



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK
BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN DEPRESYON
HASTALARINDA SOSYAL DESTEK DURUMU VE
TEDAVİYE UYUMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Arş. Gör. Dr. Gizem ŞEN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AFYONKARAHİSAR 2021

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN DEPRESYON
HASTALARINDA SOSYAL DESTEK DURUMU VE
TEDAVİYE UYUMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Gizem ŞEN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

AFYONKARAHİSAR 2021

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Başlığı: Birinci Basamağa Başvuran Depresyon Hastalarında Sosyal Destek Durumu ve Tedaviye Uyuma Etki Eden Faktörler

Tezi Hazırlayan: Arş. Gör. Dr. Gizem ŞEN

Tez Savunma Tarihi: 18.02.2021

Tez Kabul Tarihi: 18.02.2021

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

İş bu çalışma jürimiz tarafından AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI'nda
TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

Üye

Prof. Dr. Neşe DEMİRTÜRK

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Funda YILDIRIM

BAŞ

ONAY

DEKAN

Prof. Dr. Necip BECİT

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden her zaman istifade ettiğim, tezimin gerçekleşmesi ve takdim edilmesinde deneyimleri ve bakış açısıyla bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nazlı Şensoy'a,

Tez verilerimi toplama sürecinde benden ilgilerinin esirgemeyen Dr. Aslan Kurt'a, Dr. Özgür Arzu Sapan Poyrazoğlu'na, Dr. Hayri Nuri Topçu'ya, Dr. Mehmet Şensoy'a, Dr. Yavuz Anıl'a, Dr. Murat Aslan'a,

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde değerli katkılarından dolayı sayın Prof. Dr. Nurhan Doğan'a,

Uzmanlık eğitimim vesilesi ile tanıdığım canım arkadaşlarım, Dr. Burcu Güney'e, Dr. Gülden Küçükaslan'a, Dr. Damla Yılmaz'a, Dr. Selen Bal'a, Dr. Seda Demirbüken'e,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum saygıdeğer hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Benim için kelimeler ile anlatılamayacak kadar değerli, hayatımın her anında en büyük desteğim canım annem Sıdika Şen'e, her koşulda yanımda olan, hayatta tanıdığım en dürüst ve iyi kalpli insan canım babam Kerim Şen'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Gizem ŞEN
AFYONKARAHİSAR 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMA VE SİMGELER.....	V
TABLolar ÇİZELGESİ	VI
ŞEKİLLER ÇİZELGESİ	IX
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Depresyon.....	5
2.1.1. Tarihçesi	6
2.1.2. Epidemoloji	7
2.1.3. Klinik	8
2.1.4. Sınıflama.....	9
2.1.5. Nörobiyolojisi ve Risk Faktörleri	9
2.1.6. Tanı ve Ayırıcı Tanı	11
2.1.7. Tedavi	13
2.1.8. Depresyondaki Bireylerin Değerlendirilmesi	15
2.2. Depresyon Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	16
2.3. Depresyon ve Sosyal Destek	19
2.4. Depresyon ve Tedaviye Uyumun Önemi	20
2.4.1. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler	21
2.4.2. Tedaviye Uyumu Değerlendirmede Kullanılan Araçlar.....	22
III. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Modeli	24
3.2. Evren ve Örneklem.....	24
3.3. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....	25
3.4. Verilerin Toplanması.....	26
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6. Verilerin İstatiksel Analizi	28
IV. BULGULAR.....	29
4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	29

4.2. Katılımcıların Depresyona Yönelik Özellikleri	33
4.3. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumuna Ait Özellikler	35
4.4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin İlişkisi	37
4.5. Katılımcılarda Sosyal Destek Durumu.....	46
4.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi.....	46
4.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin İlişkisi.....	56
4.6. Katılımcılarda Tedaviye Uyuma Etki Eden Faktörler	58
4.6.1. Modifiye Morisky Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi....	58
4.6.2. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hasta ve Çevresiyle İlgili Risk Faktörleri İlişkisi	68
4.6.3. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastanın İlaç Kullanım Durumu Arasındaki İlişki	72
4.6.4. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki	75
4.6.5. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri Arasındaki İlişki	77
4.6.6. Modifiye Morisky Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki	79
V. TARTIŞMA	81
5.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	81
5.2. Katılımcıların Depresyona Yönelik Özellikleri	85
5.3. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumuna	88
5.4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin İlişkisi	89
5.5. Katılımcılarda Sosyal Destek Durumu.....	93
5.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi.....	93
5.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin İlişkisi.....	98

5.6. Katılımcılarda Tedaviye Uyuma Etki Eden Faktörler	98
5.6.1. Modifiye Morisky Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi....	99
5.6.2. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hasta ve Çevresiyle İlgili Risk Faktörleri İlişkisi	102
5.6.3. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastanın İlaç Kullanım Durumu Arasındaki İlişki	103
5.6.4. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki	105
5.6.5. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri Arasındaki İlişki	105
5.6.6. Modifiye Morisky Ölçeğine ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki	106
VI. SONUÇ	107
VII.ÖNERİLER	109
VIII. ÖZET	110
XI. SUMMARY	111
KAYNAKLAR	112
EKLER.....	123
Ek 1-Etik Kurul İzin Belgesi	123
Ek 2-Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İzin Belgesi	124
Ek 3-Anket Formu.....	126

KISALTMA VE SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
COPD	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama-amino-bütirik Asit
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HHA	: Hipotalamik-Hipofiz Adrenal Aksı
İUBÖ	: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği
M.Ö.	: Milattan Önce
MUÖ	: Morisky Uyum Ölçeği
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
TSA	: Trisklik Antidepresan
ZDÖ	: Zung Depresyon Ölçeği
d	: Araştırmada Belirlenecek Hızın Olası Standart Sapması
n	: Örneklem Alınacak Birey Sayısı
N	: Evrendeki Birey Sayısı
P	: İncelenen Olayın Görülme Boyutu
Q	: İncelenen Olayın Görülmeme Boyutu
Z	: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

TABLÖLAR ÇİZELGESİ

Tablo 1.	Depresyon Ayırıcı Tanısında Düşünülmeli Gereken Hastalıklar	12
Tablo 2.	Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	30
Tablo 3.	Kronik Hastalığı Olan Katılımcıların Hastalıklarına Ait Bulgular	32
Tablo 4.	Depresyona Yönelik Katılımcıların Özellikleri	34
Tablo 5.	Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumu İle İlgili Özellikler.....	35
Tablo 6.	Antidepresan İlaç Kullanımına Bağlı Katılımcılarda Ortaya Çıkan Yan Etkiler.....	36
Tablo 7.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Yaş Arasındaki İlişki..	37
Tablo 8.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 9.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki İlişki	38
Tablo 10.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Aile Tipi Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 11.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki	40
Tablo 12.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Yalnız Yaşama Durumu Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 13.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Meslek Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 14.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Aylık Gelir Durumu Arasındaki İlişki	42
Tablo 15.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Şu An Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki	43
Tablo 16.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Sigara Kullanma Durumu Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 17.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Kronik Hastalık Arasındaki İlişki	44
Tablo 18.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 19.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Daha Önce Psikiyatrik Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 20.	HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile İntihar Girişiminde Bulunma Durumu Arasındaki İlişki	46

Tablo 21. Yaş ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 22. Cinsiyet ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 23. Medeni Durum ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 24. Eğitim Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 25. Meslek ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 26. Aile Tipi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	52
Tablo 27. Yalnız Yaşama Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	52
Tablo 28. Şu Anda Yaşanılan Yer ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	53
Tablo 29. Çocuk Sahibi Olma Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	54
Tablo 30. Aylık Gelir Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	55
Tablo 31. Kronik Hastalık ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	56
Tablo 32. HAD-Anksiyete ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 33. HAD-Depresyon ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 34. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Yaş Arasındaki İlişki.....	59
Tablo 35. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 36. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Medeni Durum Arasındaki İlişki	61
Tablo 37. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki.....	63
Tablo 38. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Meslek Arasındaki İlişki	64
Tablo 39. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Aylık Gelir Durumu Arasındaki İlişki	65
Tablo 40. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Yalnız Yaşama Durumu Arasındaki İlişki.....	67

Tablo 41. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Şu An Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki.....	68
Tablo 42. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Depresyon Tedavi Süresi Arasındaki İlişki	69
Tablo 43. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu Arasındaki İlişki.....	70
Tablo 44. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Ailenin Depresyon Tedavisine Yaklaşımı Arasındaki İlişki.....	71
Tablo 45. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Antidepresan İlaç Raporu Arasındaki İlişki.....	73
Tablo 46. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Antidepresan İlaç Yan Etkisi Arasındaki İlişki.....	74
Tablo 47. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile HAD-Anksiyete Arasındaki İlişki.....	76
Tablo 48. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile HAD-Depresyon Arasındaki İlişki.....	77
Tablo 49. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Boyutu ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri	77
Tablo 50. Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon Düzeyi Alt Boyutu ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri	78
Tablo 51. Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon Düzeyi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	79
Tablo 52. Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon Düzeyi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	80

ŞEKİLLER ÇİZELGESİ

Şekil 1.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Yaş Grupları İlişkisi.....	58
Şekil 2.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Cinsiyet İlişkisi	60
Şekil 3.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Medeni Durum İlişkisi	61
Şekil 4.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki.....	62
Şekil 5.	Modife Morisky Ölçeği ile Meslek Arasındaki İlişki	63
Şekil 6.	Modife Morisky Ölçeği ile Aylık Gelir Durumu Arasındaki İlişki	65
Şekil 7.	Modife Morisky Ölçeği ile Yalnız Yaşama Durumu Arasındaki İlişki ...	66
Şekil 8.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Şu Anda Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki .	67
Şekil 9.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Depresyon Tedavi Süresi Arasındaki İlişki.....	68
Şekil 10.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu Arasındaki İlişki.....	70
Şekil 11.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Ailenin Depresyon Tedavisine Yaklaşımı Arasındaki İlişki	71
Şekil 12.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Antidepresan İlaç Kullanma Durumu Arasındaki İlişki	72
Şekil 13.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Antidepresan İlaç Raporu Arasındaki İlişki.....	72
Şekil 14.	Modifiye Morisky Ölçeği ile Antidepresan İlaç Yan Etkisi Arasındaki İlişki.....	74
Şekil 15.	Modifiye Morisky Ölçeği ile HAD-Anksiyete Arasındaki İlişki.....	75
Şekil 16.	Modifiye Morisky Ölçeği ile HAD-Depresyon Arasındaki İlişki.....	76

I. GİRİŞ ve AMAÇ

Depresyon; çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamları olan duygusal bir yaşantıdır. Elem ve keder duygularını barındırır. Kelime kökenini ise, Latince’de bulunan “depressus” kelimesinden yani “alçakta olmak, bastırmaktan” alır (1).

Hindistan’daki yaygın bir inanca göre; M.Ö. 1400-1500 yıllarından beri depresyonun ve ruhsal bozuklukların temel nedeni şeytandır. Birbirinden farklı yedi şeytanın insan ruhunu ele geçirmesi sonucu çeşitli depresyonların ortaya çıktığına inanılmaktadır (2).

Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin seyrinin, sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan; sıkıntı, keder içeren duygusal tepkilerden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen, hatta onun yaşamsal işlevlerini bozan, belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur (1).

Bir başka deyişle depresyon, kişinin günlük aktiviteleri, konuşması, düşünce yapısında yavaşlama ile birlikte bunalmışlık, çok üzgün olma, kendini değersiz, küçük, karamsar, isteksiz görme gibi duyguların bir arada olduğu bir hastalık durumudur (3). Depresyon çok ciddi semptomları olan, dünyada en önemli iş gücü kaybı nedenlerinden birisi olmasına rağmen hastaların çoğunluğu tedavi almamaktadır (4).

Yapılan geniş epidemiyolojik çalışmaların verilerine göre majör depresif bozukluğun yaşam boyu prevalans oranları %1,5 ile %19,6 arasındadır (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından depresyonun dünyadaki hastalık yükü oranı %4,4 olarak tahmin edilmektedir (5). Ülkemizde ise bu oranlar %8 ile %20 arasında değişmektedir (4). 2007’den 2017’ye kadar, bütün yaş grupları içinde engellilikle geçen yıl nedenleri arasında; üç nedenden birisi (%14,3) depresif bozukluklardır (6).

Depresyon yaygın ve tekrarlayabilen bir hastalık olmasına rağmen tedavi edilmediği durumda genel sağlıkta bozulma, ciddi fonksiyon kaybı ve hatta erken ölümlerle sonuçlanabilir (4). Depresyon hastalarının birçoğu psikiyatri kliniğine gitmeden önce sadece birinci basamakta tanı ve tedavi alır (7). Bu nedenle birinci basamakta çalışan hekimler, kendilerine başvuran hastalardaki depresyonun tanısında, tedavisinde ve gerektiğinde hastaların yönlendirilmesinde önemli bir konumdadır.

Birinci basamak hekimleri; ruhsal hastalıkların tanısında ve tedavisinde önemli rol oynayabilecek olmalarına rağmen; kişisel, ekonomik ve sosyal nedenlerden dolayı yeterince başarılı olamamaktadırlar. Aynı zamanda birinci basamak sağlık kuruluşlarına gelen çoğu hasta depresyona sahip olduğunun farkında değildir. Bu nedenle, tanı ve tedavide yaşanan sorunlar, depresyonun kronikleşmesine ve önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaya neden olabilmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu “bir sağlık bakım çalışanının öneri ve tavsiyelerine göre; bireyin ilaç kullanımına, diyetine uyma ve yaşam tarzında değişiklik yapma davranışlarını sağlaması” şeklinde tanımlamaktadır (9). Hastanın kontrollere düzenli gelmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmesi, planlanan tedavi programını tamamlaması tedavi uyumunun göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Tedavi uyumsuzluğu ise ilacın alındığı saatlere uyulmaması ve hekim tarafından tavsiye edilen dozda alınmaması ya da tedavinin vaktinden önce kesilmesi sebebiyle gelişebilir. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir (10).

Tedaviye uyumun azalması; hastalıkların kötü progresyonuna, tedavi başarısının azalmasına ve önlenebilir sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (11). Hastanın önerilen tedaviden maksimum yarar görebilmesi için tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin saptanıp tedavi rejimine uyumunu artırmak gerekmektedir. Bu durum aynı zamanda tedavinin düşük maliyetli olmasını sağlamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) tedavi uyumsuzluğu

nedeniyle meydana gelen hastane yatışlarının maliyetinin yıllık 100 milyar dolardan daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (12).

Yapılan çalışmalarda, sosyo-demografik özelliklerle depresyon arasındaki ilişkiden söz edilmektedir. Bu çalışmaların büyük bir kısmında depresyonun; sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar, sosyal desteği zayıf olanlar, kronik hastalığı bulunanlar ve kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (13).

Depresyon için risk faktörleri arasında sosyal desteğin olmaması önemli bir etkindir (8). Sosyal destek psikolojik sağlığın anahtar noktasıdır ve özel olarak iyileşmeye yardımcı olarak tanımlanmıştır (14). Bu bağlamda, sosyal destek iyileşmeyi sağlamada anlamlı bir güçtür. DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin 2008 yılında ortak yayınladıkları Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşım Bildirgesi'nde tüm toplumlarda sıklığı giderek artan psikiyatrik hastalıkların olabildiğince erken evrede, sistematik bir yaklaşımla, bireyin alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) etkin tedavisinin, başarıyı arttıracakları vurgulanmıştır (13). Aileye ilişkin etkenler arasında; ailenin yetersiz desteği, hastalık ve tedavi konusunda yetersiz bilgisi nedeniyle olumsuz inanç ve tutumlara sahip olması dolayısıyla hastalıkla etiketlenme korkusunu da sıralamaktadır.

Bu bağlamdan yola çıkılarak araştırmanın amacı, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru noktası olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvuran depresyon hastalarındaki sosyal destek durumlarına ve tedaviye uyumlarına etki eden faktörlerin belirlenmesidir. Araştırmanın amacı kapsamında ele alınan araştırma soruları aşağıda verilmiştir:

- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarında sosyal destek durumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarında tedavi hakkında bilgi ve motivasyon düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırmanın amacı kapsamında ele alınan araştırma sorularına göre araştırma hipotezleri aşağıda verilmiştir:

- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının sosyal destek durumları ile sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, yalnız yaşama durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi, şu an yaşanılan yer, kronik hastalık) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının tedavi hakkında bilgi ve motivasyon düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, yalnız yaşama durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi, şu an yaşanılan yer, kronik hastalık) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının tedavi hakkında bilgi ve motivasyon düzeyleri ile depresyona yönelik özellikleri (depresyon tedavi süresi, daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu, daha önce psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu, intihar girişiminde bulunma durumu, hastalığı için doktora başvurmadan önce destek alma durumu, ailede psikiyatrik öykü, ailenin depresyon tedavisine yaklaşımı) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının tedavi hakkında bilgi ve motivasyon düzeyi ile hekim uygulamalarına bağlı olası risk faktörleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının tedaviye uyumları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının sosyal destek durumları ile hastanın tedavi hakkında bilgi ve motivasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının sosyal destek durumları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Toplumdaki yaygınlığı nedeniyle depresyon, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan bir sağlık problemidir (8). Depresyon iş gücü kaybına neden olması, aynı zamanda sosyal kayıplar ve günlük aktiviteleri olumsuz etkilemesi nedeniyle tüm tıbbi hastalıklar arasında önemli bir yeti kaybı sebebidir. Ayrıca işlevsellikteki yetersizlik, tedavi süreci ve intihar eylemi gibi harcamalar nedeniyle maliyet yönünden de topluma ağır yük getiren bir hastalıktır (1). Depresyonda genellikle hastalar ruhsal sıkıntılardan çok somatik (fiziksel) şikayetlerle başvururlar. Bu sebeple depresyon ve diğer hastalıkların ayırıcı tanısını yapmak çok önemlidir (7).

Depresyon tanısını koyarken ayırıcı tanıda semptomların hipotroidi, anemi, alzheimer, beyin tümörleri, ensefalit, parkinson gibi hastalıkların patofizyolojisinde göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Depresyon DSM 5'te çeşitli belirleyicilerle tanımlanmıştır. Bu tanımlamalara göre türleri; psikotik depresyon, melankolik depresyon, karma özellikler gösteren depresyon, atipik özellikler gösteren depresyon, katatonik depresyon, mevsimsel özellikli depresyondur. Depresyon giderek kötüleşen ataklarla ilerleyen kötü progresyonlu bir psikiyatrik bozukluktur ve hastaların %65'i intihar düşünür (7).

Amerikan İntihar Derneği (American Association Of Suicidology) 2014 verilerine göre, genel popülasyona oranla depresyonla mücadele eden kişilerde intihar riski 25 kat artmaktadır. Depresyon intihara sebep olan risk faktörlerinin %50'sini oluşturmaktadır. Tedavi edilmeyen depresyonlu hastalarda yaşam boyu intihar riski %2,2 ile %15 arasındadır. Depresif hastalıkları olan kişiler intiharların çoğunu gerçekleştirir. İntihar sonucu ölen yetişkinlerin %50-80'inin majör depresyonu olduğu gösterilmiştir (15).

2.1.1. Tarihçesi

Kronolojik olarak depresyon kelimesini literatür içerisinde ilk kullanan kişinin Hipokrat olduğu bilinmektedir. Hipokrat'ın, kendi döneminde depresyon semptomlarını tanımlarken kullandığı kavramın güncel karşılığının melankoli olduğu görülmektedir (16). Bununla birlikte depresyonun mitoloji içerisinde birçok yerde geçtiği, cadı, şeytan veya doğaüstü güçlerin neden olduğu bir hastalık olarak kabul gördüğü anlaşılmaktadır (2).

Platon da depresyon belirtilerini sayarken buna neden olan şeyin doğaüstü güçler olduğunu ifade etmektedir. Fakat ilk bilimsel çalışmalar Celsus'un 'hekimlik' isimli kitabında gözlemlenebilmektedir. Celsus, bu kitapta melankoliden bahsederken beyin ve sinir sistemlerindeki değişikliklere dikkat çekmiştir (2). Depresyon ve melankoli konusunda mitolojik tanımlamaların aksine yapılan çalışmalar çok uzun süredir var olmasına rağmen en son şeklini S. Freud'un yapmış olduğu çalışmalarla almaya başlamıştır. Modern tanımlamalar bu dönemden itibaren gözlemlenebilmektedir. 1952 yılında DSM-1 de yerini almaya başlamış (2) ve DSM-5'de son halini almıştır.

DSM-5 içerisinde depresyon farklı çeşitlere ayrılmakta fakat genel olarak incelendiğinde majör depresyon tanı kriterleri şu şekilde özetlenmektedir: çökkün duygu durum, ilgi istek kaybı, kilo ve uyku problemleri, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya enerji azalması, değersizlik hissi, konsantrasyon güçlüğü ve ölüm/intihar düşüncesi gibi bulguların en az beşinin aynı kişide bulunması tanıyı koydurur. Eşlik etmesi gereken beş maddeden en az birinin depresif duygu durum veya ilgi istek kaybı, zevk alamamadır. Ayırt edici tanılara bakıldığında; gün boyu devam eden ve sürekliliği olan depresif duygu durum, aktivitelere katılmada istek kaybının giderek artması, bireysel ilgi alanında azalma, daha önceden keyif aldığı faaliyetlerden keyif alamama, kişinin sağlığını etkilemeye başlayan kilo sorunları, uyku problemleri, davranışlarda abartılı olma ya da aşırı tepkisizlik, sürekli olan yorgunluk hali, bitkinlik duygusu, kendisini suçlama, odaklanma sorunları, unutkanlık, ölüm ve intihar düşüncelerinde artış gibi belirtilerden en az beşinin olması gerekmektedir (13).

2.1.2. Epidemoloji

2020 yılında iskemik kalp hastalıklarından sonra yeti kaybı nedenlerinden ikinci sırada depresyonun yer alması beklenirken Avrupa beyin komitesinin açıklamasına göre; depresyonun Avrupa Birliği'nde en fazla yeti kaybına neden olan hastalık konumuna geldiği bulunmuştur (17). WHO 2017 raporuna göre, dünya genelinde 322 milyon insan depresyonla yaşamaktadır. Bu insanların yarıya yakını Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerinde yaşamaktadırlar. 2015 yılında dünya genelinde depresyon sıklığının %4,4 olduğu tahmin edilmektedir. Depresyon, kadınlarda (%5,1), erkeklerden (%3,6) daha yaygındır. Depresyon sıklığı 55-74 yaşları arasında kadınlarda %7,5'in, erkeklerde %5,5'in üzerindedir (5). Hayat boyu majör depresyon prevalansını, Angst (1992) İsviçre'de %4,4-%19,5 arasında saptamıştır (13).

Türkiye'de depresyonla ilgili yapılan birçok çalışma mevcuttur. Türkiye'de toplum bazında yapılmış olan ilk çalışma 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' araştırmasıdır ve bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen ruhsal bozukluk olduğu ve depresif nöbet sıklığının %4 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada majör depresyon yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3 olarak bulunmuştur (18). Depresyon görülme oranı ülkemizde yıllar içerisinde artış göstermiştir.

2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre Türkiye'de on beş yaş ve üzeri bireylerde son 12 ay içinde depresyonun görülme oranı %7,2'dir. Kadınlarda bu oran %9,4, erkeklerde %4,9 olarak bulunmuştur. İlk 10 yılda engellilikle geçirilen yıl sebeplerinden üçüncü sırada %21,7 ile depresif bozukluklar gelmektedir. Erkeklerde bu oran %20,3 ile beşinci sırada, kadınlarda %22,4 ile üçüncü sırada depresif bozukluklardır (19). Birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumunu belirlemek üzere Türkiye'de yapılmış bir çalışmada kronik hastalık oranı %54 iken depresyon/anksiyete oranı %11,9'dur (20).

2.1.3. Klinik

Depresyondaki kişide sosyal içe çekilme görülür, sosyallikten uzaktır. Bu durumdaki kişinin yaşadığı hayal kırıklıklarına karşı toleransı azalmıştır ve enerjisini kaybetmiştir (21). Depresyonda motivasyon azalır, kişi kendini yalnız hisseder, menstruasyon düzensizliği, libidoda azalma, aktivitelerde azalma gibi vejetatif bulgular görülür. Aynı zamanda konstipasyon, ağız kuruluğu ve baş ağrısı da görülebilir (21).

Depresyondaki bir kişide görülen genel bulgular aşağıda verilmiştir:

- Çökkün duygudurum,
- Anhedoni (zevk kaybı),
- Düşünme, konuşma ve eylemlerde yavaşlama,
- Enerji azlığı, yorgunluk,
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozuklukları,
- İştah değişikliği,
- Huzursuzluk ve ajitasyon,
- Cinsel ilgide azalma,
- İlgi kaybı,
- Kendini değersiz görme, benlik saygısının azalması,
- Umut kaybı ve karamsarlık,
- Kendini öldürme girişimleri.

Yukarıdaki bulgulardan çökkün duygudurum ve anhedoni, temel bulgulardandır (21).

Depresif insanlar, umutsuzdurlar ve hiç kimseden yardım alamayacaklarına inanırlar. Bu yüzden kendilerini suçlu hissederler. Sosyal ortamlara girmezler, insanlardan uzaklaşırlar. Bazı zamanlarda intihar etmeyi düşünürler (22).

2.1.4. Sınıflama

Depresif bozukluklar; depresyon, üzüntü, psikomotor retardasyon, sinirlilik ve ciddi vakalarda intihar düşüncesi ile karakterizedir. Depresif bozukluklar için sınıflandırma aşağıda verilmiştir (21):

- Majör depresif bozukluk,
- İnatçı depresif bozukluk, distimi,
- Premenstrüel disforik bozukluk,
- Madde ve ilaca bağlı depresif bozukluk,
- Başka tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk,
- Başka belirlenmiş depresif bozukluk,
- Belirlenmemiş depresif bozukluk
- Yıkıcı duygudurum regülasyon bozukluğudur.

2.1.5. Nörobiyolojisi ve Risk Faktörleri

Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, depresyonun da tüm kliniğini anlatabilecek ve bu kliniği açıklayabilecek bir model ortaya konamamıştır:

- **Nörotransmitter Sistemleri:** Depresyon, nörotransmitterlerin işlevlerindeki bozuklukla karakterizedir. Bu nörotransmitterler, monoaminler (serotonin, norepinefrin ve dopamin), gama-amino-bütirik asit (GABA) ve glutamattır. Monoamin nörotransmitterlerde düşüklük majör depresif bozukluğun temel nedenini açıklayan ve genel kabul gören teori “monoamin hipotezi” dir. Depresyon etyolojisi açısından en fazla araştırma serotoninle yapılmıştır. Serotonin triptofandan türeyen bir nörotransmitterdir. Salınan serotonin; postsinaptik reseptörlere bağlanır, reseptörlerden sinyal aktarımını sağlar, bir kısmı ise presinaptik reseptörlere bağlanarak nöronun plastisitesini sağlar, bir kısmı da presinaptik nöron için serotonin taşıyıcı tarafından geri alınır, böylelikle yeniden salınmak üzere geri dönüşmüş olur ya da monoamin oksidaz tarafından yıkılarak idrarla atılır (23).

- **Hipotalamik-Hipofizer Adrenal (HHA) Aksın Depresyonla İlişkisi:** Stres, hipotalamusu doğrudan, amigdala'yı ise dolaylı yoldan etkileyerek “kortikotropin salgılatıcı faktör” aracılığıyla hipotalamik-hipofizer-adrenal aksın aktive olmasını sağlar. Kortikotropin salgılatıcı faktör beynin başka bölgelerindeki nöronlardan da salınmaktadır; amigdala da bu bölgelerden biridir. Hipotalamus hipofizi stimule ederek kortikotropin salınımını, kortikotropin ise adrenal bezden, stres hormonu olan kortizon yapımını sağlar. Oluşan kortizon hipofize ve hipotalamusa negatif geribildirimle glukokortikoid reseptörler yoluyla daha fazla kortizon oluşmasını engeller. Depresyonda HHA aksın inhibe olarak sürekli kortizon salınımına yol açtığı, bunun da tüm organları olduğu gibi beyin yapısı ve işlevlerini etkilediği ileri sürülmektedir (23).
- **Beyinde Yapısal Değişiklikler:** Depresyonun farklı klinik seyirleri beyinde oluşan yapısal değişikliklerle ilişkilendirilmektedir. Tekrarlayan depresyon atakları olan ya da depresyonu süregelen olan kişilerde ve antidepresan tedavi almayanlarda, yapısal nörolojik görüntüleme yöntemleriyle ventrikül-beyin oranının arttığı, subkortikal beyin bölgelerinde, özellikle amigdala, hipokampus ve ventral striatumda; kortikal bölgelerde, anterior singulat kortekste, özellikle subgenual singulatta, prefrontal ve frontal kortekste hacimsel küçülme saptanmıştır. Manyetik rezonans çalışması bir meta-analizde, depresyonun anterior singulat ve orbitofrontal kortekste geniş hacim kayıplarına, hipokampus, putamen ve kaudatta ise daha hafif hacim kayıplarına yol açtığı bildirmektedir. Bu değişiklikler hasta remisyona girse de devam eder ve kliniğin tam olarak düzelmemesine sebep olur (23).
- **Genetiğin Etkisi:** Depresyona yol açan bir gen ya da gen serisi saptanmamış olsa da, genler nörotransmitterlerin ve reseptörlerinin metabolizmasını, bazı nöronların tiplerini ve onların sinaptik bağlantılarını, nöronal sinyallerin hücre içi iletimini kontrol ettiğinden, genetik yapının bireylerin majör depresif bozukluğa yatkınlığına yol açabileceği düşünülmektedir. En çok çalışılan gen serotonin taşıyıcı

genidir. Polimorfizmin, bireylerin stresörlere hassasiyetlerini etkilediği düşünülmektedir (23).

