyonda olma riskinin 1,97 kat; egzersiz yapmayanların egzersiz yapanlara göre depresyonda olma riskinin 1,87 kat; sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre depresyonda olma riskinin 2,09 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. PHQ-9 ölçeğine göre depresyonda olma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları Çizelge 4.9’da yer almaktadır.

Çizelge 4.9. PHQ-9 ölçeğine göre depresyonda olma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler*	Beta ± SE**	OR (%95 GA)***	p
Cinsiyet ^a	0,679±0,254	1,97 (1,20-3,24)	0,007
Egzersiz yapma durumu ^b	0,628±0,271	1,87 (1,10-3,18)	0,020
Sigara kullanma durumu ^c	0,740±0,289	2,09 (1,19-3,69)	0,010
* Analize dahil edilen değişkenler şunlardır: Bağımlı değişken ‘PHQ-9 Ölçeği’ne göre depresyon olma durumu’; Bağımsız değişkenler ‘yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi grupları (İlköğretim/ Lise mezunu- Yüksekokul/ Üniversite mezunu), gelir düzeyi grupları (düşük-yüksek gelir), medeni durum grupları (bekar/ boşanmış/ dul/ eşi vefat etmiş - evli), ikamet yeri grupları (İl merkezi-İlçe merkezi/ Köy), kronik hastalığı olma durumu, egzersiz yapma durumu, sigara kullanım durumu. * Beta±SE: regresyon katsayısı ve standart hatası; * OR: Odds Ratio. Referans kategoriler; a: erkek cinsiyet, b: egzersiz yapanlar, c: sigara kullanmayanlar.			

4.3. Postpartum Dönemde Olduğunu Belirten Kadın Katılımcıların Sosyodemografik, Tıbbi Durumu ve Yaşam Tarzı Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Risk Gruplarında Olma Sıklığının Karşılaştırılması

Araştırma grubunda postpartum dönem olduğunu belirten kadın katılımcıların sosyodemografik, tıbbi durumu ve yaşam tarzı özelliklerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması aşağıdaki çizelgelerde yer almaktadır.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların eğitim düzeyi grupları arasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.10'da yer almaktadır.

Çizelge 4.10. Eğitim düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlköğretim/ Lise mezunu	6	54,5	5	45,5	11	20,7
Yüksekokul/ Üniversite mezunu	27	64,3	15	35,7	42	79,3
Toplam	30	62,3	20	37,7	53	100,0
Ki-kare=0,352; p=0,553 **: Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların ortalama aylık gelir düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ortalama aylık gelir düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.11'de yer almaktadır.

Çizelge 4.11. Ortalama aylık gelir düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düşük- Orta gelir (3000 TL'den Az)	3	50,0	3	50,0	6	11,3
Yüksek gelir (3000 TL ve Üzeri)	30	63,8	17	36,2	47	88,7
Toplam	33	62,3	20	37,7	53	100,0
<i>Fisher's Exact test; p=0,661 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların ikamet yerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. İkamet yerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.12'de yer almaktadır.

Çizelge 4.12. İkamet yerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İl merkezi	23	62,2	14	37,8	37	69,8
İlçe/ Köy	10	62,5	6	37,5	16	30,2
Toplam	33	37,7	20	62,3	53	100,0
<i>Ki-kare=0,001; p=0,981 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların kiminle yaşadığına göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Kiminle yaşadığına göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.13'te yer almaktadır.

Çizelge 4.13. Kiminle yaşadığına göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Geniş aile	4	57,1	3	42,9	7	13,2
Çekirdek aile	28	68,3	13	31,7	41	77,3
Yalnız	1	20,0	4	80,0	5	9,5
Toplam	33	62,3	20	37,7	53	100,0
<i>Ki-kare=4,514; p=0,105 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların sosyal sigortası olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Sosyal sigortası olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.14’te yer almaktadır.

Çizelge 4.14. Sosyal sigortası olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sosyal sigortası olmayan	1	33,3	2	66,7	3	5,7
Sosyal sigortası olan	32	64,0	18	36,0	50	94,3
Toplam	33	62,3	20	37,7	53	100,0
<i>Fisher’s Exact test; p=0,549 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların kronik hastalığı olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olma

durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.15'te yer almaktadır.

Çizelge 4.15. Kronik hastalığı olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kronik hastalığı olan	5	71,4	2	28,6	7	13,2
Kronik hastalığı olmayan	28	60,9	18	39,1	46	86,8
Toplam	33	62,3	20	37,7	53	100,0
<i>Fisher's Exact test; p=0,697 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların sigara kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Sigara kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.16'da yer almaktadır.

Çizelge 4.16. Sigara kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara kullanan	10	71,4	4	28,6	14	32,8
Sigara kullanmayan	23	59,0	16	41,0	39	67,2
Toplam	33	62,3	20	37,7	53	100,0
<i>Ki-kare=0,680; p=0,678 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların alkol kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Alkol kullanım durumuna göre

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.17’de yer almaktadır.

Çizelge 4.17. Alkol kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Alkol kullanmayan	18	64,3	10	35,7	28	52,8
Alkol kullanan	15	60,0	10	40,0	25	47,2
Toplam	33	62,3	20	37,7	53	100,0
<i>Ki-kare=0,103; p=0,748 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Egzersiz yapma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması Çizelge 4.18’de yer almaktadır.

Çizelge 4.18. Egzersiz yapma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığının karşılaştırılması

Değişken	Risk Grupları					
	Yüksek Risk		Düşük Risk		Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Egzersiz yapan	19	57,6	14	42,4	33	62,3
Egzersiz yapmayan	14	70,0	6	30,0	20	37,7
Toplam	33	62,3	20	37,7	53	100,0
<i>Ki-kare=0,818; p=0,366 **</i> : Sütun yüzdesi alınmıştır.						

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada depresyon tanısı alan birey sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu hastalığın birinci basamak sağlık kurumlarındaki prevalansının saptanması, ilişkili faktörlerin aydınlatılması, tarama yöntemlerinin bilinmesi erken tanı ve tedaviye erken başlama açısından büyük önem taşımaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda biz de bölgemizdeki birinci basamak başvurularındaki depresyon ve bağlantılı durumlara ışık tutabilmek adına çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniğine başvuran 18 yaş üzeri bireylerde depresyon oranı ve predispozan faktörleri tespit etmeyi amaçladık.

Çalışmamıza katılan bireylerin 282'si (%69,1) kadın ve 126'sı (%30,9) erkektir. Cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında kadınların PHQ-9 Ölçeği ortalaması erkeklerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Angst ve ark.'nın (92) yaptıkları DEPRES I ve DEPRES II çalışmalarının epidemiyolojik incelemelerine göre kadınlarda majör depresyon oranı daha yüksektir, ancak minör depresyon açısından fark yoktur. Tuncel (93) üniversite öğrencileri üzerindeki depresyon araştırmasında kız öğrencilerde depresyon oranının daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Piccinelli ve ark. (94) çalışmalarında depresif hastalıklara bakıldığında prevalans, insidans ve morbidite riskinin kadınlarda daha fazla olduğunu bulmuş ve bunun nedeni olarak da çocukluktaki olumsuz deneyimler, çocukluk ve adolesan çağıdaki depresif ve anksiyete bozuklukları, kötü deneyimle sonuçlanan sosyokültürel rollerin ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Goodwin ve ark. (95) cinsiyet ve depresyon arasındaki ilişkide kadın cinsiyet baskınlığı olduğunu belirtmişler ve nevrotik oluşun bu ilişkide önemli rolü olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Benzer şekilde yaşlı popülasyona da bakıldığında, Çınar ve ark. (96) yaşlı popülasyonda yaptığı depresif belirtilerle ilişkili çalışmasında kadın bireylerde depresif skorların kadın bireylerde daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Medeni duruma bakıldığında bekar/ dul/ eşi vefat etmiş/ boşanmış katılımcıların PHQ-9 ölçeği ortalaması evli katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Konuyla alakalı Taş ve ark. (97) boşanmış bireylerin depresyon düzeylerinin evli olanlara göre daha yüksek olduğunu söylemişlerdir. Frech ve

