



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DİYARBAKIR İL MERKEZİNDE BULUNAN AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMİ VE AİLE
SAĞLIĞI ELEMANLARININ ANKSİYETE/DEPRESYON
DÜZEYLERİ VE BU DURUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. MURAT CAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

DİYARBAKIR-2018





T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DİYARBAKIR İL MERKEZİNDE BULUNAN AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMİ VE AİLE
SAĞLIĞI ELEMANLARININ ANKSİYETE/DEPRESYON
DÜZEYLERİ VE BU DURUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. MURAT CAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

Prof. Dr. Ali CEYLAN

(TEZ DANIŞMANI)

DİYARBAKIR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. Ali CEYLAN 'a,

Eğitimimde büyük katkıları olan anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Günay SAKA 'ya,

Eğitim hayatıma katkıları olan sayın Prof. Dr. Perran TOKSÖZ, Yrd. Doç. Dr. Veysi ÖZKAYNAK' a,

Tez çalışmamda bana yardımları olan, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Mahmut Bulut ve Doç. Dr. Mehmet Cemal Kaya' ya,

Dört yıllık asistanlığım boyunca birlikte vakit geçirmekten büyük zevk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Tezim için gerekli çalışmalarda her türlü konuda yardımlarını esirgemeyen Diyarbakır il merkezi'ndeki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına,

Eğitim hayatım boyunca desteğini, güvenini, sabrını ve en önemlisi sevgisini her daim yanımda hissettiğim sevgili eşime,

TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Murat CAN

Diyarbakır/2018

ÖZET

Murat Can, Diyarbakır İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimi Ve Aile Sağlığı Elemanlarının Depresyon Düzeyleri Ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Tezi, Diyarbakır, 2018

Depresyon, sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar içinde en sık rastlanan tanıların başında yer almaktadır. Türkiye’deki yaygınlığı %10-20 arasında olduğu bildirilen depresyon, bilişsel, duygusal alanlarla ilgili pek çok belirtiyi içermekte olup, yaygınlığı, kronikleşmesi ve tekrarlayabilmesi bakımından kişiyi ve toplumu ilgilendiren bir sağlık sorunudur. Diğer mesleklerde olduğu gibi, hekimlik ve yardımcı sağlık personeliğinde de psikolojik durum özellikle de depresyon, yapılan işe olumsuz etkilerde bulunur ve iş yaşamını etkiler. Araştırmanın amacı, Diyarbakır il merkezinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarındaki depresyon sıklığını tespit etmek, bu duruma yol açan faktörleri belirlemektir. Kesitsel nitelikte olan bu çalışmada, Diyarbakır il merkezinde çalışan 284 aile hekimi ve 250 aile sağlığı elemanının tamamına ulaşılması hedeflendi ve aile hekimlerinin 161’i (%56,7), aile sağlığı elemanlarının 158’i (%63,2) çalışmaya katılmayı kabul etti. Katılımcılara gerekli bilgiler verildi ve dört bölümden oluşan anket uygulandı. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $37 \pm 9,3$ idi (min: 19, max: 65). 138 kişi erkek (%43,3), 181 kişi kadındı (%56,7). Beck Depresyon Ölçeği kestirim değeri ≥ 17 temel alınarak yapılan değerlendirmede, 84 kişide (%26,3) depresyon tespit edildi. Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması erkeklerde $11,28 \pm 8,14$, kadınlarda $12,56 \pm 8,20$, aile hekimlerinde $11,68 \pm 8,05$, aile sağlığı elemanlarında $12,33 \pm 8,33$ idi. Depresyon sıklığı erkeklerde %25,4, kadınlarda %27,1, aile hekimlerinde %27,3, aile sağlığı elemanlarında %25,3 idi. Depresyon sıklığı, Dünya Sağlık Örgütü 2017 verilerine göre Dünya ve Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Yapılacak nitelikli çalışmalarla, aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının depresyon açısından değerlendirilmesi amaçlanmalı ve bu konuda ortaya çıkan risk faktörleri minimize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Depresyon, Meslekte Memnuniyet

ABSTRACT

Murat Can, The Depression Levels of Family Physicians and Family Health Workers Working In The Family Health Centers In Diyarbakır Province and The Factors Affecting This Situation, Dicle University Faculty of Medicine, Public Health Thesis, Diyarbakır, 2018

Depression is one of the most common diagnosed of all disorders in patients admitted to health facilities. Depression, which is reported to be 10-20% prevalence among in Turkey, contains many symptoms related to cognitive, emotional areas and is a health problem that concerns the person and society in terms of its high prevalence, being chronic and repeatative nature. As in other professions, psychological condition, especially depression, negatively affects work and affects work life. The aim of this study is to determine the frequency of depression in family physicians and family health workers working in Diyarbakır city center and to determine the factors that lead to this situation. In this cross-sectional study, the total number of 284 family physicians and 250 family health workers working in Diyarbakır city center has been targeted and 161 (56,7%) of the family physicians and 158 (63,2%) of the family health workers have agreed to participate in the study. The participants were given the necessary information and a questionnaire consisting of four parts was applied. The mean age of the participants was $37 \pm 9,3$ (min: 19, max: 65) and 138 participants were male (43,3%), 181 were female (56,7%). The evaluation based on ≥ 17 prediction value, 84 people (26,3%) were diagnosed with depression. The mean Score of Beck depression scale was $11,28 \pm 8,14$ for males, $12,56 \pm 8,20$ for females, $11,68 \pm 8,05$ for family physicians, $12,33 \pm 8,33$ for family health workers. The prevalence of depression was 25,4% in men, 27,1% in women, 27,3% in family physicians, 25,3% in family health workers. The frequency of depression has been found higher than the world and Turkey average according to the World Health Organization's 2017 data. It should be aimed to evaluate family physicians and family members in terms of depression with qualified studies and the risk factors that arise in this subject should be minimized.

KEYWORDS: Family Practice, Depression, Job Satisfaction

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK.....	i
BOŞ SAYFA.....	ii
İÇ KAPAK.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2. 1. Beck Depresyon Envanteri.....	3
2. 2. Depresyon.....	3
2. 2. 1. Tanım.....	3
2. 2. 2. Epidemiyoloji.....	4
2. 2. 3. Türkiye’ de depresyon.....	7
2. 2. 4. Etiyoloji ve risk faktörleri.....	8
2. 2. 5. Depresyon kliniği, sınıflandırılması, tanı ve ayırıcı tanısı.....	10
2. 2. 6. Depresyonun morbidite ve mortalite üzerine etkileri.....	13
2. 2. 7. Tedavi.....	14

2. 2. 8. Depresyondaki bireylerin değerlendirilmesi.....	15
2. 3. Aile hekimliğinin tarihsel gelişimi.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
4. BULGULAR.....	22
4. 1. Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Bulguları.....	22
4. 2. Çalışmaya Katılanların Mesleksel Özellikleriyle İlgili Bulgular.....	24
4. 3. Çalışmaya Katılanların Sağlık Durumlarıyla İlgili Bulgular.....	27
4. 4. Çalışmaya Katılanların Beck Depresyon Ölçeğiyle İlgili Bulguları.....	32
4. 5. Depresyon derecesinin değerlendirilmesiyle ilgili çapraz tablolar.....	41
4. 5. 1. Depresyon derecesi ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması ile ilgili tablolar.....	41
4. 5. 2. Depresyon derecesi ile mesleksel verilerin karşılaştırılması ile ilgili tablolar.....	44
4. 5. 3. Depresyon derecesi ile sağlıkla ilgili karşılaştırılması ile ilgili tablolar.....	47
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
7. KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	69
9. BOŞ SAYFA.....	79

SİMGELER VE KISALTMALAR

AD	Antidepresan
AH	Aile hekimi
AIDS	Edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu
ANA	Anti nükleer antikor
ASE	Aile sağlığı elemanı
ASM	Aile sağlığı merkezleri
BBT	Bilgisayarlı beyin tomografisi
BDÖ	Beck depresyon ölçeği
BUN	Kan üre azotu
DSM	Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı
EEG	Elektroensefalografi
EKG	Elektrokardiyografi
hCG	İnsan koryogonadotropik hormon
HD	Hafif şiddette depresyon
LP	Lombar ponksiyon
MR	Manyetik rezonans
N	Normal
n	Sayı
OD	Orta şiddette depresyon
p	İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi
PET	Pozitron emisyon tomografisi
SPSS	Sosyal bilimler için istatistik programı
SS	Standart sapma
SSRI	Seçici seratonin geri alım inhibitörü

ŞD	Şiddetli depresyon
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TSA	Trisiklik antidepresanlar
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği
vb	Ve benzeri
VDRL	Zührevi hastalıklar araştırma laboratuvarları
%	Yüzde



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Depresyonda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bazı sebepler

Tablo 2. Çalışmaya katılanlarla ilgili sayısal veriler

Tablo 3. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Tablo 4. Çalışmaya katılanların meslekte çalışma sürelerinin dağılımı

Tablo 5. Çalışmaya katılan kişilerin meslekteki isteklilik ve memnuniyet durumlarının dağılımı

Tablo 6. Çalışmaya katılan kişilerin meslekten memnun olmama nedenleri

Tablo 7. Çalışmaya katılan kişilerin mesleğini veya ASM’nde çalışmayı değiştirme düşüncelerinin dağılımı

Tablo 8. Çalışmaya katılan kişilerin sağlık durumlarıyla ilgili bazı özelliklerin dağılımı

Tablo 9. Çalışmaya katılan kişilerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

Tablo 10. Çalışmaya katılanların sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı-2

Tablo 11. Çalışmaya katılan kişilerin fiziksel aktivite durumları

Tablo 12. Çalışmaya katılan kişilerin fiziksel aktivite durumları-2

Tablo 13. Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecelerinin dağılımı

Tablo 14. Çalışmaya katılanların depresyon derecelerinin bazı değişkenlere göre dağılımı

Tablo 15. Çalışmaya katılanların BDÖ puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre dağılımı

Tablo 16. Çalışmaya katılanların bazı sosyodemografik değişkenlere göre BDÖ puanının karşılaştırılması

Tablo 17. Bazı sosyodemografik değişkenlere göre BDÖ puanının karşılaştırılması-2

Tablo 18. Çalışmaya katılanların meslekle ilgili bazı değişkenlere göre BDÖ puan ortalamalarının değerlendirilmesi

Tablo 19. Meslekle ilgili bazı değişkenlere göre BD puanının değerlendirilmesi-2

Tablo 20. Sağlık ile ilgili bazı değişkenlere göre BD puanının değerlendirilmesi

Tablo 21. Sağlık ile ilgili bazı değişkenlere göre BD puanının değerlendirilmesi-2

Tablo 22. Sağlık ile ilgili bazı değişkenlere göre BD puanının değerlendirilmesi-3

Tablo 23. Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 24. Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile mesleki değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 25. Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile sağlık verilerinin karşılaştırılması

Tablo 26. Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile sağlık verilerinin karşılaştırılması-2

Tablo 27. Çalışmaya katılan kişilerin depresyon sıklığı ($BD\ddot{O} \geq 17$) verileri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. WHO bölgelerinde depresif bozuklukların dağılımı

Şekil 2. WHO bölgelerinde depresif bozuklukların sıklığı

Şekil 3. Depresif bozuklukların yaş ve cinsiyete göre sıklığı

Şekil 4. WHO Avrupa bölgelerindeki depresif bozuklukların sıklığı

Şekil 5. Araştırma bölgemiz olan ilçelerin sınırları



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, yaygınlığı ve yol açtığı yeti yitimi nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997 yılında yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre depresyonun 2020 yılına kadar vakit kaybına, yeti yitimine ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2020 yılında depresyonun hastalık yükü açısından gelişmiş ülkelerde ilk sırada, gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada yer alacağı bildirilmektedir (1).

Depresyonun hayat boyu prevalansı % 10 ile % 20 arasında değişmektedir (2). Ülkemizde depresyonun genel popülasyondaki yaygınlığı %10-20 arasındadır (3). Depresyon, sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar içinde en sık rastlanan tanıların başında yer almaktadır (2, 4). Ülkemizde, Dünya Sağlık Örgütü ile ortaklaşa yürütülen bir çalışmada, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda %11,60 oranında depresyon bulunmuş ve depresyonun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir (5).

Türkiye'deki yaygınlığı %10-20 arasında olduğu bildirilen depresyon, önemli bir sağlık sorunudur ve bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamakta olup, yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması sebebiyle önemli olan bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur (6).

Sürekli olarak sağlık kayıpları, sakatlık ve ölüm kaygısı ile birlikte yaşayan hekimler, artmış iş yükü, stres, hata yapma korkusu, iş ortamının getirdiği sağlık riskleri ve benzeri birçok etkenden olumsuz olarak etkilenmektedir. Ayrıca hekimlik, yoğun iş yükü ve uyku yoksunluğunun en fazla olduğu mesleklerdendir. Diğer tüm mesleklerde olduğu gibi, hekimlikte de psikolojik durum, asıl olarak da depresyon, yapılan işe olumsuz olarak yansımaktadır. Depresyon, yol açtığı kırılganlık, kararsızlık, bellek bozuklukları ile iş yaşamını etkilemektedir (7).

Sağlık çalışanları, çalışma saatleri içinde ve zaman zaman çalışma saatleri dışında çok sayıda hasta ile karşılaşmak, insan hayatı ile ilgili önemli kararlar vermek durumunda olmak, bu kararların ciddi sonuçları ile yüz yüze olmak, sürekli olarak hata yapmaktan kaçınmaya çalışmak gibi gerginleştiricilerle karşı

karşıyadırlar. Özellikle sağlık alanında çalışan kişiler psikolojik, duygusal ve fiziksel stresin etkisi altındadırlar (8).

İş doyumu ve iş stresinin fiziksel ve mental sağlık üzerine etkileri olduğu bilinmektedir. Mental sağlık sorunları, en fazla işe devamsızlık nedenleri arasındadır. İş doyumunun gerek mental gerekse fiziksel sağlık üzerine etkilerinin açıklanmasında çalışmanın birey yaşamındaki belirleyici rolü önemlidir. Bireylerin çalışma yaşamından beklentilerinin artması, çalışanların zorlukla karşılaşma derecelerini belirler. Lazarus, psikososyal bulguların açıklanmasında çalışma yaşamında karşılaşılan zorlukların önemli yaşam olaylarından daha fazla etkili olduğunu bildirmiştir (9).

Diğer tüm uzmanlık alanlarında olduğu gibi aile hekimliğinin ortaya çıkması da bir ihtiyaç sonucu olmuştur. Aile hekimliğine olan ihtiyaç ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Bu görüşün ilk sonucu 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners’ın kurulması olmuştur (10, 11).

Türkiye’de uzmanlık eğitimi 3 büyük ilin Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri’nde 1985’te başlatılmıştır (12). Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984’te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Uzmanlık eğitimi süresi 3 yıldır (13).

Bu çalışmada Diyarbakır ili Bağlar, Kayapınar, Yenişehir ve Sur ilçelerine bağlı aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimleri (AH) ve aile sağlığı elemanlarının (ASE) depresyon düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörleri belirlemek amaç edinilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Beck Depresyon Envanteri (Ölçeği)

Kişilerde depresyon yönünden risk durumunu saptamak ve depresyonun şiddetini belirlemek için kullanılır. Toplamda yirmi bir başlık içerir ve her bir başlığın dört maddesi vardır. Kişiler ölçekte kendisine uygun olan maddeleri işaretleyerek cevap verirler. Her başlık 0-3 arasında puan getirir ve toplam puan, bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0-63 arasındadır. BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği)' nün Türkçe olarak geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında kesme değerinin 17 olduğu belirtilmiştir. Güvenirlik açısından yapılan çalışmada, Cronbach alfa katsayısı 0,80 bulunmuştur (14-16).

BDÖ, Beck ve arkadaşları tarafından kişilerde depresyonun bulgularını belirlemek amacıyla 1961 yılında ortaya konulmuştur (14).

Şahin, yaptığı geçerlik çalışmasında BDÖ' den alınan 17 ve üzeri puanın, %90 ve daha fazla olasılıkla normalin üstündeki depresyonu gösterdiğini ifade etmektedir (17).

Ölçekte, yirmi bir tane belirti vardır. Bunlar, duygu durumu, kötümserlik, başarı durumu, suçluluk hissi, cezalandırılma durumu, doyum/doyumsuzluk durumu, kendinden nefret etme duygusu, kendi kendini suçlama, kendine ceza verme durumu, ağlama durumu, sinir durumu, sosyalite, karar verememe duygusu, bedensel durum, çalışabilirliğin kesilmesi/engellenmesi, uyku durumu, yorgunluk, iştah durumu, kilo durumu, somatik şikayetler, cinsel dürtü durumudur (18).

2. 2. Depresyon

2. 2. 1. Tanım

Depresyon, bazen üzüntü, bazen de hem üzüntülü hem de bunaltılı bir duyguyla beraber düşünme, konuşma ve sosyofizyolojik işlevlerde durulma ve bunların yanı sıra kendini küçük görme, güç kaybı, istek kaybı ve karamsarlık duyguları ile karakterize bir hastalık tablosudur (19).

Kelimenin kökeni depress' tir ve Latince depressus' tan kaynak almaktadır. İlk kez eski Yunanistan' da Hipokrat, bu hastalık tablosunu tanımlamıştır. Hipokrat, vücutta insan duygu ve davranışları ile ilgili dört madde olduğunu ileri sürmüştür.

Bunlar, kan, sarı safra, kara safra ve lenf'tir. Kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli ve paranoya gelişimi ile ilgili olduğunu düşünmüştür (20).

2. 2. 2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), depresyonu, dünyada en acil sağlık sorunları listesinde dördüncü sıraya yerleştirmiştir (21).