- **Stresin Etkisi:** Stres, depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştıran önemli bir faktördür. Stresin genetik yatkınlıkla birlikte etki ettiği, genetik yapı ve çevresel etkileşimlerin majör depresif bozukluk gelişme riskini birlikte belirlediği düşünülmektedir. Araştırmalar daha çok birden fazla genin psikososyal stresle birlikte depresyon riskine etkisi üzerine odaklanmaktadır. En sık rastlanan psikososyal stresörler olan, çocuklukta yaşanan istenmeyen olayların, yakın zamanda yaşanan hayat olaylarının, sosyal destek eksikliğinin bireyin genetik yapısıyla kümülatif etki oluşturduğu ileri sürülmektedir (23).
- **Serebro Vasküler Nedenler:** Serebro vasküler hastalıklardan; strok (inme) sonrasında depresyon çok sık görülmektedir. İnme hastalarının altı aylık izlem sonunda %60'ı depresif bozukluk tanısı almaktadır. Hastada “yürüme ve konuşma problemleri gibi fiziksel fonksiyonların etkilenmesine bağlı olarak görülen depresif semptomlar hastalığa karşı doğal tepki olarak kabul gördüğünden depresyon tanısı atlanabilmektedir (24).

2.1.6. Tanı ve Ayırıcı Tanı

Depresyon tanısı klinik görüşme sırasında DSM-5 kriterleri kullanılarak konur. DSM-5 kriterleri aşağıda verilmiştir (13):

- A. İki haftalık bir dönem sırasında, aşağıdaki semptomlardan en az beşinin ya da daha fazlasının bulunması; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi kaybı olması
1. Depresif ruh hali-üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi; neredeyse her gün
 2. İlgi ve zevk kaybı; neredeyse her gün
 3. İştah kaybı ya da kilo değişikliği; neredeyse her gün
 4. Psikomotor gerileme veya ajitasyon; neredeyse her gün

5. Yorgunluk, enerji kaybı; neredeyse her gün
6. Dikkati toplayamama; neredeyse her gün
7. Değersizlik veya suçluluk düşünceleri; neredeyse her gün
8. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri; neredeyse her gün
9. Uykusuzluk veya aşırı uyuma; neredeyse her gün

B. İşlev kaybı vardır.

C. Semptomlar madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik veya hipomanik nöbet yoktur.

*Yas durumunun dışlanması kriteri DSM-5'te çıkarılmıştır.

Ayırıcı Tanı: Depresyondaki hastayı değerlendirirken, öncelikle tablonun bedensel bir bozukluğa veya ilaca bağlı gelişip gelişmediğini ortaya koymak gerekir (Tablo 1) (13).

Tablo 1. Depresyon Ayırıcı Tanısında Düşünülmesi Gereken Hastalıklar

Beslenme yetersizlikleri Vit B12, folat, demir, tiamin, niasin eksikliği Romatolojik hastalıklar Sistemik lupus eritematozus, Romatoid artrit, Sarkoidoz Kardiyak hastalıklar Mitral valv prolapsusu, Miyokard enfarktörü, Hipertansiyon Gastrointestinal hastalıklar Siroz, Pankreatit, Enflamatuvar bağırsak hastalıkları Hematolojik hastalıklar Orak hücreli anemi, Hemofili	Endokrin hastalıklar Hiper/hipotiroidizm Diabetes mellitus Hiperkalsemi Menopoz Nörolojik hastalıklar SVH Alzheimer Huntington hastalığı Multiple skleroz Epilepsi Parkinson Migren Neoplastik hastalıklar Pankreas malignitesi Lenfoma Lösemi Akciğer malignitesi	Renal hastalıklar Kronik Böbrek Yetmezliği Enfeksiyöz hastalıklar Hepatit İnfluenza Enfeksiyöz mononükleoz Tüberküloz AIDS Madde ve toksinler Barbitürat, Benzodiazepin, Simetidin, Betabloker, Steroid, İndometazin, Alfa-metildopa, Oral Kontraseptif, Sülfonamid, Kokain, Dijitaller
--	--	---

2.1.7. Tedavi

Depresyonu ele almak için, tanıyı doğru koymalı ve amaca yönelik uygulamalar yapılmalıdır. Tedavi etmek, hastayla uzlaşmak, hangi tedavinin uygun olduğunu belirlemek, tedaviye cevabı sağlamak ve hastalığın tekrar etmesini engellemek için izlem yapmak temel hedefler olmalıdır.

Tedavinin amacı; belirtileri ortadan kaldırmak, hastayı önceki konumuna geri getirmektir. Hastanın aktif katılımı ile tedavi sürecine karar verilmelidir. Tedavi başladıktan 7-10 gün sonra görüşme yapılmalıdır. Tedaviye yanıt için en az 3-4 hafta beklenmelidir. Yeterli yanıt alınmazsa ilaç dozu arttırılmalıdır. İyileşme olduktan sonra sürdürüm fazı devam ettirilmelidir, ilaç kesilmemelidir. İyileşme sonrası tedaviye aynı dozda 6 ay-1 yıl daha devam edilmelidir. Faydası olan ilaç tekrarlayan atakları olan hastalarda ömür boyu devam edebilir (8).

Depresyon tedavisinde öncelikle bozukluğun tedavisi amaçlanırken, ilaç yan etkileri ve ek medikal durumlar (diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı, kanser gibi riskli durumlar) göz önünde bulundurulmalıdır (24).

Depresyon tedavi yaklaşımları aşağıda ele alınmıştır:

- **İlaç Tedavisi**

- **SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri):** Yan etkilerinin azlığı, kolay tolere edilebilmesi ve terapötik aralığının geniş olması nedeniyle ilk tercih edilecek ilaç grubudur. Bu ilaçlarla ilgili en önemli sorun sitokrom P450 sistemini, özellikle CYP2D6'yı inhibe etmeleridir. Fluoksetin, paroksetin, sertralin, sitalopram bu sistemi aynı derecede etkilerler. Bu nedenle komorbiditeleri olan hastalarda kullandıkları ilaçlarla birlikte SSRI kullanımı sitokrom P450 ile metabolize olan ilaçların kanda birikmesine neden olabilmektedir (24).

- **TSA (Trisiklik Antidepresanlar):** Depresyonun tedavi edilmesinde etkin tedavi alternatiflerinden biridir. Buna karşın, antikolinergik etkilerinin (ağız kuruması, idrar yapamama, görmede bulanıklık gibi) varlığı, sedasyon ve ortostatik hipotansiyon yapıcı etki varlığı, antiaritmik etki gibi yan etkileri bulunmaktadır. Bu yüzden düşük dozlarda kullanılmalıdır (24).
 - **Bupropion:** Psikomotor retardasyonu belirgin olan depresyondaki kişilere verilebilir. Cinsel yan etki ve uyku bozukluğu görülmez. Epileptik nöbet oluşturma riskinden dolayı yüksek dozlarda bölünerek verilmesi gereklidir. (24).
 - **Venlafaksin:** Ağrının birliktelik oluşturduğu depresyon hastalarında kullanılabilmektedir. Yüksek dozda hipotansiyon yan etkisi görülebilmektedir (24).
 - **Mirtazapin:** Uyku bozukluğu ve anksiyetenin ön planda olduğu depresyondaki kişilerde etkilidir. Önemli yan etkileri; kilo alma, sedasyon ve agranülositozdur (25).
 - **Trazodon/Nefazodon:** Yan etkilerin az olması nedeniyle avantajlıdır. Uykusuzluk şikayeti olan depresif hastalarda tercih edilebilirler (24, 25).
 - **Monoamin Oksidaz İnhibitörleri:** Fazla uyuma ve artmış iştahı olan atipik depresyonlu hastalarda tercih edilebilir (24). Moklobemid, kronik yorgunluk sendromu olan hastalarda, yorgunluk tedavisinde olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir.
- **Elektrokonvülsif Tedavi:** İlaç tedavisine cevap vermeyen hastalarda tedavi seçeneğidir. Oldukça etkilidir. Kendini öldürme riski yüksek olan, yemek yeme reddi sonucu dehidrate kalan hastalar ve elektrolit dengesi bozulmuş hastalarda çok etkindir (24, 25).
 - **Psikoterapiler:** Probleme odaklanan psikoterapi, bilişsel davranış terapileri ve grup terapileri yapılmaktadır (24). Psikoterapötik yaklaşımın, kronik hastalıkla beraber olan depresyonda olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir.

2.1.8. Depresyondaki Bireylerin Değerlendirilmesi

Depresyon, birçok ruhsal olan ve olmayan hastalıkta görülebilir. Bu yüzden, primer ve sekonder olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Primer depresyon, bedensel veya başka bir psikiyatrik bozukluğa bağlı gelişmeyen depresyondur. Sekonder depresyon, bedensel veya başka bir psikiyatrik bozukluğa bağlı gelişen depresyondur (3).

Primer veya sekonder olsun ya da olmasın, depresyonun önemli bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Değerlendirme yaparken hastanın genel görünümüne, konuşmasına, duygulanım durumuna, bilişsel yetilerine, düşünce içeriğine, devinim durumuna, bedensel ve fizyolojik belirtilerine bakılmalıdır (3). Depresyondaki bir hastada bakılması gereken bu durumlarla ilgili bazı özellikler aşağıda ele alınmıştır (3):

Genel Görünüm: Vücut çökkün, üzgün yüz ifadesi, yerinde duramama,

İlişki Kurma: Yavaş konuşma, yanıt almada güçlük, hiç konuşmama,

Duygulanım: Keyif almada azalma, acı duyma, sık ve kolay ağlama, üzüntü, keder, tedirginlik, ilgi kaybı ve zevk alamama,

Bilişsel Yetiler: Unutkanlık, uyuşukluk, zaman algısında değişiklik, bazen bilinç bulanıklığı,

Düşünce İçeriği: Pişmanlık, olumsuz anılar, gelecek korkusu, umutsuzluk, kendine olan saygıda azalma, değersizlik, intihar düşünceleri mevcuttur. Bedensel yakınmalar da olabilir.

Devinim: Konuşma, yürüme ve iş yapmada yavaşlama, enerji azlığı,

Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler: Yeme isteğinde azalma veya artma, çabuk yorulma, halsizlik, uyku bozukluğu, kabızlık, cinsel istekte azalmadır.

2.2. Depresyon Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Depresyon ölçeklerinin birçoğu uykusuzluk ve yorgunluk gibi somatik belirtileri sorgulamaktadır. Bazı hasta gruplarında, bu belirtilerin sorgulanmasıyla depresyonla ilgili olmayan somatik belirtilerin varlığı ile depresyon tanısı yanlış konabilir. Bu yüzden bazı özel grup hastalara özgü depresyon ölçekleri geliştirilmiştir. Örneğin; yaşlı hastalar için Geriatrik Depresyon Ölçeği, bedensel hastalığı olanlar ya da birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, çocuk yaş grubu için Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği gibi sayılabilir. Beck Depresyon Envanteri, Zung Depresyon Ölçeği gibi ölçekler ise genel tıbbi hastalığı olanlarda veya toplum taramalarında takip amaçlı olarak geliştirilmiştir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ise klinisyenin değerlendirmesini gerektiren depresif belirtileri olan kişilere uygulanmaktadır (26).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Hamilton tarafından geliştirilmiş, Janet B. W. Williams (1988) yılında yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Klinisyen tarafından uygulanır ve 17 soru içerir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996'da yapılmıştır (27). Her maddedeki belirtinin hastada bulunup bulunmadığının ve hafif, orta, ağır gibi şiddet derecesi, o madde için varolan soruların cevaplarının esas alınmasıyla doktor tarafından belirlenir. Yapılan derecelendirmelerin toplanmasıyla (0 ile 53 arası) ölçek toplam puanı elde edilmektedir ve puandaki artış depresyon şiddetindeki artışa işaret etmektedir.

Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ): 1965 yılında Zung tarafından, depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Maddeler depresyonun duygulanım, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını içermekteyken psikomotor retardasyon ve atipik depresyonda daha sık görülen iştah ve uyku artışı, kilo alımı gibi maddeleri içermemektedir. Ölçek 20 madde içermektedir. 10 madde olumlu, 10 madde olumsuz şekilde kurgulanmıştır. Her madde için denekler; hiçbir zaman veya çok ender olarak=1, bazen = 2, sık sık= 3, çoğunlukla

veya her zaman= 4'ü işaretlemektedir. Toplam skoru elde etmek için, pozitif maddeler tersine çevrilmekte ve daha sonra hepsi toplanmaktadır. Kesme noktaları, ZDÖ skoru 50'nin altında ise normal, 50-59 arası en hafif-orta düzeyde depresyon, 60-69 arası orta-belirgin düzeyde depresyon, 70'in üzerinde şiddetli depresyon olarak tanımlanmaktadır. Şiddet endeksi toplam skorun 80'e bölünmesi ile hesaplanmaktadır (26).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Beck Depresyon Envanteri Aaron Beck (1961) tarafından geliştirilmiş, çoktan seçmeli, 21 sorudan oluşan ve depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan bir envanterdir (28). Beck Depresyon Envanterinin 3 versiyonu mevcuttur. İlki 1961 yılında oluşturulmuştur. Daha sonraki yıllarda tekrar incelenerek Beck Depression Inventory-1A (1978) ve Beck Depression Inventory-2 (1996) düzenlenmiştir. Beck Depresyon Envanteri tanı koymaktan ziyade tarama amaçlı kullanılmakla beraber aynı zamanda hızlı teşhis koymak için uzmanlarca yararlanılan bir araçtır. Beck Depresyon Envanteri iki faktörlü bir yapıya sahiptir. Bunlar; “duygu” (Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum) ve “somatik” (Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum) şeklindedir. Ancak, ölçeğin Türkçe uyarlamasında 4 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Faktörler “umutsuzluk, kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları”, “bedensel kaygılar” ve “suçluluk duygulanımları” olarak isimlendirilmiştir. Her madde depresyona ait belirtileri göstermekte ve 0-3 değerleriyle ifade edilen az ile çok arasında değişen 4'lü dereceleme ölçeği üzerinde puanlanmaktadır. Her bir maddeden alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 3'tür. Bu puanlar toplanarak depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 0 iken en yüksek puan 63'tür. Buna göre, toplam puan arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Toplam puan göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirme şu şekildedir: 0-9 puan arası minimal düzeyde depresif belirtiler, 10-16 puan arası hafif düzeyde depresif belirliler, 17-29 puan arası orta düzeyde depresif belirtiler ve 30-63 puan arası ise şiddetli düzeyde depresif belirtileri göstermektedir (29).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD): Tıbbi bir hastalığı olan popülasyonda anksiyete ve depresyonu taramak amacıyla tasarlanmıştır. Toplum

ve hastane örnekleminde kolaylıkla kullanılabilir. Psikiyatrik belirtileri fiziksel bozukluklardan ayırmak için, fiziksel belirtiler yerine duygudurumun öznel yıkımı üzerinde durulmaktadır. Depresyon alt ölçeği üzgünlük yerine anhedoniye temel semptom olarak almaktadır. Anhedonik semptom depresyon için iyi bir göstergedir. Birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalar için uygulanabilir bir ölçektir (26). Birinci basamakta yaygın kullanımından dolayı çalışmamızda hastane anksiyete ve depresyon ölçeğini kullandık.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Başta uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu ve somatik belirtiler olmak üzere depresyon dışı nedenlerle oluşabilecek belirtilerin yer almadığı öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği, evet ya da hayır olarak yanıtlayabileceği biçimde hazırlanmıştır. Ölçekte 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, ve 28'inci sorular ters anlatım içermektedir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puanlanması; 0-10 puan “depresyon yok”, 11-13 puan “olası depresyon”, 14 ve üzeri puan “kesin depresyon” şeklinde yapılmıştır. Ölçekten alınan puanlar minimum: 1, maximum: 30'dur. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır: 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30. sorulara verilen her “hayır” yanıtı için 1, “evet” yanıtı için 0 puan, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28. sorulara verilen her “evet” yanıtı için 1 “hayır” yanıtı için 0 puan verilmiştir (30).

Çocuklar için Depresyon Envanteri: Kovacs (1985) tarafından geliştirilen Çocuklar için Depresyon Envanteri, 7-17 yaş aralığındaki çocuklar için uygun bulunan 27 maddelik bir ölçektir. Bu ölçek aynı zamanda, çocukluk çağı depresyonunu ölçmede en yaygın kullanılan ve psikometrik özellikleri en fazla araştırılan öz bildirim ölçeğidir. Yirmi yedi maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Buna göre, 1. “Kendimi arada sırada üzgün hissederim”, 2. “Kendimi sık sık üzgün hissederim” ve 3. “Kendimi her zaman üzgün hissederim” örnek madde olarak belirtilebilir (31).

2.3. Depresyon ve Sosyal Destek

Sosyal Destek, sağlık ve hastalıklarla ilgili olarak en çok çalışma yapılan psikososyal faktörlerden biri olmuştur (32), “bireyin diğer bireylerle, gruplarla ve daha geniş toplulukla sosyal bağlar aracılığıyla erişebileceği destek” olarak tanımlanmıştır (33).

Sosyal destek hem doğrudan sosyal ilişkileri geliştirerek hem strese karşı tampon görevi görerek ruh sağlığını korumaktadır. Sosyal destek biçimleri; duygusal araçsal veya bilgilendirme şeklinde olabilmektedir (34). Sosyal desteğin yaşam düzeyi üzerindeki etkisi, obezite, sigara kullanımı, hipertansiyon veya fiziksel aktivite düzeyinin etkileri kadar güçlüdür (35).

İnsanların diğer kişilerin desteğine ihtiyaç duyduğu anlar yaşamın kolaylaşmasında ve problemlerin çözümünde katkı sağlamaktadır. Yeterli sosyal desteği almayan bireyler problemler ile başa çıkmakta zorlanabilmektedirler. Sosyal destek ile psikolojik sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu yani algılanan sosyal destek arttıkça stres, anksiyete, depresyon gibi ve daha birçok psikolojik rahatsızlığın iyileşme gösterdiği görülmektedir (36).

Depresyon için risk faktörleri iyi tanımlanmış olsa da, bireylerin depresyondan korunmasını sağlayan faktörler hakkında çok az şey bilinmektedir. Literatürde sosyal destek azlığının depresyonun ortaya çıkmasına neden olduğu, yeterli sosyal desteğin depresyonun tedavisinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir.

Birkaç istisna dışında, birçok çalışma depresif insanların, depresif olmayanlara göre daha az destek gördüğünü göstermektedir. Bu etki, çeşitli örneklerde ve görülen destek önlemlerinde gözlemlenmiştir (37). Özellikle ergenlik döneminin sağlıklı geçirilmesi ve mevcut ruh sağlığı sorunlarının daha kolay çözümlenebilmesi için sosyal desteğin ergenin hayatında önemli bir rolü olduğu bilinmektedir (38).

Yaşları 14 ile 16 arasında olan 16464 ergen ile yapılan bir çalışmada depresyon ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki incelenmiş, araştırma

sonucunda aile, öğretmen ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeylerinin düşük olmasının ergenlerde depresyonun şiddetlenmesine yol açtığı görülmüştür (39).

Altı yüz seksen bir ergenin değerlendirildiği başka bir çalışmada sosyal destek algısı düşük olanlarda depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (40).

Sosyal destek bireyin sağlık durumu üzerinde aktif olarak rol oynamaktadır, sosyal destek arama yaklaşımı sergileyenlerin daha fazla depresif belirti gösterdiği saptanmıştır (41).

Özetleyecek olursak; sosyal destek, depresyonun gelişiminde ve devamında önemli bir faktördür. Sosyal destek ile depresyon, anksiyete ve stres arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Birçok araştırmacının da kabul ettiği gibi stres insan üzerinde fiziksel ve ruhsal birtakım problemlere yol açmaktadır. Sosyal destek burada devreye girerek bu seyri bozmakta ve bireyin hastalıkla mücadelesine destek olmaktadır. Bu alanda yapılacak olan çalışmalar sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiyi daha belirgin bir şekilde ortaya koyacaktır.

2.4. Depresyon ve Tedaviye Uyumun Önemi

Literatürde tedavi uyumunu ifade etmek üzere “Uyum (Compliance)”, “Bağlılık (Adherence)” terimleri kullanılmaktadır. Uyum (Compliance) kavramı, hastanın, reçetelenen ve tavsiye edilen tedaviye ne ölçüde uyduğunu tanımlamak üzere kullanılırken; Bağlılık (Adherence) kavramı ise, hastanın planlanan tedavi rejimini ne kadar iyi uyguladığını ifade eder. Buna karşın uyum; ilacın amacı ve kullanımı konusunda reçete yazan ile hasta arasında bir anlaşmadır. Hastalar genellikle tedaviye başladıktan kısa süre sonra tedaviyi bırakır. Antidepresan reçete edilen hastaların %4,2’sinin ilaca hiç başlanmadığı ve %23,7’sinin sadece tek bir reçete yazdığını gösterilmiştir (42).

Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranı diğer tıbbi sorunları olan hastalara kıyasla daha yüksektir (43). Depresyon yaygın ve tekrarlayabilen bir

hastalık olmasına rağmen tedavi edilemediği durumlarda kronikleşen, genel sağlıkta bozulmaya yol açan bir hastalıktır (4). Depresyon tedavisinin ayrıca zorluğu zayıf hasta uyumu ile uzman yönergeleri dışında medikal tavsiyelerdir ve klinik iyileşme için, yapılacak müdahaleler bu her iki yönü de içermelidir (9).

Dünya Sağlık Örgütü; depresyon tedavisine uyumu etkileyen faktörler ve iyileştirmeye yönelik müdahaleleri beş boyutu ile ele almıştır: Sosyo-demografik faktörler, sağlık çalışanları ve sağlık sistemi ile ilişkili faktörler (multidisipliner bakım, birinci basamak sağlık çalışanı tarafından danışmanlık sağlanması, geliştirilmiş değerlendirme ve hastanın izlemi) hastalıkla ilişkili faktörler (hastanın ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi), tedavi ile ilişkili faktörler (ilaç kullanımı eğitimi, hastaya özel reçete düzenlenmesi, tedavinin yeniden değerlendirilmesi), hasta ile ilişkili faktörler (bireysel tedavi yaklaşımları, relapsı önlemek için danışmanlık, aile psikoterapileri) (9).

2.4.1. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Literatürde psikiyatrik hastalıklarda tedavi uyumunu etkileyen faktörler genel olarak başlıklar altında incelenmiştir (11, 43, 44):

- **Hasta ile İlişkili Faktörler:** Genç yaş, içgörü yoksunluğu, grandiyözite, yan etkiler ile ilgili düşünceler, tedavinin kullanımı ile ilgili verilen talimatları yanlış anlama, unutkanlık, stigma, tedavinin maliyeti ve ulaşılabilirliği ile ilgili düşünceler, ilacın bağımlılık yapacağı düşüncesi,
- **Hastalıkla İlişkili Faktörler:** Hastalığın şiddeti, bilişsel bozulmanın olması, depresyon ya da psikoz varlığı, kişilik bozuklukları,
- **Sağlık Profesyonelleri ile İlişkili Faktörler:** Empati yoksunluğu, zayıf hekim-hasta ilişkisi, düzensiz takip, iletişim problemleri,
- **Çevresel Faktörler:** Ekonomik sıkıntılar, sosyal desteğin yetersiz olması, sosyal güvencenin olmaması, sağlık kuruluşuna ulaşamamak, evsiz olmak, çevrenin tedaviye karşı tavrı ve tutumu,

kültürel inançlar, hastanın algıladığı duygu dışavurumunun yüksek olması,

- **İlaçla İlişkili Faktörler:** İlaç kullanımına bağlı oluşan nörolojik, antikolinerjik, endokrin yan etkilerdir. Sedasyon, libido kaybı, cinsel disfonksiyon, kilo alımı, akut distoni, akatiziye neden olur. Ayrıca tedavi süresi ve ilaç rejiminin karmaşıklığı da uyumu etkilemektedir.

2.4.2. Tedaviye Uyumu Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Tedaviye uyumu ve uyumsuzluğu değerlendirme yöntemleri, objektif ve subjektif yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır. Subjektif yöntemler, tekrarlanan reçetelerin dağıtılma oranlarının incelenmesi, hastaların ilaç kullanımlarıyla ilgili öz bildirimlerinin alınması, vaka kayıtlarının incelenmesi; Objektif yöntemler ise kalan ilaçların tek tek sayılması, serum ilaç seviyelerinin izlenmesi, verilen dozun ve plazma ilaç seviyesinin oranının karşılaştırılması, idrarda ya da kanda ilaç metabolitlerinin analizidir. Objektif yöntemler güvenilir ve tercih edilen yöntemler olmasına karşın maliyet, hasta izni alma zorunluluğu, ilaçların etki mekanizmalarının değişkenliği ve ölçüm zamanı gibi sorunlar yaratmaktadır (43, 45). Ayrıca ilaçları saymak, ilaç kullanıp kullanmadığını hastaya sormak da sık kullanılan yöntemler arasındadır.

Tedaviye uyumsuzluk riski taşıyan hastaları tespit etmek üzere birtakım dolaylı yöntemler de geliştirilmiştir. Bu yöntemler, hastaların ilaç tedavisine yönelik tutumlarını ve uyumsuzluk ile ilgili risk faktörlerini değerlendirmektedir (45). Bunlardan birkaçı; İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, Morisky Uyum Ölçeği, İlaç Tutumu Ölçeği- 10'dir.

- **İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ):** Horne ve Hankins (2001) tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen Medication Adherence Report Scale, jenerik bir ölçek olup hastalık türüne göre özelleştirilebilmektedir. İUBÖ'nün tansiyon, diyabet, romatoid artrit, astım, COPD, iki uçlu duygu durum bozukluğu, inflamatuvar bağırsak hastalığı, hiperlipidemive kronik ağrı gibi pek çok hastalığa yönelik uyarlamaları literatürde yer almaktadır.

Katılımcılardan 5 ifadenin her birisinin kendilerinde görülme sıklıklarını belirtmeleri istenmektedir (46).

- **Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ):** Ölçek kronik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumlarını kısa ve doğru değerlendirmek amacıyla Morisky, Gren ve Levine tarafından (1986) geliştirilmiştir. MUÖ, dört sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (46).
- **İlaç Tutumu Ölçeği-10:** Hogan, Awad ve ark.'ları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. “Evet” ve “Hayır” olarak cevaplanan 30 sorudan oluşan bu ölçek tekrar gözden geçirilerek, 6 olumlu cevap beklenen, 4 olumsuz cevap beklenen 10 soruya indirgenmiştir. Soruların toplam puanının sıfırdan büyük olması halinde, hasta tedaviye uyumlu kabul edilmektedir (47).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru noktası olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvuran depresyon hastalarındaki sosyal destek durumlarına ve tedaviye uyumlarına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmış bir çalışmadır.

Araştırma, Afyonkarahisar 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM), 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, 9 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Ataköy Aile Sağlığı Merkezi ve Erkmén Aile Sağlığı Merkez’lerinde en az iki aydır depresyon tedavisi aldığını beyan eden 18 yaş ve üstü hastalar anket formunun uygulandığı çok merkezli bir çalışma olarak yapılmıştır.

Bu çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakóltesi etik kurul başkanlığından onay alınmıştır (Tarih:03.01.2020, Karar No: 2020/1 sayı, etik kod: 2011-KAEK-2) (Ek-1). Ayrıca Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü’nden Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışma yapmak için izin alınmıştır (Tarih 17.03.2020, Sayı: 49654233-604.02) (Ek-2).

Çalışmaya dahil edilen bireylere araştırmanın amacı, içeriğı ve yararları hakkında bilgi verilmiş, sözlü onamları alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki deklarasyonu ilkelerine uyulmuştur.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini sosyokültürel ve ekonomik düzeylerine göre iyi, orta ve kötü olarak belirlenen bölgelerde yer alan 6 Aile Sağlığı Merkezine; Afyonkarahisar 3 Nolu ASM, 5 Nolu ASM, 9 Nolu ASM, 11 Nolu ASM, Ataköy ASM ve Erkmén ASM’de toplam kayıtlı olan 74421 hasta oluşturmaktadır. Hedef sayı belirlenirken aşağıdaki araştırma örnekleme hesaplama formülü kullanılmıştır (48):

$$n: N \times P \times Q \times (Z\alpha + Z\beta)^2 / (N-1) \times d^2$$

n: Örneklem Alınacak Birey Sayısı

N: Evrendeki Birey Sayısı

P: İncelenen Olayın Görülme Boyutu

Q: İncelenen Olayın Görülmeme Boyutu

Z: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (%95 için t-tablo değeri=1.96'dır)

d: Araştırmada Belirlenecek Hızın Olası Standart Sapması

Yukarıdaki formülde α : 0,05, β : 0,10, d: 0,04, p: 0,07 değerleri alınarak araştırmanın örnekleme en az 420 hasta olarak belirlenmiştir. 470 hasta ile çalışma sonlandırılmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya hasta dahil etme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri Afyonkarahisar 3 Nolu ASM, 5 Nolu ASM, 9 Nolu ASM ve 11 Nolu ASM'ye başvurusunda en az iki aydır depresyon tedavisi alan hastalar,
- Bilişsel bir rahatsızlığı olmayan hastalardır.