ark. (98) evliliğin depresyon ve iyilik hali üzerine etkilerine bakmışlardır ve daha önceden depresyonu olan bireylerin üzerinde evliliğin olumlu etkisi olduğunu bulmuşlardır. Bunların yanında, Williams (99) evlilik, cinsiyet ve iyilik hali üzerine yaptığı çalışmada evli çiftlerin uyumu azaldıkça depresyonda artış olduğunu, boşanmanın erkeklerde depresyonu arttırdığını fakat genel olarak evli olma veya boşanma gibi faktörlerin tek başına ruh hali üzerine etkilerini değerlendirmenin doğru olmayacağını belirtmiştir. Bunlara karşın Whisman (100) ise yaptığı çalışmada evlilik stresi ve psikiyatrik hastalıklar üzerine yaptığı çalışmada yaş arttıkça evlilikteki stresin majör depresyonla pozitif ilişkisi olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Cano ve ark. (101) katılımcıların küçük düşürücü yaşam deneyimi olarak düşündükleri aldatma gibi olaylar yaşandığında evlilik stresinin depresyon üzerine anlamlı etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların eğitim durumu ile PHQ-9 ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında, Akhtar-Danesh ve ark. (102) yaptıkları çalışmada depresyon prevalansı ile eğitim seviyesi arasında ilişki olduğunu fakat bunun düz bir paternde olmadığını bulmuştur. Bjelland ve ark. (103) çalışmalarında erken dönem yetişkinlik çağında eğitimin depresyondan korunmada zayıf bir etkisinin olduğunu; fakat yaş ilerledikçe bu etkinin belirgin hale geldiğini belirtmiştir. Lorant ve ark. (104) eğitimin depresyon üzerine etkilerine baktıklarında miktarının süresi arttıkça depresyon riskinin düştüğü bir doz-cevap ilişkisi olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda fark bulunamamasının nedeni olarak katılımcıların büyük çoğunluğunun benzer eğitim düzeyinde olması gösterilebilir.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre PHQ-9 ortalamalarına bakıldığında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu konuyla alakalı Hashmi ve ark. (105) çalışan ve çalışmayan evli kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışan kadınlarda daha fazla stres ve depresyon görüldüğünü bulmuştur. Kamble ve ark. (106) yaşlı bireylerde depresyonla ilişkili yaptıkları çalışmada, çalışma durumunun etkilerine bakmışlar ve çalışan grupta depresyonun daha sık görüldüğünü bulmuş; bunun nedeni olarak da bu grubun düşük sosyoekonomik statüsü ve işçi sınıfından bireylerden oluşması olduğunu öne sürmüşlerdir. Buna karşın Fukuda ve ark.

(107) ise depresyon tedavisi alma prevalansının çalışan bireylerde çalışmayanlara göre belirgin olarak daha az olduğunu bildirmektedir.

Ortalama aylık gelir açısından bakıldığında katılımcılar arasında PHQ-9 ortalamalarında anlamlı fark bulunamamıştır. Gelir bağlamında bakıldığında, Rai ve ark. (108) ulusal gelir ve depresyon arasında bir ilişki bulamamıştır. van der Wurff ve ark. (109) Hollanda'daki Türk ve Faslı göçmenlerde depresyonla düşük gelir arasında bağlantı kurulamadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmaların aksine Brody ve ark. (110) Amerikalı yetişkinlerde yaptıkları çalışmada aile geliri arttıkça depresyon prevalansının azaldığını, Patel ve ark. (111) ise meta-analizlerinde gelir eşitsizliği ile depresyon arasında güçlü bağlantı olduğunu bildirmiştir. Yine Lorant ve ark. (104) yaptıkları çalışmada düşük sosyoekonomik durumun depresyon epizotlarının sıklığını ve depresyon kalıcılığını arttırdığını eklemiştir.

Katılımcıların ikamet yerine göre değerlendirildiğinde PHQ-9 ortalamalarında anlamlı fark yoktur. Konuyla ilgili olarak McKenzie ve ark. (112) yaptıkları çalışma sonucunda şehirde depresyon için yazılan reçete oranlarının kırsal kesimlere kıyasla daha fazla olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Romans ve ark. (113) kırsal kesimde daha güçlü topluluğa ait olma duygusu olmasıyla ilişkili olarak depresyon oranının daha az olduğunu raporlamıştır. Wang (114) yaptığı çalışmada kentsel ve kırsal kesim arasında majör depresyon prevalansı arasında; beyaz ırk, göçmen olmama ve bölgelere göre değişkenlik gibi belirli faktörlere bağlı fark olduğunu, bunların dışında fark olmadığını belirtmiştir. Bunlardan farklı olarak Probst ve ark. (115) ise kırsal kesimde depresyon oranının küçük farkla ama istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olduğunu belirtmiş ve bunun popülasyon karakteristiklerinin farklı olmasından kaynaklandığını öne sürmüşlerdir.

Sosyal sigorta varlığına göre PHQ-9 ortalamaları kıyaslandığında katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Emptage ve ark. (116) yaptıkları çalışmada depresyonun kendi başına sosyal güvenceyle korele olmadığını; depresyonda olup da ciddi ağrı çeken hastaların, sadece depresyonda olan hastalara kıyasla sosyal güvencelerini kaybetmeye daha yatkın olduklarını

belirtmişlerdir. Tian ve ark. (117) Çin’de yaptıkları çalışmada sigortası olan hastaların olmayanlara göre daha az depresyon riski taşıdıklarını söylemişlerdir.

Katılımcıların kim ile yaşadıklarına göre PHQ-9 ölçek ortalamalarında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan katılımcıların ortalaması çekirdek ailede yaşayan ve yalnız yaşayan katılımcılardan daha yüksek, yalnız yaşayan katılımcıların ortalaması da çekirdek ailede yaşayan katılımcılardan daha yüksektir. Arkadaşla beraber yaşama ile diğer gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Kellam (118) depresyon üzerine aile yapısını incelediğinde, geniş aile yapısının depresyondan koruyucu olmadığını; geniş ailelerden bireylerin daha sık depresyon atağı geçirdiğini saptamıştır. Cairney ve ark. (119) bekar ve evli anneler üzerinde yaptıkları çalışmada bekar annelerde daha sık depresyon atağı görüldüğünü tespit etmiştir. Bunlardan farklı olarak Taqui ve ark. (120) yaşlı popülasyonda yaptıkları çalışmada çekirdek ailede yaşayan bireylerde geniş ailede yaşayanlara göre 4.3 kat daha fazla depresyon görüldüğünü söylemişlerdir.

Katılımcıların kronik hastalıklarının olması durumuna bakıldığında gruplar arasında PHQ-9 ölçeği ortalamaları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Konuyla alakalı literatür incelendiğinde; Boing ve ark. (121) kronik hastalıklardan mustarip bireylerde daha yüksek oranda depresyon görüldüğünü; Chapman ve ark. (16) depresyon ve kronik hastalık ilişkisinde kronik hastalıkların depresyon belirtilerini arttırdığını ve depresyonun da kronik hastalıkları presipite ettiğini; Lotfaliany ve ark. (122) depresyonun kronik hastalıklarla güçlü ilişkisi olduğunu; Katon (123) yine benzer şekilde kronik medikal hastalıkları olan bireylerde komorbid majör depresyon prevalansının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda gruplar arasında fark çıkmamasının nedeni komorbid hastalık eşlik eden birey sayısının az olması olabilir.