Her beş kadın ve her on erkekten bir tanesi, hayatının bir evresinde depresif yakınmalara yakalanmaktadır (20). Son 30-40 senedeki araştırmalara göre, depresyon açısından kadın ile erkek arasındaki farkın azaldığı zannedilmektedir. Depresyon, kadınlarda 35-45 yaşlarda, erkeklerde ise 55 yaşından sonra daha fazla görülmektedir (19).

Birçok çalışmada depresyonun sağlık çalışanlarında, yaşadığı topluma nazaran daha fazla görüldüğü ifade edilmiştir (22,23).

Hayat boyu majör depresyon prevalansını, Angst, İsviçre'de 1992'de %4,4-%19,6 arasında saptamıştır (24).

Depresyonun hayat boyu görülme oranı %5-25 arasındadır (25-28). Depresyonun ülkemizdeki sıklığı ise %10-20 arasındadır (29,30).

WHO ile ülkemizin ortak bir çalışmasında, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yapan hastaların %11,60'ında depresyon görülmüş ve bu durumun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sıraya yerleştiği açıklanmıştır (5).

Avrupa beyin komitesinin açıklamasına göre, depresyonun, Avrupa Birliği'nde en fazla yeti kaybına neden olan durum konumuna geldiği bulunmuştur (31).

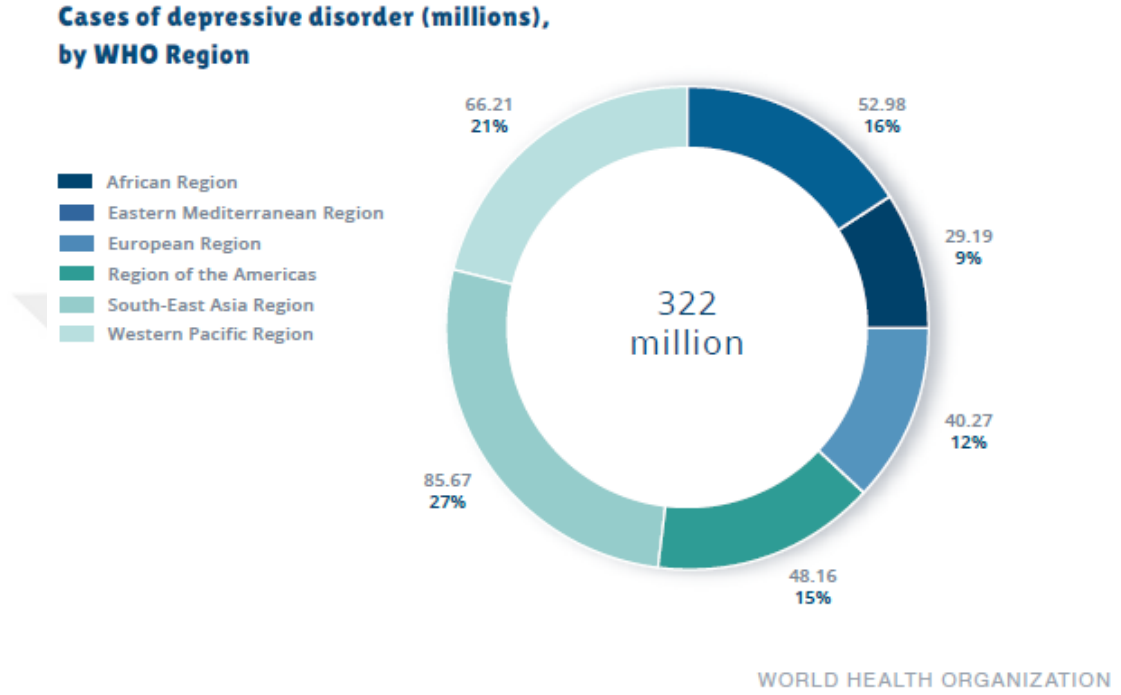
Hekimlerde, özellikle mezun olduktan sonra ilk yıl depresyon riski en yüksektir. Toplumda depresyon sıklığı %15 olarak bildirilmekle beraber, hekimlerde bu oran %38 düzeylerine kadar çıkmaktadır (32).

Weiner ve arkadaşları, kadın hekimlerin % 51 kadarında ve bilim alanında çalışma yapan kadınların ise %32 kadarında depresyon hikayesinin var olduğunu bulmuşlardır (33). Hekimler arasında en fazla depresyon hikayesi, %73 ile kadın psikiyatlarda bulunmuştur (34).

Bildirilen oranların, toplum tabanlı yapılan çalışmalara göre daha yüksek olması, hekimlik mesleğinin, depresyon açısından daha yüksek risk taşıyan meslek grubunda olduğuna işaret etmektedir (35).

Depresyon, küresel çapta hastalık yüküne neden olan ilk on hastalık içinde beşinci sırada yer almaktadır (36).

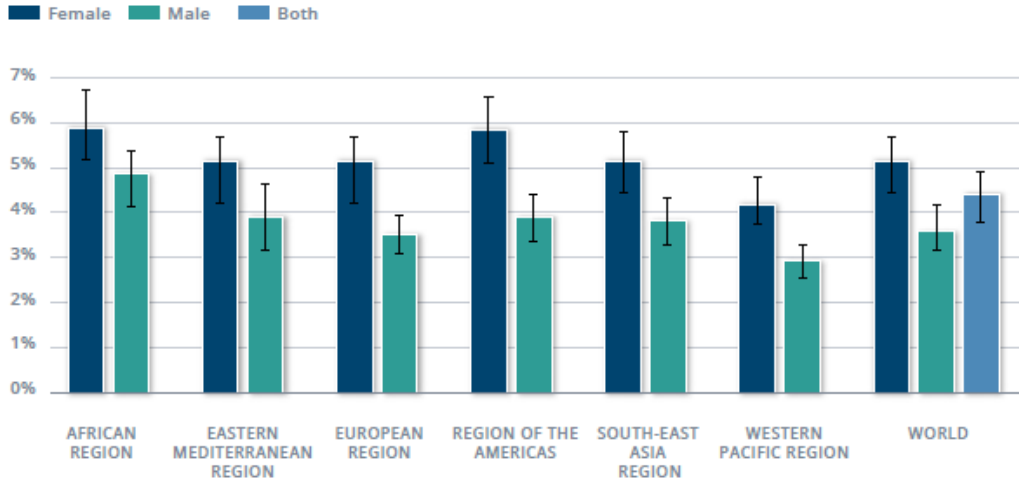
Türkiye'deki çalışmalara göre, nokta prevalans hızı %10'dur (37).



Şekil 1: WHO bölgelerinde depresif bozuklukların dağılımı

WHO 2017 raporuna göre, dünya genelinde 322 milyon insan depresyonla yaşamaktadır. Bu insanların yarıya yakını Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerinde yaşamaktadırlar (Şekil 1). (38).

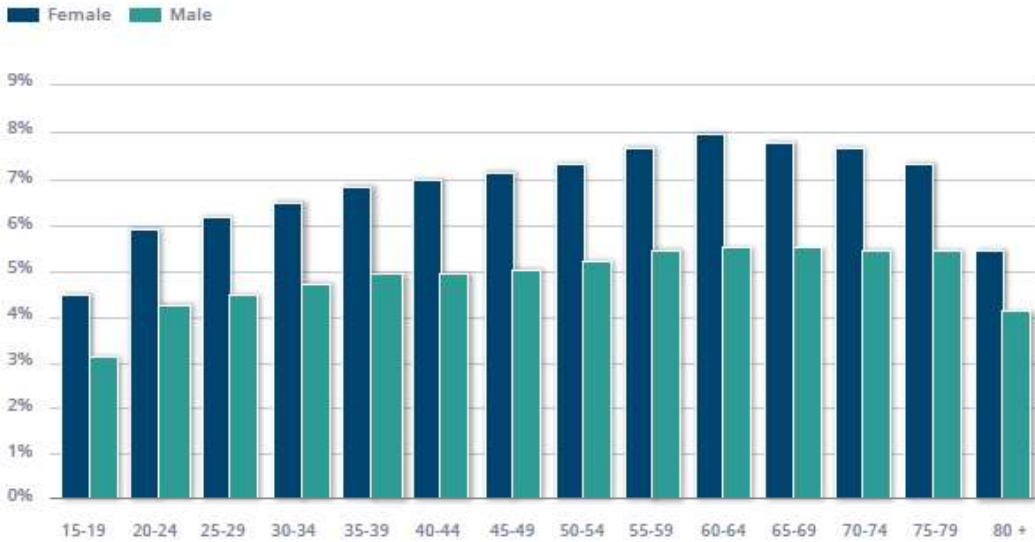
Prevalence of depressive disorders (% of population), by WHO Region



Şekil 2: WHO bölgelerinde depresif bozuklukların sıklığı

WHO 2017 raporuna göre, 2015 yılında dünya genelinde depresyon sıklığının %4,4 olduğu tahmin edilmektedir. Depresyon, kadınlarda (%5,1), erkeklerden (%3,6) daha yaygındır (Şekil 2). (38).

Global prevalence of depressive disorders, by age and sex (%)



Şekil 3: Depresif bozuklukların yaş ve cinsiyete göre sıklığı

Depresyon sıklığı 55-74 yaşları arasında kadınlarda %7,5' in, erkeklerde %5,5' in üzerindedir (Şekil 3). (38).

2. 2. 3. Türkiye’de depresyon

Ülkemizde depresyonla ilgili yapılan birçok çalışma mevcuttur. Cengiz Özyurt ve Devecinin 2011 yılında, Manisa’da, 15-49 yaş arası 225 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, depresyon prevalansı %14,7 bulunmuştur (39). Taycan ve arkadaşlarının 2006 yılında İstanbul’ da 561 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, depresyon sıklığı %11,4 bulunmuştur (40). Demir ve arkadaşlarının 2007 yılında İstanbul’ da 156 asistan hekim üzerinde yaptığı çalışmada, depresyon sıklığı %16 bulunmuştur (41). Kaya ve arkadaşlarının 2007 yılında Malatya’ da 754 tıp ve meslek yüksek okulu öğrencisinde yaptığı çalışmada, depresyon sıklığı tıp öğrencilerinde %21,9, meslek yüksek okulu öğrencilerinde %31,8 bulunmuştur (42). Çam Çelikel ve Erkorkmaz’ ın 2008 yılında Tokat’ ta 1971 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, depresyon sıklığı %35,2 bulunmuştur (43).

WHO European Region (cont.)

COUNTRY	PREVALENCE*				HEALTH LOSS / DISEASE BURDEN**			
	Depressive Disorders		Anxiety Disorders		Depressive Disorders		Anxiety Disorders	
	Total cases	% of population	Total cases	% of population	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD
Netherlands	752 777	4,7%	1 024 103	6,4%	126 075	7,1%	93 907	5,3%
Norway	227 446	4,7%	352 615	7,4%	38 271	7,2%	32 434	6,1%
Poland	1 878 988	5,1%	1 439 553	3,9%	330 423	8,2%	132 083	3,3%
Portugal	578 234	5,7%	502 452	4,9%	99 553	6,5%	45 962	3,9%
Republic of Moldova	207 247	5,4%	122 481	3,2%	36 037	9,0%	11 272	2,8%
Romania	931 842	5,0%	688 815	3,7%	163 836	7,9%	63 079	3,0%
Russian Federation	7 815 714	5,5%	4 428 232	3,1%	1 338 953	7,8%	401 799	2,3%
Serbia	419 302	5,0%	323 690	3,8%	73 404	7,8%	29 632	3,2%
Slovakia	268 516	5,1%	205 731	3,9%	47 451	8,4%	18 904	3,3%
Slovenia	99 864	5,1%	74 661	3,8%	17 461	7,8%	8 833	3,0%
Spain	2 408 700	5,2%	1 911 186	4,1%	424 436	8,7%	176 159	3,8%
Sweden	446 734	4,9%	441 926	4,8%	76 431	7,4%	40 596	3,9%
Switzerland	388 870	5,0%	383 015	4,9%	66 584	7,9%	35 153	4,2%
Tajikistan	304 018	3,6%	250 738	3,1%	54 561	8,5%	23 435	3,7%
The former Yugoslav Republic of Macedonia	97 232	5,0%	75 708	3,9%	17 207	6,7%	6 979	3,5%
Turkey	3 260 677	4,4%	2 998 925	4,0%	574 459	7,5%	277 019	3,6%
Turkmenistan	214 010	4,2%	169 788	3,4%	38 201	8,9%	15 830	3,7%
Ukraine	2 800 567	6,3%	1 410 593	3,2%	494 383	9,6%	128 834	2,5%
United Kingdom	2 692 081	4,5%	2 557 430	4,2%	454 789	6,8%	235 230	3,5%
Uzbekistan	1 186 450	4,2%	933 129	3,3%	211 394	8,7%	86 883	3,6%

Şekil 4: WHO Avrupa bölgelerindeki depresif bozuklukların sıklığı

WHO 2017 raporuna göre, Türkiye’deki depresif bozukluk sıklığı %4,4’tür (Şekil 4). (38).

2. 2. 4. Etiyoloji ve risk faktörleri

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

Nöroanatomik bağlantılar: Depresyonda ortaya çıkan duygu durum bozukluğu ve hüznün, ventromedial prefrontal korteks, anterior singulat, subgenual alanlar ve amigdaladaki disfonksiyondan kaynaklandığı gösterilmiştir. Fiziksel yorgunluk ve enerji kaybı, beyindeki striatum bozukluğuyla ilgilidir. İlgi ve zevk azlığı, hipotalamus ve nukleus akkumbens bozukluğu ile ilişkilidir. Değersizlik ve intihar düşünceleri, amigdala ve prefrontal korteks bozukluğu ile ilgilidir. Uyku sorunları, hipotalamus, talamus, bazal ön beyin ve prefrontal korteks bozukluğu ile ilgilidir. İştah ve kilo değişimleri, muhtemelen hipotalamik bozukluklarla ilişkilidir. Somatik yakınmalar, periferik sinirlerin omuriliğe girişindeki bozukluklarla ilgili olabilir (44).

Genetik hipotezler: Yakın akrabada, normal topluma göre depresyon sıklığı 2-5 kat arasında daha fazla görülmektedir (44).

Nörotransmitter sistemleri: Depresyonda, serotonerjik sisteme olan duyarlılık artmıştır. Dopaminerjik sistem bozukluğunun, duygu durum bozuklukları ile ilgili olduğu bilinmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda, bulgular çelişkili olmasına rağmen depresyondaki bu hastalarda norepinefrin metabolitlerinin merkezi sinir sisteminde azaldığı gösterilmiştir (44).

Serebrovasküler nedenler: Depresyonda prefrontal kortekse gelen kan akımında ciddi azalma mevcuttur. Duygu durum bozukluklarında, lateral ventrikülün hacmi belirgin biçimde artmıştır. Depresyonda, hippokampus bölgesinin hacmi azalır ve gri maddede değişiklikler görülür (44).

Nöroendokrin görüşler: Hipotalamus- hipofiz- tiroid aksındaki bozukluklar, hipotalamus- hipofiz- adrenal aksındaki kortizol sekresyon bozuklukları da depresyon gelişiminde rol oynayabilir (44).

Kişilik yapısı: Obsesif kişilik özellikleri, başka kişilere bağımlı olma, değişken duygulanım özellikleri olan kişilerin depresyona daha yatkın oldukları kabul edilir (44).

Çocukluk çağı travmaları: Yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalarda, çocukluk çağında yaşanan travmaların, depresyona yatkınlık yarattığı gösterilmiştir. Erken

çocukluk döneminde yaşanan ebeveyn ölümleri, depresyona yatkınlığı arttırmaktadır (44).

Yaş ve cinsiyet: Depresyon, orta yaşlarda daha sık görülür. Majör depresyon, kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmekle beraber, yaşın ilerlemesiyle fark giderek azalma eğilimi göstermektedir (45).

Depresyon, eşinden boşanmış ve ayrı olarak yaşayan kişilerde daha fazla görülmektedir (45).

Bruce ve Takeuchi, yoksul insanlarda depresyon riskinin iki kat arttığını belirtmişlerdir (45).

Anksiyete bozuklukları, depresyon ihtimalini arttırmaktadır. Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı gibi nörolojik hastalıkların varlığı, depresyon gelişimini arttırmaktadır. Uyku bozukluğunun olması, depresyon sıklığını arttırmaktadır. Alkol ve madde kullanımı, depresyon gelişimi ile yüksek oranda birliktelik gösterir (45).

Yapılan bir araştırmada, öğrencilerin yaşı, kadın olması, ailesinden uzakta yaşaması gibi etmenler, psikiyatri kliniklerine olan başvuruyu arttırmaktadır (46).

Eskin ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada, lisedeki öğrencilerin kendi benliğine karşı saygısı, sosyal desteğin zayıflığı ve sorun çözmedeki becerinin yetersizliğin depresyon açısından risk oluşturduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, erkek öğrencilerdeki akademik başarının azalması, kız öğrencilerde baba eğitiminin düşük olması, cinsiyete göre farklı risk faktörleri olduğunu göstermiştir (47).

Hekimlerde depresyon riskinin fazla olması, kişisel özelliklerle beraber, eğitim ve iş hayatı ile ilgili nedenlerle ilişkili bulunmuştur. Çalışma saatlerinin artması, uykusuzluk, hastaların ölümü, iş ilişkilerinin olumsuzluğu ve destek mekanizmalarının yetersizliği gibi nedenler, stres ve depresyonun artmasına sebep olmaktadır (48-51).

Birçok üniversite öğrencisi, yeni arkadaş edinilmesi, aileden ayrı yaşaması, yurttta yaşamaya uyum sağlamada yetersizlik, ekonomik zorluklar ve gelecek kaygısı gibi problemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu problemler sebebiyle, depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (52-54).

2. 2. 5. Depresyon tanısı, sınıflandırılması ve ayırıcı tanısı

Depresif bozukluklar için DSM-V sınıflandırması (44).