Araştırmadan hasta dışlanma kriterleri:

- 18 yaş altı hastalar,
- Depresyon tedavisi almayan veya 2 aydan az süredir tedavi alan hastalar,
- Anket sorularını anlamaya ya da açık ve net cevaplar vermeye engel olacak düzeyde kognitif bozukluğu bulunan hastalardır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma için etik kurul onayı ve kurum izinlerinin alınmasını takiben, Afyonkarahisar 3 Nolu ASM, 5 Nolu ASM, 9 Nolu ASM, 11 Nolu ASM, Ataköy ASM ve Erkmen ASM'ye 01 Haziran-31 Ağustos 2020 tarihleri arasında başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden en az iki aydır depresyon tedavisi aldığını beyan eden 18 yaş ve üstü bireylere veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile ASM'de uygulanmıştır. Hasta görüşmeleri hastaların rutin kontrolleri tamamlandıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Anketlerin uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan anket formu aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır:

Sosyo-demografik Bilgiler: Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik bilgileri (cinsiyet, yaş, medeni durum, yalnız yaşıyıp yaşamama durumu, çocuğu olup olmama durumu, aile tipi, eğitim durumu, meslek, aile ortalama aylık gelir düzeyi, hayatlarının çoğunu geçirdikleri yer, şu an yaşadıkları yer, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı) yer almaktadır.

Modifiye Morisky Ölçeği: Altı sorudan oluşan, kısa, kolay uygulanabilir, ilaç kullanma alışkanlığına yönelik alt boyutları ile bilgi ve motivasyon düzeylerini ayrı ayrı değerlendirebilen güvenilir bir testtir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği; Vural ve ark. tarafından yapılmıştır (49). Ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. Her soru “evet” veya “hayır” olarak cevaplanabilmektedir. Değerlendirmede; 2. ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1, 2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise hastanın düşük motivasyon düzeyini, 1'den yüksek puan ise yüksek motivasyonu göstermektedir. 3, 4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise hastalık ve tedavi hakkında düşük bilgi düzeyini, 1'den büyük değerler ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimmet ve ark.'ları tarafından geliştirilmiş ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve ark.'ları (50, 51) tarafından yapılarak yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Her biri dört maddeden oluşan 12 soruluk ölçeğin aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel kişiden (1, 2, 5, 10. maddeler) oluşan üç alt grubu vardır. Ölçek, 7'li likert tipinde olup 'Tamamen Katılıyorum' (7 puan), 'Çoğunlukla Katılıyorum' (6 puan), 'Katılıyorum' (5 puan), 'Kararsızım' (4 puan), 'Katılmıyorum' (3 puan), 'Çoğunlukla Katılmıyorum' (2 puan) ve 'Hiç Katılmıyorum' (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD): Bu ölçeğin amacı, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılır. Başlığındaki hastane kelimesine karşın birinci basamakta yapılan araştırmalarda kullanılabilmektedir. Zigmond ve Snaith (52) tarafından geliştirilmiş Aydemir (53) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış toplam 14 sorudan (bunların yedisi anksiyete, diğer yedisi depresyonu ölçen) oluşmaktadır. 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. sorular anksiyete, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. sorular depresyon düzeyini ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır iken her bir alt ölçek için en yüksek puan 21'dir. Aydemir ve ark. (1996) HAD Ölçeği'nin geçerlik, güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7 puan olarak saptanmıştır. Buna göre anksiyete puanı 11 puan ve üzerinde olanlar anksiyete için yüksek risk grubunda, depresyon puanı 8 puan ve üzerinde olanlar depresyon için yüksek risk grubunda olarak değerlendirilir.

3.6. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS (20.0 Versiyon) programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerden normal dağılım sergileyenler ortalama±standart sapma olarak, normal dağılım sergilemeyenler ortanca (min-max) olarak gösterilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. İki değişken arasındaki ilişki bağımlılık tespitinde Ki-Kare testi kullanılmıştır. İki kategorili risk grupları ile ilişkili faktörlerin tespitinde Mann Whitney U testi (normal dağılmayan sayısal değişkenlerde) kullanılmıştır. Üç veya daha fazla sayıda grubun (normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerde) ortalamaları arasındaki farklılığın tespitinde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde $p<0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

IV. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırma, yaşları 19-85 arasında olan 470 depresyon hastası ile yapıldı. Araştırmaya katılan erkeklerin oranı %43,4 (n=204), kadınların oranı ise %56,6'dır (n=266). Yaş ortancası 48 (min:19, max:85) olarak bulundu. Erkeklerin yaş ortancası 50 (min:19, max:85), kadınların yaş ortancası 47 (min:19, max:84) olarak bulundu. Katılımcıların %71,9'u (n=338) evli, %88,3'ü (n=415) çekirdek aileye sahip, %16'sı (n=75) yalnız yaşamakta, %87'si (n=409) ise çocuk sahibidir.

Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde; %42,6'sı (n=200) ilkokul mezunu, %10,6'sı (n=50) ortaokul mezunu, %20,4'ü (n=96) lise mezunu, %17,2'si (n=81) lisans/yüksek lisans mezunudur.

Katılımcıların %41,7'si (n=196) ev hanımı, %22,6'sı (n=106) memur/işçi, %16,4'ü (n=77) ise emeklidir.

Katılımcıların ortalama aylık gelir durumu incelendiğinde %61,7'sinin (n=290) orta gelir düzeyinde olduğu belirlendi.

Katılımcıların en fazla yaşadıkları yer incelendiğinde %65,1'i (n=306) hayatının çoğunu şehir merkezinde geçirmişti. Katılımcıların %83,6'sının (n=393) şu an şehir merkezinde yaşadığı belirlendi.

Katılımcıların %29,1'i (n=137) düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Sigara içenlerin ise %33,6'sı (n=46) 10 paket yıl ve altında, %33,6'sı (n=46) 10-30 paket yıl arası, %32,8'i (n=45) ise 30 paket yıl ve üzerinde içmektedir.

Katılımcıların %56,4'ünün (n=265) kronik hastalığı bulunmaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik verilerine ait bulguların analizi frekans analizi ile yapılmış olup sonuçları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	204	43,4
	Kadın	266	56,6
Yaş	19-44	187	39,8
	45-64	190	40,4
	65 Yaş Ve Üzeri	93	19,8
Medeni Durum	Evli	338	71,9
	Bekâr	46	9,8
	Eşinden Ayrı	86	18,3
Yalnız Yaşama Durumu	Evet	75	16,0
	Hayır	395	84,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	409	87,0
	Hayır	61	13,0
Aile Tipi	Çekirdek Aile	415	88,3
	Geniş Aile	39	8,3
	Parçalanmış Aile	16	3,4
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	43	9,1
	İlkokul Mezunu	200	42,6
	Ortaokul Mezunu	50	10,6
	Lise Mezunu	96	20,4
	Lisans/Yüksek Lisans Mezunu	81	17,2
Meslek	Çalışmıyor	48	10,2
	Ev Hanımı	196	41,7
	Memur/ İşçi	106	22,6
	Serbest Meslek	43	9,1
	Emekli	77	16,4
Aylık Gelir Durumu	Düşük (0-2000 TL)	132	28,1
	Orta (2001-4000 TL)	290	61,7

	Yüksek (4001 TL ve Üzeri)	48	10,2
En Fazla Yaşanılan Yer	Şehir Merkezi	306	65,1
	İlçe veya Köy	164	34,9
Şu Anda Yaşanılan Yer	Şehir Merkezi	393	83,6
	İlçe veya Köy	77	16,4
Sigara Kullanımı	Evet	137	29,1
	Hayır	333	70,9
Düzenli Olarak Sigara Kullananların Yılda İtttikleri Sigara Paketi	10 Paket Yıl ve Altında	46	33,6
	10-30 Paket Yıl Arası	46	33,6
	30 Paket Yıl ve Üzeri	45	32,8
Kronik Hastalık	Var	265	56,4
	Yok	205	43,6

Kronik hastalığı olan katılımcıların (n=265) %24,7'si (n=116) hipertansiyon, %17'si (n=80) diyabet, %10,1'i (n=47) kronik akciğer hastası, %9,4'ü (n=44) koroner arter hastası, %7,4'ü (n=35) tiroit hastasıdır. Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklarına ait bulgular Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 3. Kronik Hastalığı Olan Katılımcıların Hastalıklarına Ait Bulgular

Kronik Hastalıklar (n=265)	n*	%*
Hipertansiyon	116	24,7
Diyabet	80	17
Kronik Akciğer Hastalığı	47	10,1
Koroner Arter Hastalığı	44	9,4
Nörolojik Hastalıklar (Serebrovasküler Hastalık, Alzheimer, Migren, Epilepsi)	38	8,1
Tiroit Hastalığı	35	7,4
Kanser	11	2,3
Romatizmal Hastalıklar (Romatoid Artrit, Osteoartrit, Ailesel Akdeniz Ateşi, Bağ dokusu hastalığı)	9	1,9
Diğer Hastalıklar (Hiperlipidemi, Karaciğer hastalığı, Kronik Böbrek Hastalığı, Ürtiker)	35	7,5

*Soruda birden fazla şık işaretlenmiştir.

4.2. Katılımcıların Depresyona Yönelik Özellikleri

Katılımcıların %70,4'ü (n=331) devlet hastanesinde depresyon tanısı alırken %17,9'u (n=84) aile hekimliği biriminde tanı almıştır.

Depresyon tedavi süresi incelendiğinde; 2-6 ay süre ile tedavi alanların oranı %25,5 (n=120), 7-12 ay tedavi alanların oranı %20,4 (n=96), 61 ay ve üzerinde tedavi alanların oranı %20,2'dir (n=95).

Katılımcıların %52,6'sının (n=247) daha önce depresyon tedavisi alıp bıraktığı, %6,8'inin (n=32) intihar girişiminde bulunduğu %10,9'unun (n=51) psikiyatrik hastalık nedeni ile hastanede yattığı saptandı. Katılımcıların %14,7'sinin (n=69) doktora başvurmadan önce psikolog/ hoca ya da şifacıdan destek aldığı saptandı.

Katılımcıların %24,7'sinin (n=116) ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan birey bulunmaktadır. Katılımcıların ailesinde mevcut psikiyatrik hastalıklar incelendiğinde depresyon %47,4 (n=55), anksiyete bozukluğu %24,1 (n=28), panikatak %12,9 (n=15), şizofreni %9,5 (n=11), bipolar bozukluk %6 (n=7) olarak saptandı.

Katılımcıların %11,1'inin (n=52) ailesinin depresyon tedavisine olumsuz baktığı saptandı. Tedaviye olumsuz bakanların %59,2'sinin (n=29) eş ve çocuk, %40,8'inin (n=20) ise anne, baba ve kardeş olduğu saptandı.

Araştırmamıza katılan depresyon hastalarının kendisi ve çevresi ile ilişkili olan risk faktörlerine ait sonuçlar Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Depresyona Yönelik Katılımcıların Özellikleri

Risk Faktörü		n	%
Depresyon Tanısını Aldıkları Yer	Devlet Hastanesi	331	70,4
	Aile Sağlığı Merkezi	84	17,9
	Üniversite Hastanesi	55	11,7
Depresyon Tedavi Süresi (Ay)	2 -6	120	25,5
	7-12	96	20,4
	13-24	74	15,7
	25 -60	85	18,1
	61 ve Üzeri	95	20,2
Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu	Evet	247	52,6
	Hayır	223	47,4
Daha Önce Psikiyatrik Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu	Hayır	419	89,1
	Evet	51	10,9
İntihar Girişiminde Bulunma Durumu	Hayır	438	93,2
	Evet	32	6,8
Hastalığı İçin Doktora Başvurmadan Önce Destek Alma Durumu	Hayır	401	85,3
	Evet (Psikolog/ Hoca/ Şifacı)	69	14,7
Ailede Psikiyatrik Öykü	Var	116	24,7
	Yok	354	75,3
Ailede Mevcut Psikiyatrik Hastalıklar	Depresyon	55	47,4
	Anksiyete Bozukluğu	28	24,1
	Panikatak	15	12,9
	Şizofreni	11	9,5
	Bipolar Bozukluk	7	6
Ailenin Depresyon Tedavisine Yaklaşımı	Olumsuz	52	11,1
	Olumlu	418	88,9

4.3. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumuna Ait Özellikler

Katılımcıların, %73,8'i (n=347) tek antidepresan ilaç kullanırken, %52,3'ünün (n=246) antidepresan ilaç raporu mevcuttur. %69,4'ünde (n=326) Antidepresan ilaç yan etkisi saptanmamıştır.

Antidepresan ilaç alan katılımcıların hastalığındaki düzelme algısı 1'den 10'a değerlendirildiğinde %51,7'sinin (n=243) 8-10 puan verdiği saptanmıştır.

Katılımcıların ilaç kullanım durumu ve ilaç uyumu ile ilgili sonuçları Tablo 5'te özetlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumuna İlgili Özellikler

İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumuna İlgili Özellikler	n	%	
Antidepresan İlaç Kullanma Durumu	1	347	73,8
	2	90	19,1
	2’den Fazla	33	7
Antidepresan İlaç Raporu	Var	246	52,3
	Yok	224	47,7
Antidepresan İlaç Yan Etkisi	Var	144	30,6
	Yok	326	69,4
Tedavi Sonucu Hastalığın Düzeltme Algısı (1’den 10’a Puan Dağılımı)	1-4 Puan	58	12,3
	5-7 Puan	169	36
	8-10 Puan	243	51,7

Antidepresan ilaç yan etkisi olan katılımcıların (n=144) %11,2'sinde (n=53) gündüz uykuya eğilim, %8,1'inde (n=38) sersemlik hissi, %6,8'inde (n=32) GİS yan etkisi (ağız kuruluğu, gastrit, kabızlık, kilo alma), %2,8'inde (n=13) halsizlik ve yorgunluk, %2,3'ünde (n=11) anksiyete ve uykusuzluk, %2,1'inde (n=10) hormonal yan etkiler (cinsel istekte azalma, adet düzensizliği), %2,1'inde (n=10) konsantrasyon güçlüğü, %2'sinde (n=9) nörolojik yan etkiler (postural hipotansiyon, baş dönmesi) görülmüştür. Katılımcılarda antidepresan ilaç yan etkilerine ait belirtiler Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Antidepresan İlaç Kullanımına Bağlı Katılımcılarda Ortaya Çıkan Yan Etkiler

Antidepresan İlaç Yan Etkileri (n=144)	n*	%*
Gündüz Uykuya Eğilim	53	11,2
Sersemlik Hissi	38	8,1
GİS Yan Etkileri (Ağız Kuruluğu, Gastrit, Kabızlık, Kilo Alma)	32	6,8
Halsizlik ve Yorgunluk	13	2,8
Anksiyete ve Uykusuzluk	11	2,3
Konsantrasyon Güçlüğü	10	2,1
Hormonal Yan Etkiler (Cinsel İstekte Azalma, Adet Düzensizliği)	10	2,1
Nörolojik Yan Etkiler (Postural Hipotansiyon, Baş Dönmesi)	9	2
Diğer Yan Etkiler (Alerjik Reaksiyon, Kas Spazmı, Çarpıntı)	12	2,5

*Soruda birden fazla şık işaretlenmiştir.

4.4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin İlişkisi

Çalışmamızda, HAD-Anksiyete ölçeğinden alınan puana göre katılımcıların %24,9'unun (n=117) yüksek riskli, %75,1'inin (n=353) düşük riskli grupta; HAD-Depresyon ölçeğinden alınan puana göre ise %46'sının (n=216) yüksek riskli, %54'ünün (n=254) düşük riskli grupta olduğu belirlendi. Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon ölçeğinden aldıkları puana göre yapılan yüksek ve düşük riskli olma durumu ile sosyo-demografik özellikler karşılaştırıldı.

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile yaş grupları karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Yaş Arasındaki İlişki

Yaş	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
18-44	Düşük	137	73,3	107	52,7
	Yüksek	50	26,7	80	42,8
45-64	Düşük	141	74,2	105	55,3
	Yüksek	49	25,8	85	44,7
65 yaş ve üzeri	Düşük	75	80,6	42	45,2
	Yüksek	18	19,4	51	54,8
p		0,378		0,148	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyi ile cinsiyet karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$). Ancak HAD-Anksiyete risk düzeyi kadınlarda erkeklerden daha yüksek saptandı. HAD-Depresyon risk düzeyi ise erkeklerde daha yüksek saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Erkek	Düşük	162	79,4	105	51,5
	Yüksek	42	20,6	99	48,5
Kadın	Düşük	191	71,8	149	56
	Yüksek	75	28,2	117	44
p		0,059		0,327	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile medeni durum karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak eşinden ayrı yaşayan katılımcıların %54,7'sinde ($n=47$) depresyon risk düzeyi yüksek olarak saptandı (Tablo 9).

Tablo 9. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki İlişki

Medeni Durum	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Evli	Düşük	257	76	189	55,9
	Yüksek	81	24	149	44,1
Bekar	Düşük	33	71,7	26	56,5
	Yüksek	13	28,3	20	43,5
Eşinden Ayrı	Düşük	63	73,3	39	45,3
	Yüksek	23	26,7	47	54,7
p		0,744		0,201	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile aile tipi karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak anksiyete ve depresyon risk düzeyi parçalanmış aileye sahip katılımcılarda daha yüksek olarak saptandı.

HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon düzeyi ile aile tipi arasındaki ilişki Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Aile Tipi Arasındaki İlişki

Aile Tipi	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Çekirdek Aile	Düşük	315	75,9	229	55,2
	Yüksek	100	24,1	186	44,8
Geniş Aile	Düşük	29	74,4	18	46,2
	Yüksek	10	25,6	21	53,8
Parçalanmış Aile	Düşük	9	56,2	7	43,8
	Yüksek	7	43,8	9	56,2
p		0,202		0,391	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile eğitim durumu karşılaştırıldı. HAD-Anksiyete risk düzeyi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak HAD-Depresyon risk düzeyi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,003$). Anlamlı farklılık okuryazar olmayan katılımcılar ile üniversite mezunu olan katılımcılar arasında saptandı ($p=0,001$). Okuryazar olmayan grupta depresyon riski daha yüksek olarak bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Eğitim Düzeyi Arasındaki ilişki

Eğitim Durumu	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Okuryazar değil	Düşük	31	72,1	13	30,2
	Yüksek	12	27,9	30	69,8
İlkokul Mezunu	Düşük	145	72,5	106	53,0
	Yüksek	55	27,5	94	47,0
Ortaokul Mezunu	Düşük	39	78,0	32	64,0
	Yüksek	11	22,0	18	36,0
Lise Mezunu	Düşük	73	76,0	50	52,1
	Yüksek	23	24,0	46	47,9
Lisans/Yüksek Lisans Mezunu	Düşük	65	80,2	53	65,4
	Yüksek	16	19,8	28	34,6
p		0,672		0,003	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile yalnız yaşama durumu karşılaştırıldı. HAD-Anksiyete risk düzeyi ile yalnız yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak HAD-Depresyon risk düzeyi ile yalnız yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,016$). Yalnız yaşayan katılımcıların %58,7'sinde ($n=44$) depresyon risk düzeyinin yüksek olması farklılığı oluşturmuştur.

HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon düzeyi ile yalnız yaşama durumu arasındaki ilişki Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo 12. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Yalnız Yaşama Durumu Arasındaki İlişki

Yalnız Yaşama Durumu	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Evet	Düşük	54	72,0	31	41,3
	Yüksek	21	28,0	44	58,7
Hayır	Düşük	299	75,7	223	56,5
	Yüksek	96	24,3	172	43,5
p		0,497		0,016	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile meslek karşılaştırıldı. HAD-Depresyon risk düzeyi ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). HAD-Anksiyete risk düzeyi ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,01$). Anlamlı farklılık serbest meslek sahibi olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcılar arasındaydı ($p=0,047$). Ev hanımlarında yüksek olarak bulundu (Tablo 13).

Tablo 13. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Meslek Arasındaki İlişki

Meslek	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Çalışmıyor	Düşük	30	62,5	21	43,8
	Yüksek	18	37,5	27	56,2
Ev Hanımı	Düşük	137	69,9	103	52,6
	Yüksek	59	30,1	93	47,4
Memur/İşçi	Düşük	86	81,1	66	62,3
	Yüksek	20	18,9	40	37,7
Serbest Meslek	Düşük	36	83,7	28	65,1
	Yüksek	7	16,3	15	34,9
Emekli	Düşük	64	83,1	36	46,8

	Yüksek	13	16,9	41	53,2
p		0,01		0,064	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile aylık gelir durumu karşılaştırıldı. HAD-Anksiyete risk düzeyi ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). HAD-Depresyon risk düzeyi ile aylık gelir durumu arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Anlamlı farklılık; düşük gelire sahip katılımcılar ile orta gelir düzeyine sahip katılımcıların arasında ($p=0,007$) ve düşük gelir düzeyindeki katılımcılar ile yüksek gelire sahip katılımcılar arasındaydı ($p=0,014$). Düşük gelirli katılımcıların %59,1'inde ($n=78$) depresyon risk düzeyi yüksek olarak bulundu.

HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon düzeyi ile aylık gelir durumu arasındaki ilişki Tablo 14'de özetlenmiştir.

Tablo 14. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Aylık Gelir Durumu Arasındaki İlişki

Aylık Gelir Durumu	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Düşük (0-2000 TL)	Düşük	92	69,7	54	40,9
	Yüksek	40	30,3	78	59,1
Orta (2001-4000 TL)	Düşük	226	77,9	166	57,2
	Yüksek	64	22,1	124	42,8
Yüksek (4001 TL ve Üzeri)	Düşük	35	72,9	34	70,8
	Yüksek	13	27,1	14	29,2
p		0,180		0,001	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile şu an yaşanılan yer karşılaştırıldı. HAD-Depresyon risk düzeyi ile şu an yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). HAD-

Anksiyete risk düzeyi ile şu an yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,011$). Şehir merkezinde yaşayan katılımcıların %22,6'sında ($n=89$) anksiyete risk düzeyi yüksek olarak bulundu (Tablo 15).

Tablo 15. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Şu An Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki

Şu An Yaşanılan Yer	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Şehir Merkezi	Düşük	304	77,4	220	56
	Yüksek	89	22,6	173	44
İlçe veya Köy	Düşük	49	63,6	34	44,2
	Yüksek	28	36,4	43	55,8
p		0,011		0,057	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile sigara kullanma durumu karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak sigara kullanan katılımcıların %52,6'sında ($n=72$) depresyon risk düzeyi yüksek olarak bulundu (Tablo 16).

Tablo 16. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Sigara Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Sigara Kullanma	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Evet	Düşük	96	70,1	65	47,4
	Yüksek	41	29,9	72	52,6
Hayır	Düşük	257	77,2	189	56,8
	Yüksek	76	22,8	144	43,2
p		0,106		0,066	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak kronik hastalığı olan katılımcıların %49,8'inde ($n=132$) depresyon risk düzeyi yüksek olarak bulundu (Tablo 17).

Tablo 17. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Kronik Hastalık Arasındaki İlişki

Kronik Hastalık Durumu	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Var	Düşük	199	75,1	133	50,2
	Yüksek	66	24,9	132	49,8
Yok	Düşük	154	75,1	121	59
	Yüksek	51	24,9	84	41
p		0,995		0,057	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu karşılaştırıldı. HAD-Depresyon risk düzeyi ile daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak HAD-Anksiyete risk düzeyi ile daha önce depresyon tedavisi alıp bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$). Depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakmış olan katılımcıların %30'unda ($n=74$) anksiyete risk düzeyi yüksek olarak bulundu (Tablo 18).

Tablo 18. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu Arasındaki İlişki

Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Evet	Düşük	173	70	127	51,4
	Yüksek	74	30	120	48,6
Hayır	Düşük	180	80,7	127	57
	Yüksek	43	19,3	96	43
p		0,008		0,229	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile daha önce psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu karşılaştırıldı. HAD-Depresyon risk düzeyi ile daha önce psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak HAD-Anksiyete risk düzeyi ile daha önce psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,012$). Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatmış olan katılımcıların %39,2'sinde ($n=20$) anksiyete risk düzeyi yüksek olarak bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile Daha Önce Psikiyatrik Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu Arasındaki İlişki

Daha Önce Psikiyatrik Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Hayır	Düşük	322	76,8	231	55,1
	Yüksek	97	23,2	188	44,9
Evet	Düşük	31	60,8	23	45,1
	Yüksek	20	39,2	28	54,9
p		0,012		0,175	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile intihar girişiminde bulunma durumu karşılaştırıldı. HAD-Depresyon risk düzeyi ve HAD-Anksiyete risk düzeyi ile intihar girişiminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). İntihar girişiminde bulunmuş olan katılımcıların; %59,4'ünde ($n=19$) anksiyete risk düzeyi yüksek, %78,1'inde ($n=25$) depresyon risk düzeyi yüksek olarak bulundu (Tablo 20).

Tablo 20. HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon Düzeyi ile İntihar Girişiminde Bulunma Durumu Arasındaki İlişki

İntihar Girişiminde Bulunma Durumu	Risk Düzeyi	HAD-Anksiyete		HAD-Depresyon	
		n	%	n	%
Hayır	Düşük	340	77,6	247	56,4
	Yüksek	98	22,4	191	43,6
Evet	Düşük	13	40,6	7	21,9
	Yüksek	19	59,4	25	78,1
p		0,001		0,001	

Ki-Kare Testi

4.5. Katılımcılarda Sosyal Destek Durumu

4.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden (ÇBASDÖ) aldıkları ortalama puan 53 (min:20, max:84), aile alt boyutundan aldıkları ortalama puan 23 (min:4, max:28), arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puan 18 (min:4, max:28), özel kişi alt boyutundan aldıkları ortalama puan 13 (min:4, max:28) olarak bulundu. Katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puan ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldı.

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile yaş grupları karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puanı, aile ve arkadaş alt boyut puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Yaş arttıkça sosyal destek toplam puanının, aile ve arkadaş alt boyutlarından alınan puanın azaldığı saptandı. Özel kişi alt boyutu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 21.).

Tablo 21. Yaş ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Yaş		18-44 (n=187)	45-64 (n=190)	65 yaş ve Üzeri (n=93)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	55 (22:82)	53 (20:84)	48 (21:78)	0,001*
	Mean±SS	55,7±12,7	53,5±12,1	48,5±11,4	
Aile	Medyan (min:max)	24 (8:28)	23 (4:28)	20 (5:28)	0,001*
	Mean±SS	22,5±4,6	22,4±4,6	19,5±6,0	
Arkadaş	Medyan (min:max)	19 (4:28)	18 (4:28)	15 (4:26)	0,001*
	Mean±SS	18,1±6,1	17±6,0	14,8±5,2	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	14 (4:28)	12,5 (4:28)	13 (4:27)	0,346
	Mean±SS	15,05±6,45	14±6,4	14,28±5,6	

Kruskal-Wallis Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı, aile ve arkadaş alt boyut puanları ile cinsiyet karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Özel kişi alt boyutu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,022$). Kadınların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan daha yüksek bulundu (Tablo 22).