Alkol kullanımı açısından bakıldığında PHQ-9 ölçeği ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Almeida-Filho ve ark. (124) depresyon, anksiyete ve alkolizm ilişkisi üzerine yaptıkları çalışmada alkol tüketimi ve depresyon arasında güçlü ilişki olmadığını bildirmiştir. Özkan’ın (125) alkol bağımlılığı üzerine yaptığı çalışmada da alkol bağımlılığı ile depresyon envanteri puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı

bulunmuştur. Farklı olarak Kuria ve ark. (126) alkol kullanımı ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu; Peirce ve ark. (127) depresyonun alkol kullanımı ile pozitif yönde ilişkisi olduğunu; Boden ve ark. (128) alkolün depresyon riskini arttırdığını çalışmalarında belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda alkol kullanımı ile depresyon skorları arasında ilişki bulunamamasının nedeni alkol kullanan katılımcı sayısının az olması olabilir.

Sigara kullanımına göre sigara içen katılımcıların PHQ-9 ölçeği ortalamaları içmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir. Konuyla ilişkili çalışmalara bakıldığında Ünsal ve ark. (129) benzer şekilde sigara içenlerde depresyon sıklığını daha yüksek bulmuşlardır. Velioğlu ve ark. da (130) nikotin bağımlılığı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon olduğunu söylemişlerdir. Weinberger ve ark. (131) yaptıkları derlemede depresyonu olan bireylerde daha fazla sigara içme oranı olduğunu belirtmişlerdir. Berlin ve ark. (132) sigara ve depresyon arasındaki ilişkide depresyonda olmanın sigara içme riskini arttırdığını, sigara içmenin de depresyon riskini arttırdığını bildirmektedir.

Egzersiz yapma durumuna göre bakıldığında, egzersiz yapmadığını ifade eden katılımcıların PHQ-9 ölçeği ortalamaları egzersiz yaptığını ifade eden katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında; Başar (133) düzenli egzersiz yapanlarda yapmayanlara göre daha düşük depresyon puanlarının olduğunu; Lindwall ve ark. (134) inaktif yaşlı bireylerin aktif egzersiz yapan bireylerden daha yüksek depresyon puanları olduğunu; Bal ve ark. (135) sporun depresyon üzerine etkilerine baktıklarında spor aktivitelerinin katılımcıların depresyon seviyelerini düşürdüğünü; Adagide ve ark. (136) depresyon tanılı hastalarda egzersizin depresyon puanlarını azaltmada istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığını bulmuşlardır. Bunların yanında Mead ve ark. (137) egzersizin depresyon tanılı hastalarda semptomları iyileştirmeye yardımcı olduğunu, fakat etkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığına dikkat çekmektedir.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların eğitim düzeyi grupları arasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ekuklu ve ark. (138) yaptıkları çalışmada benzer şekilde eğitim düzeyinin postpartum dönemde depresyon puanıyla ilişkisi

olmadığını bulmuştur. Yıldırım ve ark. (139) çalışmalarında postpartum depresyon riski ile eğitim durumu arasındaki farkın anlamsız olduğunu tespit etmişlerdir. Yine benzer şekilde Alharbi ve ark. (140) eğitimin postpartum depresyonda istatistiksel anlamlı korelasyonu olmadığını bildirmektedir. Buna karşın Bingöl ve ark. (141) eğitim düzeyi arttıkça postpartum depresyon puanlarının düştüğünü belirtmiştir. Matsumura ve ark. (142) ise yine bunu destekleyecek şekilde düşük eğitim seviyesinin postpartum depresyon için bağımsız risk faktörü olduğunu bildirmiştir.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların ortalama aylık gelir düzeyine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Demir ve ark. (13) yaptıkları çalışmada gelir düzeyi ile depresyon arasında doğrudan bir ilişki olmadığını bulmuştur. Danacı ve ark. (144) ise gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki bulamamıştır. Miyake ve ark. (145) Japon kadınlarda yaptıkları çalışmada yine benzer şekilde gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasında ilişki olmadığını bildirmiştir. Yıldırım ve ark.'nın (139) çalışmasında farklı olarak düşük gelir düzeyinin postpartum depresyon için risk faktörü olduğu bulunmuştur. Segre ve ark. (146) düşük gelirin postpartum depresyon için risk faktörü olduğunu, fakat en düşük gelir grubundaki bütün kadınların depresyonda olmadıklarını belirtmişlerdir.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların ikamet yerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında karşımıza birbirinden farklı sonuçlar çıkmaktadır. Danacı ve ark. (144) gecekondu bölgelerinde yaşamının postpartum depresyon riskini 3 kat arttırdığını bildirmektedir. Vigod ve ark (147) kentsel bölgelerde yaşayan kadınlarda daha fazla postpartum depresyon görüldüğünü belirtmiştir.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların kim ile yaşadığına göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bunun nedeni çalışma katılımcılarının büyük çoğunluğunun çekirdek ailede yaşaması olabilir. Konuyla ilgili literatür tarandığında Gümüş ve ark. (148) aile yapısının postpartum depresyonda

istatistiksel anlamlı fark yaratmadığını belirtmiştir. Arslantaş ve ark. (149) yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşayan kadınların postpartum depresyon riskinin 3,53 kat fazla olduğunu söylemişlerdir. Kazmi ve ark. (150) postpartum depresyon açısından çekirdek ailede yaşayan kadınların daha az sosyal destek aldıkları için daha fazla depresyona maruz kaldıklarını; Dubey ve ark. da (151) benzer şekilde çekirdek aile yapısının postpartum depresyon için anneyi duygusal ve fiziksel stres içinde bıraktığı için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. Bunlardan farklı olarak Honjo ve ark. (152) ise kendi ailesi/ diğer çocuklarıyla birlikte yaşamının postpartum depresyon riskini azalttığını fakat eşinin ailesiyle beraber yaşamının bu riski arttırdığını yazmışlardır.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların sosyal sigortası olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak gebe katılımcıların büyük çoğunluğunun sosyal sigortası olması gösterilebilir. Konuyla alakalı Ateşer ve ark. (153) sosyal güvencenin postpartum duygu durumunda anlamlı farklılık yapmadığını belirtmiştir. Yağmur ve ark. (154) ise yaptıkları çalışmada sosyal güvencesi olmayan kadınlarda postpartum depresyon riskinin arttığını bildirmiş; bu eksikliğin de hastaların medikal yardımdan mahrum kalmaya yol açabileceğini belirtmişlerdir. Kırkpınar ve ark. (155) yine benzer şekilde sosyal güvence olmayışının kadınlarda postpartum depresyon riskini iki katına çıkardığını; Sünter ve ark. da (156) sosyal güvence yokluğunun postpartum depresyon riskini arttırdığını bildirmiştir.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların kronik hastalığı olma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Chaaya ve ark. (157) kronik medikal problemlerin postpartum depresyon riskiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Demir ve ark. (143) çalışmalarında kronik hastalığı olan ve buna bağlı ilaç kullanım öyküsü olan kadınlarda postpartum depresyonun daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde Eren (158) kronik hastalık varlığında postpartum depresyon görülme oranını istatistiksel anlamlı yüksek saptamıştır.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların sigara kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından

anlamli farklılık yoktur. Kurçer ve ark. (159) yaptıkları çalışmada, sigaranın doğum sonrası depresif belirtilere etkilerine baktıklarında, sigaranın doğumdan sonraki ilk günde depresyonla anlamli ilişkisi olduğunu bulmuştur. Karakaş ve ark. da (160) benzer şekilde sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre postpartum depresyon görülme olasılığını daha fazla bulmuştur. Arıkan ve ark. (161) gebeliğinde sigara içen annelerde doğum sonrası depresyon yaygınlığının daha yüksek saptandığını belirtmişlerdir. Salimi ve ark. (162) sigaranın postpartum depresyon üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada sigarayı azaltan, aynen devam eden veya artıran kadınlarda sigarayı bırakanlara göre daha sık postpartum depresyon görüldüğünü bulmuşlardır. Chen ve ark. (163) yaptıkları meta-analizde prenatal sigara içimi ve postpartum depresyon ilişkisine bakılınca arada ilişki olduğunu bulmuştur.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların alkol kullanım durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamli farklılık olmamıştır. Alkol kullanımı ile ilişkili literatüre bakıldığında Gümüş ve ark. (148) alkol kullanımının postpartum depresyon ile anlamli ilişkili olduğunu bildirmiştir. Wilton ve ark. (164) kısa süreli alkol kullanmayı bırakmanın postpartum depresyonu azaltmada istatistiksel anlamli fark oluşturduğunu bulmuştur. Nunes ve ark. (165) ergen ve erişkinlerde postpartum depresyon ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada, ergenler arasında doğum öncesi veya doğumun son 3 ayında alkol kullananlarda postpartum depresif semptom oranının arttığını, 30 yaş üzeri erişkinler arasında da doğum öncesi alkol kullanımı olanlarda tersine olarak postpartum depresif semptom oranının daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığı açısından anlamli farklılık olmadığı belirlenmiştir. Konuyla ilgili literatürde farklı sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Coll ve ark. (166) gebelik boyunca yapılan orta yoğunluktaki egzersizin postpartum depresyon açısından anlamli düşüş yapmadığını; Carter ve ark. (167) egzersizin postpartum dönemde depresyon semptomlarını azalttığını fakat bu etkinin küçük olduğunu bildirmiştir. Farklı olarak Karakaş ve ark. (160) spor yapmayan kadınlarda postpartum depresyon

görölme riskinin arttığını bulmuştur. Poyatos-Léon ve ark. (168) yaptıkları meta-analizde gebelikte ve doğum sonrasında yapılan fiziksel aktivitenin postpartum depresif semptom insidansını azalttığını bulmuştur. McCurdy ve ark. (169) benzer şekilde hafif ve orta yoğunluktaki egzersizin postpartum dönemde orta ve şiddetli depresif semptomların iyileşmesine yardımcı olduğunu belirtmiştir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- Çalışmamıza katılan bireylerin 282'si (%69,1) kadın ve 126'sı (%30,9) erkektir. Cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında kadınların PHQ-9 Ölçeği ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.
- Medeni duruma bakıldığında bekar/ dul/ eşi vefat etmiş/ boşanmış katılımcıların PHQ-9 ölçeği ortalaması evli katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların eğitim durumu ile PHQ-9 ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.
- Katılımcıların çalışma durumlarına göre PHQ-9 ortalamalarına bakıldığında anlamlı farklılık bulunamamıştır.
- Ortalama aylık gelir açısından bakıldığında katılımcılar arasında PHQ-9 ortalamalarında anlamlı fark bulunamamıştır.
- İkamet yerine göre katılımcılara bakıldığında PHQ-9 ortalamalarında anlamlı fark yoktur.
- Sosyal sigorta varlığına göre PHQ-9 ortalamaları kıyaslandığında katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.
- Katılımcıların kimle yaşadıklarına göre PHQ-9 ölçek ortalamalarında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan katılımcıların ortalaması çekirdek ailede yaşayan ve yalnız yaşayan katılımcılardan daha yüksek, yalnız yaşayan katılımcıların ortalaması da çekirdek ailede yaşayan katılımcılardan daha yüksektir. Arkadaşla beraber yaşama ile diğer gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.
- Katılımcıların kronik hastalıklarının olması durumuna bakıldığında gruplar arasında PHQ ölçeği ortalamaları açısından anlamlı fark bulunamamıştır.
- Alkol kullanımı açısından bakıldığında PHQ-9 ölçeği ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur.
- Sigara kullanımına göre sigara içen katılımcıların PHQ-9 ölçeği ortalamaları içmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir.

- Egzersiz yapma durumuna göre bakıldığında, egzersiz yapmadığını ifade eden katılımcıların PHQ-9 ölçeği ortalamaları egzersiz yaptığını ifade eden katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur.
- Postpartum dönemdeki kadın katılımcıların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği risk gruplarında olma sıklığında eğitim düzeyi, ortalama aylık gelir düzeyi, ikamet yeri, kiminle yaşadığı, sosyal sigortası olma durumu, kronik hastalığı olma durumu, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu ve egzersiz yapma durumuna göre bakıldığında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Depresyon sıklığı günümüzde artarak görülmeye devam etmektedir ve ilerleyen zaman dilimlerinde de mücadele edilmesi gereken en önemli sağlık sorunlarından biri olarak karşımıza çıkacaktır. Depresyona etki eden faktörlerin tespiti erken tanı açısından yol aydınlatıcı olacaktır. Çalışmamızda kadın olma, geniş ailede ya da yalnız yaşama, sigara içme ve sedanter yaşam depresyon olasılığını artırırken evlilik ve egzersiz yapma koruyucu olarak bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri, ikamet yeri, sosyal sigortasının olup olmaması ve kronik hastalık durumlarının depresyon riskini etkilemediği sonucuna varılmıştır. Günümüzde değişen aile yapılarının, fiziksel aktiviteden uzak yaşam tarzının, kadın cinsiyet faktörünün bu konuya etkisini daha detaylı şekilde incelemek depresyonla mücadelede elimizi güçlendirecektir.

Birinci basamak hekimlerinin depresyon taraması açısından mevcut ölçekleri kullanması mutlaka tanı sıklığını arttıracaktır böylece daha fazla insan depresyonla daha erken şekilde mücadele etme şansı bulacak ve depresyonun yıkıcı etkilerinden daha fazla korunacaktır. Gebe ve doğum sonrası anne ve çocuk takibinin en sık yapıldığı yerlerden olan birinci basamakta, sadece fiziksel değil ruhsal değerlendirme ve takibin de yapılması bu grubun depresyon açısından da taranmasına yardımcı olacak ve anne çocuk sağlığını ve dolayısıyla aile sağlığını korumada çok önemli yapı taşlarından birini tamamlamış olacaktır.

7. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerde Depresyon Taraması

Amaç: Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü bireylerde depresyon oranını, depresyona predispozan faktörleri araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza 408 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış hastaların sosyodemografik özelliklerini ve sağlık bilgilerini değerlendiren 17 soru ve PHQ-9 depresyon tarama anketi, gebe veya postpartum dönemdeki katılımcılara ek olarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak belirtilmiş olup Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenen bağımlı değişkenlerin normal dağılımı uymadığı belirlenmiştir. İkili grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi, bu gruplar arasındaki farklılıkların tespit edilmesinde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Mann Whitney U testi sonuçlarına Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Sıklıkların karşılaştırması Ki-Kare analizi ve Fisher's Exact testi ile yapılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında değerlendirilmiş olup anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %69,1'i kadındır. %96,5'i yüksekokul (2 yıllık) ve üniversite mezunudur (4 yıllık). %75,2'si evlidir. %92,6'sı çalışmaktadır. %90,2'sinin ortalama aylık geliri 3000 TL üzerindedir. %73,3'ü il merkezinde yaşamaktadır. %76,9'u çekirdek ailesi ile yaşamaktadır. %93,1'inin Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan sigortası vardır. %83,8'inin herhangi bir kronik hastalığı yoktur. %70,6'sı sigara kullanmamaktadır. %58,8'i alkol kullanmaktadır. %33,8'i hiç egzersiz yapmadığı söylemiştir. Kadın katılımcıların %12,4'ü gebe olduğunu söylemiştir. Gebe ve postpartum dönemdeki 53 kadının %62,3'ü depresyon riski yüksek olan grupta yer almaktadır.

Sonu: Depresyon tanısı alan hastaların sayısı giderek artmaktadır. Kadın olma, geniş ailede ya da yalnız yaşama, sigara içme ve sedanter yaşam gibi predispozan faktörlerin aydınlatılması hastalığın tanı ve tedavi süreçlerini geliştirmek için büyük önem arz etmektedir. Hastalığın erken tanısı açısından birinci basamak hekimlerine büyük görev düşmektedir. Özellikle gebe ve postpartum dönemdeki kadınların psikiyatrik değerlendirme ve takipleri unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, PHQ-9 Öleği, Postpartum Depresyon, Edinburgh Postpartum Depresyon Öleği



8. ABSTRACT

Depression Screening in People Over the Age of 18 Applying to the Family Medicine Outpatient Clinic of Akdeniz University Hospital

Aim: In this study, it is aimed to research the rate of depression and the predisposing factors of depression in individuals over the age of 18 who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic of Akdeniz University Hospital.

Material and Method: 408 individuals participated in this study. 17 questions and PHQ-9 depression screening survey evaluating sociodemographic characteristics and health information of patients prepared by researchers was applied to participants by face-to-face interview technique. In addition to the participants in pregnant or in postpartum period, Edinburg Postpartum Depression Scale was applied by face-to-face interview technique. Statistical analyzes are performed by SPSS 22.0 Programme. Descriptive statistics were given as numbers and percentages, and it was determined that the dependent variables examined with the Kolmogorov Smirnov normality test are not normally distributed. Mann Whitney U test was used to compare the means of two groups. The Kruskal-Wallis test was used to compare the means of more than two groups, and the Mann Whitney U test was used to determine the differences between these groups. Benferrini correction was applied to the results of Mann Whitney U Test. The comparison of frequencies was determined by Chi-Square analysis and Fisher's Exact test. The result was evaluated within %95 confidence interval, and the significance level was accepted as $p < 0,05$.

Findings: 69,1% of the participants are women. 96,5% of the participants are graduated from college or university. 72,2% of them are married. 92,6% of them have a job. The average monthly income of 90,2% of them is over 3000 TL. 73,3% of them live in the city center. 76,9% of them live with their nuclear family. 93,1% of them have insurance from Social Security Institution. 83,8% of them do not have any chronic illnesses. 70,6% of them smoke cigarettes. 58,8% of them drink alcohol. 33,8% of them have never exercised before. 12,4% of women

participants are pregnant. 62,3% of 53 women in pregnant or postpartum period are placed in the group with high depression risk.

Result: The number of patients diagnosed with depression is gradually arising. Enlightening predisposing factors such as being a woman, living in a large family or alone, smoking and sedentary life has a great importance to improve the diagnosis and treatment process of depression. Primary care physicians have an important responsibility for the early diagnosis of the disease. Specially, the psychiatric evaluation and follow-up of women in pregnant and postpartum period should not be forgotten.

Key Words: Depression, PHQ-9 Scale, Postpartum Depression, Edinburgh Postpartum Depression Scale

9. KAYNAKLAR

1. The European Definition of General Practice / Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition. Erişim: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>. Erişim tarihi: 10.3.2017
2. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Arch Med Health Sci 2014; 2(2): 254-7. doi: 10.4103/2321-4848.144366
3. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health 2008; 62(7): 580-3. doi: 10.1136/jech.2007.071027
4. Wilson JMG, Jungner G. Public Health Papers. Principles and Practice of Screening for Disease. Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/17/WHO_PHP_34.pdf Erişim tarihi: 21.4.2017
5. Jacobi F, Rosi S, Faravelli C, Goodwin R, Arbabzadeh- Bouchez S, Lepine J-P. The Epidemiology of Mood Disorders. In Mood Disorders: Clinical Management and Research Issues. Edited by Griez E, Faravelli C, Nutt DJ, Zohar J. JohnWiley & Sons Ltd. 2005; 3-35
6. Cohen A. The primary care management of anxiety and depression: a GP's perspective. Advances in Psychiatric Treatment. Published online by Cambridge Uni Press 2008; 14(2): 98-105.
7. Gaynes BN, Jackson WJ, Rorie KD, Major Depressive Disorder in the Primary Care Setting. Strategies to Achieve Remission and Recovery. J Fam Practice 2015; 64(9): 4-15.
8. WHO Who Organization of Family Doctors. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. Erişim: www.who.int/mental_health/.../mentalhealthintopriarycare/.../index.html Erişim tarihi: 21.4.2017
9. Chin WY, Wan EYF, Choi EPH, Chan KTY, Lam CLK. The 12-Month Incidence and Predictors of PHQ-9- Screened Depressive Symptoms in

- Chinese Primary Care Patients. *Ann Fam Med* 2016; 14(1): 47-53. doi: 10.1370/afm.1854.
10. Maurer DM. Screening for Depression. *Am Fam Physician* 2012; 85(2): 139-44.
 11. Kılıç C, Enrol N, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Ön Rapor. TC. Sağlık Bakanlığı, Aydoğdu Ofset, Ankara 1997; 34-43.
 12. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Int Med* 1999; 14(9): 569-80. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.03478.x
 13. Soon JA, Levine M. Screening depression in patients in long term care facilities: a randomized controlled trial of physician response. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(6): 1092-9. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50266.x
 14. World Health Organization. Depression, Factsheet. WHO. Erişim. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Erişim tarihi: 15.07.2016
 15. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011; 7(Suppl 1): 3-7. doi: [10.2147/NDT.S19617](https://doi.org/10.2147/NDT.S19617)
 16. 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.
 17. Halverson JL, Depression. Eds: Bienenfeld D. Medscape Update Aug 2020. Erişim. <http://emedicine.medscape.com/article/286759-overview#a5> Erişim tarihi: 15.04.2021
 18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-5). 5th Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
 19. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C ve ark. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014; 25(4): 264-81. ISSN: 1300-2163 / 2651-3463

20. TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Eds: Ünal B, Ergör G. Ankara 2013. ISBN: 978-975-590-461-0
21. Siu AL, USPSTF, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Bauman LC, Davidson KW, Ebell M. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2016; 315(4): 380-7. doi: 10.1001/jama.2015.18392
22. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU, Henderson JT, Bigler KD, Whitlock EP. Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 128. AHRQ Publication No. 14-05208-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
23. American Psychiatric Association. Depression Screening Rates in Primary Care Remain Low. Erişim: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/depression-screening-rates-in-primary-care-remain-low>. Erişim tarihi: 15.04.2017
24. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, AND Colleagues. Test Review: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Rehabilitation Counseling Bulletin 2014; 57(4): 246-8.
25. Jadhav S. The Cultural Construction of Western depression. In: Skultans V, Cox J (Eds.), Anthropological Approaches to Psychological Medicine, Crossing Bridges London, Jessica Kingley Publishers 2000; 41-65.
26. Akiskal HS. Mood disorders: introduction and overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI. Baltimore: Williams and Wilkins 1995; 1067-79.
27. Babaoğlu A. Psikiyatri Tarihi. İstanbul, Okuyan Us Yayınları 2002; 56, 95, 188-9.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-VTM. Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. (Çev. Köroğlu E.). Birinci Baskı HYB Yayınları İstanbul 2013; 194-7.