- 1- Yıkıcı duygudurum regülasyon bozukluğu
- 2- Majör depresif bozukluk, tek atak
- 3- Majör depresif bozukluk, yineleyici
- 4- Distimik bozukluk, inatçı depresif bozukluk
- 5- Premenstrüel disforik bozukluk
- 6- Madde ve ilaca bağlı depresif bozukluk
- 7- Başka tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk
- 8- Başka belirlenmiş depresif bozukluk
- 9- Belirlenmemiş depresif bozukluk

DSM-V majör depresyon tanı kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerin en az beşi olmalı ve işlevselliğin önceki durumunda değişiklik olmalı. Bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgide yitim veya zevk alamama olmalıdır.

1. Çökkün duygudurum, hemen hemen her gün ve günün büyük bölümünde bulunur. Bu durum ya kişi tarafından ifade edilir ya da başka kişilerce gözlemlenir.

2. Hemen hemen tüm etkinliklere karşı ilgide azalma ve zevk almama durumu vardır. Bu durum her gün ve günün büyük bölümünde bulunur.

3. Kilo vermeye çalışmadığı halde aşırı kilo verme veya kilo alma veya hemen hemen her gün yeme isteğinde düşüş veya artış.

4. Hemen hemen her gün gelişen uykusuzluk veya aşırı uyuma.

5. Hemen hemen her gün gelişen ajitasyon ya da psikomotor retardasyon.

6. Hemen hemen her gün gelişen bitkinlik veya enerji azlığı.

7. Hemen hemen her gün gelişen değersizlik veya suçluluk düşünceleri.

8. Hemen hemen her gün gelişen düşünme güçlüğü veya kararsızlık.

9. Tekrarlayan ölüm veya intihar girişimleri veya düşünceleri.

B. Bu belirtiler, klinik olarak belirgin olarak bir sıkıntıya veya çalışma alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olur.

C. Bu belirtiler, madde veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Bu belirtilerin ortaya çıkışı, şizofreni, şizofreniform bozukluk ve psikozla giden diğer hastalıklarla açıklanamaz.

E. Asla mani veya hipomani dönemi geçirilmemiştir (55).

Tanı koymak için tetkik kılavuzu (44).

Başlangıç

Tam kan tetkiki

Elektrolitler

Kan üre azotu (BUN)

Sedimentasyon

Elektrokardiyografi (EKG)

Glukoz

Kreatinin

Karaciğer fonksiyon testleri

Kalsiyum

Fosfor

Tiroid fonksiyon testleri

B12 vitamini

Folat

İdrar tetkiki

Akciğer filmi

Gerekli görülürse

Anti nükleer antikor (ANA)

Beyin bilgisayar tomografisi (BBT)

Bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi

Pozitron emisyon tomografisi (PET)

Manyetik rezonans (MR)

Seruloplazmin

Lombar ponksiyon (LP)

Serum ve idrarda toksik tarama

Koryogonadotropik hormon (hCG)

Tiroid salan hormon uyarı testi

Elektroensefalografi (EEG)

Sifiliz testi (VDRL)

Polisomnografi

Deksametazon supresyon testi

Ayırıcı tanı: Depresyondaki hastayı değerlendirirken, öncelikle tablonun bedensel bir bozukluğa veya ilaca bağlı gelişip gelişmediğini ortaya koymak gerekir. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bazı hastalıklar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 1) (44,56).

Tablo 1: Depresyonda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bazı sebepler

HASTALIKLAR	
Enfeksiyon hastalıkları	AIDS (Edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu), menenjit, tifo vb.
Neoplazmlar	Akciğer ve prostat tümörleri, lenfoma vb.
Kardiovasküler bozukluklar ve pulmoner hastalıklar	Amfizem, hipoksi vb.
Merkezi sinir sistemi hastalıkları	Alzheimer, multiple skleroz, demans vb.
Endokrin bozukluklar	Addison hastalığı, feokromasitoma, hipertiroidizm vb.
Metabolik bozukluklar	Gut, hiponatremi, Wilson hastalığı vb.
Beslenme yetersizlikleri	Anemi, demir eksikliği, skorbüt vb.
Gastrointestinal sistem hastalıkları	Siroz, pankreatit vb.
Kollajen doku hastalıkları	Romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus vb.
Psikiyatrik bozukluklar	Anksiyete bozuklukları, şizofreni vb.
İlaçlar	Antihipertansifler, antiinflamatuvar ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, psikotrop ilaçlar vb.
Diğer nedenler	Alkol, amiloidozis, sarkoidozis vb.

Klinik: Depresyondaki kişi içe kapanıktır, sosyaliteden uzaktır. Bu durum kişinin iş performansını azaltabilir, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (57,58). Depresyonda ruh hali değişir, ilgi azalır, kişi kendini yalnız hisseder, kendini suçlar, arzularına ket vurur, iştah kaybı, uykuda azalma, libidoda azalma, aktivitelerde azalma veya ajitasyon gibi vejetatif bulgular görülür (59).

Depresyondaki bir kişide görülen genel bulgular

- 1- Çökkün duygudurum
- 2- Anhedoni (zevk kaybı)
- 3- Düşünme, konuşma ve eylemlerde yavaşlama
- 4- Enerji azlığı, yorgunluk
- 5- Uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozuklukları
- 6- İştah değişikliği
- 7- Huzursuzluk ve ajitasyon
- 8- Cinsel ilgide azalma
- 9- İlgi kaybı
- 10- Kendini değersiz görme, benlik saygısının azalması
- 11- Umut kaybı ve karamsarlık
- 12- Kendini öldürme girişimleri.

Yukarıdaki bulgulardan çökkün duygudurum ve anhedoni, temel bulgulardandır (60,61).

Depresif insanlar, umutsuzdurlar ve hiç kimseden yardım alamayacaklarına inanırlar. Bu yüzden kendilerini suçlu hissederler. Sosyal ortamlara girmezler, insanlardan uzaklaşırlar. Bazı zamanlarda intihar etmeyi düşünürler (62).

2. 2. 6. Depresyonun morbidite ve mortalite üzerine etkileri

Bedenle ilgili herhangi bir hastalığa sahip olanlarda depresyonun, morbidite ve mortalite üzerine belirgin etkileri olmaktadır. Bedenle ilgili herhangi bir hastalığı olanlarda, depresyon varlığı ile ilgili ortaya çıkan tedaviye uyumsuzluk, yeni komplikasyonların ve morbiditenin artması, tedavi giderlerinin artmasına sebep olmaktadır (63). Koroner arter hastalığı olanlarda majör depresyonun, kardiyak girişimden sonraki bir yıl içinde, miyokard enfarktüsü ve ölüm riskinin en iyi göstergesi durumunda olduğu ifade edilmiştir (64). Depresyondaki koroner arter hastalarında, depresyonda olmayanlara göre, 24 saatlik holter monitörizasyonda 6 kat fazla ventriküler taşikardi atakları görülmüştür (65). Morris ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada, inme sonrasında, depresyonu olan kişilerin, olmayanlara oranla on yıllık izlem zamanında 3,4 kat daha fazla ölüm riski olduğu bildirilmiştir (66).

Kanser hastalarında depresyon, yaşam kalitesini bozmakta ve hastanede kalış zamanını arttırmaktadır (67).

2. 2. 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 (68).

Akut dönem tedavisi 6-8 hafta sürmektedir ve bu tedavinin amacı hastanın düzelmesidir. Hasta düzeldikten sonra, idame tedavisine geçilir. İdame tedavisi yaklaşık 6 aylık zaman almaktadır. İdame tedavisinde sonra hasta, işlevselliğini devam ettirebiliyorsa iyileşme (recovery) oluşur. İdame tedavisi döneminde, tedavi edilen atak yeniden ortaya çıkarsa, buna relaps denir. İyileşme döneminden sonra yeni depresyon epizodu ortaya çıkarsa buna rekürrens denir (68,69).

Tedavi yaklaşımları

A. İlaç tedavisi

1. SSRI (Seçici seratonin geri alım inhibitörleri): Yan etkilerinin azlığı, kolay tolere edilebilmesi ve terapötik aralığının geniş olması nedeniyle ilk tercih edilecek ilaç grubudur (70). Kronik hastalıktaki depresyon için daha fazla tercih edilmeye başlanmıştır (71).

2. TSA (Trisiklik antidepresanlar): Depresyonun tedavi edilmesinde etkin tedavi alternatiflerinden biridir. Buna karşın, antikolinerjik 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 (70). Nöropatik ağrı ve diğer hastalıklarla tıbbi olarak nedeni ortaya konamayan ağrılarda etkili bulunmuşlardır (72).

3. Bupropion: Psikomotor retardasyonu belirgin olan depresyondaki kişilere verilebilir (70).

4. Venlafaksin: Ağrının birliktelik oluşturduğu depresyon hastalarında kullanılabilmektedir (70).

5. Mirtazapin: Bedenle ilgili hastalığı olan depresyondaki kişilerde etkilidir (73).

6. Trazodon/Nefazodon: Yan etkilerin az olması nedeniyle avantajlıdır. Uykusuzluk şikayeti olan depresif hastalarda tercih edilebilirler (70,73).

7. Monoamin oksidaz inhibitörleri: Uyuma fazlalığı ve artmış iştahı olan atipik depresyonlu hastalarda tercih edilebilir (70). Maklobemid, kronik yorgunluk sendromu olan hastalarda, yorgunluk tedavisinde olumlu etkileri bulunmuştur (74-76).

B. 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 (70,73).

C. Psikoterapiler: Probleme odaklanan psikoterapi, bilişsel davranış terapileri ve grup terapileri yapılmaktadır (70). Psikoterapötik yaklaşımın, kronik hastalıkla beraber olan depresyonda olumlu etkileri bulunmuştur. Kanseri, artrit, diyabetes mellitus, hipertansiyon hastalarında bu yöntem uygulanmış ve faydalı etkileri bulunmuştur (77). Bir metaanaliz çalışmasında, bilişsel ve davranışçı tekniklerin, ilaç tedavisi ile beraber uygulandığında, daha olumlu sonuçların ortaya çıktığı belirtilmiştir (78).

2. 2. 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 (56).

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 (56).

Depresyondaki bir hastada bakılması gereken bu durumlarla ilgili bazı özelliklere bakılacak olursa;

Genel görünüm: Vücut çökük, 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 içeriği: 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 azalma (56).

2. 3. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Aile hekimliğine olan ihtiyaç, ilk olarak 1923'te Francis Peabody tarafından *"tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği"* olarak savunulmuştur. Bunun sonucunda ilk olarak 1952'de İngiltere'de Royal College of General Practitioners kurulmuştur. Sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969'da, yeni bir uzmanlık dalı "Aile Hekimliği" tanınmıştır (10,11).

Genel pratisyen ya da aile hekimi, esasında tıbbi bakım almak isteyen herkese bakım sağlama ve gerekirse sağlık personellerini görevlendirme sorumluluğu olan hekimdir. Görevini, kişilerin sağlık ihtiyaçlarına ve toplumun var olan kaynaklarına göre doğrudan veya sağlık personellerinin verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Assosiations of General Practitioners/Family Physicians, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tanımı,1991). Avrupa'daki birçok ülkede sağlık yönetim sistemleri farklı olmakta ve bu sistemlerin birinci basmağında aile hekimi veya genel pratisyen adı verilen ve görevleri farklı tanımlanan hekimler görev yapmaktadır (11).

Bu gelişmelerle birlikte, kabul sürecini tamamlayan aile hekimliği uzmanlığı tanımı, 1974'te Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısında, birinci basamak hekimliğinin insanı, organ veya sistemlerini esas alarak inceleyen ve diğer

kl nik uzmanlıklarından ayıran bir uzmanlık dalıdır, şeklinde yapılmıştır ve tüm dünyada kabul görmüştür (10).

WHO ve WONCA, 1978 Alma Ata konferansındaki "2000'de Herkese Sağlık" hedefi doğrultusunda, 1994'te Ontario'da " Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını insanların gereksinimlerini daha iyi karşılar hale getirmek: Aile Hekimlerinin katkısı" konulu ortak konferans d zenlemi lerdir (79).

Ülkemizde aile hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 2005 yılında yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde aile hekimliği pilot uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Halen 81 ilde birinci basamakta aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir (Türkiye'de Aile Hekimliği, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html> (Erişim tarihi.20.08.2017).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada, araştırmaya alınan bireylerin depresyon sıklığını belirlemek, bu duruma yol açabilecek durumları saptamak ve benzer çalışmalarla karşılaştırılabilir veri elde etmek amaçlanmıştır.

Çalışmanın veri toplama işlemi, 18.07.2017-18.08.2017 tarihleri arasında yapıldı. Araştırma Diyarbakır ilinin dört merkez ilçesi olan Bağlar, Kayapınar, Yenişehir ve Sur ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) yapılmıştır.



Şekil 5. Araştırma bölgemiz olan ilçelerin sınırları

Kesitsel nitelikte olan bu araştırmanın evrenini, Diyarbakır ilinin merkezine bağlı Bağlar, Kayapınar, Yenişehir ve Sur ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü, Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün kayıtlarına göre bölgede hizmet veren aile sağlığı merkezi ve çalışan sayısı verilerine göre yapıldı. Diyarbakır il merkezine bağlı dört merkez ilçede toplam 77 ASM mevcuttu. Bölgemizdeki olaylar nedeniyle Bağlar ilçesinde 2 ASM, Sur ilçesinde 3 ASM kapanmıştı. Böylece toplamda 72 ASM aktif olarak çalışmaktaydı. Bölge dışında çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları evrenden çıkarıldı. Böylece evren büyüklüğümüz, 284 aile hekimi (%53,2), 250 aile sağlığı elemanı (%46,8) olmak üzere 534 olarak saptandı.

Evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Aktif çalışan 72 ASM’ nin tamamına ulaşılmış olup, 161 aile hekimi, 158 aile sağlığı elemanı olmak üzere 319 kişiye ulaşıldı. Aile hekimlerinin %56,7’sine, aile sağlığı elemanlarının %63,2’sine ulaşıldı (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışmaya katılanlarla ilgili sayısal veriler

Özellikler	Bağlar	Kayapınar	Yenişehir	Sur	Toplam	Yüzde
ASM sayısı	26	22	16	13	77	100.0
Ulaşılan ASM sayısı	24	22	16	10	72	93,5
Toplam AH sayısı	105	92	56	31	284	53,2
Ulaşılan AH sayısı	60	52	33	16	161	56,7
Toplam ASE sayısı	96	78	50	26	250	46,8
Ulaşılan ASE sayısı	59	52	33	14	158	63,2
Toplam kişi sayısı	201	170	106	57	534	100.0
Toplam ulaşılan kişi sayısı	119	104	66	30	319	59,7

Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırma için gerekli etik kurulu onayı Dicle Üniversitesi Etik Kurulu’ndan alınmıştır (Ek-3). Araştırma, Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü’ne bağlı aile sağlığı merkezlerinde yapılacağından, Diyarbakır Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden de araştırma için gerekli izin alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya katılan kişilere, araştırmanın amacı ve verilerin nerelerde kullanılacağı anlatılmıştır. Araştırmaya katılacak kişilerin kendilerinden yazılı veya sözlü onam alınmıştır.

Araştırmaya katılacak kişilerden onam vermeyenler araştırmaya dahil edilmemiş, onam verenler araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışma, aile sağlığı merkezleri ziyaretleri yapılarak, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır.

Araştırmaya katılanlara 4 bölümden oluşan anket (Ek-1, Ek-2) uygulanmıştır.

Anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik verileri sorgulanmıştır. Bu bölümde katılımcılara; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, görevi, medeni durumu, çocuğunun olup olmadığı, çocuğu olanlara zihinsel veya fiziksel engelli çocuğunun olup olmadığı, aylık gelir durumunun yeterli olup olmadığı ve yaşadığı aile tipi ile ilgili sorulara yanıt verilmesi istenmiştir (Ek-1).

Anketin ikinci bölümünde katılımcıların mesleksel özellikleri ile ilgili sorulara yanıt verilmesi istendi. Meslekte çalışma süresi, Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışma süresi, mesleği seçmedeki isteklilik, mesleği kendine uygun bulma, meslekteki memnuniyet durumu, eğer memnun değilse nedenleri, mesleği değiştirme düşüncesi ve aile hekimliğini veya aile sağlığı elemanı olarak çalışmayı değiştirmeyi değiştirme düşüncesi sorgulandı (Ek-1).

Anketin üçüncü bölümünde katılımcıların sağlıkla ilgili sorulara yanıt verilmesi istendi. Genel sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, uzun süre ilaç alımı, yaşamı boyunca hiç antidepresan ilaç kullandınız mı sorusu, uyku durumu, depresyonda hissetme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, fiziksel aktivite durumu sorgulandı (Ek-1).

Anketin dördüncü bölümünde katılımcılara 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Envanteri uygulandı. Soruların nasıl cevaplanacağı anlatılarak, sorulara verilen cevapların değerleri toplandı ve puan olarak hesaplandı (Ek-2).

Çalışmada katılımcılara sorulan sorular ve verilerin elde edilmesinin herhangi bir ölçüm tekniği veya kayıtlara bağlı olmayıp tamamen araştırmaya katılan kişinin cevabına bağlı olması, araştırmaya katılım düzeyinin % 59,7' de kalması, evrenin tamamının katılmaması, çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows programı kullanıldı ve Kolmogorov-Smirnov, ki-kare, Fisher exact test, Independent T-Test, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U yöntemleri kullanıldı.

Çalışmanın bağımlı değişkenleri, Beck Depresyon Ölçeği puanları, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ve depresyon derecesi iken, bağımsız değişkenler ankette yer alan demografik özellikler, mesleki özellikler ve sağlık durumu ile ilgili özelliklerdir. Sonuçlar %95 güven aralığında, istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



4.BULGULAR

4.1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik bulguları

Çalışma için düzenlenen ankete 319 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $37 \pm 9,3$ olup, erkeklerin yaş ortalaması $42 \pm 9,4$ olarak, kadınların yaş ortalaması $33 \pm 7,3$ olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan kişilerden yaşı en küçük olan 19, en büyük olan ise 65 idi.