Tablo 22. Cinsiyet ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Cinsiyet		Erkek (n=204)	Kadın (n=266)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	51,5 (21:84)	54 (20:84)	0,175
	Mean±SS	52,6±12,4	54±12,6	
Aile	Medyan (min:max)	23 (5:28)	23 (4:28)	0,654
	Mean±SS	21,75±5,03	21,9±5,08	
Arkadaş	Medyan (min:max)	18 (4:28)	18 (4:28)	0,756
	Mean±SS	17,16±6,06	19,95±5,99	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	12 (4:28)	14 (4:28)	0,022*
	Mean±SS	13,7±6,1	15,1±6,35	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile medeni durum karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puanı, aile ve arkadaş alt boyutları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,019$, $p=0,001$, $p=0,003$). Eşinden ayrı olan katılımcıların; bekar ve evli olan katılımcılara göre daha düşük puan alması anlamlı farklılığı oluşturdu. Özel kişi alt boyutu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Medeni Durum ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Medeni Durum		Evli (n=338)	Bekar (n=46)	Eşinden Ayrı (n=86)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	53 (20:84)	54,5 (39:77)	50 (21:79)	0,019*
	Mean±SS	53,8±12,4	56,02±11,32	50,1±12,9	
Aile	Medyan (min:max)	23 (6:28)	23 (7:28)	20,5 (4:28)	0,001*

	Mean±SS	22,4±4,61	22±4,85	19,65±6,14	
Arkadaş	Medyan (min:max)	18 (4:28)	20 (4:28)	16 (4:28)	0,003*
	Mean±SS	17,2±5,95	18,71±6,31	15,5±5,8	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	13 (4:28)	13,5 (4:28)	14,5 (4:27)	0,558
	Mean±SS	14,28±6,25	15,3±6,23	14,94±6,41	

Kruskal-Wallis Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile eğitim durumu karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puanı, aile ve arkadaş alt boyutları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan katılımcıların sosyal destek ölçeği toplam puanı lisans/yüksek lisans mezunlarından daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Okuryazar olmayan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları puan ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve lisans/yüksek lisans mezunlarından daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Okuryazar olmayan, ilkokul mezunu ve lise mezunu katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları puan lisans/yüksek lisans mezunlarından daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Özel kişi alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Eğitim Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Kişi
Okuryazar değil (n=43)				
Medyan (min:max)	47,74(21:75)	20 (7:26)	15 (4:27)	14 (4:27)
Mean±SS	47,7±11,9	18,5±6	14,8±5,5	14,3±6,5
İlkokul Mezunu (n=200)				
Medyan (min:max)	51,5 (20:82)	23 (4:28)	18 (4:28)	12 (4:28)
Mean±SS	51,6±12	21,7±5	16,3±6	13,59±5,9
Ortaokul Mezunu (n=50)				

Medyan (min:max)	51 (22:84)	23,5 (8:28)	18 (4:28)	12,5 (4:28)
Mean±SS	53,8±13,4	21,7±5,6	17,34±5,4	14,8±6,5
Lise Mezunu (n=96)				
Medyan (min:max)	54 (32:82)	23 (11:28)	18 (4:28)	13,5 (4:28)
Mean±SS	54,5±11,8	22,17±4,7	17,1±6,2	15,1±6,33
Lisans/Yüksek Lisans Mezunu (n=81)				
Medyan (min:max)	58 (31:84)	24 (14:28)	20 (4:28)	16 (4:28)
Mean±SS	59±12	23,4±3,65	19,6±5,5	15,9±6,58
p	0,001*	0,001*	0,001*	0,053

Kruskal-Wallis Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile meslek karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puanı, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,019$, $p=0,004$, $p=0,043$). Emekli katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı memur/işçi katılımcılardan daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Emekli ve ev hanımı olan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları puan memur/işçi olan katılımcılardan daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Emekli ve serbest meslek sahibi katılımcıların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan memur/işçi katılımcılardan daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Aile alt boyutu ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Meslek ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Meslek	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Kişi
Çalışmıyor (n=48)				
Medyan (min:max)	51,5 (32:77)	23 (7:28)	18,5 (4:28)	12 (4:28)
Mean±SS	52,7±11,5	21,4±5,2	17,25±5,57	13,9±6,2
Ev Hanımı (n=196)				
Medyan (min:max)	52 (20:84)	23 (4:28)	17 (4:28)	13 (4:28)
Mean±SS	52,8±12,7	21,8±5,3	16,42±6	14,5±6,4
Memur/İşçi (n=106)				
Medyan (min:max)	57 (22:84)	22,5 (5:28)	20 (4:28)	15,5 (4:28)
Mean±SS	56,84±12,57	22,04±4,85	18,9±5,6	15,87±6
Serbest Meslek (n=43)				
Medyan (min:max)	53 (31:79)	24 (12:28)	18 (5:27)	12 (4:27)
Mean±SS	53,3±12	22,9±4,14	17,2±5,55	13,1±6,65
Emekli (n=77)				
Medyan (min:max)	51 (21:78)	21 (8:28)	17 (4:28)	12 (4:28)
Mean±SS	50,63±11,9	21,2±5	15,8±6	13,6±5,8
p	0,019*	0,504	0,004*	0,043*

Kruskal-Wallis Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile aile tipi karşılaştırıldı. ÇBASDÖ aile alt boyutu ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,028$). Çekirdek aile tipine sahip katılımcıların; sosyal destek ölçeği aile alt boyutundan, geniş ve parçalanmış aile tipinde olan katılımcılara göre daha yüksek puan alması anlamlı farklılığı oluşturdu. Sosyal destek ölçeği toplamı, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Aile Tipi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Aile Tipi		Çekirdek Aile (n=415)	Geniş Aile (n=39)	Parçalanmış Aile (n=16)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	54 (20:84)	48 (33:79)	51 (31:71)	0,061
	Mean±SS	53,8±12,63	50,1±10,8	49,8±11,5	
Aile	Medyan (min:max)	23 (4:28)	22 (10:28)	20 (11:28)	0,028*
	Mean±SS	22±5	20,8±5,2	19,4±4,8	
Arkadaş	Medyan (min:max)	18 (4:28)	15 (4:28)	16,5 (4:24)	0,157
	Mean±SS	17,2±6	15,9±5,5	15,4±6,1	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	13 (4:28)	12 (4:27)	14,5 (4:23)	0,473
	Mean±SS	14,6±6,3	13,3±6	14,9±5,5	

Kruskal-Wallis Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile yalnız yaşama durumu karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puanı ve aile alt boyutu ile yalnız yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$, $p=0,001$). Yalnız yaşamayan katılımcıların; ÇBASDÖ toplam puanının ve aile alt boyutlarından aldıkları puanın yalnız yaşayan katılımcılardan daha yüksek olması anlamlı farklılığı oluşturdu. Arkadaş ve özel kişi alt boyutu ile yalnız yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Yalnız Yaşama Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Yalnız Yaşama Durumu		Evet (n=75)	Hayır (n=395)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	51 (21:77)	54 (20:84)	0,008*

	Mean±SS	49,6±12,8	54,12±12,3	
Aile	Medyan (min:max)	18 (4:28)	23 (6:28)	0,001*
	Mean±SS	18±6,2	22,5±4,43	
Arkadaş	Medyan (min:max)	16 (4:28)	18 (4:28)	0,203
	Mean±SS	16,3±5,6	17,1±6	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	14 (5:27)	13 (4:28)	0,311
	Mean±SS	15,1±5,8	14,3±6,3	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile şu anda yaşanılan yer karşılaştırıldı. Arkadaş alt boyutu ile şu an yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,048$). Anlamlı farklılığı şu anda şehir merkezinde yaşayan katılımcıların arkadaş alt boyutundan daha yüksek puan alması oluşturdu. ÇBASDÖ toplamı aile ve özel kişi alt boyutları ile şu an yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Şu Anda Yaşanılan Yer ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Şu Anda Yaşanılan Yer		Şehir Merkezi (n=393)	İlçe veya Köy (n=77)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	53 (20:84)	53 (23:79)	0,719
	Mean±SS	53,5±12,4	52,7±13,1	
Aile	Medyan (min:max)	23 (4:28)	24 (8:28)	0,257
	Mean±SS	21,8±5	22,2±5,2	
Arkadaş	Medyan (min:max)	18 (4:28)	16 (4:27)	0,048*
	Mean±SS	17,3±6	15,9±6	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	13 (4:28)	12 (4:27)	0,960
	Mean±SS	14,5±6,2	14,6±6,7	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile çocuk sahibi olma durumu karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplamı ve alt boyutları ile çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Çocuk Sahibi Olma Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Çocuk Sahibi Olma Durumu		Evet (n=409)	Hayır (n=61)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	53 (20:84)	53 (24:77)	0,625
	Mean±SS	53,2±12,4	54,3±12,9	
Aile	Medyan (min:max)	23 (4:28)	23 (5:28)	0,938
	Mean±SS	21,8±5	21,7	
Arkadaş	Medyan (min:max)	18 (4:28)	20 (4:28)	0,157
	Mean±SS	16,9±5,9	17,8±6,7	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	13 (4:28)	13 (4:28)	0,737
	Mean±SS	14,5±6,3	14,8±6,3	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ile aylık gelir durumu karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puanı, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,036$, $p=0,013$). Gelir düzeyi yükseldikçe ÇBASDÖ toplamı ve alt boyutlarından alınan puanın yükseldiği saptandı. Gelir düzeyi düşük olan katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı 49 (min:21, max:76), aile puanı 21 (min:5, max:28), arkadaş puanı 16,5 (min:4, max:28), özel kişi puanı 12 (min:4, max:27) olarak bulundu (Tablo 30).

Tablo 30. Aylık Gelir Durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Aylık Gelir Durumu		Düşük (0-2000 TL) (n=132)	Orta (2001-4000 TL) (n=290)	Yüksek (4001 TL ve Üzeri) (n=48)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	49 (21:76)	54 (20:84)	57,5 (23:84)	0,001*
	Mean±SS	49,6±11,5	54,5±12,1	56,9±14,7	
Aile	Medyan (min:max)	21 (5:28)	23,5 (4:28)	24 (8:28)	0,001*
	Mean±SS	20,1±5,7	22,5±4,6	22,5±4,8	
Arkadaş	Medyan (min:max)	16,5 (4:28)	18 (4:28)	20 (4:28)	0,036*
	Mean±SS	16,2±5,9	17,2±6	18,3±6,3	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	12 (4:27)	13 (4:28)	16,5 (4:28)	0,013*
	Mean±SS	13,2±5,9	14,8±6,2	16,2±7,1	

Kruskal-Wallis Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$, $p=0,038$, $p=0,005$, $p=0,035$). Kronik hastalığı olmayan katılımcılarda ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları daha yüksek bulundu. Kronik hastalığı olan katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı 51 (min:20, max:84), aile puanı 22 (min:4, max:28), arkadaş puanı 17 (min:4, max:28), özel kişi puanı 12 (min:4, max:27) olarak bulundu (Tablo 31).

Tablo 31. Kronik Hastalık ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Kronik Hastalık		Var (n=265)	Yok (n=205)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	51 (20:84)	54 (22:84)	0,001*
	Mean±SS	51,7±12,4	55,5±12,2	
Aile	Medyan (min:max)	22 (4:28)	24 (6:28)	0,038*
	Mean±SS	21,3±5,3	22,4±4,65	
Arkadaş	Medyan (min:max)	17 (4:28)	19 (4:28)	0,005*
	Mean±SS	16,4±5,9	17,85±6	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	12 (4:28)	14 (4:28)	0,035*
	Mean±SS	13,9±6,1	15,2±6,4	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin İlişkisi

Katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puan ile HAD-Anksiyete ölçeği ile karşılaştırıldı. Aile ve özel kişi alt boyutları ile HAD-Anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). ÇBASDÖ toplam puanı ve arkadaş alt boyutu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$, $p=0,001$). Anksiyete risk düzeyi arttıkça ÇBASDÖ toplam puanı ve arkadaş alt boyutlarından alınan puanın azaldığı saptandı (Tablo 32).

Tablo 32. HAD-Anksiyete ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

HAD-Anksiyete		Düşük Düzey (n=117)	Yüksek Düzey (n=353)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	54 (20:84)	51 (24:77)	0,001*
	Mean±SS	54,47±12,86	50,17±10,75	
Aile	Medyan (min:max)	23 (4:28)	23 (5:28)	0,282
	Mean±SS	22,03±4,93	21,33±5,4	
Arkadaş	Medyan (min:max)	19 (4:28)	16 (4:28)	0,001*
	Mean±SS	17,66±6,06	15,18±5,5	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	13 (4:28)	13 (4:28)	0,122
	Mean±SS	14,78±6,55	13,66±5,33	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puan ile HAD-Depresyon ile karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puan, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile HAD-Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$, $p=0,013$). Depresyon risk düzeyi arttıkça ÇBASDÖ toplam puanı, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutlarından alınan puanın azaldığı saptandı (Tablo 33).

Tablo 33. HAD-Depresyon ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

HAD-Depresyon		Düşük Düzey (n=254)	Yüksek Düzey (n=216)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	57 (23:84)	50 (20:84)	0,001*
	Mean±SS	56,77±12,52	49,44±11,27	
Aile	Medyan (min:max)	24 (8:28)	21 (4:28)	0,001*
	Mean±SS	23,33±4,04	20,11±5,55	

Arkadaş	Medyan (min:max)	19 (4:28)	16 (4:28)	0,001*
	Mean±SS	18,23±6,12	15,64±5,58	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	14 (4:28)	12 (4:28)	0,013*
	Mean±SS	15,2±6,67	13,68±5,7	

Mann Whitney U Testi

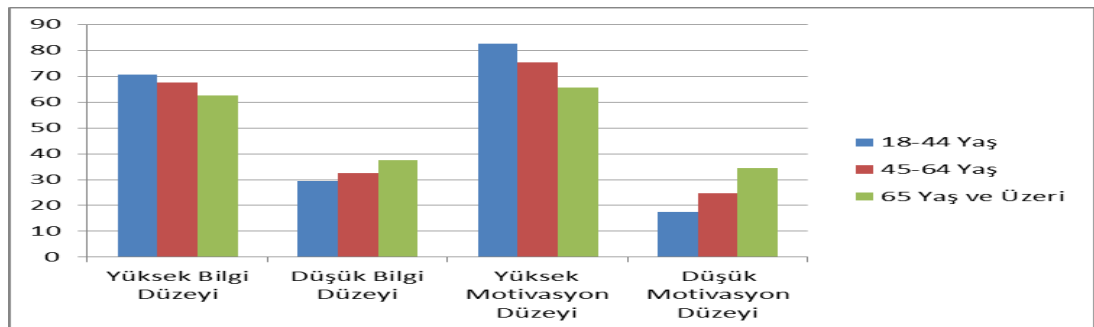
ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.6. Katılımcılarda Tedaviye Uyuma Etki Eden Faktörler

4.6.1. Modifiye Morisky Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi

Çalışmamızda, Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi alt boyutundan alınan puana göre katılımcıların %67,7'si (n=318) yüksek bilgi düzeyinde, %32,3'ü (n=152) düşük bilgi düzeyinde; Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon alt boyutuna göre %76,2'si (n=358) yüksek motivasyon düzeyinde, %23,8'i (n=112) düşük motivasyon düzeyinde olduğu belirlendi. Katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek olarak bulundu. Katılımcıların Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi alt boyutlarından aldıkları puana göre yapılan yüksek ve düşük düzeyde olma durumu ile sosyo-demografik veriler karşılaştırıldı.

Katılımcıların, yaş gruplarına göre bilgi düzeyleri incelendiğinde 18-44 yaş grubundaki katılımcıların %70'6'sında (n=132) yüksek; yaş gruplarına göre motivasyon düzeyleri ise 18-44 yaş grubundaki katılımcıların %82,4'ünde (n=154) yüksek bulundu (Şekil 1).



Şekil 1. Modifiye Morisky Ölçeği ile Yaş Grupları İlişkisi

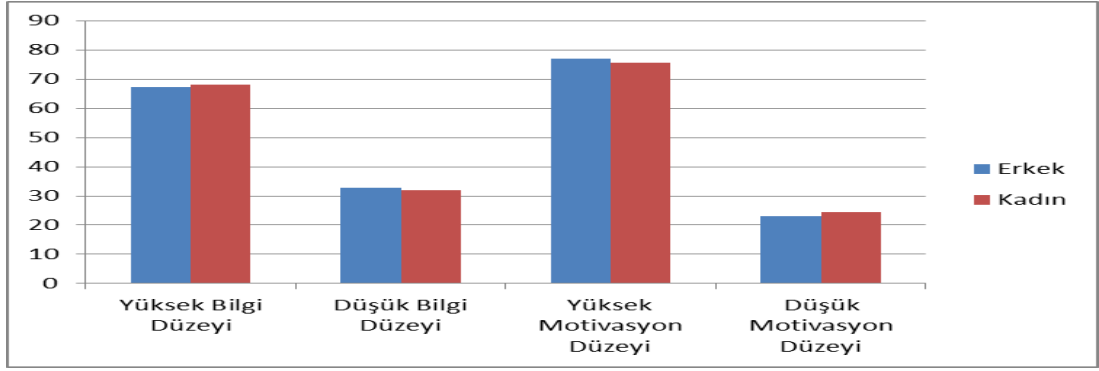
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile yaş grupları karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak motivasyon düzeyi ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$). Anlamlı farklılık 65 yaş ve üzerindeki katılımcılar ile 18-44 yaş grubundaki katılımcılar arasında saptandı ($p=0,006$). 65 yaş ve üzerindeki katılımcılarda motivasyon düzeyi daha düşük olarak bulundu. Bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile yaş arasındaki ilişki Tablo 34'te özetlenmiştir.

Tablo 34. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Yaş Arasındaki İlişki

Yaş	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
18-44	Düşük	55	29,4	33	17,6
	Yüksek	132	70,6	154	82,4
45-64	Düşük	62	32,6	47	24,7
	Yüksek	128	67,4	143	75,3
65 Yaş ve Üzeri	Düşük	35	37,6	32	34,4
	Yüksek	58	62,4	61	65,6
p		0,381		0,008	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, cinsiyete göre bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek olarak bulundu (Şekil 2).



Şekil 2. Modifiye Morisky Ölçeği ile Cinsiyet İlişkisi

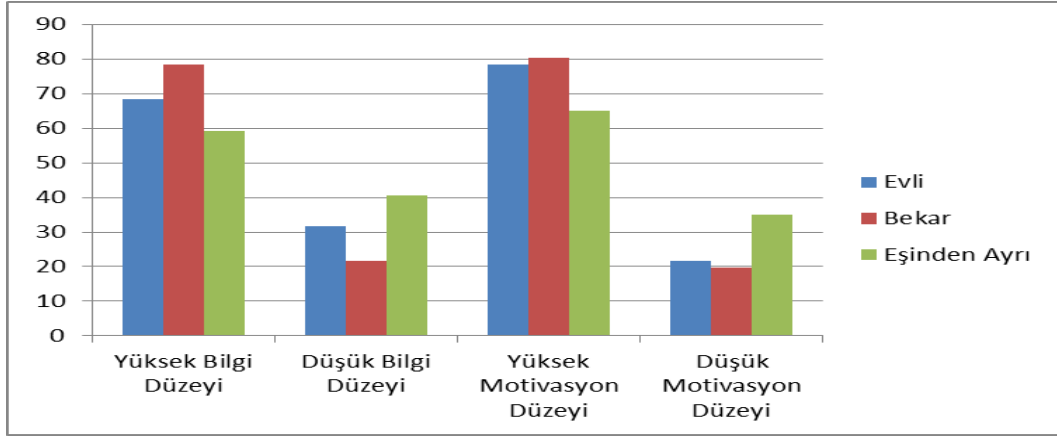
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile cinsiyet istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Erkek	Düşük	67	32,8	47	23
	Yüksek	137	67,2	157	77
Kadın	Düşük	85	32	65	24,4
	Yüksek	181	68	201	75,6
p		0,838		0,725	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, medeni duruma göre bilgi düzeyleri incelendiğinde bekar olan katılımcıların %78,3'ünde ($n=36$) yüksek; medeni duruma göre motivasyon düzeyleri ise bekar olan katılımcıların %80,4'ünde ($n=37$) yüksek olarak bulundu (Şekil 3).



Şekil 3. Modifiye Morisky Ölçeği ile Medeni Durum İlişkisi

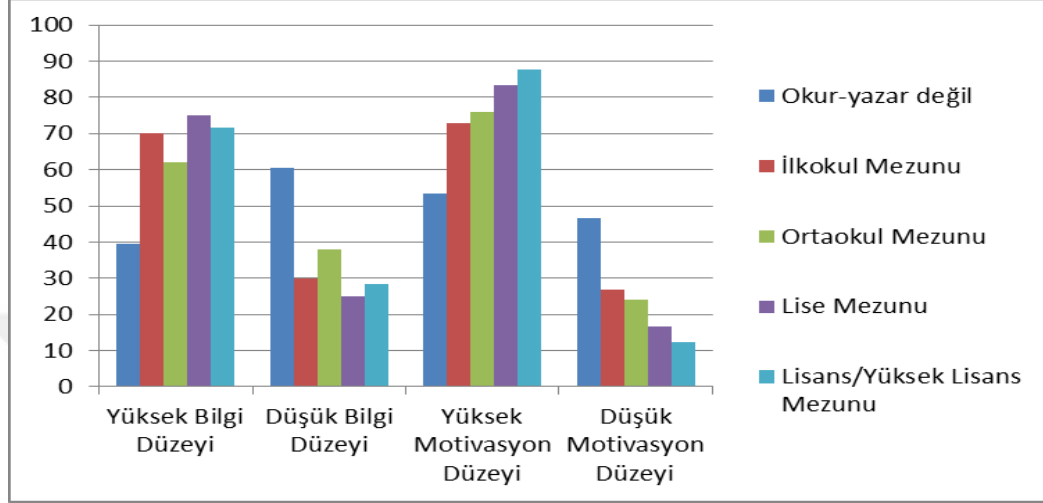
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile medeni durum karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) ancak motivasyon düzeyi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,028$). Anlamlı farklılık eşinden ayrı olan katılımcılar ile evli olan katılımcılar arasında saptandı ($p=0,030$). Eşinden ayrı olan katılımcıların motivasyon düzeyi daha düşük olarak bulundu (Tablo 36).

Tablo 36. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Medeni Durum Arasındaki İlişki

Medeni Durum	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Evli	Düşük	107	31,7	73	21,6
	Yüksek	231	68,3	265	78,4
Bekar	Düşük	10	21,7	9	19,6
	Yüksek	36	78,3	37	80,4
Eşinden Ayrı	Düşük	35	40,7	30	34,9
	Yüksek	51	59,3	56	65,1
p		0,075		0,028	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, eğitim durumuna göre bilgi düzeyleri incelendiğinde lise mezunlarının %75'inde (n=72) yüksek; eğitim durumuna göre motivasyon düzeyleri ise lisans/yüksek lisans mezunlarının %87,7'sinde (n=71) yüksek olarak bulundu (Şekil 4).



Şekil 4. Modifiye Morisky Ölçeği ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki

Katılımcıların bilgi ve motivasyon düzeyi ile eğitim durumu karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Anlamlı farklılıklar; okuryazar olmayan katılımcılar ile lise mezunu olan katılımcılar arasında ($p=0,001$) ve okuryazar olmayan katılımcılar ile lisans/yüksek lisans mezunu katılımcılar arasında ($p=0,001$) saptandı. Okuryazar olmayan katılımcılarda bilgi düzeyi düşük olarak bulundu (Tablo 37).

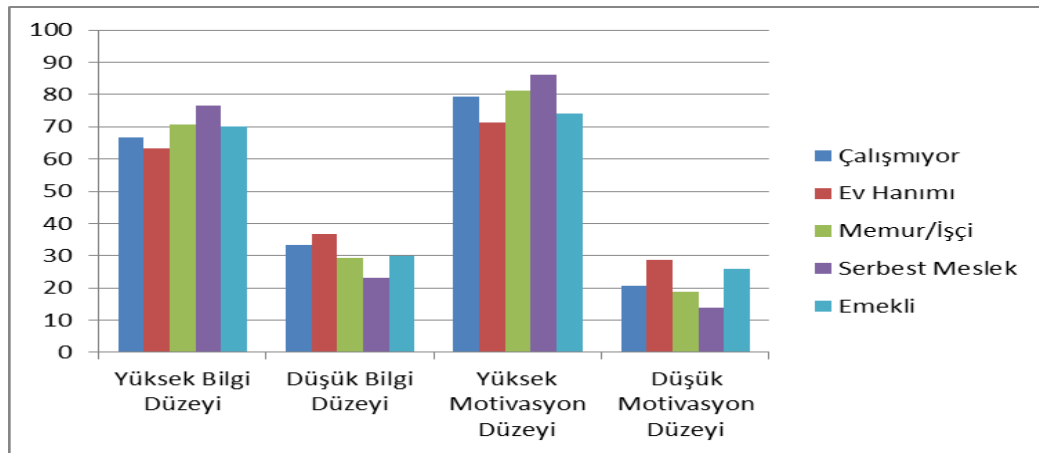
Motivasyon düzeyi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Anlamlı farklılıklar; okuryazar olmayan katılımcılar ile ilkokul mezunu olan katılımcılar arasında ($p=0,001$), okuryazar olmayan katılımcılar ile lise mezunu katılımcılar arasında ($p=0,001$) ve okuryazar olmayan katılımcılar ile lisans/yüksek lisans mezunu olan katılımcılar arasında ($p=0,003$) saptandı. Okuryazar olmayan katılımcılarda motivasyon düzeyi düşük olarak bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça ilaç kullanma alışkanlığına yönelik hem bilgi hem de motivasyon düzeyinin arttığı saptandı (Tablo 37).

Tablo 37. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki

Eğitim Durumu	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Okuryazar değil	Düşük	26	60,5	20	46,5
	Yüksek	17	39,5	23	53,5
İlkokul Mezun	Düşük	60	30,0	54	27,0
	Yüksek	140	70,0	146	73,0
Ortaokul Mezun	Düşük	19	38,0	12	24,0
	Yüksek	31	62,0	38	76,0
Lise Mezun	Düşük	24	25,0	16	16,7
	Yüksek	72	75,0	80	83,3
Lisans/Yüksek Lisans Mezun	Düşük	23	28,4	10	12,3
	Yüksek	58	71,6	71	87,7
p		0,001		0,001	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, mesleklerine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde serbest meslek sahibi katılımcıların %76,7'sinde (n=33) yüksek; mesleklerine göre motivasyon düzeyleri ise serbest meslek sahibi katılımcıların %86'sında (n=37) yüksek olarak bulundu (Şekil 5).



Şekil 5. Modifiye Morisky Ölçeği ile Meslek Arasındaki İlişki

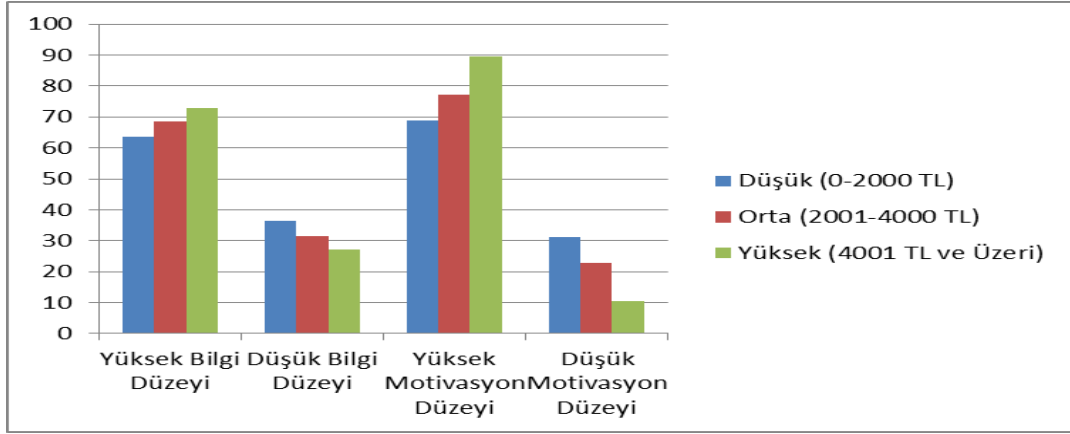
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile meslek karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 38).

Tablo 38. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Meslek Arasındaki İlişki

Meslek	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Çalışmıyor	Düşük	16	33,3	10	20,8
	Yüksek	32	66,7	38	79,2
Ev Hanımı	Düşük	72	36,7	56	28,6
	Yüksek	124	63,3	140	71,4
Memur/İşçi	Düşük	31	29,2	20	18,9
	Yüksek	75	70,8	86	81,1
Serbest Meslek	Düşük	10	23,3	6	14
	Yüksek	33	76,7	37	86
Emekli	Düşük	23	29,9	20	26
	Yüksek	54	70,1	57	74
p		0,399		0,158	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, aylık gelir durumuna göre bilgi ve motivasyon düzeyleri incelendiğinde; gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların bilgi ve motivasyon düzeyi yüksek olarak bulundu (Şekil 6).



Şekil 6. Modife Morisky Ölçeği ile Aylık Gelir Durumu Arasındaki İlişki

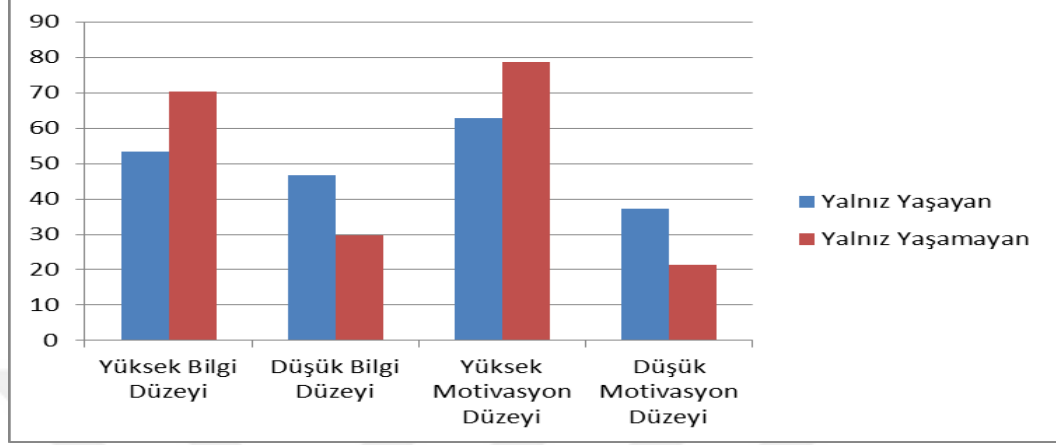
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile aylık gelir durumu karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak motivasyon düzeyi ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,013$). Anlamlı farklılık düşük gelire sahip katılımcılar ile yüksek gelire sahip katılımcılar arasında saptandı ($p=0,012$). Düşük gelirli katılımcıların motivasyon düzeyi daha düşük olarak bulundu (Tablo 39).

Tablo 39. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Aylık Gelir Durumu Arasındaki İlişki

Aylık Gelir Durumu	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Düşük (0-2000 TL)	Düşük	48	36,4	41	31,1
	Yüksek	84	63,6	91	68,9
Orta (2001-4000 TL)	Düşük	91	31,4	66	22,8
	Yüksek	199	68,6	224	77,2
Yüksek (4001 TL ve Üzeri)	Düşük	13	27,1	5	10,4
	Yüksek	35	72,9	43	89,6
p		0,426		0,013	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, yalnız yaşama durumuna göre bilgi ve motivasyon düzeyleri incelendiğinde yalnız yaşamayanların %70,4'sinde (n=278) bilgi düzeyi yüksek; %78,7'sinde (n=311) ise motivasyon düzeyi yüksek olarak bulundu (Şekil 7).



Şekil 7. Modife Morisky Ölçeği ile Yalnız Yaşama Durumu Arasındaki İlişki

Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile yalnız yaşama durumu karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ile yalnız yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,004$). Yalnız yaşayan katılımcıların %46,7'sinde (n=35) bilgi düzeyinin düşük olması farklılığı oluşturmuştur.

Motivasyon düzeyi ile yalnız yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,003$). Yalnız yaşayan katılımcıların %37,3'ünde (n=28) motivasyon düzeyinin düşük olması farklılığı oluşturmuştur.

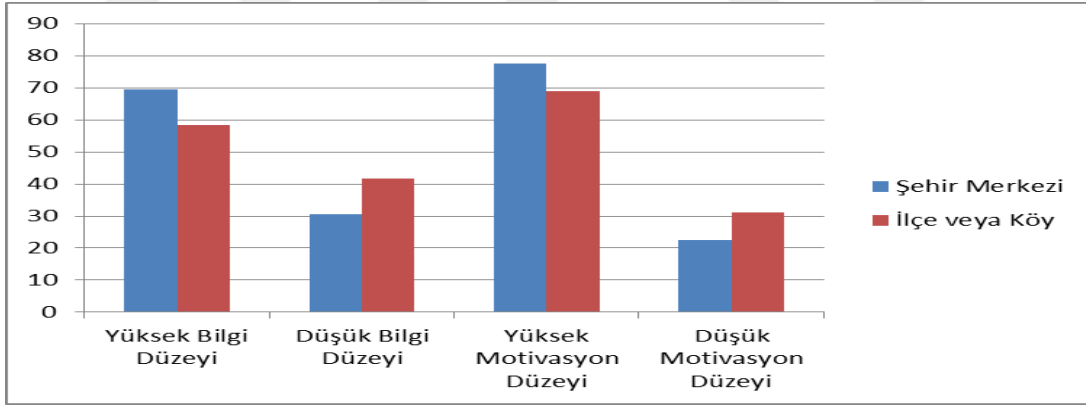
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile yalnız yaşama durumu arasındaki ilişki Tablo 40'da özetlenmiştir.