29. Barret JR, Williams Jr JW, Oxman TE, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. *J Fam Prac* 2001; 50(5): 405-13.
30. Maksimowski M, Raddock M. Behavioral Health Consult: Targeting Depression: Primary care tips and tools. *J Fam Pract* 2017; 66(4): 244-9.
31. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997; 13(2): 116-37. doi: 10.1097/00002508-199706000-00006
32. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th rev ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins 2003; 830-4.
33. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü baskı (1994). Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994; 63-151.
34. Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth edition, Williams&Wilkins, Baltimore 1995; 1079-89.
35. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1993; 53-68.
36. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Ss 2005. CD002792. doi:sd 10.1002/14651858. CD002792.pub2. PMID 16235301. 7 Ocak 2009 tarihinde arşivlendi. Erişim tarihi: 24/07/2017
37. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2005; 172(1): 33-5. doi: [10.1503/cmaj.1030823](https://doi.org/10.1503/cmaj.1030823)
38. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion no. 343; psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention *Obstet Gynecol* 2006; 108(2): 469-77. doi: 10.1097/00006250-200608000-00046

39. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12(7): 439-45. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x
40. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9, Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606–13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
41. Sari YE, Kokoglu B, Balcioglu H, Bilge U, Colak H, Unluoglu I. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. *Biomedical Research India* 2016; 27: 460-2.
42. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer L. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med* 2001; 63(4): 679-86. doi: 10.1097/00006842-200107000-00021
43. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8(4): 280-7.
44. Hisli Sahin N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6(22): 118-26.
45. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara* 1996; 51-2.
46. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *North Clin Istanbul* 2018; 5(3): 216-20. doi: 10.14744/nci.2017.85047
47. Carroll AE, Biondich P, Anand V, Dugan TM, Downs SM. A randomized controlled trial of screening for maternal depression with a clinical decision support system. *J Am Med Inform Assoc* 2013; 20(2): 311-6. doi: 10.1136/amiajnl-2011-000682
48. 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; 159(6): 909-16. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909.

49. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischouulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(1): 13-7. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2003.07.004
50. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T, Raitasalo R. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry* 2002; 56(4): 261-4. doi: 10.1080/08039480260242741
51. Tamam L, Karatuğ MO, Namlı Z. Depresyonun ekonomik maliyeti. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Spec Topics* 2012; 5(2): 103-6.
52. Johnstone A, Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. A Controlled trial. *Lancet* 1976; 1(7960): 605-8. doi: 10.1016/s0140-6736(76)90415-3
53. Moore JT, Silimperi DR, Bobula JA. Recognition of depression by family medicine residents: the impact of screening. *J Fam Pract* 1978; 7(3): 509-13. PMID: 690583
54. Linn LS, Yager J. The effect of screening, sensitization, and feedback on notation of depression. *J Med Educ* 1980; 55(11): 942-9. doi: 10.1097/00001888-198011000-00007
55. Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care* 1990; 28(3): 239-50. doi: 10.1097/00005650-199003000-00004
56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
57. Dowrick C. Does testing for depression influence diagnosis or management by general practitioners? *Fam Pract* 1995; 12(4): 461-5. doi: 10.1093/fampra/12.4.461
58. Halfin A Depression: the benefits of early and appropriate treatment. *Am J Manag Care* 2007; 13(4 Suppl): 92-7.

59. Tezvaran Z, Akan H, İzbirak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. *Turkish Family Physician* 2010; 1(3): 1-7.
60. Yalçın BM, Öztürk O. The management of major depressive disorder in primary care. *Turk J Fam Med Prim Care* 2016; 10(4): 250-8.
61. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative Care for Depression: a cumulative meta-analyses and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166(21): 2314-21. doi: 10.1001/archinte.166.21.2314
62. Greden JF. Antidepressant maintenance medications: when to discontinue and how to stop. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 39-45; discussion: 46-7.
63. Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Taylor J. Long term outcome of episodes of major depression; clinical and public health significance. *JAMA* 1984; 252(6): 788-92.
64. Arrol B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 3: CD007954. doi: 10.1002/14651858.CD007954
65. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı MN Medikal&Nobel 2006; 183-220.
66. Stahl SM. Mechanism of action of serotonin selective reuptake inhibitors. Serotonin receptors and pathways mediate therapeutic effects and side effects. *J Affect Disord* 1998; 51(3): 215-35. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00221-3
67. Wang SM, Pae CU. How much to worry about the FDA warning in the use of citalopram? *Expert Rev Neurother* 2013; 13(8): 883-6. doi: 10.1586/14737175.2013.820450
68. 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.
69. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Majör Depresif Bozukluğa Yaklaşım. *Turk J Fam Med Prim Care* 2016; 10(4): 250-8.

70. Badger F, Nolan P. Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. *J Clin Nurs* 2007; 16(7): 1343-52. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01769.x
71. 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. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024729
72. Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(6): 1000-5. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.1000
73. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9(9): CD004366. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6
74. Röder C, Schafer M, Leucht S. Meta-analysis of effectiveness and tolerability of treatment of mild to moderate depression with St. John's Wort. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72(6): 330-43. doi: 10.1055/s-2003-812513
75. Alptekin K, Duyan V. İntihar ve İntiharı Önleme. 1. Baskı İstanbul: Yeni İnsan 2009; 77-93.
76. Eskin M. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. 1. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi 2003; 318-9.
77. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294(16): 2064-74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064
78. Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C, Cordingley L, et al. Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability. *BMC Research Notes* 2010; 3(1): 246.
79. Bronisch T. The relationship between suicidality and depression. *Archives of Suicide Research* 1996; 2(4): 235-54. Doi: [10.1080/13811119608259005](https://doi.org/10.1080/13811119608259005)
80. Sayıl I. İntiharı Önleme. *Türkiye Klinikleri, J Psychiatry-Special Topics*, 2008; 1(3): 53-7.

81. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014. Erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> Erişim tarihi: 14.01.2021
82. Weeks SK, Anderson MA, Harmon LS, Michaels TK. Getting inside depression and suicide ideation. *Nurs Manage* 2004; 35(10): 42-6. doi: 10.1097/00006247-200410000-00012
83. Sun FK, Long A, Boore J, Tsao LI. Suicide: A literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12(4): 447-55. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00863.x
84. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi* 2003; 11(1): 13-24.
85. Özgüven HD. İntihar davranışı riskinin değerdendirmesi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2008; 1(3): 8-14.
86. Özgüven HD, Sayıl I. Koruyucu psikiyatri açısından intihar davranışı ve krize müdahale. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2011; 4(4): 44-8.
87. de Silva JAM, Siegmund G, Bredemeier J. Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends Psychiatry Psychother* 2015; 37(4): 171-82. doi: 10.1590/2237-6089-2014-0026
88. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson EM, Ostamo AI, Lönnqvist JK. Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1998; 155(12): 1778-80. doi: 10.1176/ajp.155.12.1778
89. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 1/ year follow up in a suburban catchment area. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77(5): 598-603. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb05173.x
90. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Derg* 2004; 12(3): 53-62.
91. Grimholt TK, Jacobsen D, Haavet OR, Sandvik L, Jorgensen T, Norheim AB, et al. Structured follow-up by general practitioners after deliberate self-