Çalışmaya katılan kişilerin 138'i (%43,3) erkek, 181'i (%56,7) kadındır. Çalışmaya katılan kişilerin 161'i (%50,5) aile hekimi iken, 158'i (%49,5) aile sağlığı elemanıdır (Tablo 3).

Çalışmaya katılan bireylerin 85'i (%26,6) 15-29 yaş aralığında, 112'si (%35,1) 30-39 yaş aralığında, 93'ü (%29,2) 40-49 yaş aralığında, 29'u (%9,1) 50 ve üzeri yaş aralığındaydı (Tablo 3).

Çalışmaya katılan bireylerin 275'i (%86,2) üniversite mezunu iken, 44'ü (%13,8) lise mezunuydu. Çalışmaya katılıp aile sağlığı elemanı olarak çalışan 158 kişiden 114'ü (%72,2) üniversite mezunu, 44'ü (%27,8) lise mezunuydu (Tablo 3).

Çalışmaya katılan kişilerin 266'sı (%83,4) çekirdek ailede, 88'i (%11,9) geniş ailede, 15'i (%4,7) ise yalnız yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çekirdek ailede yaşayan 266 kişinin 137'si (%51,5) aile hekimi iken, 129'u (%48,5) aile sağlığı elemanıdır. Geniş ailede yaşayan 38 kişinin 14'ü (%36,8) aile hekimi, 24'ü (%63,2) aile sağlığı elemanıdır. Yalnız yaşayan 15 kişinin 10'u (%66,7) aile hekimi, 5'i (%33,3) aile sağlığı elemanıdır. Çekirdek ailede yaşayan 266 kişinin 115'i (%43,2), geniş ailede yaşayan 38 kişinin 14'ü (%36,8), yalnız yaşayan 15 kişinin 9'u (%60) erkek olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Çalışmaya katılan kişilerin 135'i (%42,3) aylık gelirim yeterli derken, 184'ü (%57,7) aylık gelirim yetersiz demiştir. 161 aile hekiminin 70' i (%38), 156 aile sağlığı elemanının 114'ü (%62) aylık gelirim yetersiz demiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		AH		ASE		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş	15-29	12	3,8	73	22,9	85	26,6
	30-39	50	15,7	62	19,4	112	35,1
	40-49	70	21,9	23	7,2	93	29,2
	>50	29	9,1	0	0	29	9,1
Cinsiyet	Erkek	128	40,1	10	3,1	138	43,3
	Kadın	33	10,3	148	46,4	181	56,7
Eğitim düzeyi	Üniversite	161	50,5	114	35,7	275	86,2
	Lise	0	0	44	13,8	44	13,8
Medeni durum	Evli	136	42,6	102	32	238	74,6
	Bekar	22	6,9	53	16,6	75	23,5
	Dul	3	0,9	3	0,9	6	1,9
Çocuk durumu	Var	133	41,7	90	28,2	223	69,9
	Yok	28	8,8	68	21,3	96	30,1
Engelli çocuk durumu	Var	3	0,9	0	0	3	0,9
	Yok	158	49,5	158	49,5	316	99,1
Aile tipi	Çekirdek	137	42,9	129	40,4	266	83,4
	Geniş	14	4,4	24	7,5	38	11,9
	Yalnız yaşıyor	10	3,1	5	1,6	15	4,7
Aylık gelir	Yeterli	91	28,5	44	13,8	135	42,3
	Yetersiz	70	21,9	114	35,7	184	57,7
Toplam		161	50,5	158	49,5	319	100

Çalışmaya katılan kişilerin 238'i (%74,6) evli, 75' i (%23,6) bekar, 6'sı (%1,9) dul olarak yaşamını sürdürdüğünü ifade etmektedir. Evli olan 238 kişinin 112'si (%47,1) erkek, 126'sı (%52,9) kadın iken, bekar olan 75 kişinin 23'ü (%30,7) erkek, 52'si (%69,3) kadındı. Evli olan 238 kişinin 136'sı (%57,1) aile hekimi iken, 102'si (%42,9) aile sağlığı elemanıydı (Tablo 3).

Çalışmaya katılan kişilerin 223'ü (%69,9) çocuk sahibi olduklarını belirtirken, 96'sı (%30,1) çocuk sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Yine çalışmaya katılan kişilerin 3'ü (%0,9) engelli çocuk sahibi iken, 316'sı (%99,1) engelli çocuk sahibi değildi (Tablo 3).

4.2. Çalışmaya katılanların mesleki özellikleriyle ilgili bulgular

Çalışmaya katılan 319 kişinin 47'si (%14,7) beş yıldan az, 62'si (%19,4) beş ile on yıl arası, 75'i (%23,5) on ile on beş yıl arası, 55'i (%17,2) on beş ile yirmi yıl arası, 80'i (%25,1) yirmi yıldan fazla bulunduğu meslekte çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan 319 kişinin 115'i (%36,1) beş yıldan az, 201'i (%63) beş ile on yıl arası, 3'ü (%0,9) ise on ile on beş yıl arası aile sağlığı merkezlerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4: Çalışmaya katılanların meslekte çalışma sürelerinin dağılımı

			AH		ASE		Toplam	
			Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Meslekte çalışma süresi	<5yıl		13	8,1	34	21,5	47	14,7
	5-10 yıl arası		19	11,8	43	27,2	62	19,4
	10-15 yıl arası		30	18,6	45	28,5	75	23,5
	15-20 yıl arası		38	23,6	17	10,8	55	17,2
	>20 yıl		61	37,9	19	12,0	80	25,1
ASM' de çalışma süresi	<5yıl		32	19,9	83	52,5	115	36,1
	5-10 yıl arası		127	78,9	74	46,8	201	63
	10-15 yıl arası		2	1,2	1	0,6	3	0,9
	15-20 yıl arası		0	0,0	0	0,0	0	0,0
	>20 yıl		0	0,0	0	0,0	0	0,0
Toplam			161	50,5	158	49,5	319	100

Çalışmaya katılan 319 kişinin 260'ı (%81,5) mesleğini isteyerek seçtiğini, 256'sı (%80,3) da ASM' de çalışmayı isteyerek seçtiğini belirtmiştir. Katılımcıların 264'ü (%82,8) mesleğinin kendisine uygun olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların 149'u (%46,7) meslekten memnun olduklarını, 170' i (%53,3) ise memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan 161 aile hekiminin 91'i (%56,5), 158 aile sağlığı elemanının 79'u (%50) mesleğinden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Memnun değilim diyen 170 kişinin 91'i (%53,5) aile hekimi iken, 79'u (%46,5) aile sağlığı elemanıdır (Tablo 5).

Tablo 5: Çalışmaya katılan kişilerin meslekteki isteklilik ve memnuniyet durumlarının dağılımı

			AH		ASE		Toplam	
			Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mesleği seçmedeki isteklilik durumu	İsteyerek		138	85,7	122	77,2	260	81,5
	İstemeyerek		23	14,3	36	22,8	59	18,5
ASM' de çalışmadaki isteklilik durumu	İsteyerek		124	77,0	132	83,5	256	80,3
	İstemeyerek		37	23,0	26	16,5	63	19,7
Mesleği kendine uygun bulma	Uygun		131	81,4	133	84,2	264	82,8
	Uygun değil		30	18,6	25	15,8	55	17,2
Meslekteki memnuniyet durumu	Memnunum		70	43,5	79	50,0	149	46,7
	Memnun		91	56,5	79	50,0	170	53,3
	değilim							
Toplam			161	50,5	158	49,5	319	100

Tablo 6: Çalışmaya katılan kişilerin meslekten memnun olmama nedenleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Memnunum		149	46,7
Memnun Olmama Nedenleri	Ekonomik	24	7,5
	Sosyal imkan yetersizliği	11	3,4
	Doyumsuzluk/Tatminsizlik	14	4,4
	İşyeri ortamında rahat değilim	15	4,7
	Sağlık sorunlarımdan dolayı zorluk yaşıyorum	1	0,3
	Diğer sebepler▪	23	7,2
	Birden fazla sebep	82	25,8
Toplam		319	100

▪ Diğer sebepler arasında, saygısız hastaların çokluğu, sağlık sistemindeki yetersizlikler, sağlık personeline karşı şiddet uygulanma girişimleri, hasta sayısının ve yoğunluğunun fazlalığı, sağlık yönetiminde aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına karşı üst mevkilerin baskısının artması, iş yükünün fazla olması ve yanlış sağlık politikalarının varlığı bulunmaktadır.

Çalışmaya katılıp, mesleğinden memnun olmayan 170 kişinin 24'ü (%14,1) ekonomik nedenlerden, 11'i (%6,5) sosyal imkanların yetersizliğinden, 14'ü (%8,2) doyumsuzluk veya tatmin olamamaktan, 15'i (%8,8) iş yeri ortamında rahat olmadıklarından, 1'i (%0,6) sağlık sorunlarından dolayı zorluk çektiğinden, 82' si (%48,2) sayılan sebeplerin birçoğundan, 23'ü (%13,5) ise diğer sebeplerden ötürü mesleklerinden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 7: Çalışmaya katılan kişilerin mesleğini veya ASM' nde çalışmayı değiştirme düşüncelerinin dağılımı

			AH		ASE		Toplam	
			Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mesleği	değiştirme	Evet	45	28,0	61	38,6	106	33,2
düşüncesi		Hayır	116	72,0	97	61,4	213	66,8
ASM' lerde	çalışmayı	Evet	60	37,3	48	30,4	108	33,9
değiştirme düşüncesi		Hayır	101	62,7	110	69,6	211	66,1
Toplam			161	50,5	158	49,5	319	100

Çalışmaya katılan kişilerin 106'sı (%33,2) mesleğini değiştirmeyi düşündüğünü, 108'i (%33,9) de aile sağlığı merkezinde çalışmayı değiştirmeyi düşündüğünü ifade etmişlerdir. Mesleğini değiştirmeyi düşünen 106 kişinin 45'i (%42,5) aile hekimi, 61'i (%57,5) aile sağlığı elemanıdır. Aile hekimlerinin 45'i (%28), aile sağlığı elemanlarının 61'i (%38,6) mesleğini değiştirmeyi düşünmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde çalışmayı değiştirmeyi düşünen 108 kişinin 60'ı (%55,6) aile hekimi, 48'i (%44,4) aile sağlığı elemanıdır. Aile hekimlerinin 60'ı (%37,3), aile sağlığı elemanlarının 48'i (%30,4) aile sağlığı merkezlerinde çalışmayı değiştirmeyi düşünmektedir (Tablo 7).

4.3. Çalışmaya katılanların sağlık durumlarıyla ilgili bulgular

Çalışmaya katılan kişilerin 212'si (%66,5) sağlık durumunu iyi, 101'i (%31,7) orta, 6'sı (%1,9) ise kötü olarak derecelendirmişlerdir. Aile hekimlerinin 108'i (%67,1) sağlık durumunu iyi, 51'i (%31,7) orta, 2'si (%1,2) ise kötü olarak derecelendirmişlerdir. Aile sağlığı elemanlarının 104'ü (%65,8) sağlık durumunu iyi, 50'si (%31,6) orta, 4'ü (%2,5) kötü olarak derecelendirmişlerdir. Çalışmaya katılan erkeklerin 99'u (%71,7), kadınların 113'ü (%62,4) sağlık durumunu iyi olarak derecelendirmişlerdir. Çalışmaya katılan kişilerin 55'i (%17,2) kronik hastalığım var, 264'ü (%82,8) kronik hastalığım yok demiştir. Aile hekimlerinin 38'i (%23,6), aile sağlığı elemanlarının 17'si (%10,8) kronik hastalığım var demiştir. Erkeklerin 29'u (%21), kadınların 26'sı (%14,4) kronik hastalığı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kişilerin 51'i (%16) en az bir yıl ilaç alımının olduğunu, 268'i (%84) ise olmadığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin 36'sı (%22,4), aile sağlığı elemanlarının 15'i (%9,5) en az bir yıl ilaç alımının olduğunu ifade etmişlerdir. Erkeklerin 30'u (%21,7), kadınların 21'i (%11,6) en az bir yıl ilaç alımının olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 8).

Hiç antidepresan kullandınız mı sorusuna katılımcıların 82'si (%25,7) evet, 237'si (%74,3) hayır cevabını vermişlerdir. Aile hekimlerinin 55'i (%34,2), aile sağlığı elemanlarının 27'si (%17,1); erkeklerin 45'i (%32,6), kadınların 37'si (%20,4) hiç antidepresan kullandınız mı sorusuna evet cevabı vermişlerdir. Çalışmaya katılan kişilerin 23'ü (%7,2) her zaman, 29'u (%5,1) sık sık, 194'ü (%60,8) bazen uyku probleminin olduğunu, 73'ü (%22,9) uyku probleminin hiç

olmadığını belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin 13'ü (%8,1), aile sağlığı elemanlarının 10' u (%6,3) her zaman uyku problemlerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Erkeklerin 11'i (%8), kadınların 12' si (%6,6) her zaman uyku problemi yaşadıklarını söylemişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8: Çalışmaya katılan kişilerin sağlık durumlarıyla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı

			Görev				Cinsiyet				Toplam	
			AH		ASE		Erkek		Kadın		n	%
			n	%	n	%	n	%	n	%		
Sağlık durumu	İyi		108	67,1	104	65,8	99	71,7	113	62,4	212	66,5
	Orta		51	31,7	50	31,6	37	26,8	64	35,4	101	31,7
	Kötü		2	1,2	4	2,5	2	1,5	4	2,2	6	1,9
Kronik hastalık durumu	Var		38	23,6	17	10,8	29	21,0	26	14,4	55	17,2
	Yok		123	76,4	141	89,2	109	79,0	155	85,6	264	82,8
En az bir yıl ilaç alımı	Evet		36	22,4	15	9,5	30	21,7	21	11,6	51	16
	Hayır		125	77,6	143	90,5	108	78,3	160	88,4	268	84
Hiç antidepresan kullandınız mı?	Evet		55	34,2	27	17,1	45	32,6	37	20,4	82	25,7
	Hayır		106	65,8	131	82,9	93	67,4	144	79,6	237	74,3
Uyku probleminiz oluyor mu?	Her zaman		13	8,1	10	6,3	11	8,0	12	6,6	23	7,2
	Sık sık		15	9,3	14	8,9	11	8,0	18	9,9	29	9,1
	Bazen		96	59,6	98	62,0	84	60,9	110	60,8	194	60,8
	Hiç		37	23,0	36	23,0	32	23,2	41	22,7	73	22,9
	olmadı											
Depresyonda hissetme durumu	Her zaman		2	1,3	3	1,9	2	1,5	3	1,6	5	1,6
	Sık sık		16	9,9	12	7,6	12	8,7	16	8,8	28	8,8
	Bazen		103	64,0	100	63,3	84	60,9	119	65,8	203	63,6
	Hiç		40	24,8	43	27,2	40	28,9	43	23,8	83	26,0
	olmadı											
Toplam			161	50,5	158	49,5	138	43,3	181	56,7	319	100

Çalışmaya katılan kişilerin 169'u (%53) sigara içmemekte iken, 81'i (%25,4) her gün, 36'sı (%11,3) ara sıra sigara içmekte olduklarını belirtmişlerdir. Sigarayı bırakan kişi sayısı 33 idi (%10,3). Kaç yıl sigara içtiniz sorusuna 169 kişi (%53) içmedim, 11 kişi (%3,4) beş yıldan az içtim, 36 kişi (%11,3) beş ile on yıl arası içtim, 31 kişi (%9,7) on ile on beş yıl arası içtim, 72 kişi (%22,6) de on beş yıldan fazla

içtim cevabını vermiştir. Erkeklerin 55'i (%39,9) sigara içmem, 19'u (%13,8) ara sıra içerim, 42'si (%30,4) her gün içerim, 22'si de (%15,9) sigarayı bıraktım demiştir. Kadınların 114'ü (%63) sigara içmem, 17'si (%9,4) ara sıra içerim, 39'u (%21,5) her gün içerim, 11'i de (%6,1) sigarayı bıraktım demiştir. Çalışmaya katılan kişilerin 239'u (%74,9) alkol kullanmamakta iken, 9'u (%2,8) her gün alkol kullanmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9: Çalışmaya katılan kişilerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

Özellik		Sayı	Yüzde
Sigara içme	İçmem	169	53
Durumu	Her gün içerim	81	25,4
	Ara sıra içerim	36	11,3
	Bıraktım	33	10,3
Kaç Yıl İçtiniz?	İçmedim	169	53
	5 yıldan az	11	3,4
	5-10 yıl arası	36	11,3
	10-15 yıl arası	31	9,7
	15 yıldan fazla	72	22,6
Alkol Kullanma	Kullanmam	239	74,9
Durumu	Ara sıra kullanırım	71	22,3
	Her gün kullanırım	9	2,8
Toplam		319	100

Aile hekimlerinin 74'ü (%46), aile sağlığı elemanlarının 95'i (%60,1) sigara içmediklerini ifade etmişlerdir. Aile hekimlerinin 25'i (%15,5), aile sağlığı elemanlarının 8'i (%5,1) sigarayı bıraktıklarını söylemişlerdir. Erkeklerin 48'i (%34,8), kadınların 24'ü (%13,3) on beş ve üzeri yıl sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin 55'i (%34,2), aile sağlığı elemanlarının 17'si (%10,8) on beş ve üzeri yıl sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Sigara içen 83 erkekten 57 tanesi (%68,7) günde bir paket ve daha fazla sigara içmektedirler. Sigara içen 67 kadından 24 tanesi (%35,9) günde bir paket sigara içmektedir (Tablo 10).