Tablo 40. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Yalnız Yaşama Durumu Arasındaki İlişki

Yalnız Yaşama Durumu	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Evet	Düşük	35	46,7	28	37,3
	Yüksek	40	53,3	47	62,7
Hayır	Düşük	117	29,6	84	21,3
	Yüksek	278	70,4	311	78,7
p		0,004		0,003	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, şu anda yaşadıkları yere göre bilgi düzeyleri incelendiğinde şehir merkezinde yaşayanların %69,5'inde (n=273) yüksek; şu anda yaşadıkları yere göre motivasyon düzeyleri ise şehir merkezinde yaşayanların %77,6'sında (n=305) yüksek olarak bulundu (Şekil 8).



Şekil 8. Modifiye Morisky Ölçeği ile Şu Anda Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki

Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile şu anda yaşanılan yer karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) ancak şehir merkezinde yaşayan katılımcılarda bilgi ve motivasyon düzeyi oranı daha yüksek olarak bulundu (Tablo 41).

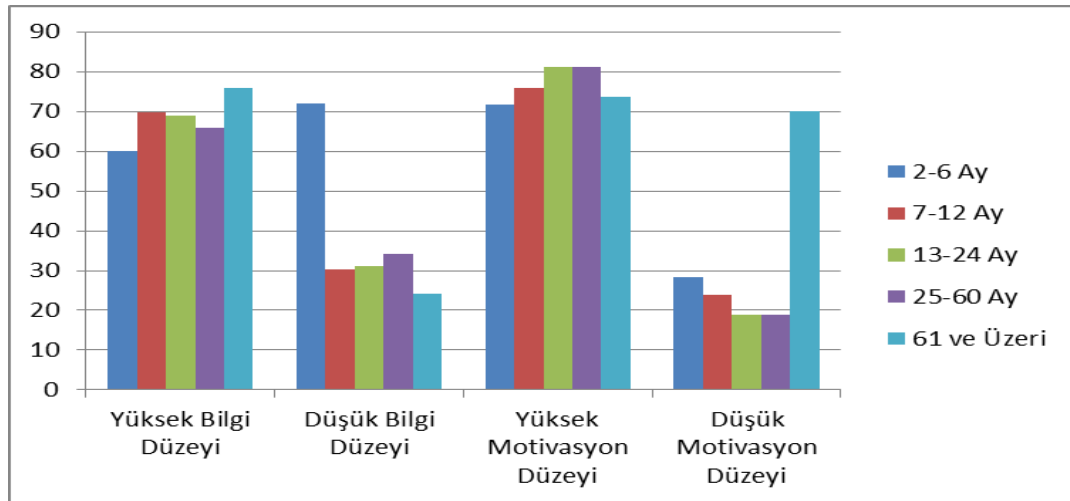
Tablo 41. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Şu An Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki

Şu Anda Yaşanılan Yer	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Şehir Merkezi	Düşük	120	30,5	88	22,4
	Yüksek	273	69,5	305	77,6
İlçe veya Köy	Düşük	32	41,6	24	31,2
	Yüksek	45	58,4	53	68,8
p		0,059		0,098	

Ki-Kare Testi

4.6.2. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hasta ve Çevresiyle İlgili Risk Faktörleri İlişkisi

Katılımcıların, depresyon tedavi süresine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde 61 ay ve üzerinde süre tedavi alanların %75,8'inde (n=72) yüksek; depresyon tedavi süresine göre motivasyon düzeyleri ise 25-60 ay süreli tedavi alanların %81,2'sında (n=69) yüksek olarak bulundu (Şekil 9).



Şekil 9. Modifiye Morisky Ölçeği ile Depresyon Tedavi Süresi Arasındaki İlişki

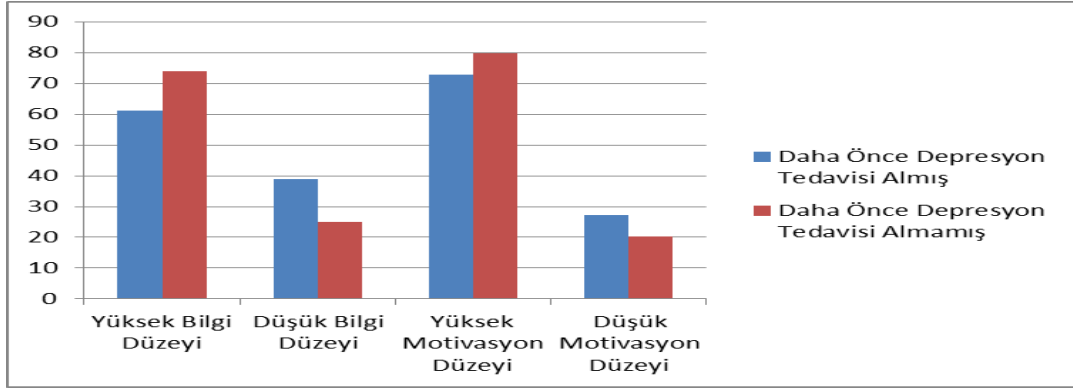
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile depresyon tedavi süresi karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 42).

Tablo 42. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Depresyon Tedavi Süresi Arasındaki İlişki

Depresyon Tedavi Süresi (Ay)	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
2-6	Düşük	48	72,0	34	28,3
	Yüksek	72	60,0	86	71,7
7-12	Düşük	29	30,2	23	24,0
	Yüksek	67	69,8	73	76,0
13-24	Düşük	23	31,1	14	18,9
	Yüksek	51	68,9	60	81,1
25-60	Düşük	29	34,1	16	18,8
	Yüksek	56	65,9	69	81,2
61 ve Üzeri	Düşük	23	24,2	25	26,3
	Yüksek	72	75,8	70	73,7
p		0,167		0,431	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumuna göre bilgi düzeyleri incelendiğinde daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakmayan katılımcıların %74,9'unda (n=167) yüksek; motivasyon düzeyleri ise daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakmayan katılımcıların %79,8'inde (n=178) yüksek olarak bulundu (Şekil 10).



Şekil 10. Modifiye Morisky Ölçeği ile Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu Arasındaki İlişki

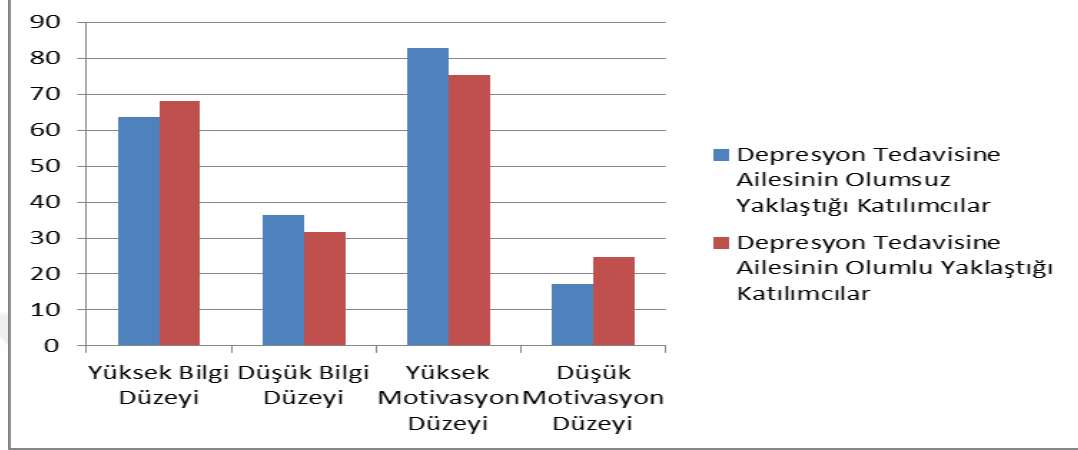
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu karşılaştırıldı. Motivasyon düzeyi ile daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak bilgi düzeyi ile depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakan katılımcıların %38,9'unda ($n=96$) bilgi düzeyinin düşük olması farklılığı oluşturmuştur (Tablo 43).

Tablo 43. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu Arasındaki İlişki

Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bırakma Durumu	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Evet	Düşük	96	38,9	67	27,1
	Yüksek	151	61,1	180	72,9
Hayır	Düşük	56	25,1	45	20,2
	Yüksek	167	74,9	178	79,8
p		0,001		0,078	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, ailenin depresyon tedavisine yaklaşım durumuna göre bilgi düzeyleri incelendiğinde ailesinin tedavisine olumlu yaklaştığı katılımcıların %68,2'sinde (n=285) yüksek, ailenin tedavisine olumsuz yaklaştığı katılımcıların %63,5'inde (n=33) yüksek olarak bulundu (Şekil 11.).



Şekil 11. Modifiye Morisky Ölçeği ile Ailenin Depresyon Tedavisine Yaklaşımı Arasındaki İlişki

Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile ailenin depresyon tedavisine yaklaşımı karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 44).

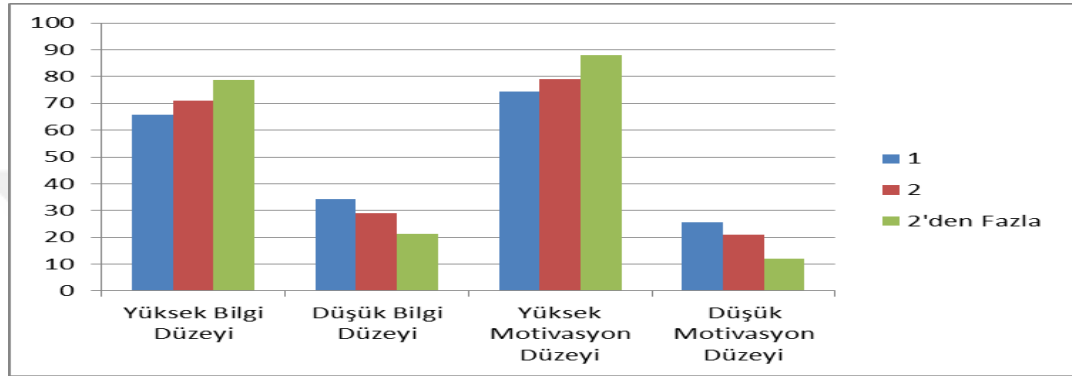
Tablo 44. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Ailenin Depresyon Tedavisine Yaklaşımı Arasındaki İlişki

Ailenin Depresyon Tedavisine Yaklaşımı	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Olumsuz	Düşük	19	36,5	9	17,3
	Yüksek	33	63,5	43	82,7
Olumlu	Düşük	133	31,8	103	24,6
	Yüksek	285	68,2	315	75,4
p		0,493		0,242	

Ki-Kare Testi

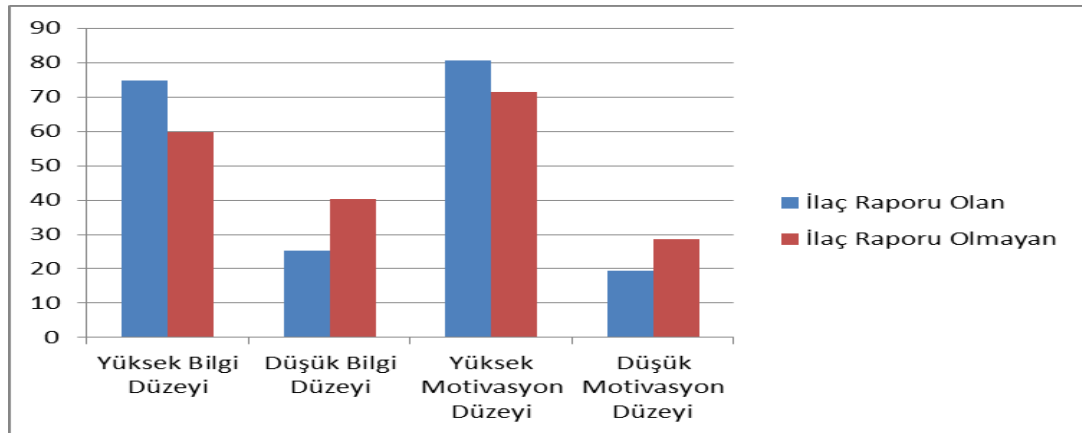
4.6.3. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastanın İlaç Kullanım Durumu Arasındaki İlişki

Katılımcıların, kullandıkları antidepresan ilaç sayısı ile bilgi düzeyleri incelendiğinde ikiden fazla ilaç kullananların %78,8'inde (n=26) yüksek; kullandıkları antidepresan ilaç sayısına göre motivasyon düzeyleri ise ikiden fazla ilaç kullananların %87,9'unda (n=29) yüksek olarak bulundu (Şekil 12).



Şekil 12. Modifiye Morisky Ölçeği ile Antidepresan İlaç Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Katılımcıların, antidepresan ilaç raporuna göre bilgi düzeyleri incelendiğinde ilaç raporu olanların %74,8'inde (n=184) yüksek; antidepresan ilaç raporuna göre motivasyon düzeyleri ise ilaç raporu olanların %80,5'inde (n=198) yüksek olarak bulundu (Şekil 13).



Şekil 13. Modifiye Morisky Ölçeği ile Antidepresan İlaç Raporu Arasındaki İlişki

Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile antidepresan ilaç raporu karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ile antidepresan ilaç raporu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Antidepresan ilaç raporu olmayan katılımcıların %40,2'inde ($n=90$) bilgi düzeyinin düşük olması farklılığı oluşturmuştur.

Motivasyon düzeyi ile antidepresan ilaç raporu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,021$). Antidepresan ilaç raporu olmayan katılımcıların %28,6'ında ($n=64$) motivasyon düzeyinin düşük olması farklılığı oluşturmuştur.

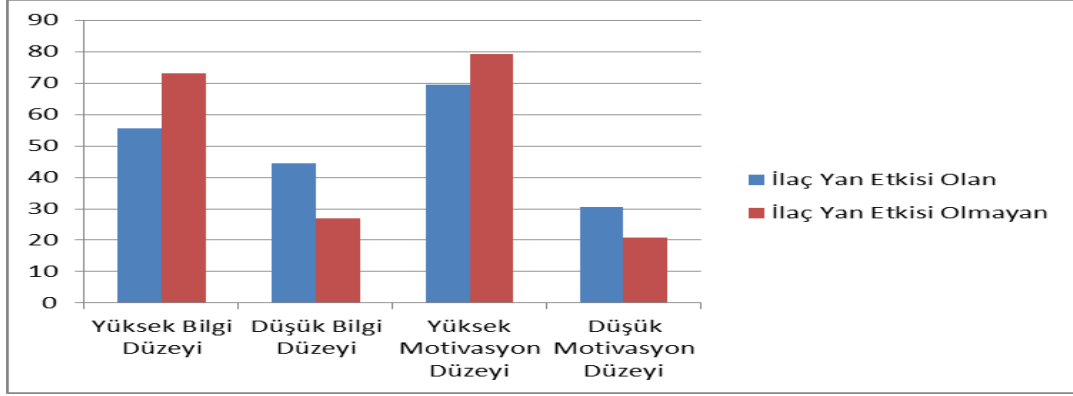
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile antidepresan ilaç raporu arasındaki ilişki Tablo 45'de özetlenmiştir.

Tablo 45. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Antidepresan İlaç Raporu Arasındaki İlişki

Antidepresan İlaç Raporu	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Var	Düşük	62	25,2	48	19,5
	Yüksek	184	74,8	198	80,5
Yok	Düşük	90	40,2	64	28,6
	Yüksek	134	59,8	160	71,4
p		0,001		0,021	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların, antidepresan ilaç yan etkisine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde ilaç yan etkisi olmayanların %73'ünde ($n=238$) yüksek; antidepresan ilaç yan etkisine göre motivasyon düzeyleri ise ilaç yan etkisi olmayanların %79,1'inde ($n=258$) yüksek olarak bulundu (Şekil 14).



Şekil 14. Modifiye Morisky Ölçeği ile Antidepresan İlaç Yan Etkisi Arasındaki İlişki

Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile antidepresan ilaç yan etkisi karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ile antidepresan ilaç yan etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Antidepresan ilaç yan etkisi olan katılımcıların %44,4'ünde ($n=64$) bilgi düzeyinin düşük olması farklılığı oluşturmuştur (Tablo 46).

Motivasyon düzeyi ile antidepresan ilaç yan etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,023$). Antidepresan ilaç yan etkisi olan katılımcıların %30,6'sında ($n=44$) motivasyon düzeyinin düşük olması farklılığı oluşturmuştur (Tablo 46).

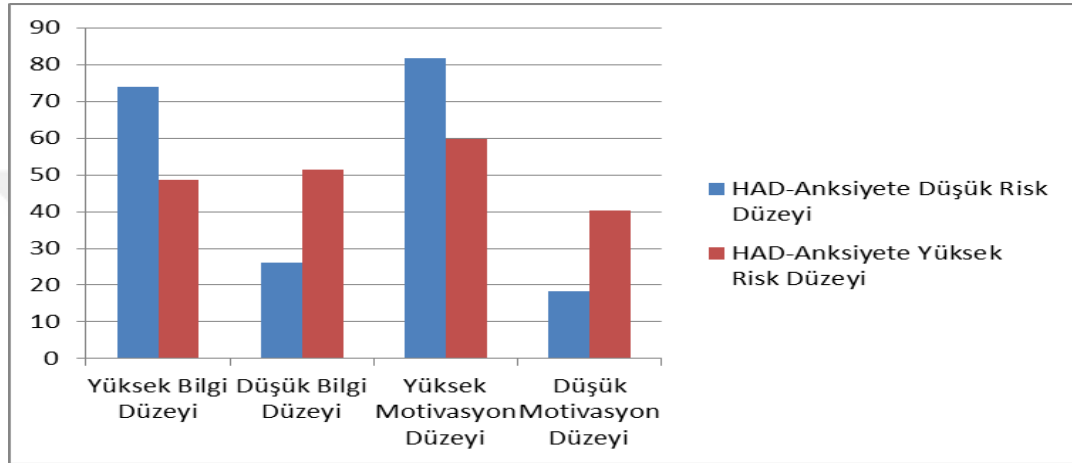
Tablo 46. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile Antidepresan İlaç Yan Etkisi Arasındaki İlişki

Antidepresan İlaç Yan Etkisi	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Var	Düşük	64	44,4	44	30,6
	Yüksek	80	55,6	100	69,4
Yok	Düşük	88	27	68	20,9
	Yüksek	238	73	258	79,1
p		0,001		0,023	

Ki-Kare Testi

4.6.4. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

Katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi düzeyleri ile HAD-Anksiyete risk düzeyleri karşılaştırıldığında yüksek risk düzeyinde olanların %51,3'ünde (n=60) yüksek; motivasyon düzeyleri ise yüksek risk düzeyinde olanların %40,2'sında (n=47) yüksek olarak bulundu (Şekil 15).



Şekil 15. Modifiye Morisky Ölçeği ile HAD-Anksiyete Arasındaki İlişki

Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile HAD-Anksiyete ölçeği ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Anlamlı farklılığı anksiyete yüksek risk düzeyindeki katılımcıların bilgi düzeyinin düşük olması oluşturdu.

Motivasyon düzeyi ile HAD-Anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Anksiyete yüksek risk düzeyindeki katılımcıların motivasyon düzeyi düşük olarak bulunmuştur.

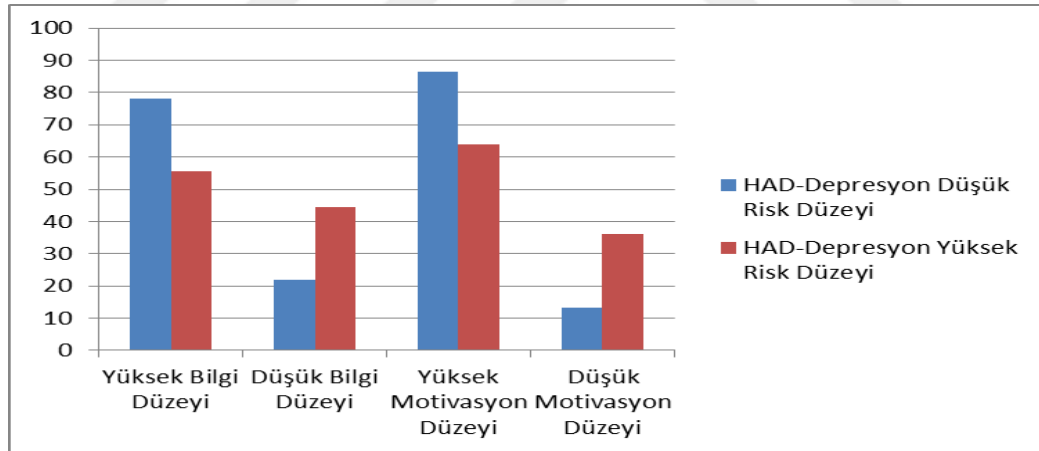
Katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile HAD-Anksiyete arasındaki ilişki Tablo 47'de özetlenmiştir.

Tablo 47. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile HAD-Anksiyete Arasındaki İlişki

HAD-Anksiyete	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Düşük Risk Düzeyi	Düşük	92	26,1	65	18,4
	Yüksek	261	73,9	288	81,6
Yüksek Risk Düzeyi	Düşük	60	51,3	47	40,2
	Yüksek	57	48,7	70	59,8
p		0,001		0,001	

Ki-Kare Testi

Katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi düzeyleri ile HAD-Depresyon risk düzeyleri karşılaştırıldığında yüksek risk düzeyinde olanların %44,4'ünde (n=96) düşük; motivasyon düzeyleri ise yüksek risk düzeyinde olanların %36,1'inde (n=78) düşük olarak bulundu (Şekil 16).



Şekil 16. Modifiye Morisky Ölçeği ile HAD-Depresyon Arasındaki İlişki

Katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile HAD-Depresyon ölçeği karşılaştırıldı. Bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile HAD-Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). Anlamlı farklılık; depresyon yüksek risk düzeyindeki katılımcıların %44,4'ünde (n=96) bilgi düzeyinin düşük bulunması iken,

depresyon yüksek risk düzeyindeki katılımcıların %36,1'inde (n=47) motivasyon düzeyinin düşük olarak bulunmasıdır (Tablo 48).

Tablo 48. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi ve Motivasyon Düzeyi Alt Boyutları ile HAD-Depresyon Arasındaki İlişki

HAD-Depresyon	Düzeyi	Bilgi		Motivasyon	
		n	%	n	%
Düşük Risk Düzeyi	Düşük	56	22,0	34	13,4
	Yüksek	198	78,0	220	86,6
Yüksek Risk Düzeyi	Düşük	96	44,4	78	36,1
	Yüksek	120	55,6	138	63,9
p		0,001		0,001	

Ki-Kare Testi

4.6.5. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri Arasındaki İlişki

Bilgi düzeyi ile hekim uygulamalarına bağlı risk faktörlerine ait sorular karşılaştırıldı ve tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Hekim uygulamalarına bağlı risk faktörleri sorularına sık sık cevabını veren katılımcıların bilgi düzeyleri yüksek olarak bulundu (Tablo 49).

Tablo 49. Modifiye Morisky Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Boyutu ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri

Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri	Bilgi Düzeyi	Bazen		Orta Sıklıkta		Sık Sık		p
		n	%	n	%	n	%	
Reçetenizi yazan hekim kullanmakta olduğunuz diğer ilaçlarınızı sorgular mı?	Düşük	55	44,7	38	37,3	59	24,1	0,001*
	Yüksek	68	55,3	64	62,7	186	75,9	

Hekiminiz ilacınızı tekrar yazarken o ilaçtan memnun olup olmadığınızı ne sıklıkta sorgular?	Düşük	52	46,4	46	39,3	54	22,4	0,001*
	Yüksek	60	53,6	71	60,7	187	77,6	
Hekiminiz ilaçlarınızla ilgili yaşadığınız sorunları sorgular mı?	Düşük	65	47,4	33	30,0	54	24,2	0,001*
	Yüksek	72	52,6	77	70,0	169	75,8	
Hekiminiz ilacınızı nasıl ve ne kadar süre kullanacağınızı size söyleyerek anlatıyor mu?	Düşük	67	47,2	32	31,7	53	23,3	0,001*
	Yüksek	75	52,8	69	68,3	174	76,7	
Hekiminiz ilaçlarınızın kullanımındaki risk ve yararları anlayacağınız şekilde size anlatıyor mu?	Düşük	70	46,1	28	27,2	54	25,1	0,001*
	Yüksek	82	53,9	75	72,8	161	74,9	

Ki-Kare Testi

Motivasyon düzeyi ile hekim uygulamalarına bağlı risk faktörlerine ait sorular karşılaştırıldı ve tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Hekim uygulamalarına bağlı risk faktörleri sorularına sık sık cevabını veren katılımcıların motivasyon düzeyleri yüksek olarak bulundu (Tablo 50).

Tablo 50. Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon Düzeyi Alt Boyutu ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri

Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri	Motivasyon Düzeyi	Bazen		Orta Sıklıkta		Sık Sık		p
		n	%	n	%	n	%	
Reçetenizi yazan hekim kullanmakta olduğunuz diğer ilaçlarınızı sorgular mı?	Düşük	45	36,6	30	29,4	37	15,1	0,001*
	Yüksek	78	63,4	72	70,6	208	84,9	
Hekiminiz ilacınızı tekrar yazarken o ilaçtan memnun olup olmadığınızı ne sıklıkta	Düşük	45	40,2	31	26,5	36	14,9	0,001*
	Yüksek	67	59,8	86	73,5	205	85,1	

sorgular?								
Hekiminiz ilaçlarınızla ilgili yaşadığınız sorunları sorgular mı?	Düşük	54	39,4	27	24,9	112	23,8	0,001*
	Yüksek	83	60,6	83	75,5	192	86,1	
Hekiminiz ilacınızı nasıl ve ne kadar süre kullanacağınızı size söyleyerek anlatıyor mu?	Düşük	55	38,7	23	22,8	34	15,0	0,001*
	Yüksek	87	61,3	78	77,2	193	85,0	
Hekiminiz ilaçlarınızın kullanımındaki risk ve yararları anlayacağınız şekilde size anlatıyor mu?	Düşük	57	37,5	21	20,4	34	15,8	0,001*
	Yüksek	95	62,5	82	79,6	181	84,2	

Ki-Kare Testi

4.6.6. Modifiye Morisky Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki

Bilgi Düzeyi ile ÇBASDÖ ve alt boyutları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. ÇBASDÖ toplam puanı, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$, $p=0,01$). ÇBASDÖ toplam puan, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutlarından alınan puan yükseldikçe bilgi düzeyinin yükseldiği bulundu (Tablo 51).

Tablo 51. Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon Düzeyi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Bilgi Düzeyi		Düşük (n=152)	Yüksek (n=318)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	47,5 (21:77)	55 (20:84)	0,001*
	Mean±SS	48,9±11,82	55,52±12,27	
Aile	Medyan (min:max)	21 (5:28)	24 (4:28)	0,001*
	Mean±SS	19,9±5,49	22,78±4,56	
Arkadaş	Medyan (min:max)	16 (4:28)	19 (4:28)	0,001*
	Mean±SS	15,6±5,45	17,73±6,16	

Özel Kişi	Medyan (min:max)	12 (4:28)	14 (4:28)	0,01*
	Mean±SS	13,45±6,05	15,01±6,34	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Motivasyon Düzeyi ile ÇBASDÖ ve alt boyutları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. ÇBASDÖ, aile, arkadaş alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p=0,001$), özel kişi alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). ÇBASDÖ toplam puan, aile ve arkadaş alt boyutlarından alınan puan yükseldikçe motivasyon düzeyinin yükseldiği bulundu (Tablo 52).

Tablo 52. Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon Düzeyi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Motivasyon Düzeyi		Düşük (n=112)	Yüksek (n=358)	p
ÇBASDÖ	Medyan (min:max)	46,5 (21:76)	54 (20:84)	0,001*
	Mean±SS	48±10,98	55±12,47	
Aile	Medyan (min:max)	21 (6:28)	24 (4:28)	0,001*
	Mean±SS	19,7±5,71	22,5±4,63	
Arkadaş	Medyan (min:max)	15 (4:28)	19 (4:28)	0,001*
	Mean±SS	14,6±5,4	17,8±5,9	
Özel Kişi	Medyan (min:max)	12 (4:27)	13 (4:28)	0,098
	Mean±SS	13,7±5,4	14,7±6,5	

Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

V. TARTIŞMA

Depresyon bireylerde hem fonksiyonel hem de yaşamsal açıdan bir çöküntü meydana getirmektedir. Depresyonun etkilerinin ortadan kaldırılması için sosyal destek ile tedavide uyuma etki eden diğer faktörlerin belirlenmesi bu bağlamda önem kazanmaktadır. Bu önem doğrultusunda depresyonda sosyal desteğin ve tedavide uyuma etki eden faktörlerin belirlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetine başvuru yapan ve depresyon tanısı almış bireyler ile anket çalışması yapıldı. Çalışmamızda elde edilen önemli sonuçlar literatür verileri ile tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş ortancası 48 (min:19, max:85) olarak saptandı. Özer'in Aile Sağlığı Merkezleri'nde 18 yaş üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $60,13 \pm 11,08$ (n=393); Yıldırım ve ark.'larının, postpartum depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmada yaş ortalaması $26,39 \pm 5,55$ (n=197) olarak belirtilmiştir (54, 55).