- poisoning: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2015; 15(1): 245. doi: [10.1186/s12888-015-0635-2](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0635-2)
92. Angst J, Gamma A, Gastpar M, L  pine JP, Mendlewicz J, Tylee A, Depression Res Eur Soc Study. Gender differences in depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience 2002; 252(5): 201-9. doi: 10.1007/s00406-002-0381-6
93. Tuncel TD. Türkiye’de 18-25 ya   grubu   niversite öğrencileri arasında görülen depresyonun; benlik saygısı, aile bağlılığı, akademik başarı ve cinsiyet ile olan ilişkisi ve depresyonda olan bu öğrencilerin süresi sınırlı psikodinamik psikoterapi ile tedavisi. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi 2018; 1(2): 74-96.
94. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. Br J Psychiatry 2000; 177(6): 486-92. doi: 10.1192/bjp.177.6.486
95. Goodwin RD, Gotlib IH. Gender differences in depression: the role of personality factors. Psychiatry Res 2004; 126(2): 135-42. doi: 10.1016/j.psychres.2003.12.024
96.   zen   ınar   , Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Prev Med Bull 2008; 7(5): 399-404.
97. Ta  B,   me Y. Bo anmı  ve Evli Bireylerin Depresyon,   nternet Bağımlılığı D  zeylerinin   ncelenmesi. Electronic Turkish Studies 2009; 14(6): 3491-503. doi: 10.29228/TurkishStudies.37018
98. Frech A, Williams K. Depression and the psychological benefits of entering marriage. J Health Soc Behav 2007; 48(2): 149-63. doi: 10.1177/002214650704800204
99. Williams K. Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. J Health Soc Behav 2003; 44(4): 470-87. PMID: 15038144
100. Whisman MA. Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. J Abnorm Psychol 2007; 116(3): 638-43. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.638

101. Cano A, O'Leary KD. Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(5): 774-81. PMID: 11068963.
102. Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst* 2007; 1(1): 4. doi: 10.1186/1752-4458-1-4
103. 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
104. 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
105. 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](https://doi.org/10.4314/ijmu.v2i1.39843)
106. Kamble SV, Dhumale GB, Goyal RC, Phalke DB, Ghodke YD. Depression among elderly persons in a primary health centre area in Ahmednagar, Maharashtra. *Indian J Public Health* 2009; 53(4): 253-5. PMID: 20469769
107. Fukuda Y, Hiyoshi A. Influences of income and employment on psychological distress and depression treatment in Japanese adults. *Environ Health Prev Med* 2012; 17(1): 10-7. Doi: [10.1007/s12199-011-0212-3](https://doi.org/10.1007/s12199-011-0212-3)
108. Rai D, Zitko P, Jones K, Lynch J, Araya R. Country-and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *Br J Psychiatry* 2013; 202(3): 195-203. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112482
109. van der Wurff FB, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, Verhoeff A. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disorders* 2004; 83(1): 33-41. doi: 10.1016/j.jad.2004.04.009

110. Brody DJ, Pratt LA, Hughes JP. Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief* 2018; 303: 1-8. PMID: 29638213
111. Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry* 2018; 17(1): 76-89. doi: 10.1002/wps.20492
112. 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. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.032
113. Romans S, Cohen M, Forte T. Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46(7): 567-75. doi: 10.1007/s00127-010-0222-2
114. Wang JL. Rural–urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1): 19-25. doi: 10.1007/s00127-004-0698-8
115. Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell MP, Baxley EG. Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. *Fam Med (Kansas City)* 2006; 38(9): 653-60. PMID: 17009190
116. Emptage NP, Sturm R, Robinson RL. Depression and comorbid pain as predictors of disability, employment, insurance status, and health care costs. *Psychiatr Serv* 2005; 56(4): 468-74. doi: 10.1176/appi.ps.56.4.468
117. 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
118. Kellam SG. Developmental epidemiological framework for family research on depression and aggression. Ed. Patterson GR, Lawrence Erlbaum Ass., 1990; 11-48.

119. Cairney J, Boyle M, Offord DR, Racine Y. Stress, social support and depression in single and married mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(8): 442-9. doi: 10.1007/s00127-003-0661-0
120. Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2007; 7(1): 1-12. doi: 10.1186/1471-244X-7-57
121. 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
122. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord* 2018; 241: 461-8. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.011
123. Katon W. The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18(4): 215-9. doi: 10.1016/0163-8343(96)00065-5
124. 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
125. 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.
126. 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
127. 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

128. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011; 106(5): 906-14. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
129. 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.
130. Velioğlu 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>
131. 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
132. Berlin I, Covey LS, Glassman AH. Smoking and depression: a co-morbidity. *J Dual Diagnosis* 2009; 5(2): 149-58.
<https://doi.org/10.1080/15504260902870129>
133. Başar S. Düzenli egzersizin depresyon, mutluluk ve psikolojik iyi oluş üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2018; 5(3): 25-34.
134. Lindwall M, Rennemark M, Halling A, Berglund J, Hassmén P. Depression and exercise in elderly men and women: findings from the Swedish national study on aging and care. *J Aging Phys Act* 2007; 15(1): 41-55. doi: 10.1123/japa.15.1.41
135. Bal F, Aras H. Sporun Depresyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *J Int Soc Res* 2020; 13(73). https://www.sosyalarastirmalar.com/cilt13/sayi73_pdf/8diger_sosyalbilimler/bal_fatih.pdf
136. Adagide S. Depresyon tanısı alan bireylerde fiziksel egzersizin depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Doktora Tezi, Tez Danışmanı Prof.Dr. Nimet Karataş, Erciyes Üni Sağlık Bil Enst Hemşirelik AD, Kayseri 2015.

137. Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4: CD004366. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub4
138. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Edirne Merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2002; 2: 834-9.
139. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; 8(1): 31-46.
140. Alharbi AA, Abdulghani HM. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 311. doi: 10.2147/NDT.S57556
141. Bingöl TY, Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri ile Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; 10(3): 1-6.
142. Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Inadera H, Jap Envir Child Study (JECS) Group. Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 419. doi: 10.1186/s12888-019-2401-3
143. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Med Bull Haseki* 2016; 54(2): 83-9. DOI: 10.4274/haseki.2856
144. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2002; 37(3): 125-9. doi: 10.1007/s001270200004
145. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord* 2011; 130(1-2): 133-7. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.024

146. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(4): 316-21. doi: 10.1007/s00127-007-0168-1
147. Vigod SN, Tarasoff LA, Bryja B, Dennis CL, Yudin MH, Ross LE. Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ* 2013; 185(13): 1129-35. Doi: [10.1503/cmaj.122028](https://doi.org/10.1503/cmaj.122028)
148. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İliőekli Değişkenler. *Yeni Symposium Derg* 2012; 50(3): 145-54.
149. Arslantas H, Ergin F, Balkaya NA. Postpartum Depression Prevalence and Related Risk Factors in Aydın. *ADU Medical Fac J* 2009; 10(3): 13-22.
150. Kazmi SF, Khan M, Tahir R, Dil S, Khan AM. Relationship between social support and postpartum depression. *Ann Pak Inst Med Sci* 2013; 9(4): 191-4.
151. Dubey C, Gupta N, Bhasin S, Muthal RA, Arora R. Prevalence and associated risk factors for postpartum depression in women attending a tertiary hospital, Delhi, India. *Int J Soc Psychiatry* 2012; 58(6): 577-80. doi: 10.1177/0020764011415210
152. Honjo K, Kimura T, Baba S, Ikehara S, Kitano N, Sato T, Katoh T. Association between family members and risk of postpartum depression in Japan: Does "who they live with" matter? -The Japan environment and Children's study. *Soc Sci Med* 2018; 217: 65-72. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.043
153. Ateşer G, Öz İş, Sardarli S, Aydın DS, Boran BA. Doğumun Yöntemi Anne Postpartum Duygu Durumunu Etkiliyor mu? Postpartum SCL-90R. *Istanbul Med J* 2017; 18(2): 62-7. doi: 10.5152/imj.2017.15013
154. Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health* 2010; 55(6): 543-9. doi: 10.1007/s00038-010-0182-z
155. Kirpinar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010; 19(3-4): 422-31. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03046.x

156. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Derg* 2006; 3(1): 26-31.
157. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5(2): 65-72. doi: 10.1007/s00737-002-0140-8
158. Eren Tİ. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri. Uzmanlık Tezi, Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zeynep Vural, SB Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul 2007.
159. Kurçer MA, Keleş E. Doğum Sonrası Depresif Belirtilere Sigaranın ve Gebelikteki Bazı Sorunların İlk ve 60. Günlerdeki Etkisinin Karşılaştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009; 8(4): 323-8.
160. Karakaş NM, Güneş G, Sarıbıyık M. Battalgazi’de Postpartum Depresyon Riski Ve Etkili Faktörler. *İnönü Üni Sağlık Hizmetleri MYO Dergisi* 2014; 2(1): 1-12.
161. Arıkan I, Demir BK, Korkut Y, Sahin S, Dibeklioglu SE. Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Çocuk ve Erişkin Klinik Psikoloji Kongresi* 23-26 Eylül 2016; 17: 27.
162. Salimi S, Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. The relationship between postpartum depression and perinatal cigarette smoking: an analysis of PRAMS data. *J Subst Abuse Treat* 2015; 56: 34-8. doi: 10.1016/j.jsat.2015.03.004
163. Chen HL, Cai JY, Zha ML, Shen WQ. Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2019; 40(2): 97-105. doi: 10.1080/0167482X.2017.1415881
164. Wilton G, Moberg DP, Fleming MF. The effect of brief alcohol intervention on postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009; 34(5): 297-302. doi: 10.1097/01.NMC.0000360422.06486.c4
165. Nunes AP, Phipps MG. Postpartum depression in adolescent and adult mothers: comparing prenatal risk factors and predictive models. *Matern Child Health J* 2013; 17(6): 1071-9. doi: 10.1007/s10995-012-1089-5

166. de Vargas Nunes Coll C, Domingues MR, Stein A, da Silva BGC, Bassani DG, Hartwig FP, et al. Efficacy of regular exercise during pregnancy on the prevention of postpartum depression: the PAMELA randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2019; 2(1): e186861. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.6861
167. Carter T, Bastounis A, Guo B, Morrell CJ. The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2019; 22(1): 37-53. doi: 10.1007/s00737-018-0869-3
168. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cervero-Redondo I, Martínez-Vizcaino V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth* 2017; 44(3): 200-8. doi: 10.1111/birt.12294
169. McCurdy AP, Boulé NG, Sivak A, Davenport MH. Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2017; 129(6): 1087-97. doi: 10.1097/AOG.0000000000002053

Ek 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

BİRİNCİ BASAMAKTA DEPRESYON TARAMASI ÇALIŞMASI ANKETİ

MERHABA;

Bu çalışma birinci basamağa başvuran bireyleri depresyon açısından taramak ve saptandığında erken tedavi edebilmek amacıyla yürütülmektedir. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde depresyonu taramak için geliştirilmiş bir anket vardır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkla işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bölüm 1. Demografik Bilgi Soruları

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Medeni durumunuz: Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Eşi ölmüş ☐

İkamet yeriniz: İl Merkezi ☐ İlçe ☐ Köy ☐

Eğitim düzeyiniz: İlköğretim ☐ Lise ☐
Yüksekokul (2 yıllık) ☐ Üniversite(4 yıl ve üzeri) ☐

Mesleğiniz: (Lütfen yazınız):

Kiminle yaşıyorsunuz? Yalnız ☐

Aile (eş ve çocuklar) ☐

Sadece çocuklar ☐

Aile (anne-baba-diğer akrabalar) ☐

Ailenizin gelir düzeyi: Düşük (ayda 1000 TL'den az) ☐

Orta (Ayda 1000-3000 TL) ☐

Yüksek (ayda 3000 TL ve üzeri) ☐

Sosyal güvenceniz: Yok ☐ SGK (ES, Bağkur, SSK) ☐

Yeşil kart ☐ Özel Sigorta ☐

Alışkanlıklarınız var mı? Sigara ☐ (miktar) ____/gün ____ Alkol ☐ (miktar)

İlaç/madde (lütfen yazınız)

Haftada kaç dakika egzersiz yapıyorsunuz? Hiç ☐ 60 dakikadan az ☐
60 – 120 dakika ☐ 120 dakikadan fazla ☐

İlaç kullanmanızı gerektiren diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığınız var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Varsa lütfen hangi hastalığınız (ya da hastalıklarınız) olduğunu ve hangi ilaçları kullandığınızı yazınız.

Herhangi bir engellilik durumunuz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Varsa lütfen ne çeşit engellilik durumunuz olduğunu ve kullandığınız protezleri belirtiniz.

Aşağıdaki ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Depresyon ☐ Anksiyete bozukluğu ☐ Obsesif- kompulsif bozukluk ☐ Şizofreni ☐

Diğer (lütfen yazınız)

BÖLÜM 2. Bu bölümdeki sorular sizin kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir.

A. HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı “✓” işaretiyle gösteriniz)	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak				
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek				
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak				
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması				
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek				
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz				
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz				
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				
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri				
Ara toplam: _____ 0 _____ + _____ + _____ + _____				
Total skor: _____				
Bu sorunlardan <u>herhangi</u> birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar <u>zorluk yarattı</u>? Hiç zorluk yaratmadı ☐ Oldukça zorluk yarattı ☐ Çok zorluk yarattı ☐ Aşırı derecede zorluk yarattı ☐				

B. Bu bölümdeki sorular yalnızca gebe kadınlar ve postpartum dönemdeki kişiler tarafından doldurulacaktır.

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. **Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.**

Son 7 gündür; 1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum ☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Artık pek o kadar değil ☐ Artık kesinlikle o kadar değil ☐ Artık hiç değil Son 7 gündür; 2. Geleceğe hevesle bakıyorum ☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Artık pek o kadar değil ☐ Artık kesinlikle o kadar değil ☐ Artık hiç değil Son 7 gündür; 3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum. ☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, bazen ☐ Çok sık değil ☐ Hayır, hiçbir zaman Son 7 gündür; 4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum ☐ Hayır, hiçbir zaman ☐ Çok seyrek ☐ Evet, bazen ☐ Evet, çoğu zaman Son 7 gündür; 5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum. ☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, bazen ☐ Çok sık değil ☐ Hayır, hiçbir zaman	Son 7 gündür; 6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor. ☐ Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum. ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum. ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum. ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum Son 7 gündür; 7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum ☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, bazen ☐ Çok sık değil ☐ Hayır, hiçbir zaman Son 7 gündür; 8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum ☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, bazen ☐ Çok sık değil ☐ Hayır, hiçbir zaman Son 7 gündür; 9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum ☐ Evet, çoğu zaman ☐ Evet, oldukça sık ☐ Çok seyrek ☐ Hayır, asla Son 7 gündür; 10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu. ☐ Evet, oldukça sık ☐ Bazen. ☐ Hemen hemen hiç ☐ Asla
--	---