Tablo 10: Çalışmaya katılan kişilerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı-2

		Görev				Cinsiyet				Toplam	
		AH		ASE		Erkek		Kadın			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigara içme durumu	İçmem	74	45,9	95	60,1	55	39,9	114	62,9	169	53,0
	Ara sıra içirim	19	11,8	17	10,8	19	13,8	17	9,4	36	11,3
	Her gün içirim	43	26,7	38	24,1	42	30,4	39	21,5	81	25,4
	Bıraktım	25	15,5	8	5,0	22	15,9	11	6,1	33	10,3
Kaç yıl sigara içtiniz?	İçmem	74	45,9	95	60,1	55	39,9	114	62,9	169	53,0
	<5 yıl	3	1,9	8	5,0	3	2,1	8	4,4	11	3,4
	5-10 yıl	13	8,1	23	14,6	13	9,4	23	12,7	36	11,3
	10-15 yıl	16	9,9	15	9,5	19	13,8	12	6,6	31	9,7
	>15 yıl	55	34,2	17	10,8	48	34,8	24	13,3	72	22,6
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	İçmem	74	45,9	95	60,1	55	39,9	114	62,9	169	53,0
	< 1 paket	29	18,0	40	25,3	26	18,8	43	23,8	69	21,6
	≥ 1 paket	58	36,1	23	14,6	57	41,3	24	13,3	81	25,4
Alkol kullanma durumu	Kullanmam	101	62,7	138	87,3	82	59,4	157	86,7	239	74,9
	Ara sıra kullanırım	56	34,8	15	9,5	51	36,9	20	11,0	71	22,3
	Her gün kullanırım	4	2,5	5	3,2	5	3,6	4	2,2	9	2,8
Toplam		161	50,5	158	49,5	138	43,3	181	56,7	319	100

Çalışmaya katılan kişilerin 37'si (%11,6) her gün, 80'i (%25,1) haftada en az üç kez, 85'i (%26,6) haftada bir gün, 18'i (%5,6) ayda bir gün fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir. Kişilerin 99'u (%31) da fiziksel aktivitede bulunmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 11).

Tablo 11: Çalışmaya katılan kişilerin fiziksel aktivite durumları

Özellik		Sayı	Yüzde
Fiziksel Aktivite Durumu	Her gün yaparım	37	11,6
	Haftada en az üç kez yaparım	80	25,1
	Haftada bir yaparım	85	26,6
	Ayda bir yaparım	18	5,6
	Yapmam	99	31,0
Toplam		319	100

Tablo 12: Çalışmaya katılan kişilerin fiziksel aktivite durumları-2

		Görev				Cinsiyet				Toplam	
		AH		ASE		Erkek		Kadın			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fiziksel aktivite durumu	Her gün yaparım	14	8,7	23	14,6	14	10,1	23	12,7	37	11,6
	Haftada en az üç kez yaparım	47	29,2	33	20,9	43	31,2	37	20,4	80	25,1
	Haftada bir gün yaparım	45	28,0	40	25,3	37	26,8	48	26,5	85	26,6
	Ayda bir gün yaparım	8	4,9	10	6,3	7	5,1	11	6,1	18	5,6
	Yapmam	47	29,2	52	32,9	37	26,8	62	34,3	99	31,0
Toplam		161	50,5	158	49,5	138	43,3	181	56,7	319	100

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 14'ü (%8,7) her gün fiziksel aktivitede bulunduklarını, 47'si (%29,2) ise fiziksel aktivitede bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Aile sağlığı elemanlarının 23'ü (%14,6) her gün fiziksel aktivitede bulunduklarını, 52'si (%32,9) ise fiziksel aktivitede bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Erkeklerin 14'ü (%10,1), kadınların 23'ü (%12,7) her gün fiziksel aktivite yaptıklarını; erkeklerin 37'si (%26,8), kadınların 62'si (%34,3) fiziksel aktivite yapmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 12).

4.4. Çalışmaya katılanların Beck Depresyon Ölçeğiyle ilgili bulguları

Beck Depresyon Ölçeği puanlamasına göre kişiler 0-9 puan arası normal, 10-16 puan arası hafif şiddette depresyon, 17-29 puan arası orta şiddette depresyon, 30-63 puan arası şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin 145'i (%45,5) normal olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların 90'ı (%28,2) hafif şiddette depresyon, 72'si (%22,6) orta şiddette depresyon, 12'si (%3,8) ise şiddetli depresyon derecesinde oldukları görülmüştür. Depresyon sıklığı ($BDÖ \geq 17$) % 26,3 olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13: Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecelerinin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Depresyon Derecesi		
Normal	145	45,5
Hafif şiddette depresyon	90	28,2
Orta şiddette depresyon	72	22,6
Şiddetli depresyon	12	3,8
Toplam	319	100
Depresyon sıklığı ($BDÖ \geq 17$)	84	26,3

Tablo 14: Çalışmaya katılanların depresyon derecelerinin bazı değişkenlere göre dağılımı

		Depresyon derecesi								Toplam	
		Normal		Hafif		Orta		Şiddetli			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Görev	AH	75	46,6	42	26,1	38	23,6	6	3,7	161	50,5
	ASE	70	44,3	48	30,4	34	21,5	6	3,8	158	49,5
Cinsiyet	Erkek	66	47,8	37	26,8	30	21,7	5	3,6	138	43,3
	Kadın	79	43,6	53	29,3	42	23,2	7	3,9	181	56,7
Aylık gelir	Yeterli	74	54,8	30	22,2	25	18,5	6	4,4	135	42,3
	Yetersiz	71	38,6	60	32,6	47	25,5	6	3,3	184	57,7
Sağlık durumu	İyi	122	57,5	56	26,4	32	15,1	2	0,9	212	66,5
	Orta	23	22,8	34	33,7	38	37,6	6	5,9	101	31,7
	Kötü	0	0,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	6	1,9
Yaş	15-29	45	52,9	21	24,7	18	21,2	1	1,2	85	26,6
	30-39	41	36,6	39	34,8	26	23,2	6	5,4	112	35,1
	40-49	45	48,4	25	26,9	21	22,6	2	2,2	93	29,2
	≥ 50	14	48,3	5	17,2	7	24,1	3	10,3	29	9,1
Meslekte	Memnun	86	57,7	44	29,5	16	10,7	3	2,0	149	46,7
memnuniyet	Memnun	59	34,7	46	27,1	56	32,9	9	5,3	170	53,3
	değil										
Toplam		145	45,5	90	28,2	72	22,6	12	3,8	319	100

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 38'i (%23,6) orta şiddette depresyonda, 6'sı (%3,7) şiddetli depresyonda bulunmuştur. Aile sağlığı elemanlarının 34'ü (%21,5) orta şiddette, 6'sı (%3,8) şiddetli depresyonda bulunmuştur. Erkeklerin 35'i (%25,4), kadınların 49'u (%27,1) orta ve şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Aylık gelirim yeterli diyenlerin 31'i (%22,9), yetersiz diyenlerin 53'ü (%28,8) orta ve şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Sağlık durumum iyi diyenlerin 34'ü (%16), orta diyenlerin 44'ü (%43,5), kötü diyenlerin tamamı (%100) orta ve şiddetli depresyonda olarak bulunmuştur. Mesleğinden memnun olanların 19'u

(%12,7), memnun olmayanların 65'i (%38,2) orta ve şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir (Tablo 14).

Tablo 15: Çalışmaya katılanların BDÖ puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre dağılımı

Özellik		n	BDÖ puan ortalaması	SS
Görev	AH	161	11,68	8,05
	ASE	158	12,33	8,33
Cinsiyet	Erkek	138	11,28	8,14
	Kadın	181	12,56	8,20
Aylık gelir	Yeterli	135	10,55	7,97
	Yetersiz	184	13,07	8,19
Meslekte memnuniyet	Memnun	149	9,46	6,99
	Memnun değil	170	14,22	8,52
Sağlık durumu	İyi	212	9,71	6,68
	Orta	101	15,59	8,08
	Kötü	6	32,33	9,52
Uyku problemi	Her zaman	23	17,17	8,59
	Sık sık	29	20,21	11,21
	Bazen	194	11,57	6,80
	Hiç olmadı	73	8,26	7,08
Yaş	15-29	85	11,11	7,61
	30-39	112	13,10	8,41
	40-49	93	11,28	7,64
	≥50	29	12,72	10,26
Toplam		319		
Çalışma BDÖ puan ortalaması			12,00	

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin BDÖ puan ortalaması 11,68 olup SS' sı 8,05, aile sağlığı elemanlarının BDÖ puan ortalaması 12,33 olup SS' sı 8,33 olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin BDÖ puan ortalaması 11,28 olup SS' sı 8,14, kadınların BDÖ puan ortalaması 12,56 olup SS' sı 8,20 olarak hesaplanmıştır. Aylık gelirim yeterli diyenlerin BDÖ puan ortalaması 10,55 olup SS' sı 7,97, aylık gelirim yetersiz diyenlerin BDÖ puan ortalaması 13,07 olup SS' sı 8,19 olarak hesaplanmıştır.

Mesleğinden memnun olanların BDÖ puan ortalaması 9,46 olup SS' sı 6,99, mesleğinden memnun olmayanların BDÖ puan ortalaması 14,22 olup SS' sı 8,52 olarak hesaplanmıştır. Sağlık durumu iyi olanların BDÖ puan ortalaması 9,71, orta olanların 15,59, kötü olanların 32,33 olarak hesaplanmıştır. Her zaman uyku problemi olanların BDÖ puan ortalaması 17,17, hiçbir zaman uyku problemi olmayanların 8,26 olarak hesaplanmıştır. 15-29 yaş aralığında olanların BDÖ puan ortalaması 11,11, 30-39 yaş aralığında olanların 13,10, 40-49 yaş aralığında olanların 11,28, elli yaş ve üstü olanların ise 12,72 olarak hesaplanmıştır (Tablo 15).

Çalışmaya katılan 319 kişinin BDÖ puan ortalaması 12,00 olarak hesaplanmıştır (Tablo 15).

BDÖ puanının normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş, normal dağılıma uymadığı görülmüştür. Karekök dönüşüm uygulanmış ve yine normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 16: Çalışmaya katılanların bazı sosyodemografik değişkenlere göre BDÖ puanının karşılaştırılması

Değişkenler		Sayı	BDÖ puan ortalaması	Mann Whitney U p değeri
Görev	AH	161	11,68	0,542
	ASE	158	12,33	
Cinsiyet	Erkek	138	11,28	0,133
	Kadın	181	12,56	
Aylık gelir	Yeterli	135	10,55	0,003
	Yetersiz	184	13,07	

Tablo 17: Bazı sosyodemografik değişkenlere göre BDÖ puanının karşılaştırılması-2

Değişkenler		Sayı	Sıra ortalaması	Kruskal Wallis değeri	Anlamlılık değeri
Medeni durum	Evli	238	157,35	0,432	Anlamsız
	Bekar	75	170,54		
	Dul	6	133,42		
Yaş	15-29	85	151,13	0,300	Anlamsız
	30-39	112	173,05		
	40-49	93	152,42		
	≥50	29	159,91		
Aile tipi	Çekirdek	266	158,61	0,144	Anlamsız
	Geniş	38	152,11		
	Yalnız yaşıyor	15	204,70		
Toplam		319			

Yapılan değerlendirmeler sonucunda çalışmaya katılanların görevi ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,542$). Aynı şekilde cinsiyet ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,133$). Çalışmaya katılanların aylık gelir yeterliliği ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$) (Tablo 16).

İkiden fazla grup içeren medeni durum ile BDÖ puanı arasındaki ilişki test edilmiş ve anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,432$). İkiden fazla grup içeren yaş ile BDÖ puanı arasındaki ilişki test edilmiş ve anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,300$). İkiden fazla grup içeren aile tipi ile BDÖ puanı arasındaki ilişki test edilmiş ve anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,144$) (Tablo 17).

Tablo 18: Çalışmaya katılanların meslekle ilgili bazı değişkenlere göre BDÖ puan ortalamalarının değerlendirilmesi

Değişkenler		Sayı	BDÖ puan ortalaması	Mann Whitney U değeri
Meslekte memnuniyet	Memnun	149	9,46	0,000
	Memnun değil	170	14,22	
Meslek değişimi düşüncesi	Evet	106	14,18	0,001
	Hayır	213	10,92	
Mesleği kendine uygun bulma durumu	Uygun	264	11,52	0,043
	Uygun değil	55	14,29	
Mesleği seçmedeki isteklilik	İsteyerek	260	11,75	0,326
	İstemeyerek	59	13,12	

Tablo 19: Meslekle ilgili bazı değişkenlere göre BDÖ puanının değerlendirilmesi-2

Değişkenler		Sayı	Sıra ortalaması	Kruskal Wallis değeri	Anlamlılık değeri
Meslekte çalışma süresi	<5 yıl	47	153,81	0,923	Anlamsız
	5-10 yıl	62	164,58		
	10-15 yıl	75	164,15		
	15-20 yıl	55	152,40		
	>20 yıl	80	161,42		
ASM' lerde çalışma süresi	<5 yıl	115	169,20	0,167	Anlamsız
	5-10 yıl	201	154,77		
	10-15 yıl	2	89,50		
	15-20 yıl	0			
	>20 yıl	1	293,50		
Toplam		319			

Çalışmaya katılanların meslekle ilgili özellikleri ile BDÖ puanı karşılaştırıldığında; meslekte memnuniyet ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$). Meslek değişim düşüncesi ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$). Mesleği kendine uygun bulma durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,043$). Mesleği seçmedeki isteklilik durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,326$) (Tablo 18).

Kruskal Wallis testi ile yapılan analize göre, ikiden fazla değişkeni olan meslekte çalışma süresi ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,923$). İki den fazla değişkeni olan ASM' lerde çalışma süresi ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,167$) (Tablo 19).

Tablo 20: Sağlıkla ilgili bazı değişkenlere göre BDÖ puanının değerlendirilmesi

Değişkenler	Sayı	BDÖ puan ortalaması	Mann Whitney U değeri
Kronik hastalık durumu	Var	55	15,64
	Yok	264	11,24
En az bir yıl ilaç alımı	Evet	51	15,61
	Hayır	268	11,31
Hiç antidepresan ilaç kullandınız mı?	Evet	82	16,11
	Hayır	237	10,58
Toplam		319	

Çalışmaya katılanların kronik hastalık durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$). Çalışmaya katılanların en az bir yıl ilaç alma durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$). Çalışmaya katılanların antidepresan ilaç kullanma öyküsü ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 20).

Kruskal Wallis testi ile yapılan analize göre, ikiden fazla değişkeni olan sigara kullanma durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,059$). İki den fazla değişkeni olan sigara kullanma süresi ile BDÖ

puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,142$). İkiiden fazla değişkeni olan alkol kullanma durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,591$) (Tablo 21).

Tablo 21: Sağlıkla ilgili bazı değişkenlere göre BDÖ puanının değerlendirilmesi-2

Değişkenler		Sayı	Sıra ortalaması	Kruskal değeri	Wallis	Anlamlılı k değeri
Sigara kullanma durumu	İçmem	169	148,72	0,059		Anlamsız
	Ara sıra içirim	36	153,69			
	Her gün içirim	81	177,64			
	Bıraktım	33	181,27			
Sigara içme süresi	İçmedim	169	148,72	0,142		Anlamsız
	<5 yıl	11	172,14			
	5-10 yıl	36	186,08			
	10-15 yıl	31	177,65			
	>15 yıl	72	163,98			
Alkol kullanma durumu	Kullanmam	239	156,95	0,591		Anlamsız
	Ara sıra kullanırım	71	168,93			
	Her gün kullanırım	9	170,67			
Toplam		319				

Kruskal Wallis testi ile yapılan analize göre, ikiden fazla değişkeni olan sağlık durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$). Anlamlı fark bulunduğu için gruptaki değişkenler arasında Mann Whitney testi uygulandı ve sağlık durumu iyi olanlar ile orta düzeyde olanlar arasında ($p=0,000$), iyi olanlar ile kötü olanlar arasında ($p=0,000$), orta düzeyde olanlar ile kötü olanlar arasında ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 22).

Kruskal Wallis testi ile yapılan analize göre, ikiden fazla değişkeni olan uyku problemi durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$). Anlamlı fark bulunduğu için gruptaki değişkenler arasında Mann Whitney testi uygulandı. Uyku problemi her zaman olanlar ile bazen olanlar arasında ($p=0,002$), uyku problemi her zaman olanlar ile hiç olmayanlar arasında

($p=0,000$), uyku problemi sık sık olanlar ile bazen olanlar arasında ($p=0,000$), uyku problemi sık sık olanlar ile hiç olmayanlar arasında ($p=0,000$) ve uyku problemi bazen olanlar ile hiç olmayanlar arasında ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 22).

Tablo 22: Sağlıkla ilgili bazı değişkenlere göre BDÖ puanının değerlendirilmesi-3

Değişkenler		Sayı	Sıra ortalaması	Kruskal Wallis değeri	Anlamlılık değeri
Sağlık durumu	İyi (A)	212	134,71	0,000	A-B
	Orta (B)	101	204,61		A-C
	Kötü (C)	6	302,75		B-C
Uyku problemi	Her zaman (A)	23	218,91	0,000	A-C
	Sık sık (B)	29	230,90		A-D
	Bazen (C)	194	160,73		B-C
	Hiç olmadı (D)	73	111,34		B-D
					C-D
Fiziksel aktivite durumu	Her gün (A)	37	125,69	0,030	A-C A-E B-E
	Haftada en az üç gün (B)	80	146,67		
	Haftada bir gün (C)	85	169,77		
	Ayda bir gün (D)	18	156,78		
	Yapmam (E)	99	175,79		
Depresyonda hissetme durumu	Her zaman (A)	5	298,00	0,000	A-C
	Sık sık (B)	28	251,36		A-D
	Bazen (C)	203	170,48		B-C
	Hiç olmadı (D)	83	95,23		B-D C-D
Toplam		319			

Kruskal Wallis testi ile yapılan analize göre, ikiden fazla değişkeni olan fiziksel aktivite durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,030$). Anlamlı fark bulunduğu için gruptaki değişkenler arasında Mann Whitney testi uygulandı. Fiziksel aktiviteyi her gün yapanlar ile haftada bir gün yapanlar arasında ($p=0,013$), her gün yapanlar ile yapmayanlar arasında

($p=0,004$), haftada en az üç gün yapanlar ile yapmayanlar arasında ($p=0,041$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 22).