Çalışmamızda katılımcıların %43,4'ü (n=204) erkektir, %56,6'sı (n=266) ise kadındır. Ervatan ve ark.'larının depresyon tedavisinde uyumu inceledikleri çalışmada katılımcıların %23,7'si (n=33) erkek, %76,3'ü (n=74) kadın olarak belirtilmiştir (56). Banerjee ve Varmai'nin Hindistan Kalküta'daki üçüncü basamak bir hastanenin psikiyatri polikliniğine başvuru yapan depresyon hastalarının tedaviye uyumunu inceledikleri çalışmada katılımcıların %26,4'ü (n=63) erkek, %73,6'ü (n=176) kadın olarak belirtilmiştir (57). Jumah ve ark.'larının Suudi Arabistan'daki depresif hastaların ilaç tedavisine uyumunu inceledikleri çalışmada katılımcıların %49,6'sının (n=200) erkek, %50,4'ünün (n=203) kadın olduğu belirtilmiştir (58). Çalışmamızda kadın katılımcılar erkek katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Bu yönüyle çalışmamızda cinsiyet dağılımı literatürde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %71,9'u (n=338) evli, %9,8'i (n=46) bekar ve %18,3'ü (n=86) eşinden ayrılmış bireylerden oluşmaktadır. Banerjee ve Varmai'nin çalışmasında katılımcıların %72,4'ü (n=173) evli, %7,1'i (n=17), bekar, %20,5'i (n= 49) eşinden ayrılmış bireylerden oluştuğu belirtilmiştir (57).

Bulut'un depresyon hastalarında ilaç uyumunu etkileyen faktörler ve sosyal destek adlı çalışmasında katılımcıların %47,3'ü (n=71) evli, %52,7'i (n=79) bekar olarak belirtilmiştir (59). Çalışmamızdaki katılımcıların medeni durum dağılımları Banerjee ve Varmai'nin çalışmasının sonuçları ile birbirine yakın ve uyumluyken Bulut'un çalışmasındaki sonuçlar ile farklılık göstermektedir. Bu durumun örneklem seçiminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %84'ünün (n=395) yalnız yaşamadığı saptandı. Bulut'un çalışmasında ise katılımcıların %88,7'sinin (n=133) yalnız yaşamadıkları belirtilmiştir (59). Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %87'sinin (n=409) çocuk sahibi olduğu saptandı. Bulut'un çalışmasında katılımcıların %50'sinin (n=75) çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir (59). Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bu durumun katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %88,3'ünün (n=415) çekirdek aileye, %8,3'ünün (n=39) geniş aileye ve %3,4'ünün (n=16) ise parçalanmış aileye mensup oldukları saptandı. Karaçam ve Ançel'in gebelikte depresyonu ve anksiyeteyi etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada katılımcıların %67,6'sının (n=702) çekirdek aileye, %32,4'ünün (n=337) geniş aileye mensup oldukları belirtilmiştir (60). Banerjee ve Varmai'nin çalışmasında katılımcıların mensup oldukları aile tipleri; %77,4'ü (n=185) çekirdek aile, %17,6'sı (n=42) geniş aile ve %5'i (n=12) ise diğerleri şeklinde belirtilmiştir (57). Bu yönüyle çalışmamızdaki sonuçlar literatürdeki diğer sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %9,1'inin (n=43) okuryazar olmadığı, %42,6'sinin (n=200) ilkokul mezunu olduğu, %10,6'sının (n=50) ortaokul mezunu olduğu, %20,4'ünün (n=96) lise mezunu olduğu ve 17,2'sinin (n=81) lisans/yüksek lisans mezunu olduğu saptandı. Houle ve ark.'larının ilk depresyon atağı geçiren hastaların tedavi tercihlerini inceledikleri çalışmada katılımcıların %54,5'nin (n=48) üniversite altı bir mezuniyete sahip olduğu, %45,5'nin (n=40) üniversite mezunu olduğu belirtilmiştir (61). Karaçam ve Ançel'in çalışmasında %39,7'sinin (n=413) ilkokul mezunu olduğunu,

%13,3'ünün (n=138) ortaokul mezunu olduğu, %35,9'unun (n=373) lise mezunu olduğu ve %11,1'inin (n=115) lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu belirtilmiştir (60). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %10,2'sinin (n=48) çalışmadığı, %41,7'sinin (n=196) ev hanımı olduğu, %22,6'sının (n=106) memur/işçi olduğu, %9,1'inin (n=43) serbest meslek çalışanı olduğu ve %16,4'ünün (n=77) emekli olduğu saptandı. Houle ve ark.'larının çalışmasında katılımcıların çalışma durumlarına göre dağılımı iki grupta ele alınıp incelenmiş buna göre katılımcıların %34,1'inin (n=30) çalışmadığı, %65,9'unun (n=58) ise çalıştığı belirtilmiştir (61). Çalışmamızda, çalışanların sayısı çalışmayanlardan daha fazla çıkmıştır. Bu yönüyle Houle ve ark.'larının çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %28,1'inin (n=132) düşük (0-2000 TL), %61,7'sinin (n=290) orta (2001-4000 TL) ve %10,2'sinin (n=48) yüksek (4001 TL ve üzeri) gelir grubunda yer aldığı saptandı. Katılımcıların yarısından fazlasının orta gelir grubu içerisinde yer aldığı görülmektedir. Sosyal desteğin depresyonlu hastalar üzerindeki etkilerinin incelendiği Mersin ve Arslan'ın çalışmasında katılımcıların %9'unun (n=9) kötü gelir grubunda, % 72'inin (n=72) orta gelir grubunda ve %19'unun (n=19) iyi gelir grubunda yer aldığı belirtilmiştir (62). İzgiş'in bir grup öğretmeninin algıladıkları sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkide, depresyon düzeyinin aracı rolünü incelediği çalışmada katılımcıların %2,7'sinin (n=8) çok düşük gelir grubunda, %24'ünün (n= 72) düşük gelir grubunda, %65,7'sinin (n=197) orta gelir grubunda ve %7,7'sinin (n=23) yüksek gelir grubunda yer aldığı belirtilmiştir (63). Çalışmamızda katılımcıların gelir grubu dağılımı literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların en fazla yaşadıkları yer sıralamasında %65,1 (n=306) ile şehir merkezi ilk sırada yer aldı. Katılımcıların şu anda yaşadıkları yer sıralamasında da benzer şekilde %83,6 (n=393) şehir merkezi ilk sırada yer almaktadır. Erözkan'ın 320 katılımcı ile gerçekleştirildiği, kişiler arası duyarlılık ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada katılımcıların %49'unun

(n=156) şehir merkezinde yaşadıkları saptanmıştır (64). Çalışmamızda katılımcıların yaşadıkları yer dağılımı literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %29,1'nin (n=137) sigara kullandığı; düzenli olarak sigara kullananların %33,6'sının (n=46) sigara kullanımının 10 paket/yıl ve altında olduğu, %33,6'sının (n=46) sigara kullanımının 10-30 paket/yıl arasında olduğu ve %32,8'inin (n=45) sigara kullanımının 30 paket/yıl ve üzerinde olduğu saptandı. Choi ve DiNitto, yaşlı yetişkinlerde sigarayı bırakmada sosyal izolasyonun ve depresyonun rolünü inceledikleri çalışmada katılımcıların %8,82'sinin (n=589) sigara kullandığını, %44,69'unun (n=2985) eskiden sigara kullandığını ve %46,49'unun (n=3105) ise hiç sigara kullanmadıklarını belirtmişlerdir (65). Elkin, aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada katılımcıların %93,7'sinin (n=134) sigara kullanmadığını %2,1'inin (n=3) arada bir, %2,1'inin (n=3) sık sık ve %2,1'inin (n=3) ise sürekli kullandığını belirtmiştir (66). Choi ve DiNitto ile Elkin'in çalışmasında katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle sigara kullanım oranı bizim çalışmamızdan farklı olarak düşük çıkmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %56,4'ünün (n=265) kronik hastalığının olduğu, %43,6'sının (n=205) kronik hastalığının olmadığı saptandı. Kanber, yaşlıların sosyal destek algısının depresyon düzeyine etkisini incelediği çalışmada katılımcıların %60,3'ünün (n=120) kronik hastalığının olduğunu, %39,7'sinin (n=79) kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir (67). Kanber'in çalışmasında katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle kronik hastalığı olan katılımcıların oranı bizim çalışmamızdan farklı olarak yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan katılımcıların %24,7'sinin (n=116) hipertansiyon, %17'sinin (n=80) diyabet, %10,1'inin (n=47) kronik akciğer, %9,4'ünün (n=44) koroner arter ve %7,4'ünün (n=35) tiroit hastalığı olduğu saptandı. Banerjee ve Varma'nın çalışmasında kronik hastalığı olan katılımcıların %9,2'nin (n=22) hipertansiyon, %2,1'inin (n=5) diyabet, %2,1'inin (n=5) kardiyovasküler hastalık ve %3,3'ünün (n=8) kronik akciğer hastalığı, %4,6'sının (n=1) tiroit hastalığı olduğu belirtilmiştir (57). Depresyon kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirdiği gibi kronik bir hastalık da depresyona sebep olabilmektedir

(68). Çalışmamızda depresyon hastalarında görülen kronik hastalıklar literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.2. Katılımcıların Depresyona Yönelik Özellikleri

Çalışmamızda katılımcıların %70,49'unun (n=331) devlet hastanesinde, %17,9'unun (n=84) aile sağlığı merkezinde ve %11,7'sinin (n=55) ise üniversite hastanesinde depresyon tanısını aldıkları saptandı. Özilice ve ark.'larının psikiyatrik sorunlar nedeniyle bir üniversitenin psikiyatri polikliniğine başvuranlar ile gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %27,9'unun (n=51) ilk olarak devlet hastanesine, %3,8'inin (n=7) ilk olarak aile sağlığı merkezine, %57,4'ünün (n=105) ise ilk olarak üniversite/eğitim araştırma hastanesine başvurdıklarını belirtmiştir (69). Elkin ve Barut, aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin genel sağlık ve ruhsal durumlarını değerlendirdikleri çalışmada şikayetleri durumunda katılımcıların %27,6'sının (n=45) ilk olarak devlet hastanesine, %60,7'sinin (n=99) ilk olarak aile sağlığı merkezine, %1,8'inin (n=3) ilk olarak üniversite hastanesine başvurdıklarını belirtmişlerdir (70). Çalışmamızda katılımcıların ilk başvuru merkezleri literatür ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın demografik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların depresyon tedavi süresi incelendiğinde; %25,5'inin (n=120) 2-6 ay arasında tedavi aldığı, %20,4'ünün (n=96) 7-12 ay arasında tedavi aldığı, %15,72'inin (n=74) 13-24 ay arasında tedavi aldığı, %18,1'inin (n=85) 25 -60 ay arasında tedavi aldığı ve %20,2'inin (n=95) ise 61 ay ve üzerinde tedavi aldığı saptanırken katılımcıların %52,6'sının (n=247) daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi yarıda bıraktıkları saptandı. Ervatan'ın çalışmasında hastaların %73,2'si (n=71) tedaviye uyumluyken, %26,8'i (n=26) ise tedaviye uyumsuz olarak belirtilmiştir (56). Majör depresyon tanısı alan 367 hastanın uyumunun değerlendirildiği 6 aylık bir çalışmada, tedavinin ilk ayında hastaların üçte ikisinin antidepresana devam ettiği, tedavinin 6. ayında bu oranının üçte bire kadar düştüğü tespit edilmiştir. Antidepresanı bırakan 252 hastanın %63,1'i hekimine danışmadan, kendi kararıyla tedavisini sonlandırdığı

belirtilmiştir (71). Ayrıca literatürde; sık sık tedavi bırakma öyküsü olanlarda, hasta ve doktor arasındaki işbirliğinin bozulması, hastanın hastalık ya da tedavi hakkında eksik bilgilendirilmesi, ilaca bağlı yan etkiler, hastanın sosyal çevresinde yaşadığı güçlükler (örneğin tedaviye olumsuz bakan bir eşin varlığı) gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (43).

Çalışmamızda katılımcıların %10,9'unun (n=51) psikiyatrik hastalık nedeniyle daha öncesinde hastanede yattığı saptandı. Elkin ve Barut'un çalışmasında katılımcıların son bir yılda hastaneye yatma durumları incelenmiş; %53,4'ünün (n=87) hiç yatış almadığı, %46,6'sının (n=76) ise en az bir ya da 2 defa hastanede yatış aldığı belirtilmiştir (70). Köroğlu'nun bir psikiyatri hastanesinde ortalama yatış süresini araştırdığı çalışmada araştırmaya dahil edilen psikiyatri hastalarının %78,1'inin (n=411) sadece bir kez, %13,9'unun (n=73) iki kez, %8'inin (n=42) ise üç kez yatış aldığı belirtilmiştir (72).

Çalışmamızda katılımcıların %6,8'inin (n=32) intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Apaydın ve ark.'larının intihar girişiminde bulunan bireyler ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %18'inin (n=5) intihar sebebinin depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (73). Literatürde, depresyon ve intihar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada intihar ölümlerinin %60'sının majör depresif bozukluk ve diğer duygudurum bozukluklarından kaynaklandığı belirtilmiştir (74). Depresyonun intihar ile sonuçlanabilen ciddi bir duygudurum bozukluğu olduğu gerçeği literatürdeki bilgilerle örtüşmektedir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde azımsanmayacak sayıda depresyon hastasının intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Bu yönüyle çalışmamızdaki bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %14,7'sinin (n=69) hastalığı için doktora başvurmadan önce hoca, şifacı ya da medyuma başvurdıkları saptandı. Kartopu ve Ünalın'ın araştırmasında bireyler başa çıkamadığı olayların ağırlığından kurtulmak, kaygılarını gidermek ve bunun yanı sıra geleceği bilme arzusu, özel yaşamındaki başarısızlığına neden bulma ihtiyacı, tıbbi hastalığının kaynağını büyüye bağlama, bireysel merakın tatmini, büyü bozmak için ve cin musallat

olduğu gerekçesiyle bilim dışı mercilere başvuru yaptıkları belirtilmiştir (75). Doktor dışı mercilere başvurulmasındaki diğer bir sebep ise etiketlenme korkusudur. Hastalarının etiketlenme korkusu, ilaçların zararlı olacağıyla ilgili inanışlar, hekim dışında çare arama yollarına başvurmalarına sebep olmaktadır (76). Brohan ve ark.'larının 13 (onüç) Avrupa ülkesinden 1182 bipolar afektif bozukluk ve majör depresif bozukluk hastasıyla yaptıkları (e-mail anketi) çalışmada hastaların %21'inde orta ya da yüksek düzeyde kendini damgalama (self-stigma), %71,6'ında orta-yüksek düzeyde algılanan ayrımcılık olduğu saptanmış; depresyon hastalarında kendini damgalamanın bipolar bozukluktan daha fazla olduğu belirtilmiştir (77). Bizim çalışmamızda hem etiketlenme korkusunun hem de katılımcıların büyük bir çoğunluğunun ilkokul mezunu olmasının bu durumda etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %24,7'sinin (n=116) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptandı. Literatürde hem çalışmamızın sonuçlarına yakın hem de farklı sonuçları olan çalışmalar görmek mümkün. Karaçam ve Ançel'in çalışmasında katılımcıların %8'inin (n=83) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu belirtilmiştir (60). Bulut'un çalışmasında katılımcıların %15,3'ünün (n=23) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu belirtilmiştir (59).

Çalışmamızda katılımcıların %47,4'ünün (n=55) ailesinde depresyon, %24,1'nin (n=28) ailesinde anksiyete bozukluğu olduğu, %12,9'unun (n=15) ailesinde panikatak olduğu, %9,5'sinin (n=11) ailesinde şizofreni olduğu ve %6'sının (n=7) ailesinde ise bipolar bozukluk olduğu saptandı. Bulut'un çalışmasında katılımcıların %84,7'sinin (n=127) ailesinde depresyon, %2'sinin (n=3) ailesinde manik depresyon, %1,3'ünün (n=3) ailesinde obsesif kompulsif bozukluk ve %1,3'ünün (n=3) ailesinde şizofreni olduğu belirtilmiştir (59).

Çalışmamızda katılımcıların ailesinin %88,9'unun (n=418) ailesinin depresyon tedavisine yaklaşımı olumlu olarak tespit edilmiştir. Tedavide ailenin olumlu yaklaşımı oldukça önemlidir. Literatürde aile desteğini alan hastaların ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu ve ailenin hastanın tedavisi ile yeterince ilgilenmediği durumlarda tedaviye uyumun daha düşük olduğu bildirilmektedir

(78-79). Doğu ülkelerinde ailelerin hastalarının tedaviyi sürdürme kararı üzerinde etkili oldukları ileri sürülmektedir. Belirtilerin kontrol altına alınmış olması hasta ve ailesini tedaviyi sürdürmenin gereksizliği inancına sevk edebilir (76).

5.3. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumu

Çalışmamızda katılımcıların, %73,8'inin (n=347) tek antidepresan ilaç kullandığı, %19,1'inin (n=90) iki antidepresan ilaç kullandığı, %7'sinin (n=33) ikiden fazla antidepresan ilaç kullandığı ve %52,3'ünün (n=246) antidepresan ilaç raporunun olduğu saptandı. Houle ve ark.'larının çalışmasında katılımcıların %56,8'inin (n=50) depresyon tedavisi aldığı ve yine aynı çalışmada katılımcıların %30,7'sinin (n=27) tedavi tercihlerinin antidepresan olduğu saptanmıştır (61).

Çalışmamızda antidepresan ilaç kullanan katılımcıların hastalıktaki düzelme algısı 1'den 10'a değerlendirildiğinde %36'sının (n=169) 5-7 puan verdiği, %51,7'sinin (n=243) ise 8-10 puan verdiği saptandı. Çalışmamızda, katılımcılarda tedavi sonucu hastalığın düzelme algısı yüksek bulunmuştur. Bu durum antidepresan ilaçların hastalık belirtilerinde ciddi iyileşme gösterdiğini kanıtlar niteliktedir. Aynı zamanda katılımcıların tedavi ile düzelme algısının yüksek olması tedavi uyumunu da artırıcı bir faktördür.

Çalışmamızda katılımcıların %30,6'sında (n=144) antidepresan ilaç yan etkisi olduğu saptandı. Antidepresan ilaç yan etkisi olan katılımcıların %11,2'sinde (n=53) gündüz uykuya eğilim, %8,1'inde (n=38) sersemlik hissi, %6,8'inde (n=32) GİS yan etkisi (ağız kuruluğu, gastrit, kabızlık, kilo alma), %2,8'inde (n=13) halsizlik ve yorgunluk, %2,3'ünde (n=11) anksiyete ve uykusuzluk, %2,1'inde (n=10) hormonal yan etkiler (cinsel istekte azalma, adet düzensizliği), %2,1'inde (n=10) konsantrasyon güçlüğü, %2'sinde (n=9) nörolojik yan etkiler (postural hipotansiyon, baş dönmesi) saptandı. Antidepresan kullanan majör depresyon hastalarında yan etkileri ve hasta uyuncunu değerlendiren Sancar ve ark.'larının çalışmasında katılımcıların %25'inde (n=14) sersemlik/gündüz uykuya eğilim, %19,6'unda (n=11) uykuda artış %14,3'ünde (n=8) libido azalması %12,5'sinde (n=7) halsizlik veya yorgunluk %12,5'inde (n=7) ağızda kuruluk olduğunu, %10,7'sinde (n=6) kilo alımı %8,9'unda (n=5) iştah azalması

%7,1'inde (n=4) kilo kaybı ve %7,1'inde (n=4) iştah artması olduğunu belirtmişlerdir (80). Ashton ve ark.'larının, antidepresan kullanan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %22'sinin (n=75) tedaviye uyumsuz olduğunu saptamış ve uyumsuzluğun en önemli sebepleri arasında ilaçlarını almayı unutma %43 (n=19/44) ve kilo artışı %27 (n=11/41) olduğunu belirtmişlerdir. Yaşamlarını zorlaştıran yan etkilerin kilo almak ve erektile disfonksiyon olduğunu belirtmişlerdir (81). Çalışmamızda antidepresan kullanımına bağlı görülen yan etkiler literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği saptandı. Yaş gruplarına göre katılımcıların yarısından fazlasının HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon alt boyutunda düşük risk grubunda yer aldığı saptandı. Gök ve Hergül'ün cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmada 73 yaş ve üzeri hastaların anksiyete ve depresyon ölçeği puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu; yaş grupları ile depresyon düzeyi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (82).

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptandı. Başak ve ark.'larının anksiyete ve depresyon yordayıcılarını belirlemek için yatarak tedavi gören genel cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada HAD-Anksiyete risk düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve HAD-Anksiyete risk düzeyinin kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (83). Benzer şekilde Gök ve Hergül'ün çalışmasında da HAD-Anksiyete risk düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kadınlarda HAD-Anksiyete risk düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (82). Çalışmamız literatürdeki çalışmalar ile farklılık göstermektedir. Bu durum katılımcıların %75,1'inin (n=353) düşük riskli grupta olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeylerinin medeni durumuna göre farklılık göstermediği saptandı. Öngider ve Eyüpoğlu'nun depresyon tanılı hastalarda ölüm kaygısını inceledikleri çalışmada depresyon düzeyinin medeni duruma göre farklılık gösterdiği, bekar olan katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (84). Benzer şekilde Mersin ve Arslan'ın çalışmasında da depresyon düzeylerinin medeni duruma göre farklılık gösterdiği ve bekar katılımcıların depresyon düzeyinin evli katılımcılardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (62). Çalışmamız literatürdeki çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu durum bölgesel ve demografik farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile aile tipi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı. Parçalanmış ve tam ailede büyümüş kişilerde yetişkin ayrılık anksiyetesinin incelendiği bir çalışmada bireylerin yetişkin ayrılık anksiyete düzeylerinin farklılık göstermediği belirtilmiştir (85). Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının anksiyete/depresyon düzeylerinin araştırıldığı bir başka çalışmada da aile tipi ile depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (86). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete risk düzeylerinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediği fakat HAD-Depresyon risk düzeyinin farklılık gösterdiği saptandı. Farklılığın üniversite öğrencileri ile okuryazar olmayan katılımcılar arasında olduğu ve okuryazar olmayan grupta depresyon riskinin daha yüksek olduğu saptandı. Benzer şekilde Gök ve Hergül'ün çalışmasında da katılımcıların depresyon düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği ve okuryazar olmayan katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (82). Fakat Mersin ve Arslan'ın çalışmasında eğitim durumuna göre depresyon düzeyinin farklılık göstermediği belirtilmiştir (62).

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete risk düzeyinin yalnız yaşama durumuna göre farklılık göstermediği fakat HAD-Depresyon risk düzeyinin yalnız

yaşama durumuna göre farklılık gösterdiği saptandı. Yalnız yaşayan katılımcıların %58,7'sinde (n=44) depresyon risk düzeyi yüksek saptandı. Ağırman ve ark.'larının huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireyler ile yaptıkları çalışmada yalnız yaşayanların %72,3'ünde, ailesiyle yaşayanların %36,9'unda, huzurevinde yaşayanların %26,7'sinde depresyon saptanmış ve yüksek düzeyde yalnızlık hissi olan 127 yaşlıda depresyon görülme riski, yüksek derecede yalnızlık hissi olmayan 273 yaşlıya göre 7,66 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (87). Çalışmamızda yalnız yaşayanlarda depresyonun yüksek çıkması katılımcıların düşük eğitim seviyesi, yetersiz sosyal destek, sosyal faaliyetlerinin azalması ve stres kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Depresyon risk düzeylerinin meslek gruplarına göre farklılık göstermediği, HAD-Anksiyete düzeylerinin ise meslek gruplarına göre farklılık gösterdiği saptandı. Farklılığın serbest meslek sahibi olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcılar arasındaydı ve ev hanımlarında anksiyetenin daha yüksek olduğu saptandı. Gök ve Hergül'ün çalışmasında çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde ev hanımlarının anksiyete ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (82). Çilli ve ark.'larının ev hanımları ve çalışan evli kadınlar arasındaki psikolojik belirtileri inceledikleri çalışmada ev kadınlarında anksiyete, fobi, paranoid ve somatizasyon alt ölçek puanları ve global şiddet indeks ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmiştir (88). Literatürdeki çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete risk düzeyi ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı fakat HAD-Depresyon risk düzeyi ile aylık gelir durumu arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı. Anlamlı farklılık; düşük gelire sahip katılımcılar ile orta gelir düzeyine sahip katılımcılar ve düşük gelir düzeyindeki katılımcılar ile yüksek gelire sahip katılımcılar arasında bulundu. Düşük gelirli katılımcıların %59,1'inde (n=78) depresyon risk düzeyi yüksek saptandı. Mersin ve Arslan'ın çalışmasında ekonomik durum ile depresyon/anksiyete arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı; belirtilmişken Öngider ve Eyüboğlu'nun çalışmasında ekonomik durum ile

depresyon arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (62, 84). Bizim çalışmamızın sonuçları düşük gelir düzeyinde olanların depresyon risk düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Depresyon risk düzeyi ile şu an yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı fakat HAD-Anksiyete risk düzeyi ile şu an yaşanılan yer arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı. Şehir merkezinde yaşayan katılımcıların %22,6'sında (n=89) anksiyete risk düzeyi yüksek bulundu. Erözkan'ın lise öğrencilerinin sosyal karşılaştırma ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmada köyde yaşayan bireylerin ilçede ve şehirde yaşayan bireylerden daha yüksek depresyon ortalamasına sahip olduğu belirtilmiştir (89). Bu durumun çalışmamızdaki katılımcıların %83,6'sının (n=393) şehir merkezinde yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda şehir merkezinde yaşayan katılımcıların daha yoğun ve stresli yaşam koşullarına sahip olmasının bu durumda etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Literatürde benzer şekilde sigara kullanma durumuna göre katılımcıların depresyon düzeylerinin değişmediği belirtilmiştir (86, 90).

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyleri ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Literatürde kronik hastalığı olan katılımcıların depresyon risk düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (66, 68, 86).

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Depresyon risk düzeyi ile daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, HAD-Anksiyete risk düzeyi ile daha önce depresyon tedavisi alıp bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakmış olan katılımcıların %30'unda (n=74) anksiyete risk düzeyi yüksek bulundu. Depresyon tedavisinde süreklilik önemlidir. Literatürde tedavinin sonuç vermeyeceği ya da yeniden tekrarlanacağı inancı (43) hastaları tedaviden uzaklaştırmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Depresyon risk düzeyi ile daha önce psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, HAD-Anksiyete risk düzeyi ile daha önce psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatmış olan katılımcıların %39,2'sinde (n=20) anksiyete risk düzeyi yüksek olduğu bulundu. Mersin ve Arslan'ın çalışmasında katılımcıların hastaneye yatma durumları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki belirtilmemiştir (62).

Çalışmamızda katılımcıların HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon risk düzeyi ile intihar girişiminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. İntihar girişiminde bulunmuş olan katılımcıların; %59,4'ünde (n=19) anksiyete risk düzeyi yüksek, %78,1'inde (n=25) ise depresyon risk düzeyi yüksek bulundu. Literatürde; Mersin ve Arslan'ın çalışmasında katılımcıların intihar girişimleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark belirtilmemiş (62) fakat Özmaya ve Kelleci'nin fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatan hastalar ile yaptıkları çalışmada katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Depresyon puanları yükseldikçe intihar riskinin de arttığı belirtilmiştir (91).

5.5. Katılımcılarda Sosyal Destek Durumu

5.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları medyan puan 53 (min:20, max:84), aile alt boyutundan aldıkları medyan puan 23 (min:4, max:28), arkadaş alt boyutundan aldıkları medyan puan 18 (min:4, max:28), özel kişi alt boyutundan aldıkları medyan puan 13 (min:4, max:28) olarak bulundu. Grassi ve ark.'larının birinci basamağa başvuran hastalarda sosyal destek ve psikolojik stresi inceledikleri çalışmada psikiyatrik öyküsü olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puan $56,68 \pm 19,25$, aile alt boyutundan aldıkları puan $22,20 \pm 7,19$, arkadaş alt boyutundan aldıkları puan $13,90 \pm 8,66$, özel kişi alt boyutundan

aldıkları puan $22,72 \pm 7,21$ olarak belirtilmiş (92). Garipey ve ark.'larının Batı ülkelerinde yapılmış 100 farklı çalışmanın mevcut bulguların sistematik olarak gözden geçirilerek sosyal destek ve depresyondan korunma yollarını ortaya koyduğu meta-analiz çalışmasında, sosyal destek kaynaklarının yaşam dönemleri boyunca farklılık gösterdiği çocuk ve adölesanlar için aile desteği öne çıkarken yetişkin ve yaşlı bireyler için daha çok eşler, ardından aile sonrasında arkadaşların geldiği belirtilmiştir (93). Literatürde yapılmış çalışmaların sonuçları bizim çalışmamız ile benzerlik göstermekle birlikte farklı sonuçlar da mevcuttur. Nam ve Lee'nin yaşlılıkta depresyon ve intihar düşüncesinde sosyal desteğin aracı rolünü inceledikleri çalışmada Koreli hipertansif yetişkinlerin, ÇBASDÖ'den aldıkları puan $35,94 \pm 15,40$, aile alt boyutundan aldıkları puan $11,79 \pm 6,24$, arkadaş alt boyutundan aldıkları puan $10,86 \pm 5,84$, diğer alt boyutundan aldıkları puan $13,29 \pm 6,37$ olarak belirtilmiştir (94). Çalışmamızdan farklı olarak Koreli hipertansif hastalarda puanın düşük bulunması yaşlı hasta grubu ile yapılmış olması ve kültürel farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı, aile ve arkadaş alt boyut puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. 65 yaş ve üzerinde olan katılımcıların diğer yaş grubundaki katılımcılara göre ÇBASDÖ toplam puanının, aile ve arkadaş alt boyutlarından alınan puanının daha düşük olduğu bulundu. Literatürde çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde yaş arttıkça sosyal desteğin azaldığı görülmektedir. Grav ve ark.'larının 40659 katılımcı ile yaptıkları sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, duygusal destek eksikliğinin kadınlarda yaşla birlikte artış gösterdiği, erkeklerde ise sabit kaldığı belirtilirken, fiziki destek eksikliğinin ise kadınlarda ve erkeklerde yaşla birlikte artış gösterdiği belirtilmiştir (95). Han ve ark.'larının 324 silikozisli katılımcıda, sosyal desteğin anksiyete ve depresyon belirtilerine etkisini incelediği çalışmada, 60 yaş üzeri hastalarda sosyal destek puanının önemli ölçüde daha düşük olduğu belirtilmiştir (96). Arslantaş ve Ergin'in Aydın il merkezi dokuz sağlık ocağı bölgesinde, 50-65 yaş arası 390 katılımcıda yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörleri incelediği çalışmada bireylerin aile destek puanlarının arkadaş desteğine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (97).

Çalışmamızda katılımcıların özel kişi alt boyutu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Kadınların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan daha yüksek bulundu. Mersin ve Arslan'ın çalışmasında kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ve aile alt boyutu ortalamaları erkeklerde yüksek olduğu belirtilmiştir. Özel kişi alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamış fakat kadınların özel kişi alt boyutundan erkeklere göre daha yüksek puan aldığı belirtilmiştir (62). Sonnenberg ve ark.'larının 55-85 yaş arası toplam 2823 katılımcı ile sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, yalnızca kadınlarda sosyal desteğe yüksek ihtiyaç depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (98). Bulut'un çalışmasında ise algılanan sosyal destek alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir ilişki belirtilmemiştir (59).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı, aile ve arkadaş alt boyutları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Eşinden ayrı olan katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan, aile ve arkadaş alt boyutlarından aldıkları puan daha düşük bulundu. Özer'in çalışmasında, eşi olanlarda ÇBASDÖ aile puanı daha yüksek olup istatistiksel yönden çok yüksek anlamlılık belirtilmiştir (54). Mersin ve Arslan'ın çalışmasında evli hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek, bekar hastalara göre daha yüksek; evli kadın hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek, evli erkek hastaların ailelerinden algıladıkları destekten daha fazla olduğu belirtilmiştir (62). Sonnenberg ve ark.'larının çalışmasında eşinden ayrı yaşayan, sosyal ağı dar olan ve duygusal desteği düşük olan erkeklerin depresyon yaşama olasılığı kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (98). Literatürdeki sonuçlar ile bizim çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı, aile ve arkadaş alt boyutları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı daha düşük bulundu. Literatürde hem çalışmamızın sonuçlarına benzer hem de farklı sonuçlar görmek mümkün. Özer'in çalışmasında İlk-ortaokul mezunları eğitim almamış ve lise-üniversite mezunlarına göre, lise-üniversite mezunları eğitim almamışlara göre daha fazla sosyal desteğe sahipti (54). Mersin ve

Arslan'ın çalışmasında eğitim seviyelerine göre katılımcıların ÇBASDÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmemiştir (62).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Emekli katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı memur/işçi katılımcılardan daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Emekli ve ev hanımı olan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları puan memur/işçi olan katılımcılardan daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Emekli ve serbest meslek sahibi katılımcıların özel kişi alt boyutundan aldıkları puan memur/işçi katılımcılardan daha düşük olup anlamlı farklılığı bu grup oluşturdu. Arslantaş ve Ergin'in çalışmasında meslek gruplarına göre işsiz/ev hanımı ve diğer meslek grupları ile arkadaş ve aile sosyal desteği ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmemiştir (97). Bulut'un çalışmasında ÇBASDÖ alt boyutlarının meslek değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmemiş fakat meslekler arasında genel puan dağılımları incelendiğinde memur, işçi, esnaf/tüccar meslek gruplarının puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir (59).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ aile alt boyutu ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup çekirdek aile tipine sahip katılımcıların; puanı daha yüksek bulundu. Bu sonucu geniş aile ve parçalanmış aile tipine sahip katılımcıların daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Parçalanmış aile tipine sahip katılımcılarda, eşten ihtiyaç duyulan desteğin olmaması, etkileşim içinde olan aile üyelerinin herhangi birinin ilişkisinde bozukluk olması ailenin diğer sistemlerinde de bozulmaya neden olmakta aynı zamanda ebeveyn ve çocuk arasında duygusal etkileşimde azalmaktadır (85). Bu bağlamda parçalanmış aile tipine sahip katılımcıların aileden algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı ve aile alt boyutu ile yalnız yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Yalnız yaşamayan katılımcıların, ÇBASDÖ toplam puanı ve aile alt boyutlarından

aldıkları puan daha yüksek bulundu. Arslantaş ve Ergin'in çalışmasında katılımcılarda algılanan aile ve arkadaş sosyal destek puanları ile yalnızlık ve depresif belirti puanları arasında negatif yönde, güçlü bir ilişki tespit edildiği ayrıca yalnızlık ile depresif belirti puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki tespit edildiği belirtilmiştir (97).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu ile şu an yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Anlamlı farklılığı şu anda şehir merkezinde yaşayan katılımcıların arkadaş alt boyutundan daha yüksek puan alması oluşturdu. Literatürde kentsel ve kırsalda yaşayan yaşlı yetişkinler arasında sosyal destek (aile desteği, topluluk desteği, halk desteği) arasında eşitsizlik olduğu kırsalda yaşayan yaşlılarda toplum desteğinin güçlendirilmesi gerekliliği belirtilmiştir (99).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplamı ve alt boyutları ile çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Arslantaş ve Ergin'in çalışmasında çocukları olan katılımcıların aile ve arkadaş sosyal destek puanları daha yüksek olduğu belirtilirken (97), Bulut'un çalışmasında ÇBASDÖ alt boyutlarının çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (59).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Gelir düzeyi yükseldikçe ÇBASDÖ ve alt boyutlarından alınan puanın yükseldiği saptandı. Mersin ve Arslan'ın çalışmasında maddi durum ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmemiş fakat maddi durumu kötü olan katılımcıların puanı düşük olarak belirtilmiştir (62).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Kronik hastalığı olmayan katılımcılarda ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları daha yüksek bulundu. Özer'in çalışmasında kronik hastalık durumu ile ÇBASDÖ arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık belirtilmemiştir (54). Arslantaş ve Ergin'in çalışmasında kronik hastalık durumu

ile arkadaş ve aile sosyal desteği ile istatistiksel yönden anlamlı ilişki belirtilmemiştir (97).

5.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı ve arkadaş alt boyutu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Anksiyete risk düzeyi arttıkça ÇBASDÖ toplam puanı ve arkadaş alt boyutlarından alınan puanın azaldığı bulundu. Literatürde yapılan çalışmalarda sosyal destek ile anksiyete arasındaki ilişki çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (63, 96, 100,101).

Çalışmamızda katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile HAD-Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Depresyon risk düzeyi arttıkça ÇBASDÖ toplam puanı, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutlarından alınan puanın azaldığı saptandı. Literatürde yapılan çalışmalarda sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişki çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (99,102-105).

5.6. Katılımcılarda Tedaviye Uyuma Etki Eden Faktörler

Çalışmamızda katılımcılarda tedaviye uyuma etki eden faktörleri ortaya koymak için, ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeylerini ölçen Modifiye Morisky Ölçeği kullanıldı. Bilgi Düzeyi alt boyutundan alınan puana göre katılımcıların %67,7'si (n=318) yüksek bilgi düzeyinde, %32,3'ü (n=152) düşük bilgi düzeyinde; motivasyon alt boyutuna göre %76,2'sinin (n=358) yüksek motivasyon düzeyinde, %23,8'inin (n=112) düşük motivasyon düzeyinde olduğu belirlendi. Çalışmamızın sonucuna göre depresyon tedavisi almakta olan katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeyleri yüzdesel olarak yüksek bulundu. Kara ve ark.'larının aile hekimliği polikliniğine gelen 146 hasta ile gerçekleştirdikleri çoklu ilaç kullanan erişkinlerde tedaviye uyumun hastalık algısı, bilgi ve tutum bağlamında değerlendirilmesi çalışmasında katılımcıların %74,7'sinin (n=109) yüksek bilgi

düzeyinde, %25,3'ü (n=37) düşük bilgi düzeyinde; motivasyon alt boyutuna göre %80,8'i (n=118) yüksek motivasyon düzeyinde, %19,2'si (n=28) düşük motivasyon düzeyinde olduğu belirtilmiştir (106). Özcan'ın psikiyatri hastalarının algıladıkları duygu dışı vurum düzeyi ve öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisini incelediği çalışmasında depresyon tanısı olan hastaların %48,9'unda (n=23) tedavi uyumu yüksek, %46,8'inin (n=22) tedavi uyumu orta, %4,3'ünün (n=2) tedavi uyumu düşük olarak belirtilmiştir (107).

5.6.1. Modifiye Morisky Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat motivasyon düzeyi ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. 65 yaş ve üzerindeki katılımcılarda motivasyon düzeyi daha düşük bulundu. Özer'in çalışmasında, yaş arttıkça ilaç isimlerini bilme, ilaçların yan etkilerini bilme, nasıl kullanacağını bilme, ilaçların alım zamanını bilme ve ilaçları ne kadar süre kullanacağını bilme ortalama puanlarının anlamlı olarak düştüğü belirtilmiştir (54). Ayuso-Mateos ve ark.'larının, Uluslararası Depresyon Ağı verilerine göre bireyin psikolojik tedavi uyumunda hangi değişkenlerin rol aldığını öngördükleri çalışmada, tedaviye tamamen uyanların (ortalama yaş:45,9±9,6) tüm seanslara katılmayanlara (ortalama yaş:43,4±11,7) göre daha yaşlı olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir (108). Kamış'ın depresyon tanılı 133 hasta ile yaptığı çalışmada yaş ile antidepresan uyum ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, 65 yaş ve üzerinde olan katılımcıların puanı daha düşük olduğu belirtilmiştir (109). Bizim çalışmamızın sonuçları literatürdeki çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat kadınların %68'inde (n=181) bilgi düzeyi yüksek, erkeklerin %77'sinde (n=157) motivasyon düzeyi yüksek bulundu. Özer'in çalışmasında cinsiyet ile katılımcıların ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi ve ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirtilmemiştir (54). Özcan'ın çalışmasında tedavi uyumu ile

cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirtilmemiştir. Fakat kadınların %57,5'inde (n=42) tedavi uyumu yüksek, %42,5'inde (n=31) tedavi uyumu orta-düşük, erkeklerin %48,7'sinde (n=38) tedavi uyumu yüksek, %51,3'ünde (n=40) tedavi uyumu orta-düşük olarak belirtilmiştir (107). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların motivasyon düzeyi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Anlamlı farklılık eşinden ayrı olan katılımcılar ile evli olan katılımcılar arasında saptandı. Eşinden ayrı olan katılımcıların motivasyon düzeyi daha düşük olarak bulundu. Bekar olan katılımcıların %78,3'ünde (n=36) bilgi düzeyi yüksek, motivasyon düzeyi ise %80,4'ünde (n=37) yüksek bulundu. Özer'in çalışmasında medeni durum ile katılımcıların ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi ve ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirtilmemiştir (54). Okunrinboye ve ark.'larının Güney-Batı Nijerya'da üçüncü basamak sağlık tesisine başvuran hipertansiyonlu hastalarda depresyon ve ilaç uyumu çalışmasında evli olan hastaların %97,5'inin (n=270) ilaç uyumu iyi evli olmayan hastaların %94,3'ünün (n=116) ilaç uyumunun iyi olduğu belirtilmiştir (109). Kara ve ark.'larının çalışmasında evli olan katılımcıların bilgi düzeyi skoru $2,25 \pm 0,94$ olarak belirtilirken, bekar olan katılımcıların skoru $2,00 \pm 1,31$ olarak belirtilmiş, boşanmış olan katılımcıların $1,00 \pm 1,73$ olarak belirtilmiştir (106). Literatürde yapılmış çalışmalarda medeni durumun ilaç kullanma alışkanlığı üzerine etkisi çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu ile bilgi ve motivasyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Okuryazar olmayan katılımcılarda bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça ilaç kullanma alışkanlığına yönelik hem bilgi hem de motivasyon düzeyinin arttığı saptandı Özer'in çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça hastaların ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi ve ilaç uyumu puanlarının da arttığı belirtilmiştir (54). Kara ve ark.'larının çalışmasında eğitim durumu yükseldikçe bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ortalama puanlarının arttığı belirtilmiştir (106). Eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi düzeyinin artması

beklenen bir sonuçtur. Aynı şekilde eğitim düzeyinin motivasyon düzeyini olumlu şekilde etkilediği sonucu literatürdeki çalışmalar ile desteklenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile meslek karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Mesleklerine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde serbest meslek sahibi katılımcıların %76,7'sinde (n=33) yüksek; motivasyon düzeyleri ise serbest meslek sahibi katılımcıların %86'sında (n=37) yüksek bulundu. Özcan'ın çalışmasında çalışma durumu ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir. Özcan'ın çalışmasında, çalışanların %57,9'unun (n=22) tedaviye yüksek uyum gösterdiğini, çalışmayanların ise %51,2'sinin (n=43) yüksek uyum gösterdiği belirtilmiştir (107). Kamış'ın çalışmasında meslek ile antidepresan ilaç uyumu ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (109). Serbest meslek sahibi katılımcıların diğer meslek gruplarına göre yüksek bilgi ve motivasyon düzeyinde olmasının sebebi bölgesel farklılıkların olmasına yorumlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak düşük gelirli katılımcıların motivasyon düzeyi daha düşük bulundu. Demirbaş ve Kutlu'nun çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-yetkililik düzeylerini incelendiği hipotiroidi, astım, depresyon ve tip 1 diyabet hastalarının dahil edildiği çalışmada bilgi düzeyi ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmemişken, motivasyon düzeyi ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmiştir (111). Demirbaş ve Kutlu'nun çalışmasında da gelir düzeyi düşük olan katılımcıların motivasyon düzeyi diğer gruplara göre düşük olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile yalnız yaşama durumu karşılaştırıldı. Yalnız yaşayanların bilgi ve motivasyon düzeyleri düşük bulundu. Kara ve ark.'larının çalışmasında birlikte yaşanan kişi varlığına göre bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ortalama puanlarının arttığı belirtilmiştir (106). Depresyonu olan bireyin yalnız yaşamaması tedavisi ile ilgili bilgi

paylaşımı ve ilaçlarını kullanmayı devam ettirme noktasında önemli bir motivasyon kaynağı olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile şu anda yaşanan yer karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ancak şehir merkezinde yaşayan katılımcılarda bilgi ve motivasyon düzeyi oranı daha yüksek bulundu. Demirbaş ve Kutlu'nun çalışmasında il merkezinde yaşayan katılımcıların bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek olarak belirtilmiştir (111). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da il merkezinde yaşamının ilaç kullanma alışkanlığına yönelik olumlu etkisi Demirbaş ve Kutlu'nun çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bunun nedeninin il merkezinde yaşayanların sağlık hizmetine erişimin daha kolay olması olduğu düşünülmektedir.

5.6.2. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hasta ve Çevresiyle İlgili Risk Faktörleri İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile depresyon tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat katılımcıların, depresyon tedavi süresine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde 61 ay ve üzerinde süre tedavi alanların %75,8'inde (n=72) yüksek; depresyon tedavi süresine göre motivasyon düzeyleri ise 25-60 ay süreli tedavi alanların %81,2'sinde (n=69) yüksek olarak bulundu. Mitchell ve Selmes'in hastaların ilaçlarını almama nedenlerini inceledikleri (psikiyatride nedenler ve sonuçlar) araştırma makalesinde antidepresan kullanan hastaların %35'inin 3 ay kullanımdan sonra daha iyi hissedip tedaviyi bıraktığı, %55'inin 6 ay kullanımdan sonra kendilerini iyi hissedip tedaviyi sonlandırdığı çalışmalarla belirtilmiştir (44). Halbuki depresyon hastalarında iyileşme sağlandıktan sonra, tedaviye aynı dozda en az 6 ay-1 yıl daha devam edilmesi gerekliliği ve bazı hallerde, sık tekrarlayan depresyon atakları olan hastalarda fayda sağlayan ilaca ömür boyu devam edilmesi önerilmektedir (13). Bizim çalışmamızda 61 ay ve üzerinde süre antidepresan kullanan hastalarda bilgi düzeyi daha yüksek bulunurken, 25-60 ay arasında antidepresan kullanan hastalarda motivasyon düzeyi yüksek

bulunmuştur. Bunun nedeni uzun süreli antidepresan tedavisi alan hastalarda kişinin ilaçla yaşamayı öğrenmesi ve duygudurumunda iyileşme sağlandıktan sonraki sürecinin kendisini motive etmesine bağlanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu karşılaştırıldı ve bilgi düzeyi ile depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakan katılımcıların %38,9'unda (n=96) bilgi düzeyi düşük bulundu. Düşük bilgi düzeyindeki katılımcıların tedaviyi bırakma öyküsünün olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile ailenin depresyon tedavisine yaklaşımı arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Lanouette ve ark.'larının Amerika Birleşik Devletleri Latin'leri arasında psikotropik ilaç tedavisi uyumsuzluklarını inceleyen kapsamlı literatür incelemesinde bireysel çalışmalarda dahil daha büyük aile desteği (görev yönelimli veya uygulamalı yardım), aileden daha fazla finansal destek, yüksek motivasyon, evli olmak gibi faktörlerin iyi ilaç uyumu ile ilişkisi belirtilmiştir (112). Bu bağlamda aile desteğinin özellikle psikiyatrik hastalıklarda önemi çok fazla olduğu görülmektedir.

5.6.3. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastanın İlaç Kullanım Durumu Arasındaki İlişki

Çalışmamızda katılımcıların, kullandıkları antidepresan ilaç sayısı ile bilgi düzeyleri incelendiğinde ikiden fazla ilaç kullananların %78,8'inde (n=26) yüksek; kullandıkları antidepresan ilaç sayısına göre motivasyon düzeyleri ise ikiden fazla ilaç kullananların %87,9'unda (n=29) yüksek olarak bulundu. Demirbaş ve Kutlu'nun çalışmasında ilaç sayısı, bilgi ve motivasyon düzeyi ile negatif yönde anlamlı ilişki belirtilmiştir. Özer'in çalışmasında katılımcıların kullandıkları ilaç sayısı ile ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi ve ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirtilmemiştir (54). Kara ve ark.'larının çalışmasında kullanılan ilaç sayısının artması bilgi düzeyi skorunu artırırken,

motivasyon düzeyini azaltan bir etki göstermiştir (106). Özşahin ve Haydardedeoğlu'nun aile hekimliği polikliniğine başvuran 792 hasta ile gerçekleştirdiği ilaç kullanım uyumsuzluklarının nedenlerini incelediği çalışmada %19,06 ile çoklu ilaç kullanımı yedinci sebep olarak belirtilmiştir (113). Çalışmamızda literatürden farklı olarak ilaç sayısı ile bilgi ve motivasyon düzeyi arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bunun sebebi depresyon hastalarının ilaç tedavisi altında duygudurumunun düzelmesine bağlanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile antidepresan ilaç raporu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Antidepresan ilaç raporu olmayan katılımcıların ilaç uyumu düşük bulunmuştur. Özcan'ın çalışmasında ilaç raporunun olması, hastaların çoğunun sigortalarının olması vb. düzenlemelerle ilaçlarını alabiliyor olmaları ekonomik sebeplerin tedaviye erişimde sorun oluşturmamasını açıklamıştır (107).

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile antidepresan ilaç yan etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Antidepresan ilaç yan etkisi olan katılımcılarda bilgi ve motivasyon düzeyi, yani ilaç uyumu düşük bulundu. Özcan'ın çalışmasında yan etki problemi yaşıyor olmak ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmiş, yan etki problemi yaşayanların %72,7'si (n=16) tedavi uyumu orta-düşük olarak belirtilmiştir (107). Özşahin ve Haydardedeoğlu'nun çalışmasında ilaçların yan etkilerinin olmasının %24,11 ile beşinci uyumsuzluk nedeni olarak belirtilmiştir (113). Vuorilehto ve ark.'larının birinci basamakta, 100 depresyon tanılı hastaya depresyonun farmakolojik ve psikososyal tedavisinin uyum üzerine yaptıkları çalışmada zayıf uyumun çoklu nedenleri olduğu bunlardan birisinin yan etki görülmesi olduğu belirtilmiştir (114). Çalışmamızın sonuçları literatür ile benzer şekilde ilaç yan etkisi görülen hastaların tedavi uyumunun, ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir.

5.6.4. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile HAD-Anksiyete ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Anlamlı farklılığı anksiyete yüksek risk düzeyindeki katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi düşük olarak bulundu.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile HAD-Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Anlamlı farklılık; depresyon yüksek risk düzeyindeki katılımcıların %44,4'ünde (n=96) bilgi düzeyinin düşük bulunması iken, depresyon yüksek risk düzeyindeki katılımcıların %36,1'inde (n=47) motivasyon düzeyinin düşük olarak saptanmasıdır. Katılımcılarda depresyon risk düzeyinin artması ilaç uyumunu, bilgi ve motivasyon düzeyini negatif yönde etkilemektedir. Kamış'ın çalışmasında Beck Depresyon Ölçeği kullanılmış, antidepresan uyum ölçeği puanları ile Beck Depresyon ölçeği arasında anlamlı ilişki belirtilmemiştir (109). Gabriel ve Violato'nun depresyon bilgisi ve depresyona yönelik tutumlar ve tedavi uyumu: Antidepresan Uyum Ölçeği çalışmasında depresyon bilgisinin daha fazla olmasının tedaviye daha iyi uyum ilişkilendirildiği belirtilmiştir (115). Gabriel ve Violato'nun çalışmasının sonucu ile çalışmamızın sonucu benzerlik göstermektedir. Kamış'ın çalışmasının farklı sonuçlanmasının örneklem seçiminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.6.5. Modifiye Morisky Ölçeği ile Hekim Uygulamalarına Bağlı Risk Faktörleri Arasındaki İlişki

Çalışmamızda bilgi düzeyi ve motivasyon düzeyi ile hekim uygulamalarına bağlı risk faktörlerine ait sorular karşılaştırıldı ve tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Hekim uygulamalarına bağlı risk faktörleri sorularına sık sık cevabını veren katılımcıların bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek bulundu. Özer'in çalışmasında sağlık sistemi ve hekim uygulamalarına bağlı olası risk faktörleri skorlandığında genel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (54). Özşahin ve Haydardedeoğlu'nun çalışmasında hekim ile kötü iletişim ilaç

kullanımına uyumsuzluk nedenleri arasında %33,58 ile dördüncü neden olarak belirtilmiştir (113).

Tedavi uyumunda hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iyi iletişimin önemi giderek artmaktadır. Uyum; hastanın tedaviye katılımına önem yüklediği kadar ilişki kurarken hekimin rolüne de önem yükler (43,44). Çalışmamızın sonuçları literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir. Hekimin hasta ile kurduğu iletişimin iyi olması, tedavi uyumu ve ilaçların kullanımı hakkında hastanın bilgi ve motivasyon düzeylerini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

5.6.6. Modifiye Morisky Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki

Çalışmamızda bilgi düzeyi ile ÇBASDÖ toplam puanı, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan, aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutlarından alınan puan yükseldikçe bilgi düzeyinin yükseldiği bulundu. Motivasyon düzeyi ile ÇBASDÖ, aile, arkadaş alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. ÇBASDÖ toplam puan, aile ve arkadaş alt boyutlarından alınan puan yükseldikçe motivasyon düzeyinin yükseldiği bulundu. Bulut'un çalışmasında çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutlarından özel kişi ve arkadaş alt boyutu ile tedaviye uyum boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (59). Kelleci ve Ata'nın psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisini inceledikleri çalışmada aile desteği açısından gruplar arasında fark olmadığı ancak arkadaş desteği ve özel birisinin desteği alt boyutlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirtilmiş. Arkadaş ve özel birisinin desteğini hisseden hastaların ilaç uyum puanları daha yüksek olarak belirtilmiş. Hastaların arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında istatistiksel yönden anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu belirtilmiş (116). Bu bağlamda çalışmamızdan elde edilen sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir. Algılanan sosyal desteğin yüksek olması tedavi uyumuna, tedavi hakkındaki bilgi ve motivasyon düzeyine olumlu etki etmektedir.

VI. SONUÇ

Afyonkarahisar ilinde merkezde yer alan Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran depresyon hastalarının sosyal destek durumları ve tedaviye uyumlarına etki eden faktörlerin belirlenmesi için yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- 1) Araştırmaya katılan depresyon hastalarının yaş ortancası 48 (min:19, max:85), erkeklerin yaş ortancası 50 (min:19, max:85), kadınların yaş ortancası 47 (min:19, max:84) olarak bulundu.
- 2) Araştırmaya katılan depresyon hastalarının %43,4'ü (n=204) erkek, %56,6'sı (n=266) kadındır.
- 3) Katılımcıların %71,9'u (n=338) evli, %42,6'sı (n=200) ilkokul mezunu, %41,7'si (n=196) ev hanımı, %87'si (n=409) ise çocuk sahibidir.
- 4) Katılımcıların %61,7'si (n=290) orta gelir düzeyinde, %83,6'sı (n=393) şehir merkezinde yaşamaktadır,
- 5) Katılımcıların %56,4'ünün (n=265) kronik hastalığı bulunmakta, %29,1'i (n=137) sigara kullanmaktadır.
- 6) Katılımcıların, HAD-Anksiyete ölçeğine göre %24,9'u (n=117) yüksek riskli olarak belirlendi. Ev hanımı olma, şehir merkezinde yaşama, daha önce depresyon tedavisi alma durumu, daha önce psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatmış olma durumu, intihar girişimi olma durumu ile yüksek anksiyete risk düzeyi anlamlı bulundu.
- 7) Katılımcıların, HAD-Depresyon ölçeğine göre ise %46'sı (n=216) yüksek riskli olarak belirlendi. Düşük eğitim düzeyi, yalnız yaşama, düşük gelir düzeyi, intihar girişiminde bulunan katılımcıların depresyon risk düzeyi yüksek bulundu.
- 8) Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan 53 (min:20, max:84), aile alt boyutundan aldıkları ortalama puan 23 (min:4, max:28) arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puan 18 (min:4, max:28), özel kişi alt boyutundan aldıkları ortalama puan 13 (min:4, max:28) olarak bulundu.

- 9) Katılımcıların depresyon ve anksiyete risk düzeyi yükseldikçe sosyal destek ölçeği toplam puanının anlamlı olarak azaldığı saptandı. İleri yaş, eşinden ayrı olmak, yalnız yaşamak, okuryazar olmamak, emekli olmak, düşük gelir düzeyinde olmak ve kronik hastalığın olması durumlarında sosyal destek ölçeği toplam puanının anlamlı olarak düştüğü belirlendi.
- 10) Araştırmaya katılan depresyon hastalarının Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre %67,7'si (n=318) yüksek bilgi düzeyinde, %76,2'si (n=358) yüksek motivasyon düzeyi ile depresyon tedavisine uyumu yüksek bulundu.
- 11) Katılımcılardan; okuryazar olmayanların, yalnız yaşayanların ve daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakanların bilgi düzeyi anlamlı düşük bulunurken, 65 yaş ve üzerinde olanlar, eşinden ayrı olanların, okuryazar olmayanların, düşük gelir düzeyinde olanların ve yalnız yaşayanların motivasyon düzeyi anlamlı düşük bulundu.
- 12) Araştırmaya katılan depresyon hastalarının ikiden fazla ilaç kullanması, ilaç raporunun olması, ilaç yan etkisinin olmaması durumunda bilgi ve motivasyon düzeylerinin arttığı bulundu.
- 13) Yüksek riskli depresyon ve anksiyetesi olan katılımcıların ilaç uyumu, bilgi ve motivasyon düzeyleri düşük bulundu.
- 14) Sosyal desteği yüksek olan katılımcıların ilaç uyumu, bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek bulundu.
- 15) Hekim uygulamalarına bağlı risk faktörleri azaldıkça katılımcıların bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek bulundu.

VII. ÖNERİLER

- 1) Hastaların depresyon tedavisine uyum gösterebilmesi için; hastalığın önemi, ilaç kullanım alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeyini arttırabilecek şekilde detaylı bilgiler verilmelidir. Kişiler hastalıklarını tanımalı, tedavi hakkında uygun bilgi sahibi olmalı ve tedaviyi kendisi sonlandırınca oluşabilecek komplikasyonlar önlenmeye çalışılmalıdır.
- 2) Düzenli sağlık kontrollerinde, hastalığın yan etkilerini azaltma ve yaşam kalitesini arttırmadaki önemi ve ciddiyetinin anlaşılması amacıyla, hastalara özellikle birinci basamakta düzenli eğitim verilmelidir.
- 3) Hastalarla tedaviye yönelik ilişki kurmada daha özverili olunmalı, depresyon yönetiminde hastaların tedavi hakkındaki bilgi ve motivasyon düzeyleri dikkate alınarak açıklama yapılmalı ve kontrollerde tedavi planına hastaların uyumu değerlendirilmelidir.
- 4) Hastaların öncesinde depresyon tedavisi alıp bırakma durumu, ilaç yan etkisi görülmesi, intihar girişimi öyküsü, öncesinde psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu ve ailede de psikiyatrik hastalık olması gibi tedaviye önemli uyumsuzluk nedenleri ortaya konulmalıdır.
- 5) Hastaların sosyal destek sistemleri her ziyarette değerlendirilmeli, sosyal desteği düşük olan depresyon hastalarının aile ve yakın çevresi ile görüşmeler yapılarak bu alanda desteklenmesi sağlanmalıdır.