Kruskal Wallis testi ile yapılan analize göre, ikiden fazla değişkeni olan depresyonda hissetme durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$). Anlamlı fark bulunduğu için gruptaki değişkenler arasında Mann Whitney testi uygulandı. Kendini her zaman depresyonda hissedenler ile bazen depresyonda hissedenler arasında ($p=0,001$), her zaman depresyonda hissedenler ile hiç depresyonda hissetmeyenler arasında ($p=0,000$), sık sık depresyonda hissedenler ile bazen depresyonda hissedenler arasında ($p=0,000$), sık sık depresyonda hissedenler ile hiç depresyonda hissetmeyenler arasında ($p=0,000$), bazen depresyonda hissedenler ile hiç depresyonda hissetmeyenler arasında ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 22).

4.5. Depresyon derecesinin değerlendirilmesiyle ilgili bulgular

4.5.1. Depresyon derecesi ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması ile ilgili değerlendirmeler

Çalışmaya katılan erkeklerin 66'sı (%47,8), kadınların 79'u (%43,6) normal olarak değerlendirilmiştir. Hafif şiddette depresyonda olan 90 kişinin 53'ü (%58,9) kadın, 37'si (%41,1) erkektir. Orta şiddette depresyonda olan 72 kişinin 42'si (%58,3) kadın, 30'u (%41,7) erkektir. Şiddetli depresyonda olan 12 kişinin 7'si (%58,3) kadın, 5'i (%41,7) erkektir. Cinsiyet ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,906$) (Tablo 14, Tablo 23).

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 75'i (%46,6), aile sağlığı elemanlarının 70'i (%44,3) normal olarak değerlendirilmiştir. Şiddetli depresyonda olan 12 kişinin 6'sı (%50) aile hekimi, 6'sı (%50) aile sağlığı elemanı idi. Depresyon derecesi ile yapılan görev arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,857$) (Tablo 14, Tablo 23).

Çalışmaya katılan 275 üniversite mezununun 126'sı (%45,8) normal, 78'i (%28,4) hafif dereceli depresyonda, 61'i (%22,2) orta dereceli depresyonda, 10'u (%3,6) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. 44 lise mezununun 19'u

(%43,2) normal, 12'si (%27,3) hafif depresyonda, 11'i (%25) orta dereceli depresyonda, 2'si (%4,6) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyi ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,962$) (Tablo 14, Tablo 23).

Çalışmaya katılan 238 evli kişinin 111'i (%46,6) normal, 64'ü (%26,9) hafif dereceli depresyonda, 54'ü (%22,7) orta dereceli depresyonda, 9'u (%3,8) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. 75 bekar kişinin 31'i (%41,3) normal, 23'ü (%30,7) hafif dereceli depresyonda, 18'i (%24) orta dereceli depresyonda, 3'ü (%4) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Dul olanların 3'ü (%50) normal olarak, 3'ü (%50) de hafif dereceli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Medeni durum ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,763$) (Tablo 14, Tablo 23).

Çalışmaya katılan ve çocuğu olan 223 kişinin 102'si (%45,7) normal, 62'si (%27,8) hafif dereceli depresyonda, 51'i (%22,9) orta dereceli depresyonda ve 8'i (%3,6) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Çocuk durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,986$) Engelli çocuğu olan üç kişinin 1'i (%33,3) normal, 1'i (%33,3) hafif dereceli depresyonda, 1'i (%33,3) orta dereceli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Engelli çocuk durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,941$) (Tablo 14, Tablo 23).

Tablo 23: Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması

Değişkenler		Depresyon derecesi				Toplam	Ki kare p değeri
		Normal	HD	OD	ŞD		
Cinsiyet	Erkek	66	37	30	5	138	0,906
	Kadın	79	53	42	7	181	
Görev	AH	75	42	38	6	161	0,857
	ASE	70	48	34	6	158	
Eğitim düzeyi	Üniversite	126	78	61	10	275	0,962
	Lise	19	12	11	2	44	
Medeni durum	Evli	111	64	54	9	238	0,763
	Bekar	31	23	18	3	75	
	Dul	3	3	0	0	6	
Çocuk durumu	Var	102	62	51	8	223	0,986
	Yok	43	28	21	4	96	
Aylık gelir	Yeterli	74	30	25	6	135	0,024
	Yetersiz	71	60	47	6	184	
Aile tipi	Çekirdek	123	74	60	9	266	0,427
	Geniş	19	11	6	2	38	
	Yalnız	3	5	6	1	15	
Yaş	15-29	45	21	18	1	85	0,164
	30-39	41	39	26	6	112	
	40-49	45	25	21	2	93	
	≥50	14	5	7	3	29	
Toplam		145	90	72	12	319	

Çalışmaya katılan ve aylık gelirim yeterli diyen 135 kişinin 74'ü (%54,8), aylık gelirim yetersiz diyen 184 kişinin 71'i (%38,6) normal olarak değerlendirilmiştir. Hafif şiddette depresyonda olan 90 kişinin 60'ı (%66,7), orta dereceli depresyonda olan 72 kişinin 47'si (%65,3) ve şiddetli depresyonda olan 12 kişinin 6'sı (%50) aylık gelirim yetersiz demıştır. Aylık gelir yeterlilik durumu ile depresyon derecesi

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,024$) (Tablo 14, Tablo 23).

Çalışmaya katılan ve çekirdek ailede yaşayan 266 kişinin (%83,4) 123'ü (%46,2) normal, 74'ü (%27,8) hafif derece depresyonda, 60'ı (%22,6) orta dereceli depresyonda ve 9'u (%3,4) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Geniş ailede yaşayan 38 kişinin (%11,9) 19'u (%50), yalnız yaşayan 15 kişinin (%4,7) 3'ü (%20) normal olarak değerlendirilmiştir. Yaşanılan aile tipi ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,427$) (Tablo 14, Tablo 23).

Çalışmaya katılan ve yaşı on beş ile yirmi dokuz aralığında olan 85 kişinin (%26,6) 45'i (%52,9) normal, 21'i (%24,7) hafif derece depresyonda, 18'i (%21,2) orta derece depresyonda, 1'i (%1,2) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Otuz ile otuz dokuz yaş aralığında olan 112 kişinin (%35,1) 41'i (%36,6) normal, 39'u (%34,8) hafif derece depresyonda, 26'sı (%23,2) orta derece depresyonda, 6'sı (%5,4) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Kırk ile kırk dokuz yaş aralığında olan 93 kişinin (%29,2) 45'i (%48,4) normal, 25'i (%26,9) hafif derece depresyonda, 21'i (%22,6) orta derece depresyonda, 2'si (%2,2) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Elli ve üstü yaş grubunda olan 29 kişinin (%9,1) 14'ü (%48,3) normal olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin yaşları ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,164$) (Tablo 14, Tablo 23).

4.5.2. Depresyon derecesi ile mesleki verilerin karşılaştırılması ile ilgili değerlendirmeler

Çalışmaya katılan ve beş yıldan az çalışan 47 kişinin (%14,7) 25'i (%53,2) normal, 10'u (%21,3) hafif derece depresyonda, 12'si (%25,5) orta derece depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Yirmi yıldan fazla çalışan 80 kişinin (%25,1) 38'i (%47,5) normal, 17'si (%21,25) hafif derece depresyonda, 21'i (%26,25) orta derece depresyonda, 4'ü (%5) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Meslekte çalışma süresi ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,269$) (Tablo 14, Tablo 24).

Çalışmaya katılan ve aile hekimliği sisteminde beş yıldan az çalışan 115 kişinin (%36,1) 51'i (%44,4) normal, 30'u (%26,1) hafif derece depresyonda, 29'u (%25,2) orta derece depresyonda, 5'i (%4,4) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Aile hekimliği sisteminde beş ile on yıl arası çalışan 201 kişinin (%63) 92'si (%45,8) normal, 60'ı (%29,9) hafif derece depresyonda, 42'si (%20,9) orta derece depresyonda, 7'si (%3,5) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Aile hekimliği sisteminde çalışma süresi ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,638$) (Tablo 14, Tablo 24).

Çalışmaya katılan ve mesleğimden memnunum diyen 149 kişinin (%46,7) 86'sı (%57,7) normal, 44'ü (%29,5) hafif derece depresyonda, 16'sı (%10,7) orta derece depresyonda, 3'ü (%2) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Mesleğimden memnun olmayan 170 kişinin (%53,3) 59'u (%34,7) normal olarak değerlendirilmiştir. Meslekteki memnuniyet durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 14, Tablo 24).

Mesleğini isteyerek seçen 260 kişinin (%81,5) 122'si (%46,9) normal, 70'i (%26,9) hafif derece depresyonda, 60'ı (%23,1) orta derece depresyonda ve 8'i (%3,1) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Mesleğini isteyerek seçmeyen 59 kişinin (%18,5) 23'ü (%39) normal olarak değerlendirilmiştir. Mesleğini seçmedeki isteklilik durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,333$). Aile hekimliği sisteminde çalışmayı isteyerek seçen 256 kişinin (%80,3) 126'sı (%49,2), aile hekimliği sisteminde çalışmayı istemeyerek seçen 63 kişinin (%19,7) 19'u (%30,2) normal olarak değerlendirilmiştir. Aile hekimliği sisteminde çalışmadaki isteklilik durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 14, Tablo 24).

Tablo 24: Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile mesleksen değişkenlerin karşılaştırılması

Değişkenler		Depresyon derecesi				Toplam	Ki kare p değeri
		N	HD	OD	ŞD		
Meslekte	<5 yıl	25	10	12	0	47	0,269
çalışma süresi	≥5 yıl	120	80	60	12	272	
ASM' lerde	<5 yıl	51	30	29	5	115	0,638
çalışma süresi	≥5 yıl	94	60	43	7	204	
Meslekte	Memnunum	86	44	16	3	149	0,000
memnuniyet	Memnun	59	46	56	9	170	
durumu	değilim						
Mesleği	İsteyerek	122	70	60	8	260	0,333
seçmedeki	İstemeyerek	23	20	12	4	59	
isteklilik							
ASM' lerde	İsteyerek	126	71	54	5	256	0,001
çalışmayı	İstemeyerek	19	19	18	7	63	
seçmedeki							
isteklilik							
Mesleği kendine	Uygun	126	74	55	9	264	0,230
uygun bulma	Uygun değil	19	16	17	3	55	
durumu							
Mesleğini	Evet	33	40	27	6	106	0,002
değiştirme	Hayır	112	50	45	6	213	
düşüncesi							
Toplam		145	90	72	12	319	

Mesleğini kendisine uygun bulan 264 kişinin (82,8) 126'sı (%47,7) normal, 74'ü (%28) hafif derece depresyonda, 55'i (%20,8) orta derece depresyonda, 9'u (%3,4) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Mesleğini kendine uygun bulmayan 55 kişinin (%17,2) 19'u (%34,5) normal olarak değerlendirilmiştir. Mesleğini kendine uygun bulma durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,230) (Tablo 14, Tablo 24).

Mesleğini değiştirmeyi düşünen 106 kişinin (%33,2) 33'ü (%31,1) normal, 40'ı (%37,7) hafif derece depresyonda, 27'si (%25,5) orta derece depresyonda, 6'sı (%5,7) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Mesleğini değiştirmeyi düşünmeyen 213 kişinin (%66,8) 112'si (%52,6) normal, 50'si (%23,5) hafif derece depresyonda, 45'i (%21,1) orta derece depresyonda ve 6'sı (%2,8) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Mesleğini değiştirme düşüncesi ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 14, Tablo 24).

4.5.3. Depresyon derecesi ile sağlık durumları ile ilgili verilerin karşılaştırılması ile ilgili değerlendirmeler

Sağlık durumuna iyi cevabını veren 212 kişinin (%66,5) 122'si (%57,5), orta cevabını veren 101 kişinin (%31,7) 23'ü (%22,8), kötü cevabını veren 6 kişinin (%1,9) hiçbirisi (%0) normal olarak değerlendirilmiştir. Sağlık durumum kötü diyen 6 kişinin 4'ü (%66,7) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Sağlık durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 14, Tablo 25).

Kronik hastalığı olan 55 kişinin (%17,2) 19'u (%34,5) normal, 6'sı (%10,9) şiddetli depresyonda bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan 264 kişinin (%82,8) 126'sı (%47,7) normal olarak değerlendirilmiştir. Kronik hastalık durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 14, Tablo 25).

Tablo 25: Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile sağlık verilerinin karşılaştırılması

Değişkenler			Depresyon derecesi				Topla m	Ki kare p değeri
			N	HD	OD	ŞD		
Sağlık durumu	İyi		122	56	32	2	212	0,000
	Orta		23	34	38	6	101	
	Kötü		0	0	2	4	6	
Kronik hastalık varlığı	Var		19	11	19	6	55	0,001
	Yok		126	79	53	6	264	
Hiç AD kullandınız mı?	Evet		26	19	27	10	82	0,000
	Hayır		119	71	45	2	237	
Uyku problemi	Her zaman		3	9	9	2	23	0,000
	Sık sık		6	5	12	6	29	
	Bazen		86	60	46	2	194	
	Hiç olmadı		50	16	5	2	73	
Depresyonda hissetme durumu	Her zaman		0	0	3	2	5	0,000
	Sık sık		2	7	14	5	28	
	Bazen		80	68	50	5	203	
	Hiç olmadı		63	15	5	0	83	
Toplam			145	90	72	12	319	

Hayatınızın bir döneminde antidepresan ilaç kullandınız mı sorusuna evet diyen 82 kişinin (%25,7) 26'sı (%31,7) normal, 10'u (%12,2) şiddetli depresyonda bulunmuştur. Soruya hayır cevabı veren 237 kişinin (%74,3) 119'u (%50,2) normal olarak değerlendirilmiştir. Soruya verilen cevap ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 14, Tablo 25).

Uyku problemim her zaman var diyen 23 kişinin (%7,2) 3'ü (%13) normal, 2'si (%8,7) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Uyku problemim hiç olmadı diyenlerin 50'si (%68,5) normal olarak değerlendirilmiştir. Uyku problemi ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 14, Tablo 25).

Kendimi her zaman depresyonda hissediyorum diyen 5 kişinin (%1,6) 2'si (%40) şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir. Kendini hiçbir zaman depresyonda hissetmeyen 83 kişinin (%26) 63'ü (%75,9) normal olarak değerlendirilmiştir. Depresyonda hissetme durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 14, Tablo 25).

Sigara içmem diyen 169 kişinin (%53) 87'si (%51,5), her gün içerim diyen 81 kişinin (%25,4) 29'u (%35,8), bıraktım diyen 33 kişinin (%10,4) 11'i (%33,3) normal olarak değerlendirilmiştir. Şiddetli depresyonda olanların 6'sı (%50) sigara içmem, 3'ü (%25) ara sıra içerim, 2'si (%16,7) her gün içerim, 1'i (%8,3) sigarayı bıraktım diyenlerden oluşmaktaydı. Sigara içme durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,172$) (Tablo 14, Tablo 26).

Sigara içme süresi ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,201$) (Tablo 14, Tablo 26).

Alkol kullanmam diyen 239 kişinin (%74,9) 111'i (%46,4), her gün kullanırım diyen 9 kişinin (%2,8) 3'ü (%33,3) normal olarak değerlendirilmiştir. Şiddetli depresyondan olanların 8'i (%66,7) alkol kullanmam, 1'i (%8,3) her gün kullanırım demıştır. Alkol kullanma durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,672$) (Tablo 14, Tablo 26).

Tablo 26: Çalışmaya katılan kişilerin depresyon derecesi ile sağlık verilerinin karşılaştırılması-2

Değişkenler			Depresyon derecesi				Toplam	Ki kare değeri	p
			N	HD	OD	ŞD			
Sigara içme durumu	İçmem		87	43	33	6	169	0,172	
	Ara sıra		18	10	5	3	36		
	Her gün		29	25	25	2	81		
	Bıraktım		11	12	9	1	33		
Alkol kullanma durumu	Kullanmam		11	68	52	8	239	0,672	
	Ara sıra		31	18	19	3	71		
	Her gün		3	4	1	1	9		
Kaç yıl sigara içtiniz?	İçmedim		87	43	33	6	169	0,201	
	<5 yıl		5	3	3	0	11		
	5-10 yıl		13	10	9	4	36		
	10-15 yıl		10	14	7	0	31		
	>15 yıl		30	20	20	2	72		
Fiziksel aktivite durumu	Yapmam		40	24	31	4	99	0,287	
	Haftada ≥ 3 gün		40	24	12	4	80		
	Haftada bir gün		35	26	20	4	85		
	Ayda bir gün		8	5	5	0	18		
	Her gün		22	11	4	0	37		
Toplam			145	90	72	12	319		

Fiziksel aktivite yapmam diyen 99 kişinin (%31) 40'ı (%40,4), her gün fiziksel aktivitede bulunurum diyen 37 kişinin (%11,6) 22'si (%59,5) normal olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel aktivite durumu ile depresyon derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,287$) (Tablo 14, Tablo 26).

Çalışmaya katılan 161 aile hekiminin 44' ü (%27,3), 158 aile sağlığı elemanının 40' ı (%25,3), BDÖ' den 17 ve üzeri puan almıştır. 138 erkeğin 35' i (%25,4), 181 kadının 49' u (%27,1), BDÖ' den 17 ve üzeri puan almıştır. Çalışmaya katılan 319 kişinin 84' ü (%26,3) BDÖ' den 17 ve üzeri puan almışlardır (Tablo 27).