VIII. ÖZET

Giriş: Depresyon toplumda sık görülen ve kişilerin yaşamında biyolojik, sosyal kayıplara ve yeti yitimine, hatta ölümlere sebep olabilen ciddi psikiyatrik bir hastalıktır. Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru noktası olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvuran depresyon hastalarındaki sosyal destek durumlarına ve tedaviye uyumlarına etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

Materyal-metod: Tanımlayıcı, kesitsel nitelikte olan çalışmamız Afyonkarahisar’da, 6 Aile Sağlığı Merkezine 01 Haziran-31 Ağustos 2020 arasında başvuran 470 depresyon hastası ile yürütüldü. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Modifiye Morisky Ölçeği kullanıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 20 programı kullanıldı, $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortancası 48 (min:19, max:85) olup %56,6’sı (n=266) kadın, %42,6’sı (n=200) ilkokul mezunu, %41,7’si (n=196) ev hanımıdır. Katılımcıların ÇBASDÖ’den aldıkları ortalama puan 53 (min:20, max:84) olarak bulundu. Sosyal desteğin azalmasına; ileri yaş, eşinden ayrı olma, yalnız yaşama, okuryazar olmama, emekli olma, düşük gelir düzeyinde olma ve kronik hastalığın olması faktörlerinin etkili olduğu belirlendi. Katılımcıların Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre %67,7’si (n=318) yüksek bilgi %76,2’si (n=358) ve yüksek motivasyon düzeyi ile depresyon tedavisine uyumu yüksek bulundu. Tedaviye uyumun azalmasına; ileri yaş, eşinden ayrı olma, yalnız yaşama, okuryazar olmama, düşük gelir düzeyi, daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakma faktörlerinin etkili olduğu belirlendi.

Sonuç ve Öneri: Birinci basamak hekimleri sağlık hizmetlerine giriş noktasında kolay ulaşılabilir olması, düşük prevalans hekimi olması, ayrışmamış hastalıkları sık görmesi nedeniyle bedensel hastalıklarda olduğu kadar ruhsal hastalıklarda da önemli bir rol oynamaktadır.

Anahtar kelimeler: Birinci Basamak, Depresyon, Sosyal Destek, Tedaviye Uyum

IX. SUMMARY

Objectives: Depression is a serious psychiatric disease that is common in society and can cause biological, social losses and loss of power, or even death in people's lives. The aim of this study is to determine the factors affecting their social support status and adaptation to treatment in depression patients admitted to primary care providers, which are the first point of application for health services.

Material and Methods: Our descriptive, cross-sectional study was conducted between 01 June and 01 August 2020 with 470 depression patients admitted to 6 Family Health Centers in Afyonkarahisar. As a data collection tool, personal data form, Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and Modified Morisky Scale were used. SPSS 20 program was used for statistical analysis and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: The median age of participants was 48 (min:19, max:85) and 56.6% (n=266) were women, 42.6% (n=200) were primary school graduates, and 41.7% (n=196) were housewives. Participants' median score from Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) was 53 (min:20, max:84). It was determined that factors such as advanced age, separation from their partner, living alone, illiteracy, retirement, low-income level, and chronic disease were effective in reducing social support. According to Modified Morisky Scale, 67.7% (n=318) of the participants were found to have high knowledge, 76.2% (n=358) and high motivation levels, and high compliance with depression treatment. It was determined that factors such as advanced age, separation from their partner, living alone, illiteracy, low-income level, previously receiving treatment for depression, and stopping treatment were effective in reducing adaptation to treatment.

Conclusion and Recommendation: Primary care physicians play an important role in mental diseases as well as physical diseases due to their easy access to health services at the point of entry, their low prevalence as doctors, and their frequent sight of undifferentiated diseases.

Key Words: Primary Care, Depression, Social Support, Treatment Compliance

KAYNAKLAR

1. Çelik FH, Hoccoğlu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51-66.
2. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1:5-11.
3. Öztürk M, Orhan UA. Ruh sağlığı ve bozuklukları 11 ed. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2011. 342 p.
4. Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. Türkiye ve Dünyada Erişkin Depresyonu Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2017;8(1):1-6.
5. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017. Web Adresi: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Erişim tarihi: 11.08.2020.
6. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018;392(10159):1789-858.
7. Özder A, Kayalı Y. Depresyon (Çökkünlük). Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2018;9(3):173-8.
8. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar: depresyon ve anksiyete. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2012;3(2):1-7.
9. WHO. Adherence to long-term therapies. 2003. Web Adresi: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Erişim Tarihi: 11.08.2020.

10. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015;40(3):555-68.
11. Patti F. Optimizing the benefit of multiple sclerosis therapy: the importance of treatment adherence. Patient preference and adherence. 2010;4:1–9.
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. New England journal of medicine. 2005;353(5):487-97.
13. Yalçın BM, Öztürk O. The management of major depressive disorder in Primary Care. Turkish Journal of Family Medicine end Primary Care. (2016); 10(4):250-258.
14. Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. The journal of behavioral health services & research. 2009;36(3):320-9.
15. Depression and Suicide Prevention 2014. Web Adresi: <http://bit.do/fKma4>. Erişim tarihi: 18.08.2020.
16. Walker C. Depression and globalization: The politics of mental health in the 21st century: Springer Science & Business Media; 2007. Web Adresi: https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/130600/1/Carl_Walker_Depression_and_Globalization_The_Politics_of_Mental_Health_in_the_21st_Century_2007.pdf. Erişim tarihi: 19.08.2020
17. Spinney L. European Brain Policy Forum 2009: depression and the european society. European psychiatry. 2009;24(8):550-551.
18. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci MZŞ. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1998:81. Web Adresi: <https://doczz.biz.tr/doc/51570/t%C3%BCrkiye-ruh-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-profil-raporu>. Erişim tarihi: 20.05.2020
19. Sağlık Bakanlığı. Sağlık bakanlığı istatistikleri yıllık 2018:95-102. Web Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>. Erişim tarihi: 12.11.2019.

20. Gümüş EÇ, Güngörmüş Z. İkinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapan hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(1):119-26.
21. Sadock BJ, Samon A, SadockVA. Kaplan & Sadock Pocket handbook of clinical psychiatry New York University Medical Center Press; 2019.
22. Ertekin B. Mardin'deki sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin iş doyumu ve depresif duygu durumlarının bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2006.
23. Uzuner A, Akman M. Depresyonun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular*. 2017;8(1):7-14.
24. Sertöz ÖÖ, He M. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(Suppl 2):S63-S9.
25. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11(3):3-18.
26. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2011;86(1):39-47.
27. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
28. Beck AT. A systematic investigation of depression. *Comprehensive psychiatry*. 1961;2(3):163-70.
29. Farinde A. The Beck depression inventory. *The Pharma Innovation*. 2013;2(1):56-62.
30. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri arşivi*. 1997;34(2):62-71.
31. Sun S, Wang S. The Children's Depression Inventory in worldwide child development research: A reliability generalization study. *Journal of child and family studies*. 2015;24(8):2352-63.
32. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:255-91.

33. Lin N, Ensel WM, Simeone RS, Kuo W. Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of health and Social Behavior*. 1979;108-19.
34. Gariepy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallee A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(4):284-93.
35. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan III C, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edmont)*. 2007;4(5):35.
36. Çetinkaya FF, Korkmaz F. Algılanan sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. 2019;1:91-103.
37. Lakey B, Cronin A. Low social support and major depression: Research, theory and methodological issues. *Risk factors in depression: Elsevier*; 2008. p. 385-408.
38. Şireli Ö, Çolak M, Oruk Y, Sakınç N. Ergenlerde algılanan sosyal destek düzeyinin depresyon ve intihar olasılığı ile ilişkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2015;22(2):97-106.
39. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Laippala P. Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of affective disorders*. 2001;64(2-3):155-66.
40. Holt MK, Espelage DL. Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among African American and Caucasian adolescents. *School Psychology Review*. 2005;34(3):309-28.
41. Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007;2(5):107-18.
42. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJ, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient preference and adherence*. 2013;7:675-682.

43. Demirkol M, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry. 2016;8(1):85-93.
44. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. Advances in psychiatric treatment. 2007;13(5):336-346.
45. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2002;105(3):164-72.
46. Şen ET, Berk ÖS, Sindel D. İlaç uyumunu bildirim ölçeği'nin türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2019;82(1):52-61.
47. Aydın E, Aydın E, Balaban ÖD, Yumrukçal H, Erkıran M. İlaç Tutumu Ölçeği-10'un Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. 2018;55:238–242.
48. Özdamar K. SPSS ile biyoistatistik 9. Baskı ed. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2013-275.
49. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.
50. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment. 1988;52(1):30-41.
51. Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölceğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Turk Psikiyatri Dergisi. 2001;(12):17-25.
52. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica. 1983;67(6):361-70.
53. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölceği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. Turk Psikiyatri Derg. 1997;(8):187-280.
54. Özer T. Birinci Basamakta Çoklu İlaç Kullanan Hastalarda İlaç Kullanımını Etkileyen Faktörler, Sosyal Destek Durumu İle Anksiyete ve Depresyon Riskinin Belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık]. Adana: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2018.

55. 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.
56. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2003;(6):5-11.
57. Banerjee S, Varma RP. Factors affecting non-adherence among patients diagnosed with unipolar depression in a psychiatric department of a tertiary hospital in Kolkata, India. *Depression research and treatment*. 2013;2013.
58. Al Jumah K, Hassali MA, Al Qhatani D, El Tahir K. Factors associated with adherence to medication among depressed patients from Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014;(10):2031.
59. Bulut M. Depresyon Hastalarında İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler ve Sosyal Destek [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.
60. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344-56.
61. Houle J, Villaggi B, Beaulieu M-D, Lespérance F, Rondeau G, Lambert J. Treatment preferences in patients with first episode depression. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):94-100.
62. Mersin S, Arslan F. Depresyonlu Hastaların Sosyal Destek Algıları. *Journal of International Social Research*. 2018;11(56).
63. İzgiş H. Bir Grup Öğretmenin Algıladıkları Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu İle Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2019.
64. Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2005(14):129-55.
65. Choi NG, DiNitto DM. Role of new diagnosis, social isolation, and depression in older adults' smoking cessation. *The Gerontologist*. 2015;55(5):793-801.

66. Elkin, N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değeriendirilmesi. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 2016;1(9):9-21.
67. Kanber N. Yaşıların Sosyal Destek Algısının Depresyon Düzeyine Etkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Gelişim Ünivesitesi; 2018.
68. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008;11(3):3-18.
69. Özilice Ö, Uçku R, Akdede BB. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2017;31(2):63-9.
70. Elkin N, Barut AY. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değeriendirilmesi. IGUSABDER. 2017;(3):221-38.
71. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. BMC psychiatry. 2009;9(1):38.
72. Köroğlu G. Ankara’da Özel Bir psikiyatri Hastanesinde Ortalama Yatış Sürelerinin Değeriendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2015.
73. Apaydın H, Özdemir Ş, Ünal AZ. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Bazı Değışkenlerle İntihar Girişimi İlişkisi. Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2016;3(6):7-46.
74. Jeon HJ. Depression and suicide. Journal of the Korean Medical Association. 2011;54(4):370-5.
75. Kartopu S, Ünalın A. Büyü ve tabiatüstü güçlere başvurma nedenleri üzerine bir saha araştırması. Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD). 2019(2):379-99.
76. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. 2006;(7):69-75.
77. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G, Group GES. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder

or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of affective disorders*. 2011;129(1-3):56-63.

78. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Bahar A. İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının tedaviye katılımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Mood Disorders*. 2015;5(3):95-103.

79. Coldham E, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(4):286-90.

80. Sancar M, Düzgün E, Okuyan B, Deniz S, Çalışan M, Coşkun K, et al. Antidepresan Kullanan Majör Depresyon Hastalarında Yan Etkilerin ve Hasta Uyuncunun Değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal*. 2017;21(1).

81. Ashton AK, Jamerson BD, Weinstein WL, Wagoner C. Antidepressant-related adverse effects impacting treatment compliance: results of a patient survey. *Current Therapeutic Research*. 2005;66(2):96-106.

82. Gök F, Hergül FK. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*. 2020;3(3):195-206.

83. Basak F, Hasbahceci M, Guner S, Sisik A, Acar A, Yucel M, et al. Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: A prospective cohort study of 200 consecutive patients. *International Journal of Surgery*. 2015;(23):18-22.

84. Öngider N, Eyüboğlu SÖ. Depresyon Tanısı Almış Hastalarda Ölüm Kaygısının Araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2013;16(1):34-46.

85. Bayhan HZ. Parçalanmış Ailede ve Tam Ailede Büyümüş Kişilerin Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Belirtileri Açısından Karşılaştırılması [Yüksek Lisans]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2019.

86. Can M. Diyarbakır İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının Anksiyete/Depresyon Düzeyleri ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler [Tıpta Uzmanlık]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2018.

87. Ağırman E, Gençer M, Arıca S, Kaya E, Eğici M. Depression and loneliness levels among the older people, a comparison between living alone, living with family or living at nursing home. *J Contemp Med*. 2017;7(3):234-40.
88. Çilli AS, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R. Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*. 2004;14(1):1-5.
89. Erözkan A. Lise öğrencilerinin sosyal karşılaştırma ve depresyon Düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2004(13):1-18.
90. Elbi H, Nazik F, Arı S, Balcı UG, Öngel K. Bir İlçe Entegre Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Arasındaki İlişki Relationship Between Depression and Sociodemographic Features of a Health Employee of a Country Integrated Hospital. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2013:34-38.
91. Özmaya E, Kelleci M, editors. Fiziksel Hastalık Nedeni ile Hastanede Yatan Hastaların İntihar Riski Açısından Değerlendirilmesi. *Literatur Sempozyum*; 2014;(4):17-24.
92. Grassi L, Rasconi G, Pedriali A, Corridoni A, Bevilacqua M. Social support and psychological distress in primary care attenders. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2000;69(2):95-100.
93. Gariepy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallee A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(4):284-293.
94. Nam EJ, Lee J-E. Mediating effects of social support on depression and suicidal ideation in older Korean adults with hypertension who live alone. *The Journal of Nursing Research*. 2019;27(3):e20.
95. Grav S, Hellzèn O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 2012;21(1-2):111-120.
96. Han B, Yan B, Zhang J, Zhao N, Sun J, Li C, Chen J. The influence of the social support on symptoms of anxiety and depression among patients with silicosis. *The Scientific World Journal*. 2014;vol:2014:6p.

97. Arslantaş H, Ergin F, 50-65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011;14(2), 135-144.
98. Sonnenberg C, Deeg D, Van Tilburg T, Vink D, Stek M, Beekman A. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International psychogeriatrics*. 2013;25(1):61-70.
99. Hu H, Cao Q, Shi Z, Lin W, Jiang H, Hou Y. Social support and depressive symptom disparity between urban and rural older adults in China. *Journal of affective disorders*. 2018;237:104-111.
100. Falgares G, Lo Gioco A, Verrocchio MC, Marchetti D. Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychology, health & medicine*. 2019;24(3):281-293.
101. Alsubaie M M, Stain HJ, Webster LA, Wadman R. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2019;24(4):484-496.
102. Choenarom C, Williams RA, Hagerty BM. The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. *Archives of psychiatric nursing*. 2005;19(1):18-29.
103. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012;55(3):574-579.
104. Dalgard, OS, Dowrick C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Wilkinson G, Dunn G. Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(6):444-451.
105. Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Social support in depression: structural and functional factors, perceived control and help-seeking. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2013;22(4):345.
106. Kara DD, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of medication adherence in adults who use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude characteristics. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017;11(4):227-234.

107. Özcan E, Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi Ve Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi. [Yüksek Lisans]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.
108. Ayuso-Mateos JL, Pereda A, Dunn G, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Lehtinen V, Dowrick C. Predictors of compliance with psychological interventions offered in the community. *Psychological medicine*. 2007;37(5):717.
109. Kamış GZ, Depresyona İlişkin Tutumlar ve Damgalanmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı [Tıpta Uzmanlık]. Ankara, 2016.
110. Okunrinboye HI, Otakpor AN, Ilesanmi OS. Depression and medication-adherence in patients with hypertension attending a tertiary health facility in south-west Nigeria. *The Pan African Medical Journal*. 2019;33:27.
111. Demirbaş N, Kutlu R. Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumunu Ve Öz-Etkililik Düzeyleri. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(2):269-280.
112. Lanouette NM, Folsom DP, Sciolla A, Jeste DV. Psychotropic medication nonadherence among United States Latinos: a comprehensive literature review. *Psychiatric Services*. 2009;60(2):157-174.
113. Özşahin AK, Haydardedeoğlu FE,. Barriers to drug adherence. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;10(2),58-62.
114. Vuorilehto MS, Melartin TK, Riihimäki K, Isometsä ET. Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: Low intensity and poor adherence and continuity. *Journal of Affective Disorders*. 2016;(202):145-152.
115. Gabriel A, Violato C. Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: The Antidepressant Adherence Scale (AAS). *Journal of affective disorders*. 2010;126(3),388-394.
116. Kelleci, M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(3):105-110.

EKLER

Ek 1-Etik Kurul İzin Belgesi

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi 29.03.2021-E.13497 tarih ve sayılı yönerge değişikliği gereğince etik kurul izin belgesinin ıslak imzalı örneği çıkarılmıştır.



Ek 2-Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr.
Nazlı ŞENSOY)



AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 04/03/2020 tarihli ve 37106781 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazıda yer alan araştırma izin talebi, Komisyonumuzun 06/02/2020 tarihinde yapılan toplantısında değerlendirilmiş olup, Genel Müdürlüğümüzün 13/02/2020 Tarih ve 236 sayılı yazısı ile talep sahibine bildirilmiştir. Ancak, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY sorumluluğunda, Araştırma Görevlisi Dr. Gizem ŞEN tarafından yapılmak istenen "Birinci Basamağa Başvuran Depresyon Hastalarında Sosyal Destek Durumu ve Tedaviye Uyuma Etki Eden Faktörler" konulu araştırmaya ilişkin yapılan yeni düzenlemelerin dikkate alınarak tekrar değerlendirilmesi için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya/Ankara
Telefon: 312 565 5854 Faks No:
e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU
TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:(0 312) 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7f637dfd-9a58-4c07-a37b-0706c8699a41 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerekleŖecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, sorumlu hekimin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürtlmesi gerekmektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde, depresyon tanısı almış hastaların takibinin yapıldığı, dolayısıyla araştırmacının depresyon ölçeğini kullanarak depresyon tanısı almış kişilere kendi imkanı ile ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Muhammet ÖME
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 ankaya/Ankara

Telefon: 312 565 5854 Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU

TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:(0 312) 565 58 92

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7f637dfd-9a58-4c07-a37b-0706c8699a41 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3-Anket Formu

Değerli katılımcılar,

Bu ankette sizlerin demografik bilgilerinizi sorgulayan ifadelerin yanı sıra Aile Hekimliği Birimlerinde depresyon tedavisi alan hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörler ve sosyal destek durumunu ölçmeye yönelik sorular sorulmuştur. Sizlerden maddeleri dikkatli bir şekilde okuyup en uygun şekilde cevaplamanız beklenmektedir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece bu tez araştırması kapsamında kullanılacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgi, ayırdığınız zaman ve araştırmaya katkılarınız için teşekkür ederiz.

A. Sosyodemografik Veriler

1. Cinsiyet 1) Erkek 2) Kadın
2. Yaşınız Kaç?
3. Medeni Durumunuz Nedir? 1) Evli 2) Bekar
3) Boşanmış 4) Dul
4. Yalnız Mı Yaşıyorsunuz? 1) Evet 2) Hayır
5. Çocuğunuz Var Mı? 1) Var 2) Yok
6. Aile Tipiniz Nedir? 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile
3) Parçalanmış Aile
7. Eğitim Durumunuz Nedir? 1) Eğitim Almamış 2) İlkokul Mezunu
3) Ortaokul Mezunu 4) Lise Mezunu
5) Üniversite Mezunu
6) Yüksek Lisans Mezunu
8. Mesleğiniz Nedir? 1) Çalışmıyor 2) Ev Hanımı
3) Memur 4) İşçi
5) Esnaf/Tüccar
6) Çiftçi/Hayvancılıkla Uğraşıyor
7) Öğrenci 8) Emekli
9) Diğer.....
9. Ailenizin Ortalama Aylık 1) Düşük (0-2000 TL)
Gelir Düzeyi Sizce 2) Orta (2001 TL -4000 TL)

- Hangisine En Uygun?** 3) Yüksek (4001 TL ve Üzeri)
- 10. Hayatınızın Çoğunu** 1) Şehir Merkezi 2) İlçe
- Geçirdiğiniz Yer Neresidir?** 3) Köy
- 11. Şu Anda Yaşadığınız Yer** 1) Şehir Merkezi 2) İlçe
- Hangi Tanıma Uyuyor?** 3) Köy
- 12. Düzenli Olarak Sigara** 1) Evet 2) Hayır
- Kullanıyor Musunuz?** (13. Soruyu Atlayınız)
- 13. Yanıtınız Evet İse Kaç**
- Yıldır, Kaç Paket Sigara**
- İçiyorsunuz?**
- 14. Kronik Bir Hastalığınız** 1) Evet 2) Hayır
- Var Mı?** (15. Soruyu Atlayınız)
- 15. Yanıtınız Evet İse**
- Aşağıdaki Hastalıklardan**
- Hangileri Sizde Mevcut?** 1) Yüksek Tansiyon 2) Şeker Hastalığı
- (Birden Fazla Seçenek** 3) Hiperlipidemi
- İşaretleyebilirsiniz)** 4) Kalp Damar Hastalığı (Kalp Yetmezliği, Kapak Hastalığı, İskemik Kalp Hastalığı gibi)
- 5) Serebro Vasküler Hastalık (İnme, Felç Gibi)
- 6) Tiroid Hastalığı (Guatr, Hashimoto Tiroiditi gibi)
- 7) Kronik Akciğer Hastalığı (Astım, kronik bronşit, KOAH gibi)
- 8) Kronik Karaciğer Hastalığı (Siroz, Sarılık, Karaciğer Yetmezliği gibi)
- 9) Kanser
- 10) Diğer

B. Hasta Ve Çevresiyle İlgili Risk Faktörleri

1. Depresyon Tanısını Nerede Aldınız ?
 - 1) Aile Hekimliği Biriminde
 - 2) Devlet Hastanesinde
 - 3) Üniversite Hastanesinde
2. Ne Zamandır Depresyon Tedavisi Alıyorsunuz? ay olarak belirtiniz
3. Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Tedaviyi Bıraktınız Mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
4. Daha Önce Psikiyatrik Hastalık Nedeniyle Hastanede Yattınız Mı?
 - 1) Hayır
 - 2) Evet (Kaç Kere Olduğunu Belirtiniz.....)
5. Hiç İntihar Girişiminde Bulundunuz Mu?
 - 1) Hayır
 - 2) Evet (Kaç Kere Olduğunu Belirtiniz.....)
6. Hastalığınız İçin Doktora Başvurmadan Önce Herhangi Bir Destek Aldınız Mı? (Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz)
 - 1) Hayır destek almadım.
 - 2) Psikoloğa gittim.
 - 3) Hocaya gittim.
 - 4) Medyuma gittim.
 - 5) Şifacıya gittim.
 - 6) Hipnoza gittim.
 - 7) Diğer.....
7. Ailenizde Psikiyatrik Hastalığı Olan Birey Var Mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır

(8. Soruyu Atlayınız)
8. Ailenizde Psikiyatrik Hastalığı Olan Bireyin Hastalığı Nedir?
 - 1) Depresyon
 - 2) Bipolar Bozukluk
 - 3) Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)
 - 4) Şizofreni
 - 5) Anksiyete Bozukluğu
 - 6) Panik Atak
 - 7) Diğer.....

9. Ailenizde Depresyon 1) Evet 2) Hayır
Tedavinize Olumsuz Etki Bana (10. soruyu
Birey Oldu Mu? atlayınız)
10. Yanıtınız Evet İse Ailenizde 1) Eş
Tedavinize Olumsuz Etki Bana 2) Anne
Birey Kimdi? (Birden 3) Baba
Fazla Seçenek 4) Kardeş
İşaretleyebilirsiniz) 5) Akraba
6) Diğer.....

C. Hastanın İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Uyumu

1. Depresyon Tedaviniz İçin 1) 1 Adet
Kaç İlaç Kullanıyorsunuz? 2) 2 Adet
3) 2'den Fazla
2. Depresyon İlacınız Raporlu 1) Evet 2) Hayır
Mu?
3. Depresyon İlacınızın Yan 2) Hayır
Etkisini Gördünüz Mü ? 1) Evet (4. Soruyu
Geçiniz)
4. Depresyon İlacınızın Hangi 1) Sersemlik Hissi
Yan Etkilerini Gördünüz ? 2) Gündüz Uykuya Eğilim
(Birden Fazla Seçenek 3) Konsantrasyon Güçlüğü
İşaretleyebilirsiniz) 4) Halsizlik Veya Yorgunluk
5) Ağız Kuruluğu
6) Ciltte Alerjik Reaksiyon (Kızarıklık,
Kaşıntı)
7) Postural Hipotansiyon (Yatış
Pozisyonundan Ayağa Kalkıştan Sonra
Meydana Gelen Tansiyon Düşüklüğü
8) Gastrit (Midekte Hazımsızlık,
Şişkinlik, Yanma Hissi)
9) Cinsel İlgi İstekte Azalma

- 10) Baş Dönmesi
- 11) Kilo Alma
- 12) Anksiyete (Kaygı Bozukluğu)
- 13) Kabızlık
- 14) İshal
- 15) Diğer.....

5. Tedaviye başlamadan önceki halinize göre hastalığınızdaki düzelmeye 1'den 10'a kadar kaç puan verirdiniz ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

MMAS Morisky Skalası

Aşağıda birinci basamakta kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede kullanılması önerilen 6 soruluk anket yer almaktadır. Sizlerden soruların cevaplarını depresyon ilacınızın kullanımına göre cevaplandırmanız beklenmektedir.

	Evet	Hayır
1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?		
2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?		
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?		
5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?		
6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?		

D. Hekim Uygulamalarına Bağlı Olası Risk Faktörleri

	Hiçbir Zaman	Bazen	Orta Sıklıkta	Sık Sık	Her Zaman
1. Reçetenizi yazan hekim kullanmakta olduğunuz diğer ilaçlarınızı sorgular mı?					
2. Hekiminiz ilacınızı tekrar yazarken o ilaçtan memnun olup olmadığını ne sıklıkta sorgular?					
3. Hekiminiz ilaçlarınızla ilgili yaşadığınız sorunları sorgular mı?					
4. Hekiminiz ilacınızı nasıl ve ne kadar süre kullanacağınızı size söyleyerek anlatıyor mu?					
5. Hekiminiz ilacınızı nasıl ve ne kadar süre kullanacağınızı size yazarak/şemayla anlatıyor mu?					
6. Hekiminiz ilaçlarınızın kullanımındaki risk ve yararları anlayacağınız şekilde size anlatıyor mu?					

E. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında cevaplarınızı işaretlemeniz için “Hiç Katılmıyorum”dan “Tamamen Katılıyorum”a kadar 7 seçenek verilmiştir. Her bir cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki kutulardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir kutucuğa işaret koyarak cevaplayınız. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum (1)	Çoğunlukla Katılmıyorum (2)	Katılmıyorum (3)	Kararsızım (4)	Katılıyorum (5)	Çoğunlukla Katılıyorum (6)	Tamamen Katılıyorum (7)
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana							

gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren							

bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

F. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi dikkatlice okuyup son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtı işaretleyiniz. Yanıtlamak için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.
 - (3) Çoğu zaman
 - (2) Birçok zaman
 - (1) Zaman zaman, bazen
 - (0) Hiçbir zaman
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - (0) Aynı eskisi kadar
 - (1) Pek eskisi kadar değil
 - (2) Yalnızca biraz eskisi kadar
 - (3) Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.
 - (3) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
 - (2) Evet, ama çok şiddetli değil
 - (1) Biraz, ama beni endişelendirmiyor
 - (0) Hayır, hiç öyle değil
4. Gülebiliyorum ve olayların
 - (0) Her zaman olduğu kadar

- komik taraflarını görebiliyorum.** (1) Şimdi pek o kadar değil
(2) Şimdi kesinlikle o kadar değil
(3) Artık hiç değil
- 5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.** (3) Çoğu zaman
(2) Birçok zaman
(1) Zaman zaman, ama çok sık değil
(0) Yalnızca bazen
- 6. Kendimi neşeli hissediyorum.** (3) Hiçbir zaman
(2) Sık değil
(1) Bazen
(0) Çoğu zaman
- 7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.** (0) Kesinlikle
(1) Genellikle
(2) Sık değil
(3) Hiçbir zaman
- 8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.** (3) Hemen hemen her zaman
(2) Çok sık
(1) Bazen
(0) Hiçbir zaman
- 9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.** (0) Hiçbir zaman
(1) Bazen
(2) Oldukça sık
(3) Çok sık
- 10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.** (3) Kesinlikle
(2) Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
(1) Pek o kadar özen göstermiyorum.
(0) Her zamanki kadar özen gösteriyorum.
- 11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.** (3) Gerçektende çok fazla
(2) Oldukça fazla
(1) Çok fazla

- (0) Hiç değil
- 12. Olacakları zevkle bekliyorum.** (0) Her zaman olduğu kadar
(1) Her zamankinden biraz daha az
(2) Her zamankinden kesinlikle daha az
(3) Hemen hemen hiç
- 13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.** (3) Gerçektende çok sık
(2) Oldukça sık
(1) Çok sık değil
(0) Hiçbir zaman
- 14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.** (0) Sıklıkla
(1) Bazen
(2) Pek sık değil
(3) Çok seyrek