Tablo 27: Çalışmaya katılan kişilerin depresyon sıklığı (BDÖ $\geq$ 17) verileri

		DEPRESYON SIKLIĞI				TOPLAM	
		VAR		YOK		Sayı	Yüzde
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
GÖREV	AH	44	27,3	117	72,7	161	50,5
	ASE	40	25,3	118	74,7	158	49,5
CİNSİYET	ERKEK	35	25,4	103	74,6	138	43,3
	KADIN	49	27,1	132	72,9	181	56,7
TOPLAM		84	26,3	235	73,7	319	100

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Diyarbakır ili Bağlar, Kayapınar, Yenişehir ve Sur ilçelerine bağlı aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının depresyon düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörleri belirlemek amaç edinilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre, kişilerin son bir yıl içinde yaşadığı sağlık problemleri listesinde depresyon, %11 ile kendine yer bulmuştur. Aynı verilere göre, erkeklerde depresyon sıklığı %7,4, kadınlarda %14,5 bulunmuştur (80). Yine yapılan bir çalışmaya göre, majör depresyon prevalansı kadınlarda %10-25 arasında, erkekte ise %5-12 arasında olduğu tespit edilmiştir. Majör depresyon, genel toplumda %15' lik, kadınlarda ise %25' lik yaşam boyu sıklığı ile psikiyatrinin en sık görülen rahatsızlıklarındandır (81). Bazı çalışmalarda depresyon prevalansı, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (82,83). Fleischer ve arkadaşlarının, Meksika' da yaptığı çalışmada, yaşanan stres etkenlerinin düzeyi, depresyon sıklığı üzerinde etkili bulunmuştur. Kadınların, erkeklere oranla daha fazla biyolojik, psikolojik ve sosyal stres etkenlerine maruz kaldığı, yoksulluk ve hastalık durumlarından erkeklere göre daha yüksek oranda etkilendiği vurgulanmıştır (84). Bizim yaptığımız çalışmada, depresyon prevalansı %26,3 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %25,4, kadınlarda %27,1 bulunmuş olup, Türkiye İstatistik Kurumu verilerinin üzerinde bir sıklık olarak tespit edilmiştir. Yaptığımız çalışmanın bulgularına göre, kadın ve erkekler arasındaki depresyon prevalansı hemen hemen eşit bulunmuştur. Bu durum, coğrafi ve yerel özellikler, çalışma ortamının durumu, sosyokültürel özelliklerin değişkenliği, ekonomik durumun farklılığı gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmış olabilir.

Murphy ve arkadaşları (1967), depresyonun yüksek ekonomik ve sosyal düzeylerle ilgili bir hastalık olduğunu düşünmüşlerdir (85). Mesleki statü yükseldikçe, depresyon hastalığının prevalansının arttığını düşünen Bagley (1973), bu durumu sınıf yükselmesi sırasında yaşanan stresin oluşturduğu etkiyle açıklamıştır (86). Bebbington (1978) ise depresyon prevalansının, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisiz olduğunu düşünmüştür (87). Birçok araştırmada, sosyal sınıfı düşük olan kişilerde, depresyonu da içine alan ruhsal bozuklukların sıklığı, orta ve üst sınıflara

oranla daha yüksek bulunmuştur (88-90). Lorent ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında, depresyonun, yoksunluk içinde bulunan toplumlarda, daha yüksek oranda görüldüğü vurgulanmıştır (91). Bangladeş'te Islam ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmaya göre, depresyonu da içeren ruhsal bozuklukların, zengin toplumlarda daha yüksek oranda görüldüğü ifade edilmiştir. Sosyoekonomik düzeyin daha yüksek olduğu grupta, depresyon sıklığı beş kat daha fazla bulunmuştur. Kadınlar açısından bakıldığında, bu iki sosyoekonomik kategori arasında fark görülmediği belirtilmiştir. Bu durum, kadınların biyolojik özellikleri ve evrensel anne rolüyle açıklanmaya çalışılmışsa da kültürel cinsiyet durumu, toplumsal eşitsizlikler ve aile içi şiddetin yoğunluğuna da dikkat çekmek gereklidir (92). Yaptığımız çalışmadaki amacımız, aile hekimliği sisteminde çalışanlarla, diğer sektörlerde çalışanların depresyon açısından karşılaştırılması değil; aile hekimliği sisteminde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının depresyon prevalansını belirlemektir ki sonuç olarak bulduğumuz depresyon sıklığı sonuçları, WHO 2017 raporuna göre Türkiye ve dünya ortalamasının üzerindedir (Şekil-1,Şekil-4). Çalışmamızın sonuçları, mesleki ve sosyal statü yükseldikçe, depresyon prevalansının arttığını desteklemiştir. Çalışmamızda, aylık gelir durumu gibi ekonomik nedenleri içeren sosyodemografik değişkenlerin, depresyon derecesini etkilediği görülmüştür.

Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalar; artmış psikolojik stres, iş yükünün ağır olması, şiddet riskinin fazla olması, yönetimlerin yetersiz kalması, eğitim ve kaynak yetersizliği, iş üzerindeki kontrolün düşük olması, iş doyumunun düşük olması ile ilişkili olarak, ruhsal sorunların fazla görüldüğünü göstermiştir (93,94). Yapılan bir vaka kontrol araştırmasında, sağlık çalışanları için iş yerindeki stres kaynakları kadar, iş dışındaki olumsuz durumların ve kişilik özelliklerinin de önemli olduğu saptanmış; bunun yanında iş stresi, rol karmaşıklığı, iş yükünde artış, yöneticilerle sorun yaşama, iş ile ilgili içsel ödüllerin kaybı gibi değişkenleri de içeren etmenler, depresif bozukluklarla ilişkili bulunmuştur (95,96). Çalışmamızda aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının depresyon prevalansı, normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur. Bu durum, kişisel özellikler, işyeri ve iş dışı olumsuz etkenler, meslekte memnuniyetin olumsuz şartlar nedeniyle azalması gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda; yalnız yaşama, eğitim seviyesinin düşüklüğü, daha düşük statüye sahip olma ve yaşlılık, stresli yaşam olayları, fiziksel hastalıklar, aile düzeninde bozulma ve çatışmalar, depresyon açısından önemli birer risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (97,98). Çalışmamızın sonuçları eğitim seviyesi ve statü yükseldikçe, depresyon prevalansının ortalama sıklığa göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum, statü yükseldikçe, stresli yaşamın artması, çalışma zorluğunun artması, çalışma ve statü durumuna göre alınan ücretlerin yetersiz olması gibi nedenlerle açıklanabilir. Çalışmamızda, yaş grupları ile depresyon sıklığı ve derecesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda, öğretmenlerde depresyon prevalansı %14,5, polislerde %18,1 bulunmuştur (99,100). Çalışmamızda aile hekimlerinde depresyon prevalansı %27,3, aile sağlığı elemanlarında ise %25,3 bulunmuştur. Bu sonuçlar, sağlık sektöründe çalışanların, depresyon gelişimi açısından daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir.

Karaçi' de yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin %39 kadarında anksiyete ve depresyon saptanmıştır. Çalışmamızdaki oranla karşılaştırıldığında, daha yüksek olan bu prevalans, coğrafi ve yerel faktörlerden ve sosyoekonomik farklılıklardan etkilenmektedir (101).

Çalışmamızda, kronik hastalığı olanlarda depresyon prevalansı %45,5 bulunmuştur ve bulunan depresyon prevalans değerinin üzerindedir. Kronik hastalık varlığı ile depresyon derecesi ve BDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, kronik kalp hastalığı olan hastalarda depresyon prevalansı %81,3, kronik solunum hastalığı olanlarda ise %70 bulunmuştur. Çalışmaya katılan kronik kalp ve solunum hastalığı olanların depresyon prevalansı %75 olarak bulunmuştur (102). Kanseri hastalığının teşhisinden sonra, herhangi bir depresif bozukluğun görülme ihtimali %40 gibi yüksek ve kesin rakamlarla belirtilmektedir. Bu oranın yarısı, ağır depresif bozukluklardır (103,104). Kronik hastalığı olanlarda depresyon prevalansının yüksek olmasının sebepleri, fizyolojik ve patolojik sıkıntıların çokluğu, günlük yaşam aktivitesinin kısıtlanması, hastaneye yatışların sık olması, hastaların kendi ihtiyaçlarını karşılayamaması olarak sayılabilir.

Çalışmamızda haftada en az üç gün spor yapanların BDÖ puan ortalaması $11,24 \pm 8,93$, hiç yapmayanların ise $13,25 \pm 8,21$ bulunmuş olup, BDÖ puanı açısından anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, haftada en az üç gün spor yapan takım sporları, bireysel sporcular ve düzenli olarak fiziksel aktivitede bulunmayan gruplar, depresyon gelişimi açısından değerlendirilmiştir. Takım sporcularının BDÖ puan ortalaması $7,00 \pm 2,56$, bireysel sporcuların $12,02 \pm 0,88$ ve kontrol grubunun $12,81 \pm 0,93$ bulunmuştur. Takım sporcularının BDÖ puanları, kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (105). Fiziksel inaktivite, bazı ruhsal bozuklukların gelişimi ile ilişkili olabilir. Bazı klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda, depresyon belirtileri ile fiziksel aktivite arasındaki ilişki gösterilmiştir. Motl ve arkadaşları, erken adolesan dönemde, fiziksel aktivitedeki artışın, depresif bulgularla ters ilişkili olduğunu göstermiştir (106-108). Steptoe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sporun depresyon belirtilerini azalttığı ortaya konmuştur. Bu çalışmada, takım sporlarının depresif bulgulara azalma ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (109). Özellikle takım sporlarının depresif bulguları azaltmasının sebebi, sporun vücutta oluşturduğu biyokimyasal olayların yanında, toplu yapılan olaylarda kişinin kendini yalnız hissetmemesi ve sosyalitesinin artması olabilir.

Çalışmamızda her zaman uyku problemi yaşayanlarda depresyon prevalansı %47,8, hiç uyku problemi yaşamayanlarda ise %9,6 bulunmuştur. Uyku problemini her gün yaşayanlarda, hiç yaşamayanlara göre depresyon görülme ihtimali 5 kat daha fazlaydı. Uyku bozuklukları, günlük yaşamda ve genel sağlık alanında, fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır (110,111). Geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar, bir yıllık izleme döneminde kalıcı uykusuzluk yakınması olan hastalarda, olmayanlara göre üç kat daha fazla oranda depresyon geliştiğini göstermiştir (112).

Çalışmamızda sigara içme sıklığı %36,7 bulunmuştur. Sigarayı bırakanları sıklığı ise %10,3 idi. Sigara içenlerde depresyon sıklığı %29,9, içmeyenlerde ise %24,3 bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Alkol kullananlar ile kullanmayanlarda, depresyon gelişimi açısından anlamlı ilişki saptanamamıştır. Yapılan bir çalışmada, sigara içme ve alkol kullanma ile depresif belirti riski arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiş olup, çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (99). Ancak, yapılan bazı çalışmalarda, sigara içme ve sağlıklı uyku düzenine sahip

olmamanın, depresyonu anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur (113). Frederich, Frerichs ve Clark (1988), alkol kullanan ve kötü uyku düzenine sahip olan bireylerin, depresyon riskinin iki kat fazla olduğunu belirtmişlerdir (114). Yapılan bir çalışmaya göre, doktorlarda sigara içme sıklığı %45,9 iken, yardımcı sağlık personelinde %42,5 bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalara göre, doktorlarda sigara içme oranı %41,3 ile %54 arasında değişmektedir (115-120). Bu değerlerin, bizim saptadığımız değerlerin üzerinde olmasının sebepleri arasında son yıllarda yapılan kampanyaların, eğitici programların ve kullanılan görsel ve medya unsurlarının sonucu artan bilinç durumu sayılabilir.

Çalışmamızda evli olanlarda depresyon sıklığı %26,5, evli olmayanlarda ise %26 bulunmuştur. Medeni durum ile depresyon derecesi ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup, bu durum kişilerin sosyalete durumuna ve sosyodemografik değişkenliğe bağlı olabilir. Yapılan bir çalışmaya göre, evli olmayan, ilkokul ve daha az eğitilmiş olan, uyku sorunları olanlarda, depresif belirti sıklığında artış görülmüştür. Evli olmayanlarda depresif belirti sıklığı %50 bulunmuştur. Evli olmayan katılımcılarda, evli olanlara göre 2,59 kat daha fazla depresif belirti tespit edilmiştir. Ayrıca, yalnız olma durumu ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (121). Aileleriyle beraber yaşayan kişiler, yalnız olmadıklarını bildikleri için güven duygusu içindedirler ve yalnızlık kaygıları olsa bile bunlarla daha iyi yüzleşebilirler (122). Çeşitli çalışmalarda sosyal destek varlığının, depresyonun gelişimini önleyici en önemli etken olduğu ifade edilmektedir (123-126).

Yapılan bir çalışmada, hekimlere imkanınız olsa farklı bir meslek dalı seçer misiniz sorusuna, % 63,2 oranında evet cevabı verildiği gözlemlenmiştir. Bu çalışmada, çıkan bu sonucu etkileyen faktörler, insan fizyolojisini zorlayan iş yükü, yoğun çalışma temposu ve ücretteki yetersizlikler olarak bulunmuştur (127). Çalışmamızda, mesleğini değiştirme düşüncesi olanların oranı % 33,2 bulunmuş olup, mesleğini değiştirme düşüncesi ile depresyon gelişimi arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sayılan bu kadar olumsuz düşünceye, %26,3 gibi depresyon oranlarına ulaşılmasına rağmen, aile hekimlerinde %28, aile sağlığı elemanlarında %38,6

oranlarında mesleğini bırakma düşüncesi mevcuttur. Bu da bize durum ne olursa olsun, hekimlerin ve aile sağlığı elemanlarının mesleklerini isteyerek ve severek yaptıklarının nişanesi olarak kabul edilmelidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık alanında çalışan hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin, yaptıkları mesleğin stresli ve zorlu olması nedeniyle, depresyonu da içeren ruhsal bozuklukların gelişme riski daha fazladır. Bu durum, meslekte çalışma koşullarını daha da zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, iş yaşamındaki zorlukların iyileştirilmesi için kurumlar arası işbirliği yapılmalıdır.

Aile hekimliği sisteminde çalışan hekimlerin ve aile sağlığı elemanlarının, depresyon açısından risk faktörlerini azaltmak, onlarla birebir görüşen hastalara da faydalı olacaktır. Sağlıklı işleyen hekim, aile sağlığı elemanı ve hasta ilişkisi, hem çalışan mutluluğunu hem de hasta memnuniyetini arttıracaktır.

Çalışmamızdaki bulgulara göre, mesleğinden memnun değilim diyenlerin oranı % 53,3, mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin oranı %33,2 bulunmuştur. Meslekte memnuniyetin azalması, depresyon gelişimini arttırmaktadır. Meslekteki memnuniyet durumu, BDÖ puan ortalaması ve depresyon derecesi ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Hekim ve aile sağlığı elemanlarının memnuniyetini azaltan ekonomik yetersizlikler, işyeri ortamında rahatsızlık, sağlık sorunları, sağlık sistemindeki yetersizlikler, sağlık personeline karşı şiddet girişimleri gibi nedenler irdelenmeli ve memnuniyetin artırılması için çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmada aylık gelir durumu %57,7 oranında yetersiz çıkmıştır. Bu faktör, BDÖ puanları ve depresyon derecesi ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Bu yüzden, yapılan iş miktarı ve yaşanan stres faktörleri göz önüne alınarak, aylık gelir düzenlemesi yapılmalıdır.

Depresyon sıklığı, %26,3 bulunmuş olup, Dünya ve Türkiye genelinden yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda, depresyon gelişimi ile ilişkili bulunan faktörler; aylık gelir yetersizliği, meslekte memnuniyetin az olması, mesleği değiştirme düşüncesinin varlığı, mesleği kendine uygun bulmama, kronik hastalık varlığı, sağlık durumunun iyi olmaması ve fiziksel aktivite yetersizliğidir. Bu faktörlere yönelik iyileştirme programları düzenlenmeli ve hayata geçirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020:Golden burden of disease study. Lancet 1997;349:1498-1504.
2. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18: 13-21.
3. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanriöver S, Kirpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatrica Scandinavica 1991;84(2):174-8.
4. Katon W. Depression: Somatic symptoms and medical disorders in primary care. Comprehensive Psychiatry 1982;23(3):274-87.
5. Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 1995;6(1):13-20.
6. Kutlu R, Civi S, Karaoglu O. The Assessment of Quality of Life and Depression Among Police Officers.Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009; 29(1): 8-15.
7. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni 2007;26(1):32-36.
8. Shamain J, Kerr MS, Laschinger HK, Thomson D. A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in ontario's acute-care hospitals. Canad J Nurs 2001; 33: 35-50.
9. Demiral Yücel. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi cilt 20, sayı 3, Eylül 2006, s: 157 – 164.
10. Çağlayaner H. Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 1995. p. 17-20.
11. Rakel RE. The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 3-18, 159-209, 253-61, 1587-602.
12. Gorpelioglu S, Korkut F, Aytekin F. Family practice in Turkey. Fam Pract 1995; 12: 339-40.

13. Aile Doktorları için Kurs Notları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını; 2004. p. 28.
14. Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry 4: 561-571.
15. Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji dergisi 1989; 7-3-13.
16. Hisli N Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi, 6: 118-126. 1988.
17. SAVAŞIR, I. , ŞAHİN, N.H. , (1997) Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
18. Measuring depression: The Depression Inventory. T.A. Williwms, M.M. Katz and J.A Shield (Eds.) Recent advances in the psycho-biology of the depressive illnesses. Washington Goverment Printing Office, 1972, 299-301.
19. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Feryal matbaası 2004; s:293-317.
20. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri, İstanbul: s: 1559-1800.
21. Brundtland GH The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Genava: Word Health Organization 2001, p. 30.
22. Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. Int. J. Occup Environ Health 1997; 3: 204-209.
23. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 147-155.
24. Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106(1), S: 71-74.
25. Tomoda A, Mori K, Kimura M, Takahashi T, Kitamura T. One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: A preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54(5): 583-8.
26. Patten SB. Incidence of major depression in Canada. *CMAJ* 2000; 163(6): 714-5.

27. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Incidence of depression in long-term care settings. *J Gerontol* 1992; 47(6): 189-96.
28. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002; 167(11): 1253-60.
29. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 174-8.
30. Küey L, Guleç C. Depression in Turkey in the 1980's: Epidemiological and clinical approaches. *Clin Neuropsychopharmacol* 1989; 12 Suppl 2: 1-12.
31. Spinney L. European Brain Policy Forum 2009: depression and the European society. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 550-1.
32. Demiral, Y, Akvardar, Y, Ergör, A, Ergör, G. "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Etkisi,". *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 20 (2015): 157-164.
33. Weiner A, Marten S, Wochnick E, Davis MA, Fishman R, Clayton PJ. Psychiatric disorders among professional women. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36: 169-73.
34. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 1887-94.
35. Hsu K, Marshall V (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Am J Psychiatry*, 144: 1561-1566.
36. Bruntland GH (2000). Mental Health in the 21st century. *Bull World Health Organ*, 78(4):411.
37. Güleç C (1997). Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ed: Bertan M, Güler Ç. 2.baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, s.442-454.
38. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388: 10053.
39. Cengiz Özyurt B, Deveci A (2011). Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22: 10-6.

40. Taycan O, Kutlu L, Çimen S ve ark. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 100-8.
41. Demir F, Ay P, Erbas M ve ark. (2007). İstanbul’da bir eğitim hastanesinde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18: 31-7.
42. Kaya M, Genç M, Kaya B ve ark. (2007). Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18: 137-46.
43. Çam Çelikel F, Erkorkmaz Ü (2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 45: 122-9.
44. Yüksel N, Ruhsal Hastalıklar, 4. Baskı, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014: 267-291.
45. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 20 -32, 2003.
46. O’Neil MK, Lancee WJ, Freeman SJJ ve ark. (1984). Help-seeking behaviour of depressed students. *Soc Sci Med*, 18(6): 511-514.
47. Eskin M, Ertekin K, Harlak H. & Dereboy C. (2008). Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4): 382-389.
48. Firth-Cozens J. , (2001). Interventions to improve physicians’ wellbeing and patient care. *Soc Sci Med*, 52: 215-222.
49. Graske J. , (2003). Improving the mental health of doctors. *BMJ Career Focus*, 327:188.
50. Newbury-Birch D, Kamali F. , (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgrad Med J*, 77(904): 109-11.
51. Center C, Davis M, Detre T ve ark. (2003). Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. *JAMA*, 289: 3161-3166.
52. Özkürkçügil, AÇ. (1999). “Bir Medikososyal Merkezine Genel Sağlık Sorunları ile Başvuran Öğrencilerden Psikiyatrik Tanı Alanlarda Bazı Sosyodemografik Özellikler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10: 115-122.

53. Özdel, L, Bostancı, M, Özdel, O, Oğuzhanoğlu, NK. (2002). “Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 155-161.
54. Aylaz, R, Kaya, B, Dere, N, Karaca, Z, Bal, Y. (2007). “Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasındaki Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etkenler”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 46-51.
55. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabından, çev. Köroğlu E. , Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013. s: 92-94.
56. Öztürk, M. Orhan; Uluşahin Aylin, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. Baskı, Tuna Matbaacılık, Ankara, 2015: 264-273.
57. Kayahan M, Serbaş G. , Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 52-61.
58. Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003; 7: 47-58.
59. Beck, A.T. & Alford, B.A. (2009). Depression: Causes and Treatment 2nd ed. , Philadelphia: University of Pennsylvania Pres.
60. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, second edition, New York. New York University Medical Center, press Williams and Wilkins. S: 97-112, November 1995.
61. Bell JA. Affective disorders. Psychiatry, Harwal Publishing Company, Pennsylvania, 1985; 52-54.
62. Ertekin B. Mardin’deki Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Depresif Duygu Durumlarının Bazı Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Dicle Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006.
63. Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG (2002) Depression. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, 2. Baskı, 1. Cilt. MG Wise, JR Rundell (Ed), Washington DC American Psychiatric Publishing, Inc, s.307-338.
64. Carney RM, Rich MW, Freedland KE ve ark. (1988) Majör depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. Psychosom Med, 50: 627-633.

65. Carney RM, Freedland KE, Rich MW ve ark. (1993) Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease. *Am J Med*, 95: 23-28.
66. Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P ve ark. (1993a) Association of depression with 10 year post-stroke mortality. *Am J Psychiatry*, 150: 124-129.
67. Newport DJ, Nemeroff CB (1998) Assessment and treatment of depression in cancer patient. *J Psychosom Res*, 45: 215-237.
68. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2008: 33-40.
69. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 (Suppl.1): S28-S34.
70. Sertöz , ÖÖ, Mete, HE. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004; Ek-2: 63-69.
71. Carter GT, Sullivan MD (2002) Antidepressants in pain management. *Curr Opin Invest Drugs*, 3: 454-458.
72. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G ve ark. (2000). Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications. A meta analysis. *Am J Med*, 108: 65-72.
73. Mete HE. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008; 11(Ek-3): 3-18.
74. Hickie IB, Wilson AJ, Wright MJ ve ark. (2000) A randomized controlled trial of moclobemide in patients with chronic fatigue syndrome. *J Clin Psychiatry*, 61: 643-648.
75. Rao SG (2002) The neuropsychopharmacology of centrally acting analgesic medications in fibromyalgia. *Rheum. Dis Clin North Am*, 28: 235-259.
76. Salerno SM, Browning R, Jackson JL (2002) The effect of antidepressant treatment on chronic back pain. A meta analysis. *Arch Intern Med*, 14: 19-24.
77. Keefe FJ (2000) Can cognitive behavioral therapies succeed where medical therapies fail. *Proceedings of the 9th World Congress on Pain. Progress in Pain Research on management*. Devor M, Rowbotham M.C. Wiesenfeld -Hallin Z. (Ed), 16, Seattle, IASP Press, s.1069-1084.
78. John Hopkins Kanita Dayalı Tıp Grubu (2006) Huffman Harv Review *Psychiatry*.

79. Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor WHO-WONCA 1994 conference: The contribution of the family doctor. 6-8 Nov 1994, London, Ontario, Canada, Geneva World Health Organization 1995 (unpublished document; available on request from Department of Organization of health services delivery, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.
80. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2014.
81. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
82. Kornstein SG: Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(suppl 15): 12-18.
83. Elbozan B. Ve ark. , 'Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden İncelenmesi'. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; 4: 167-174.
84. Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE (2007) Depressive symptoms in low-income Women in rural Mexico. *Epidemiology*, 18: 678-685.
85. Murphy HBM, Wittkower E, Chance N ve ark. (1967). Crosscultural inquiry into the symptomatology of depression: A preliminary report. *Int J Psychiatry*, 3: 6-15.
86. Bagley C (1973) Occupational class and symptoms of depression. *Soc Sci Med*, 7: 327-340.
87. Bebbington P (1978) The epidemiology of depressive disorder. *Cult Med Psychiatry*, 2(4): 297-341.
88. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L (2004) Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med*, 59: 1339-1353.
89. Link BG, Lennon MC, Dohrenwend BP (1993) Socioeconomic status and depression: The role of occupations involving direction, control, and planning. *American Journal of Sociology*, 98, 1351-1387.
90. Wohlfarth T (1997) Socioeconomic inequality and psychopathology: Are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science & Medicine*, 45: 399-410.

91. Lorant V, Kampfl D, Seghers A ve ark. (2003) Socio-economic differences in psychiatric in-patient care. *Acta Psychiatr Scand*, 107: 170-177.
92. Islam MM, Ali M, Ferroni P ve ark. (2003) Prevalence of psychiatric disorders in an urban community in Bangladesh. *General Hospital Psychiatry*, 25: 353-357.
93. Jex SM, Hughes P ve ark. (1991) Behavioral consequences of job related stress among resident physicians: the mediating role of psychological strain. *Psychologic Report*, 69: 339-349.
94. Richardsen AM, Burke RJ (1993) Occupational stress and work satisfaction among Canadian women physicians, *Psychologic Report*, 72: 811-821.
95. Weinberg A, Creed F (2000) Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff, *Lancet*, 355: 533-537.
96. Binbay T, Kaya B (2006) Özelleştirmeler, sağlık çalışanları ve psikososyal etmenler. *Toplum ve Hekim*, 21(3): 189-193.
97. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller NC et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 594–611.
98. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 897–903.
99. Bektaş SÇ, Yazıcı H, Altun F. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri ve Kişisel Sağlık Davranışları ile Depresif Belirtileri Arasındaki İlişkiler, 2013; 17(1): 127-141.
100. Kutlu R, Çivi S, Karaoğlu O. Polislerde Sigara İçme Sıklığı ve Depresyon Arasındaki İlişki, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008; 7(1): 31-38.
101. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2004; 54(2): 45-9.
102. Aydemir ve ark. , Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi, *Sakarya Med J*, 2015; 5(4): 199-203.

103. T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010.
104. Bag, B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2012; 4: 449-464.
105. Canan F, Ataoğlu A. Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2010; 11: 38-43.
106. Abu-Omar K, Rütten A, Lehtinen V. Mental health and physical activity in the European Union. Soz Praventivmed 2004; 49: 301-309.
107. Abu-Omar K, Rütten A, Robine J-M. Self-rated health and physical activity in the European Union. Soz Praventivmed 2004; 49: 235-242.
108. Motl RW, Birnbaum AS, Kubik MY, Dishman RK. Naturally occurring changes in physical activity are inversely related to depressive symptoms during early adolescence. Psychosom Med 2004; 66: 336-342.
109. Steptoe A, Wardle J, Filler R, Holte A, Justo J, Sanderman R, et al. Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates, and behavioral correlates among young Europeans from 21 countries. Prev Med 1997; 26: 845-854.
110. Aydın H. *Uyku ve Bozuklukları*, 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2008: 15-84.
111. Epstein LJ, Mardon S. A Good Night's Sleep. Çeviri: Akal ÖT. *İyi Bir Gece Uykusu*, 1. Baskı. İstanbul, Optimist Yayıncılık, 2007: 17-141.
112. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? JAMA 1989; 162: 1479-84.
113. Patten, C.A., Choi, W.S., Vickers, K.S. & Pierce, J.P. (2001). Persistence of depressive symptoms in adolescents. *Neuropsychopharmacology*, 25 (5), 589-591.
114. Frederick, T, Frerichs, RR. & Clark, VA. (1988). Personal health habits and symptoms of depression at the community level. *Preventive Medicine*, 17(2), 173-182.
115. Özkurt S, Bostancı M, Altın R ve ark. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı ve nikotin bağımlılığı durumu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2000; 48: 140-147.

116. Akkoçlu A. Dünyada ve Türkiye’de sigaraya karşı savaşım. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD. Akciğer Hastalıkları Derneği, 1991- 1992 Sempozyumu. Hürok A.fi, 1991; 75-8.
117. Kocabaş A. Türkiye’de sigara içme alışkanlığının yaygınlığı ve bazı özellikleri. Solunum, 1994; 5: 133-147.
118. Çan G, Özlü T, Bülbül Y. Trabzon’da hekimlerin sigara içme alışkanlıkları. Poster bildiri TÛSAD XXIV. Ulusal Kongresi, İstanbul, 8-11 Haziran 1997.
119. Karancı NA, Rüstemli A. Smoking typology in a Turkish sample. The International Journal of the Addictions, 1987; 22: 289-299.
120. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon’da Hekimlerin Sigara İçme Alışkanlığı. Toraks Dergisi, 2002; 3: 253-256.
121. 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.
122. Yalom ID. Varoluşçu Psikoterapi, Çev: İyidoğan Babayiğit Z. Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2000, pp: 32-56.
123. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. J Affect Disord 2004; 83(2/3): 135-42.
124. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5: 76–84.
125. Grant I, Patterson TL, Yager J. Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. Am J Psychiatry 1988; 145: 1254-7.
126. Kaneko Y, Motohashi Y, Sasaki H, Yamaji M. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a Cross-sectional study. Community Mental Health Journal 2007; 10: 10-27.
127. Çeler A. ve ark. Tıp Fakültesi’ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişkisinin İncelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2015; 7(3): 125- 133.

8. EKLER

8.1. Ek-1: Anket soruları

Diyarbakır il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının depresyon düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörler

A-Demografik özellikler

1)Yaşınız:

2)Cinsiyet: 1)Erkek 2) Kadın

3)Görevi: 1)Aile hekimi 2)Aile sağlığı elemanı

4)Eğitim düzeyi(Aile sağlığı elemanları için): 1)Üniversite 2)Lise mezunu

5)Medeni durumu: 1)Evli 2)Bekar 3)Dul

6)Çocuk durumu: 1)Var 2)Yok

7)Zihinsel/Fiziksel engelli çocuk durumu: 1)Var 2)Yok

8)Aylık geliriniz size göre yeterli mi? : 1)Yeterli 2)Yetersiz

9)Yaşadığı aile tipi: 1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Tek başına

B-Mesleki özellikler

1)Meslekte çalışma süresi:

2)Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışma süresi:

3)Mesleği seçmedeki isteklilik durumu: 1) İsteyerek 2)İstemeyerek

4)Aile hekimliği/Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmadaki isteklilik durumu:

1)İsteyerek 2)İstemeyerek

5)Mesleği kendine uygun bulma durumu: 1)Uygun 2)Uygun değil

6)Meslekte memnuniyet durumu 1)Memnunum 2)Memnun değilim

- 7)Meslekten memnun olmama nedenleri: 1) Ekonomik yetersizlik
2)Sosyal imkanların yetersizliği
3)Doyumsuzluk/Tatmin olamıyorum
4)İşyeri ortamında rahat değilim
5)Sağlık sorunlarımdan dolayı zorluk yaşıyorum

6)Diğer

8)Mesleğinizi değiştirmeyi düşündünüz mü? : 1) Evet 2) Hayır

9)Aile Hekimliğini/Aile Sağlığı Elemanlığını değiştirmeyi düşündünüz mü?

1) Evet 2) Hayır

C-Sağlıkla ilgili özellikler

1)Genel sağlık durumunuz: 1)İyi 2)Orta 3)Kötü

2)Kronik hastalığınız var mı? : 1) Var 2)Yok

3)En az bir yıl olmak üzere uzun süre ilaç alıyor musunuz? : 1)Evet 2) Hayır

4)Yaşamınız boyunca hiç antidepresan ilaç kullandınız mı? : 1) Evet 2)Hayır

5)Uyku probleminiz var mı? 1)Her zaman 2)Sık sık 3)Bazen 4)Hiç olmadı

6)Depresyonda hissetme durumu: 1)Her zaman 2)Sık sık 3)Bazen 4) Hiç olmadı

7)Sigara içme durumu: 1)İçmem 2) Ara sıra içerim 3) Her gün içerim 4)Bıraktım

8)Sigara içiyorsanız kaç yıl/günde ne kadar içiyorsunuz? :

9)Alkol alma durumu: 1)Kullanmam 2)Ara sıra kullanırım 3)Her gün kullanırım

10)Fiziksel aktivite durumu: 1) Her gün

2)Haftada en az üç kez

3)Haftada bir gün

4)Ayda bir gün

5)Yapmam

8.2. Ek-2: Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi

-Normal	0-9
-Hafif derece depresyon	10-16
-Orta derece depresyon	17-29
-Şiddetli depresyon	30-63



8.3. Ek-3: Etik Kurul Onayı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
118					
KARAR					
Prof. Dr. Ali CEYLAN, Arş. Gör. Dr. Murat CAN isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Diyarbakır il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının anksiyete/depresyon düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörler" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Resmi Çalışma İzninin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Anxiety/depression levels of family physicians and family health workers at family health centers in Diyarbakır provincial center and factors that affecting this situation" planned by Ali CEYLAN, Murat CAN has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 22.05.2017		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Doç. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
7	Doç. Dr.	Cemil GÖYA	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
8	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	
9	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
10	Yrd. Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
11	Yrd. Doç. Dr.	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
 Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

8.4. Ek-4: Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ -
DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
EVRAK KAYIT BİRİMİ
17/07/2017 11:49 - 27371765-020-331
00049159935

Sayı : 73148353/
Konu : Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
DİYARBAKIR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığında Araştırma Görevlisi Dr.Murat CAN'ın tez çalışması yapması ve sonuçlarını Müdürlüğümüzce paylaşılması koşulu ile Diyarbakır İl Merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarına yapılmak üzere "Diyarbakır İl Merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının Anksiyete/Depresyon Düzeyleri ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırma konulu anket çalışmasını yürütebilmesi tarafımızca uygun mütalaa edilmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Dr. Handan ERDOĞAN
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Uygun görüşle arz ederim.
15.06.2017

Dr. Fatih Mehmet ASLAN
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR

.../.../2017

Tuğba KOŞAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:26 sayfa

Şanlıurfa Yolu 3. Km.Mega Konutları A/Blok 127/A
Halk Sağlığı Müd. /Bağlar/DİYARBAKIR
Telefon: 0 412 262 47 50 Dahili: 1607
Fax: 0421 262 10 36

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBESİ

8.5. Ek-5: Özgeçmiş

1983 Diyarbakır doğumluyum. İlköğretimi ve liseyi Diyarbakır'da, üniversiteyi 2007 yılında Şanlıurfa'da (Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi) tamamladım. 2007 ile 2008 yılları arasında Şırnak İdil Merkez Sağlık Ocağı'nda, 2008 ile 2010 yılları arasında Diyarbakır'da Gaziler Sağlık Ocağı'nda, 2010 ile 2011 yılları arasında Çermik 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimliği görevlerinde bulunduktan sonra, 2012 ile 2014 yılları arasında özel hastanelerde acil servis hekimliği yaptım. 2014 yılı Haziran ayında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na araştırma görevlisi olarak başladım. Halen burada görev yapmaktayım.



